21-3-46

me 75 — Numéro 3 MONTRÉAL, MARS 1946

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

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

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

XVIIIe CONGRÈS
ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANCAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD
QUÉBEC
13-14-15 juin 1946

SECRÉTARIAT
128, rue Sainte-Anne
Québec

Le Désir de Servir

L'ETAT de fortune ou le rang social de ses patients ne limite pas l'activité du médecin. A ses yeux, le riche est égal au pauvre et, quand la maladie survient, ses connaissances professionnelles sont à la disposition de tous ceux qui en ont besoin, sans aucune réserve. Lorsque les facilités d'hospitalisation manquent, le médecin se plie aux exigences du moment et fait de son mieux, car le bien-être du patient vient en premier lieu.

Durant près de soixante-dix ans, les mêmes principes ont guidés ELI LILLY AND COMPANY. Poursuivant la doctrine du Bon Samaritain, qui fut le motif de sa fondation, cette compagnie a constamment cherché à contribuer à l'avancement de la médecine, en produisant des agents thérapeutiques de haute qualité et en effectuant des recherches d'un caractère fondamental et scientifique.

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

+ Pénicilline

• La Pénicilline, cette acquisition inestimable de la thérapeutique moderne s'ajoute maintenant à la liste des spécialités Poulenc que vous pouvez recommander.

• La Pénicilline Poulenc (sel sodique) est préparée par Heyden Chemical Corporation, de New York, fabricants de produits chimiques réputés dans le monde entier.

FLACONS DE 100,000 UNITÉS INTERNATIONALES



Laboratoires Poulenc Frères

DU CANADA LIMITÉE — MONTRÉAL

A L'ÉPOQUE DE LA MÉNOPAUSE



Gravure au trait inspirée d'une étude d'Aristide Maillol

Les oestrogènes naturels suivants, actifs *per os*, se montrent efficaces chez toutes les patientes, quelle que soit la gravité du syndrome ménopausique: "Prémarine" (No 866), dans les troubles graves; "Prémarine" Demi-dose (No 867), lorsque les symptômes sont de moyenne intensité; "Emménine", si les troubles sont légers.

"PRÉMARINE"
oestrogènes conjugués (équins)
Comprimés No 866—Comprimés No 867

Ayerst

"EMMÉNINE"
oestrogènes conjugués (placentaires)
Comprimés No 701—Liquide No 927

DE PROVENANCE NATURELLE — HYDROSOLUBLES — D'UNE PARFAITE INNOCUITÉ
BIEN TOLÉRÉES — PROCURENT UNE SENSATION D'EUPHORIE

367F

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

SOMMAIRE

•

BULLETIN

Roma AMYOT

L'initiative privée appliquée aux œuvres de santé 243

• • •

Robert WALLIS

L'hypotension posturale 246

Jean LeSAGE

Contribution à l'exploration du foie. Biopsie par aspiration 258

LES NOUVEAUTÉS EN MÉDECINE

J.-A. VIDAL

Nouveautés en tuberculose pulmonaire 266

Pierre SMITH

Nouveautés en chirurgie générale 269



Un mode efficace et pratique pour l'administration de la pénicilline. Chaque comprimé contient 25,000 unités internationales de pénicilline calcique ainsi que du citrate de soude qui agit comme "tampon" contre l'acidité gastrique. Tubes de 12 comprimés.

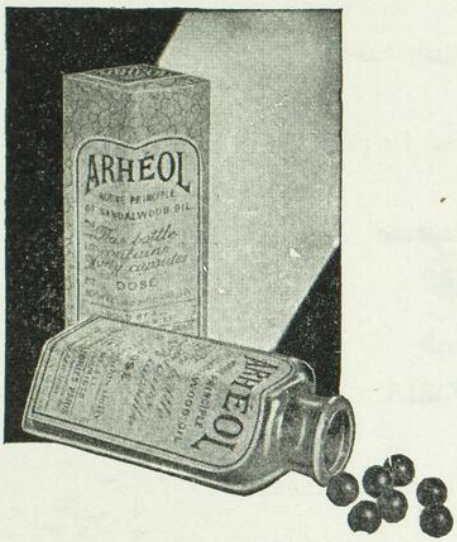
"CILLENTA"— PASTILLES POUR LA GORGE
(No 850)—Dosées à 1,000 unités int. de pénicilline calcique. Bouteilles de 20 pastilles.

"CILLENTA"— TABLETTES HYPODERMIQUES
(No 880)—Dosées à 1,000 unités int. de pénicilline calcique. Tubes de 25 tablettes.

368F Ayerst

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

ACTION ANTISEPTIQUE



prolongée sur l'APPAREIL URINAIRE

DANS l'inflammation aiguë de la vessie, de l'urètre postérieur et de l'appareil génito-urinaire — lorsqu'il existe de la douleur, du ténesme et de la pollakiurie — le principe actif de l'essence de santal, le *santalol*, constitue un des meilleurs adjuvants médicaux par voie interne.

Par la présence du santalol dans l'urine, toute la muqueuse de la vessie et de l'urètre postérieur se trouve continuellement lavée par un liquide cicatrisant, modificateur et antiseptique.

C'est exactement ce qui se passe lorsque vous utilisez

ARHÉOL (Astier)

Car l'ARHÉOL (Astier) est le principe actif purifié de l'essence de santal, ne contenant jamais moins de 98% de santalol. Il ne contient pas de substances thérapeutiquement inertes mais irritantes, décelées dans l'essence de santal ordinaire.

Dans la période aiguë de la gonorrhée, l'ARHÉOL (Astier) soulage la douleur, réduit l'inflammation, atténue la gêne de l'urètre postérieur et diminue la fréquence des mictions. Lorsqu'il y a indication de traitement local, il agit comme adjuvant utile aux antiseptiques et aux astringents locaux. Il peut être employé, avec avantage, dans la Cystite, le Catarrhe vésical, la Prostatite, l'Urétrite postérieure. Dans la Pyélite, grâce à ses propriétés antiseptiques, l'ARHÉOL (Astier) constitue une aide précieuse pour subjuguer l'infection dans le rein et le bassinet.

Pour renseignements et échantillons, écrivez aux Dépositaires canadiens pour les produits des

LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER

350, rue Le Moyne, Montréal.

SOMMAIRE

(Suite)

SYMPOSIUM SUR LA PÉNICILLINE

Maurice PANISSET et Armand FRAPPIER

La pénicilline sera-t-elle dépassée? 272

Paul LETENDRE

La pénicilline dans les infections pleuro-pulmonaires et bronchiques . . 282

J.-H. CHARBONNEAU

La pénicilline dans les maladies contagieuses 288

Roma AMYOT

Le traitement des méningites aiguës par la pénicilline 291

Gérard ST-ONGE

De l'emploi de la pénicilline en chirurgie 295

Albéric MARIN et Adrien LAMBERT

La pénicilline dans la syphilis 300

ÉDITORIAL

Roma AMYOT

L'usage de la novocaïne en injection intraveineuse 303

UTILISÉE DANS LES INSTALLATIONS INDUSTRIELLES



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

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

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

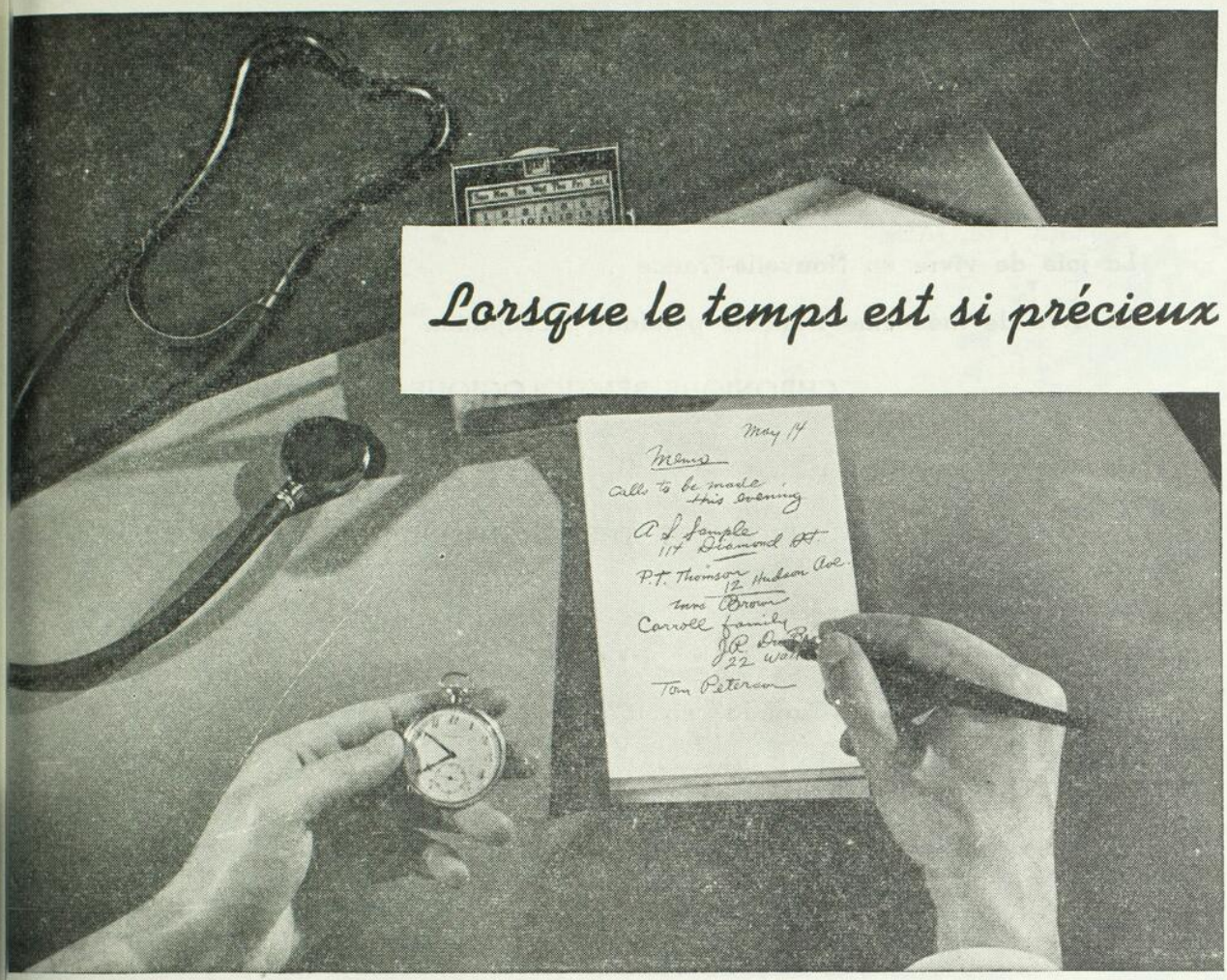


SEPT INGRÉDIENTS COMPOSENT LA MURINE

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

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

THE MURINE COMPANY — TORONTO, ONTARI



PYRIDIUM

Nom déposé

offre plusieurs avantages indéniables

ADMINISTRATION AGRÉABLE ET FACILE

Le Pyridium est commode à administrer. Pas de contrôle de laboratoire, aucune médication accessoire ou autres moyens ne sont nécessaires pour le traitement efficace par le Pyridium.

ABSENCE DE TOXICITÉ

Le Pyridium à doses thérapeutiques peut être administré avec une complète sécurité durant toute la durée de la cystite, de la pyélonéphrite, de la prostatite et de l'uréthrite.

RÉSULTAT RAPIDE

Un soulagement rapide et bienfaisant des symptômes urinaires douloureux est le résultat caractéristique du traitement par le Pyridium.

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

Une décade de service dans les infections génito-urinaires

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

SOMMAIRE
(Suite)

MÉDECINE SOCIALE

Adélard GROULX
Les problèmes de santé à Montréal 306

VARIÉTÉS

Guy FRÉGAULT
La joie de vivre en Nouvelle-France 309

P. L.
Le livre de médecine français pendant l'occupation 319

CHRONIQUE SÉMÉIOLOGIQUE

Roméo BOUCHER
Ce miroir de l'estomac 323

CHRONIQUE THÉRAPEUTIQUE

Roger-R. DUFRESNE
Le contrôle du cancer 326

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1877 328

ANALYSES 332

MÉDECINE

Les déformations pseudo-néoplasiques de l'antre dans l'ulcère de la petite courbure (332). **Sténose pulmonaire sans lésion du septum interventriculaire** (332). **Le syndrome de Bernheim** (332).

CHIRURGIE

Résections radicales du cancer intra-abdominal avancé (333). **Pyélo-cystostomie d'un rein unique et ectopique** (333).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

Observations préliminaires sur la transplantation d'os iliaque (333).

UROLOGIE

Quelques observations concernant la lithiase urinaire parmi les troupes américaines dans une région désertique (335).

PÉDIATRIE

L'effet de la vitamine K administrée durant le travail sur la mortalité infantile (335). **La maladie hémolytique du nouveau-né** (336).

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Un symptôme radiologique de la paralysie du glosso-pharyngien (337). **Usage de la pénicilline dans l'otite moyenne aiguë et la mastoïdite** (338).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Traitement de l'ichtyose (339). **Le chlorure d'éther B-diméthylaminoéthyl benzhydryl (benadryl) dans le traitement de l'urticaire** (339). **Effet des substances endocrines sur le cuir chevelu de l'homme adulte** (340).

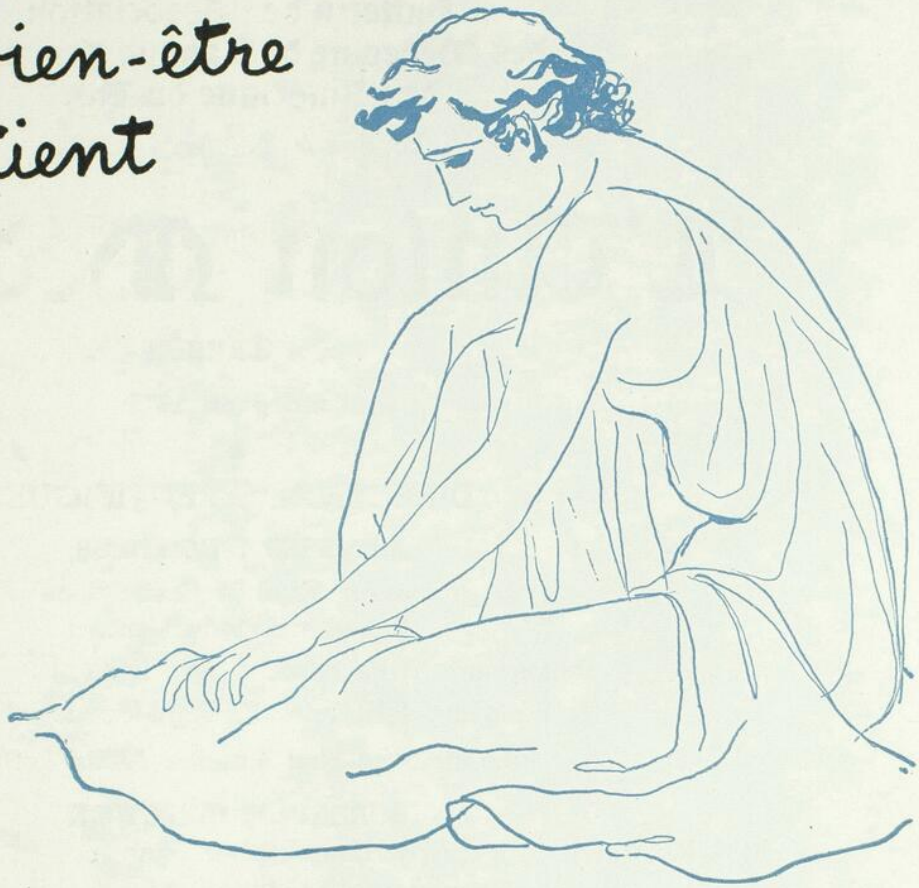
SOCIÉTÉS 341

Société Médicale de Montréal: séance du 29 janvier 1946 (341). — **Société de Chirurgie de Montréal: séance du 15 janvier 1946** (342). — **Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec: séance du 21 décembre 1945** (345). — **Société de Biologie: séance du 29 janvier 1946** (347).

NÉCROLOGIE 348

NOUVELLES 350

pour le bien-être du patient



La dose nécessaire pour maintenir la somme de vitamines requises, se présente sous forme de capsule. Quand le patient est obèse, au régime, quand c'est une femme enceinte, quelqu'un d'âgé ou un adolescent, vous voudrez ne pas prescrire moins que les doses quotidiennes *recommandées*, tel que spécifié par la Commission des Aliments et de la Nutrition du Conseil National des Recherches. La formule Spéciale de Squibb fournit ces doses complètes.

CHAQUE CAPSULE CONTIENT:

Vitamine A	5,000 unités	Riboflavine	3 mgs
Vitamine D	800 unités	Niacine	20 mgs
Thiamine	2 mgs	Acide ascorbique	75 mgs

Il n'y a pas de plus haut standard pour dosages exacts de maintien de toutes les vitamines particulières dont le manque, c'est reconnu, cause les états de déficience survenant habituellement chez les humains.

Formule Spéciale de SQUIBB

CAPSULES DE VITAMINES

Pour imprimés, écrire à E. R. Squibb & Sons of Canada Ltd.

36-38 Caledonia Road, Toronto.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE.

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

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

Secrétaire de la Rédaction
Pierre Smith

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

BUREAU DE COLLABORATION

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



STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPERMINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR PIERRE DELBET

LABORATOIRE DU TOTAL MAGNÉSIEN, PARIS

AGENTS GÉNÉRAUX AU CANADA:

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE

MONTRÉAL, P.Q.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: J.-A. Denoncourt
Vice-Présidents: A. Bertrand et Jean Saucier
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

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

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

NE NOUVELLE MÉTHODE SIMPLIFIÉE
OUR LE DIAGNOSTIC
T LE TRAITEMENT DE

L'ALLERGIE



Le fouillis inextricable de procédés diagnostiques impraticables qui a été la bête noire de la moyenne des médecins pendant bien des années est maintenant chose du passé en ce qui concerne l'allergie de la fièvre des foins. L'accumulation des connaissances acquises par notre organisation au cours des vingt dernières années a rendu possible l'élaboration d'une nouvelle technique très simplifiée pour le diagnostic et la thérapeutique de la fièvre des foins.

La majorité des cas de fièvre des foins peuvent être caractérisés simplement et rapidement au moyen des POLLIGÈNES * *Lederle*; et une fois la susceptibilité du malade établie, le traitement à suivre peut être formulé à même un ou plusieurs des quatre POLLIGÈNES pour traitement.

Notices complètes envoyées sur demande.

Ecoutez d'éminents médecins vous expliquer les derniers développements en fait de recherches et de médecine clinique, au cours de la série radiophonique Lederle, "The Doctors Talk It Over", diffusée du Poste CFCF, Montréal, tous les mardis soirs.

* Nom déposé.



PRESENTATION

Polligènes de l'Est pour Traitement
Polligènes de l'Ouest pour Traitement

Polligènes de l'Est pour Épreuves Quantitatives
Polligènes de l'Ouest pour Épreuves Quantitatives

Lederle

LEDERLE LABORATORIES, INCORPORATED
1196 OUEST, RUE SAINTE-CATHERINE, MONTRÉAL, P. Q.

DÉPÔTS AU CANADA: 883, rue Howe, Vancouver, C. B. — 10056, 100e rue Edmonton, Alta. — 64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ont. — 219, rue Kennedy, Winnipeg, Man. — 181, rue Union, Saint-Jean, N.-B.

OFFICIERS

DE

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

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

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

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

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

•

COMITÉ DU XVIIIe CONGRÈS

Chs VÉZINA, Président.

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

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

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

•

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal	1946	LACHARITE, V., St-Célestin	1948
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville	1948	LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa	1946
BAILLY, Rolland, St-Pie de Bagot, P. Q.	1948	LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H.	1948
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta	1946	LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal	1948
BELIVEAU, P., Méthégan, N.-E.	1948	LEMIEUX, J.-R., 17, Ste-Ursule, Québec	1948
BIBAUD, B., Valleyfield	1948	MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, S.-Laurent	1948
BLAIN, Emile, 3464, St-Denis, Montréal	1948	MICHAUD, R., Moose Jaw, Saskatchewan	1946
BLANCHET, R., 7, Couillard, Québec	1948	MORRISSETTE, Pierre, St-Georges, Beauce	1948
BOHEMIER, Anatole, 3425, St-Hubert, Montréal	1948	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River	1948
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec	1948	PANNÉTON, Auguste, Trois-Rivières	1946
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, Blvd St-Joseph, Montréal	1946	PELLETIER, A., Winchendon, Mass.	1946
COLLIN, Donat, St-Boniface, Manitoba	1946	PERRAS, J.-E., Hull	1948
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville	1946	PERRON, Jos., Shawinigan Falls	1946
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec	1948	PIETTE, Edmond, Joliette	1946
DESROCHERS, J.-E., 4305, St-Hubert, Montréal	1946	POWERS, A., Hull	1946
DOMINGUE, Albert, Granby	1948	RICHARD, L.-A., 168 est, avenue Laurier, Ottawa	1946
DUBE, Edmond, 6055, St-Denis, Montréal	1946	RIOUX, Albert, Ste-Anne des Monts	1948
DUBE, L.-F., Notre-Dame du Lac	1946	RIVARD, Paul-Léon, Clova, Abitibi	1946
DUFAULT, Paul, Rutland State Sanat., Rutland, Mass.	1946	SMITH, Pierre, 300, Carré St-Louis, Montréal	1948
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I.	1946	TANGUAY, R., Sudbury, Ont.	1946
JOANNETTE, Albert, Ste-Agathe des Monts	1948	TRUDEL, Hermile, 1990 est, Rachel, Montréal	1948
LACHANCE, Wilfrid, Chicoutimi	1948	VIDAL, J.-A., 454 est, rue Sherbrooke, Montréal	1948

Le rôle de la chaleur humide en thérapeutique

Dans les cas où les applications de chaleur humide sont jugées utiles — sans cependant qu'il soit nécessaire de recourir aux soins d'une infirmière — un cataplasme d'ANTIPHLOGISTINE est tout indiqué.

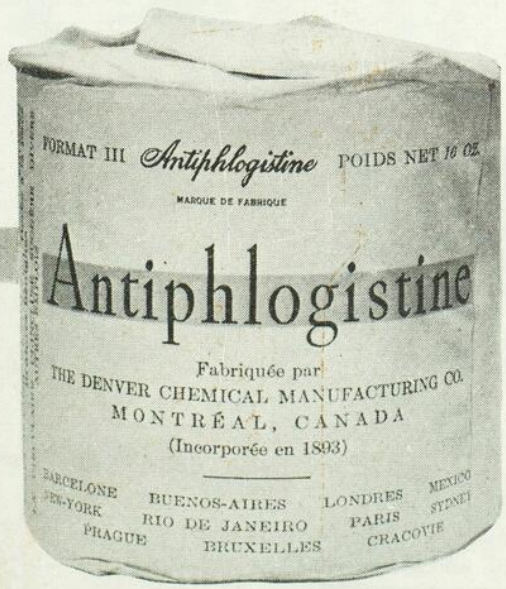
Ce cataplasme médicamenteux, prêt à utiliser, s'applique directement sur la région affectée, à une chaleur convenable. Il garde la chaleur humide pendant plusieurs heures.

La chaleur humide apaisante d'un pansement d'ANTIPHLOGISTINE est efficace dans le soulagement de la douleur, de l'œdème et des spasmes musculaires provoqués par les entorses, les foulures et les contusions.

L'ANTIPHLOGISTINE est efficace aussi dans les affections du système respiratoire, dans le soulagement de la toux, de la douleur, de la constriction thoracique, de la douleur musculaire et pleurétique.

L'ANTIPHLOGISTINE peut être utilisée associée à la chimiothérapie.

Antiphlogistine



Fabriquée au Canada.

The Denver Chemical Manufacturing Company
153 ouest, rue Lagauchetière, Montréal.

ERTRON

différent de tous les autres antiarthritiques



EN FLACONS DE 50, 100 ET 500 CAPSULES

INJECTABLE POUR ADMINISTRATION INTRAMUSCULAIRE
COMPLÉMENTAIRE

On sait maintenant que l'Ertron est unique — qu'il est cliniquement et chimiquement différent de tous les autres médicaments antiarthritiques.

Une bibliographie volumineuse, basée sur 10 années d'études cliniques, fournit amplement la preuve de l'efficacité de l'Ertron dans l'arthrite.

On peut maintenant affirmer, sur la foi de récents travaux de laboratoire, que du point de vue chimique aussi, l'Ertron est différent.

On peut décrire l'Ertron simplement comme de l'ergostérol activé électriquement en phase vapeur par le procédé Whittier.

L'Ertron contient plusieurs facteurs, antérieurement inconnus, appartenant au groupe des stéroïdes. La séparation et l'identification de ces substances sous forme de corps chimiquement purs ont confirmé que l'Ertron est unique du point de vue chimique aussi bien que thérapeutique.

Chaque capsule d'Ertron contient 5 mg. de produits d'activation, correspondant à un minimum de 50,000 unités internationales de vitamine D.

Pour Ertroniser l'arthritique, on emploie l'Ertron à dose suffisante tous les jours pendant une période assez prolongée pour obtenir des résultats bienfaisants.

On commence d'ordinaire par 2 ou 3 capsules par jour, et tous les trois jours on augmente d'une capsule par jour jusqu'à la dose de 6 capsules par jour, On maintient alors la médication à ce niveau jusqu'à obtention du maximum d'amélioration. On recommande de prendre un verre de lait trois fois par jour après le médicament.

Publicité strictement médicale

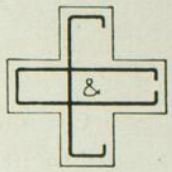
L'Ertron est fabriqué par

LAURENTIAN AGENCIES REG'D. **MONTRÉAL 1, P. Q.**

et distribué au Canada par

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

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée
PRÉSENTE



COMME SUPPLÉMENT DIÉTÉTIQUE COMPLET

Dans une solution saline et glucosée, agréablement aromatisée.

TOUS LES ACIDES AMINÉS NATURELS

(ESSENTIELS ET SECONDAIRES)

Produits de l'hydrolyse enzymatique de la Caséine

c-o-m-b-i-n-é-s

AU COMPLEXE B, A LA VITAMINE C ET AUX GLYCEROPHOSPHATES

GLYCAMIN

ELIXIR-TONIQUE

D'un arôme et d'un goût agréables, ***GLYCAMIN*** *contient 3 grammes d'Acides Aminés à l'once.*

GLYCAMIN vous parvient en bouteilles de 16 oz., 80 oz., 160 oz.

GLYCAMIN est préparé sous la surveillance et le contrôle immédiat de:

Charles Laurin, B.A., B.Ph.,
Léopold Bergeron, B.A., B.Ph.,
Assistant bactériologiste,
Marcel Daoust, B.A., B.Ph.,
Jean E. Perras, L.Sc., M.C.I.C.,
Pharmaciens, Chimistes, Analystes et Biochimistes,
Tous diplômés de l'Université de Montréal.

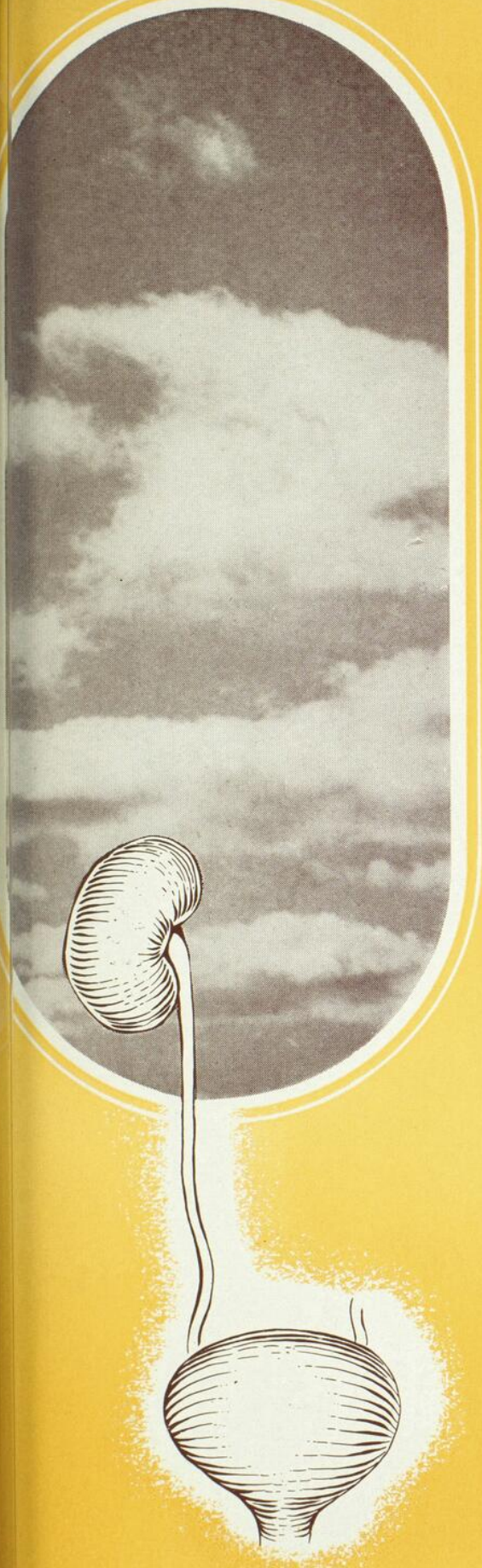
Echantillon sur demande à Messieurs les Médecins seulement.

•

SPÉCIALITÉ DU LABORATOIRE

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

"UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL"



"Uromand"

(COMPOSE DE MANDELATE DE CALCIUM ET D'UROSINE)

ANTISEPTIQUE URINAIRE AMELIORE

Mandelate de calcium - - -	**5**	**grains**
Phosphate acide d'ammonium	**2½**	**"**
Urosine (Hexamine "Frosst") - -	**1¼**	**"**

On voit tout de suite que la formule de ce comprimé combine les propriétés bien connues de l'Urosine (Hexamine "Frosst"), du mandelate de calcium et du phosphate acide d'ammonium comme acidiants et antiseptiques urinaires. Dès l'administration d'une dose suffisante, la concentration des ions d'hydrogène de l'urine atteint 5.0 à 5.3 et, à ce stade de la réaction, surtout en présence d'Urosine, la flore de nombreux microbes pathogènes ne peut se développer; il y a donc stérilisation de l'appareil urinaire.

DOSE: Il faut, en certains cas, de 8 à 20 comprimés par jour pour obtenir un effet thérapeutique intégral. On assurera aussi une diurèse suffisante en absorbant au moins 8 verres d'eau par vingt-quatre heures.

PRESENTATION:

C.T. No 8 "Frosst"

Flacons de 100 et 500 comprimés.

Charles E. Frosst & Co.

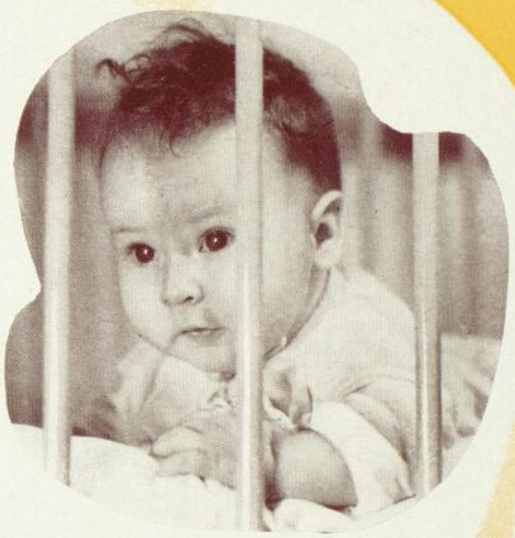
MONTREAL - CANADA

DEPUIS 1899, LE SYMBOLE DE PROGRESSION DANS LA PHARMACEUTIQUE

MÉDICATION MULTIVITAMINIQUE À LA GOUTTE

SE MELANGE
FACILEMENT
AVEC
LE LAIT







Frosst

Depuis 1899, Le Symbole de Progression dans la Pharmaceutique.

GOUTTES

"Ostoco"

DOSE : de 5 à 10 gouttes (de 0.25 à 0.5 cc.) par jour.
Se servir du compte-gouttes de précision.

INGRÉDIENTS PAR CC.

Vitamine A	8000 unités int.
Vitamine D	4000 unités int.
Vitamine B_1 (Chlorhydrate de thiamine)	4 mg.
Vitamine C (Acide ascorbique)	120 mg.
Niacinamide	10 mg.
Iodure de Sodium	0.023 mg.

MODE D'EMPLOI

PETITS ENFANTS :

de 5 à 10 gouttes par jour bien mélangées avec une tétée après que le biberon aura refroidi. Agiter légèrement et se servir de cette tétée la première.

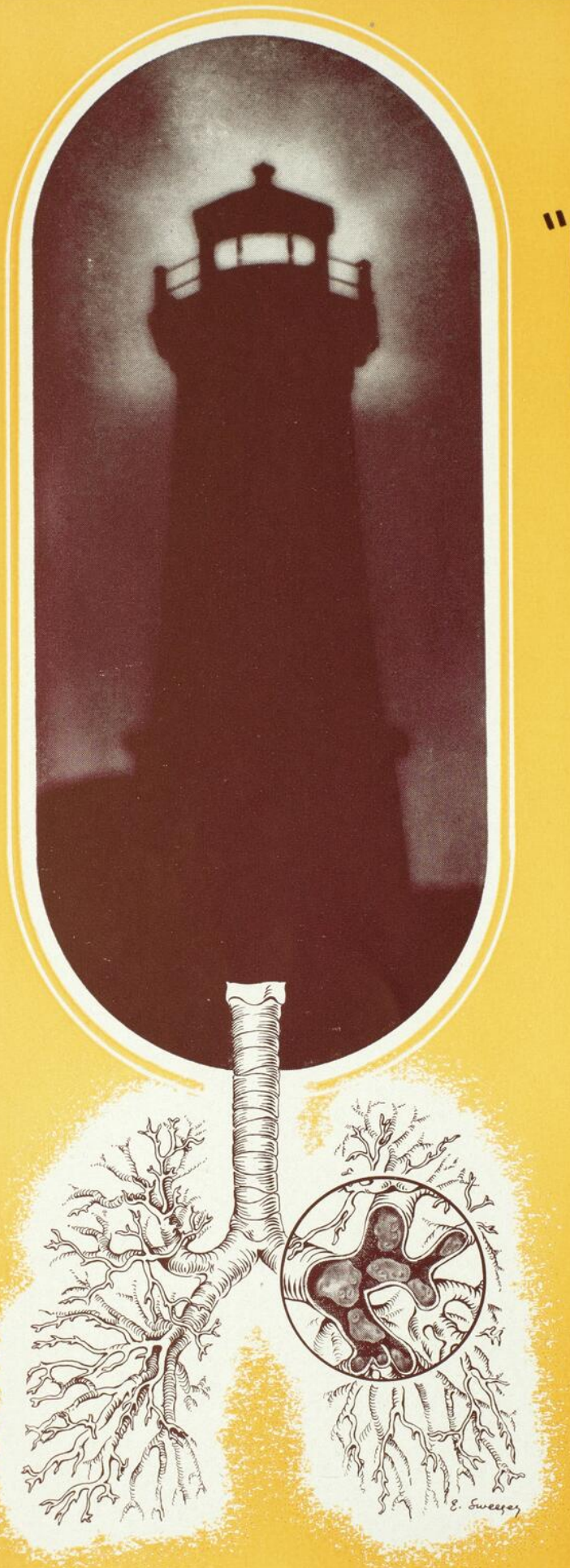
GRANDS ENFANTS :

de 5 à 10 gouttes par jour, bien mélangées avec un verre de lait.

Telle que recommandée, la dose moyenne quotidienne de ces gouttes Ostoco fournit intégralement les quantités de vitamines A, D, B_1 et C qui sont estimées nécessaires pour les enfants, outre de l'iode comme agent prophylactique contre l'hypoiodémie.

PRÉSENTATION: Flacons de 8 cc. et 30 cc. avec compte gouttes de précision.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA



"Nusilyn"

Mixture Expectorante

Indiquée dans le traitement de la

BRONCHITE AIGUË
BRONCHITE CHRONIQUE
BRONCHITE ASTHMATIQUE

Au cours du stade exsudatif des infections aiguës des voies respiratoires, l'administration de Nusilyn tend à dilater les bronches et à en liquéfier les sécrétions, ce qui facilite l'expectoration et débarrasse l'appareil respiratoire de l'exsudat qui l'obstrue. On évite ainsi la fatigue d'une toux sèche et saccadée, le malade peut reposer, et son retour à la normale est accéléré d'autant.

CHAQUE ONCE LIQ. CONTIENT:

Théolamine (aminophylline "Frosst")	**5 grains**
Citrate de potassium - - - -	**40 grains**
Teinture d'ipécacuanha - - - -	**40 gouttes**
Chloroforme - - - - - - -	**8/10 goutte**
Sirop simple, aromatisé - - - - -	**q.s.**

"NUSILYN" avec CODEINE

Sous cette forme, c'est-à-dire, additionnée d'un grain de codéine par once liq. la Nusilyn est indiquée dans les cas où la toux est en partie attribuable au stade préexsudatif.

POSOLOGIE:

ADULTES: de 1 à 2 cuillerées à thé.
ENFANTS: de 1 à 2 ans: ¼ cuillerée à thé (30 gouttes); de 2 à 4 ans: de ⅓ cuillerée à thé (40 gouttes) à ½ cuillerée à thé (60 gouttes). Le tout bien dilué dans de l'eau et administré toutes les 4 heures.

PRÉSENTATION:

Flacons de 4 à 16 onces liq. et bouteilles de ½ gallon imp.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL - CANADA

Frosst

DEPUIS 1899, LE SYMBOLE DE PROGRESSION DANS LA PHARMACEUTIQUE

Le soulagement efficace de la congestion nasale...

EPHEDRINE

SOLUTION ISOTONIQUE

(AQUEUSE)

MARQUE

'VAPOROLE'

La solution Isotonique (aqueuse) d'Ephédrine 'Vaporole' soulage efficacement la congestion nasale associée au rhume de cerveau, à la sinusite, à la rhinite et à la fièvre des foins. *Elle détermine une prompte contraction de la muqueuse, de durée maximale.* et son emploi ne provoque dans la suite ni congestion ni oedème nasaux.

La préparation renferme de l'éphédrine (équivalente à 1 p.c. de l'alcaloide) dans un sérum de Locke modifié dont les propriétés physiques (pH, etc.) sont très semblables à celles de la sécrétion nasale normale, et qui, par conséquent, ne détermine aucune irritation de la muqueuse. Elle ne contient non plus ni antiseptiques ni drogues qui puissent diminuer l'activité ciliaire ou causer de gêne et partant décourager le malade d'en continuer les applications.



Flacons de 1 once fluide (avec compte-gouttes) et 16 onces fluide

BURROUGHS WELLCOME & CO.

(The Wellcome Foundation Ltd.)

MONTRÉAL

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



DIGITALIS LANATA

CÉDILANIDE

Le

glucoside "C"
de la Digitalis Lanata

Ce que Signifie une Haute Teneur en Sucre.

Grâce à un procédé d'extraction qui respecte l'intégrité de la molécule, procédé imaginé par Sandoz qui s'en est réservé l'exclusivité, la Cédilanide est isolée dans sa forme initiale la plus active, c'est-à-dire que sa structure est identique à celle du glucoside tel qu'il existe dans la Digitalis lanata fraîche. C'est sous cette forme que la molécule du glucoside contient le maximum d'hydrate de carbone. Stoll et ses collaborateurs ont démontré que les glucosides purs de la Digitalis purpurea les mieux connus à date sont des produits de dégradation ayant perdu une partie de leurs hydrates de carbone au cours de la purification. Rothlin; Chen, Robbins et Worth; et Chen et Elderfield ont étudié le rôle joué par les sucres dans l'activité cardiaque. Selon Chen et Elderfield, "lorsque la ou les molécules de sucre sont conjuguées dans la nature aux aglucones, elles augmentent nettement l'activité de ces dernières, bien que par elles-mêmes elles soient complètement dépourvues d'une telle activité."

SANDOZ

SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Représentant au Canada

The WINGATE CHEMICAL CO. LIMITED

MONTREAL

SANDOZ



Des formes pour tous les goûts

La Néo-Synéphrine pour utilisation intranasale est présentée sous trois formes différentes. Toutes trois apportent un véritable soulagement dans la respiration . . . une décongestion rapide qui se prolonge des heures durant. Seuls les véhicules sont différents . . . solution isotonique saline, non parfumée; émulsion facilement diffusible; gelée avec applicateur commode.

Neo-Synephrine

HYDROCHLORIDE

LAEVO-α-HYDROXY-β-METHYLAMINO-4-HYDROXY-ETHYLBENZENE HYDROCHLORIDE

Pour la décongestion nasale

PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES: Action rapide et prolongée . . . décongestion nasale sans réflexe; absence complète de stimulation cardiaque et du système nerveux central; efficacité non diminuée par des applications répétées; activité ciliaire pratiquement non affectée par son emploi; isotonique pour empêcher l'irritation.

INDIQUÉE pour le soulagement symptomatique du rhume ordinaire, de la sinusite et des manifestations allergiques nasales.



Echantillons sur demande.

MODE D'ADMINISTRATION: Soit au moyen du compte-gouttes, du vaporisateur ou du tampon, en employant la solution saline à ¼%. Lorsqu'une solution plus forte est indiquée, on utilise celle à 1%. La gelée à 2% en tubes est commode pour le malade qui désire la garder sur lui.

PRÉSENTATION: Solution isotonique saline à ¼% et à 1%; émulsion à ¼%, en flacons de 1 once; gelée à ½%, en tubes de 5/8 d'once, avec applicateur.

Frederick Stearns & Company of Canada, Ltd.

WINDSOR • ONTARIO

NEW YORK KANSAS CITY SAN FRANCISCO DÉTROIT, MICH. SYDNEY, AUSTRALIE AUCKLAND, N.-ZÉLANDE

S-16-A

Néo-Synéphrine—Marque enregistrée



Pour l'Antisepsie Chirurgicale

Le Chlorure de Zephiran est un germicide d'une grande puissance bactéricide et bactériostatique. Dilué selon les indications, il n'est ni irritant ni toxique pour les tissus cellulaires.

Le Chlorure de Zephiran possède des propriétés détersives, kératolytiques et émulsives susceptibles de favoriser l'imprégnation de la surface des tissus, ce qui a pour effet de faciliter l'enlèvement de la saleté, du gras de l'épiderme et de la peau en desquamation.

INDICATIONS

Le Chlorure de Zephiran est largement employé dans l'antisepsie de la peau et des membranes muqueuses — la désinfection pré-opératoire de la peau et des membranes muqueuses dénudées, dans les instillations et les irrigations vaginales, les irrigations vésicales et urétrales, les pansements humides, en irrigations dans les infections des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge, etc.

PRÉSENTATION

Le Chlorure de Zephiran est disponible sous les formes suivantes:

TEINTURE 1:1000 colorée

TEINTURE 1:1000 pure

SOLUTION AQUEUSE 1:1000 en flacons de 8 oz. et de 1 gal.

Demandez la brochure descriptive

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.

Succursale au service de MM. les médecins:
Immeuble "Dominion Square"
Montréal

Administration:
1010 ouest, rue Elliott
Windsor, Ontario

WINTHROP

ZEPHIRAN CHLORIDE

"Zephiran" Trademark Reg. U.S. Pat. Off. & Canada

Brand of BENZALKONIUM CHLORIDE REFINED

matériaux essentiels de la vi

AMINOGRANS

Acides aminés d'origine enzymatique associés aux facteurs essentiels de la Vitamine B, offerts sous forme de granulés au goût fin de chocolat.

Indiqué dans les états de déficience, de malnutrition et durant la convalescence, ce produit sera un adjuvant précieux dans toutes les conditions caractérisées par les déficiences primaires ou secondaires de la digestion et dans les moments d'exagération des besoins digestifs de l'organisme.

Voici quelques unes de ces conditions:—

Ulcères gastriques ou duodénaux — Diarrhée ou dysenterie — Indigestion nerveuse — Grossesse et lactation — Allergies aux aliments Cirrhose et nephrose — Etats fiévreux et élévation du métabolisme — A la suite d'opérations et de blessures.

FORMULE

	Par dose quotidienne	Par gramme
Acides aminés	3.00 gms.	0.10 gms.
Hcl. de Thiamine (B_1)	3.00 mgs.	0.10 mgs.
Riboflavine (B_2)	3.00 mgs.	0.10 mgs.
Niacinamide	20.00 mgs.	0.666 mgs.
Pantothénate de Calcium	10.00 mgs.	0.333 mgs.
Pyridoxine (B_6)	2.00 mgs.	0.666 mgs.

DOSE MOYENNE

Deux cuillerées à thé combles trois fois par jour.
Présentée en flacons de 8 ozs. ou 14½ ozs. net.



offre aussi —

OENOL

...minés additionnés de carbohydrates sous forme de ...dre au goût fin de chocolat. Pour être servi dans un ...ve chaud ou froid, de préférence le lait. Trouve ses ...ns dans tous les cas où il est préférable de donner ...es massives d'acides aminés.
...tion:— Flacons de 4½ ozs. net.

Mowatt & Moore Ltd
FINE PHARMACEUTICALS
MONTREAL

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée
présente

SUPPOSITOIRES
RECTOCRINE

UNE NOUVELLE THÉRAPEUTIQUE, DANS LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE LA TOUX

INDICATIONS:

Sédatif - Expectorant - Antiseptique.
Fébrifuge - Antispasmodique et Vaso-dilatateur.
Fluidifiant de l'expectoration.

FORMULE:

Carbonate de Gaïacol
Sulfogaïacolate de Potassium
Succinate de Benzyl & Sodium
Aminophylline
Camphosulfonate de Sodium
Vitamine B_1

PRÉSENTATION:

Rectocrine vous parvient sous deux formules:

Adultes et Enfants.

En boîtes de 12 suppositoires.

Echantillons sur demande à MM. les Médecins seulement.

•

RECTOCRINE est préparé sous la surveillance et le contrôle immédiat de:

Charles Laurin, B.A., B.Ph.,
Léopold Bergeron, B.A., B.Ph.,
Assistant bactériologiste,
Marcel Daoust, B.A., B.Ph.,
Jean E. Perras, L.Sc., M.C.I.C.,
Pharmaciens, Chimistes, Analystes et Biochimistes,
Tous diplômés de l'Université de Montréal.

Spécialité du Laboratoire

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL

pour la chimiothérapie locale de l'Otomide



OTOMIDE
White
offre ces avantages cliniques uniques

EXALTATION DE L'ACTIVITÉ ANTIBACTÉRIENNE

le mélange urée-sulfanilamide est plus efficace que l'une ou l'autre des drogues employée seule[1]. Son action n'est pas inhibée par le pus.

MEILLEURE DIFFUSIBILITÉ DANS LES TISSUS

la présence de l'urée active la diffusion de la sulfanilamide dans les tissus morts ou vivants[2].

DÉBRIDEMENT PHYSIOLOGIQUE PLUS COMPLET

l'emploi de l'urée comme topique dans l'otite moyenne chronique produit "un nettoyage plus complet des débris macroscopiques et microscopiques dans les replis de l'oreille moyenne"[3].

CHAMP D'ACTION ÉTENDU

efficace dans les infections de l'oreille, AUSSI BIEN aiguës que chroniques. Agit sur certains organismes sulfonamido-résistants[4].

TOLÉRANCE

l'absence d'alcalinité supprime virtuellement toute irritation locale.

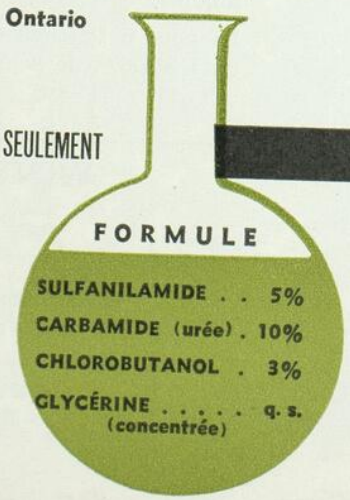
ANALGÉSIE

le chlorobutanol exerce une action analgésique efficace sans affaiblir l'action de la sulfanilamide.

L'Otomide White est une solution stable, non irritante, de sulfanilamide, d'urée et de chlorobutanol dans un véhicule glycériné exceptionnellement hygroscopique.

White LABORATORIES OF CANADA, LTD.
64-66 est, rue Gerrard, Toronto 2, Ontario

SE VEND EN FLACONS COMPTE-GOUTTES D'UNE DEMI-ONCE FLUIDE (15cc.) SUR ORDONNANCE SEULEMENT



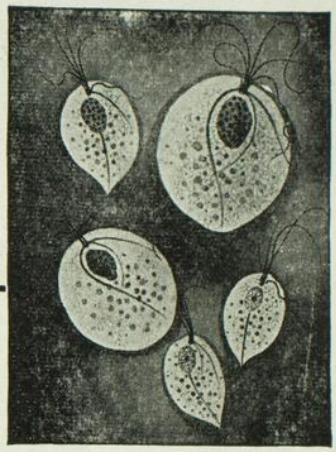
1. Tsuchiya, H. M., et al.: Proc. Soc. Exp. Biol. and Med., **50**:262, 1942.

2. McClintock, L. A., et Goodale, R. H.: U. S. Naval Med. Bull., **41**:1057, 1943.

3. Mertins, P. S. Jr.: Arch. Otolaryng., **26**:509, 1937.

4. Strakosch, E. A., et Clark, W. G.: Minn. Med., **26**:276, 1943.

Principes directeurs



POUR COMBATTRE UNE CAUSE COMMUNE ET TENACE DE LEUCORRHÉE A TRICHOMONAS VAGINALIS

• Dans le traitement de la leucorrhée à trichomonas, non seulement doit-on considérer l'extermination des parasites, mais aussi le rétablissement de la flore vaginale normale.

Le traitement par le Devegan peut réaliser une telle action simultanée. Dans l'espace de trois ou quatre jours, on observe fréquemment une amélioration marquée. La diminution de l'écoulement abondant et fétide s'accompagne d'un soulagement de la brûlure intense locale, de la démangeaison et autres malaises. Même dans les cas chroniques, on peut obtenir une guérison en deux ou trois semaines.

Devegan s'administre sous deux formes: en poudre et en comprimés. La poudre peut être administrée par le médecin en insufflation vaginale à l'aide d'un insufflateur plusieurs fois par semaine, tandis que l'on recommande à la malade l'usage des comprimés à la maison. Plus tard, lorsque l'écoulement aura beaucoup diminué, les comprimés seuls seront ordinairement suffisants pour compléter la guérison.

Brochure descriptive sur demande.

Les comprimés Devegan sont offerts en boîtes de 25 et de 250. Chaque comprimé contient 0.25 gr. d'acide acétylaminohydroxyphénylarsonique.

La poudre Devegan est présentée en flacons de 1 once et de 8 onces.

DEVEGAN

Marque de commerce enregistrée au Canada et aux Etats-Unis.

WINTHROP

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques de qualité pour le médecin

Succursale au service de MM. les médecins du Québec: Immeuble "Dominion Square" Montréal.

Administration et laboratoires: 1019 ouest, rue Elliott Windsor, Ontario.

RICHESSES DE SON DE RIZ



Wyeth

B·PLEX

Nom Déposé au Canada

ELIXIR B-COMPLEXE

Extrait de riz non décortiqué — une des sources naturelles les plus riches du B-Complexe — Equilibré biologiquement avec l'addition de facteurs B.

Analysez la formule

DEUX CUILLERÉES À THÉ (8 C.C.) FOURNISSENT

Chlorhydrate de thiamine	1 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacin	10 mg.
Chlorhydrate de pyridoxine	1 mg.
Pantothénate de calcium	5 mg.
Choline	24 mg.
Inositol	14.4 mg.
Vitamers de Biotine	0.008 mg.

et des facteurs non identifiés que l'on rencontre dans l'extrait de riz non décortiqué.

NUTRITIONAL DIVISION JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED WALKERVILLE ONTARIO

Wyeth

question de pepsine . . .

CONDITIONS PRÉDISPOSANTES + HCl + PEPSINE =



UN TRAITEMENT RATIONNEL de l'ulcère *peptique* consiste à rendre inactive la *pepsine* sans troubler l'équilibre acido-basique de l'organisme.

A l'encontre des composés de magnésie, de chaux ou de soude qui neutralisent la pepsine par le seul fait qu'ils produisent une réaction alcaline, AMPHOJEL* *précipite* la pepsine dans un milieu d'acidité élevée (pH 2 ou moins); diminue l'acide gastrique sans danger d'alcalose; et forme une couche de protection sur la surface de la muqueuse. Cette triple action amène une guérison rapide et sûre de l'ulcère peptique.

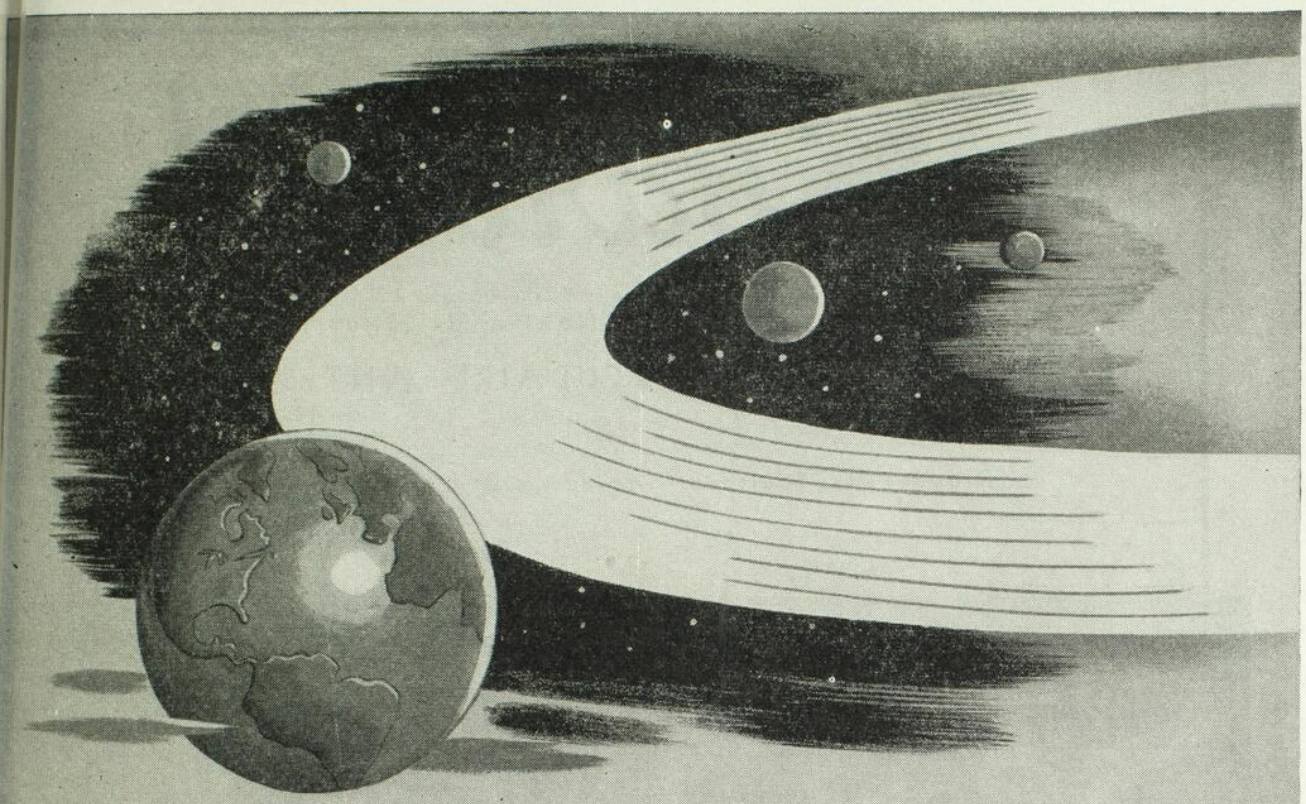
AMPHOJEL*

Gel d'hydroxide d'alumine pour l'ulcère peptique

Soulagement rapide de la douleur Wyeth *Rapide guérison*

*Nom Déposé au Canada

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



Rien n'est plus achevé que le temps écoulé

. . . et aucun tonique n'est plus complet que le Maltlevol.

Lorsque les symptômes spécifiques sont mal définis, ou font défaut, la majorité des médecins prescrivent Maltlevol pour un traitement contre les maladies par carences parce qu'en pareils cas, depuis plus de quatorze ans, le Maltlevol donne des résultats satisfaisants.

Le Maltlevol est un tonique complet, doué d'un double moyen pour parer aux déficiences: premièrement, il fournit les stimulants de l'appétit; deuxièmement, les éléments nutritifs.

LES ÉLÉMENTS NUTRITIFS:

Extrait de foie	Vitamine A
Moëlle rouge	Vitamine D
Lécithine d'oeuf	Vitamine B_1
Acides aminés	Vitamine B_2
Citrate de fer ammoniacal	Niacinamide

LES STIMULANTS DE L'APPÉTIT:

Extrait de levure Extrait de malt
dans une base de vin sherry médicinal.

Ce tonique complet fournit tous les facteurs susmentionnés, en proportions suffisantes et en quantités appropriées, lorsque prescrit à raison d'une cuillerée à table trois fois par jour. Cette dose assure l'ingestion quotidienne de 15 grains de citrate de fer ammoniacal et de cinq pour-cent d'acides aminés.

La valeur de cet excellent tonique, dans le traitement des maladies d'insuffisances sub-cliniques, a été prouvée par les médecins à travers le Canada, l'Amérique Centrale, l'Amérique du Sud, et ceux de l'Inde, d'Egypte. Leurs raisons de prescrire le Maltlevol devraient aussi être les vôtres.

FRANK W. HORNER LIMITED

Spartoval

Isovalérianate Neutre de Spartéine

SEDATIF CARDIO-VASCULAIRE ANTISPASMODIQUE

Dragées de Spartoval (dosées à 0 gr, 05,) 2 à 6 par jour.

Sparto-Camphre

Campho-Sulfonate de Spartéine et Campho-Sulfonate de Sodium

VERITABLE SYNERGIE CARDIOTONIQUE

Diurétique et Cardiotonique d'Entretien

Ampoules de Sparto-camphre: de 2 et 5 cc. (injections sous-cutanées ou intramusculaires).

Dragées de Sparto-camphre: 2 à 6 par jour.

Génisténal

Ethylphénylbarbiturate Neutre de Spartéine

NEURO-SEDATIF & HYPNOGENE «EQUILIBRANT»

du Système nerveux végétatif

Dragées de Génisténal (0.035 d'éthylphénylmalonylurée et 0.015 de spartéine).

Adultes: 1 à 6 dragées par jour. — Enfants: ½ à 4

■ ■ ■ ■

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

Agents pour le Canada: VINANT Ltée, 200, rue Vallée, MONTREAL

"topique

u sens rigoureux du mot . . ."

". . . la gomme au sulfathiazole offre le mode de chimiothérapie et la médication topique de choix, au sens rigoureux du mot, dans les infections bucco-pharyngiennes, tel que démontré par le taux extrêmement bas de sulfathiazole qui pénètre dans le sang, même après des doses massives de cette préparation."

—Fox, N., Kesel, R. G., Neary, E. R., et Herbine, R. H.: Effect of Sulfathiazole in chewing gum in certain oropharyngeal infections. Arch. of Otolaryngology. *41*:278-283 (avril) 1945.



White's SULFATHIAZOLE GUM

La mastication d'une seule dragée de Sulfathiazole Gum pendant une demi-heure à une heure, fournit rapidement une concentration salivaire élevée de sulfathiazole (environ 70 mg. pour cent) d'une grande efficacité locale. En outre, même à doses massives, la quantité de sulfathiazole qui pénètre dans le sang est si peu considérable (atteignant rarement 0.5 à 1 mg. pour cent) que les réactions toxiques sur l'organisme sont pour ainsi dire évitées.

INDICATIONS: *Dans le traitement local des infections bucco-pharyngiennes sensibles aux sulfamidés : amygdalite aiguë et pharyngite — mal de gorge septique; gingivite et stomatite infectieuses — angine de Vincent. Egalement indiqué dans la prophylaxie d'infection locale secondaire à une intervention chirurgicale bucco-pharyngienne.*

POSOLOGIE: *Une dragée mastiquée pendant une demi-heure à une heure à des intervalles de une à quatre heures, selon la gravité du cas. Si on le préfère, plusieurs dragées — plutôt qu'une seule — peuvent être mastiquées successivement durant chaque période d'administration, sans que l'absorption du sulfathiazole par l'organisme en soit augmenté d'une façon appréciable.*

IMPORTANT: *Veuillez noter que votre malade ne peut pas obtenir ce produit du pharmacien sans votre ordonnance.*

Présentation: en boîtes à coulisse pour ordonnance de 24 dragées scellées individuellement dans un ruban transparent.

Chaque dragée contient 3.75 grs (0.25 gm.) de sulfathiazole.

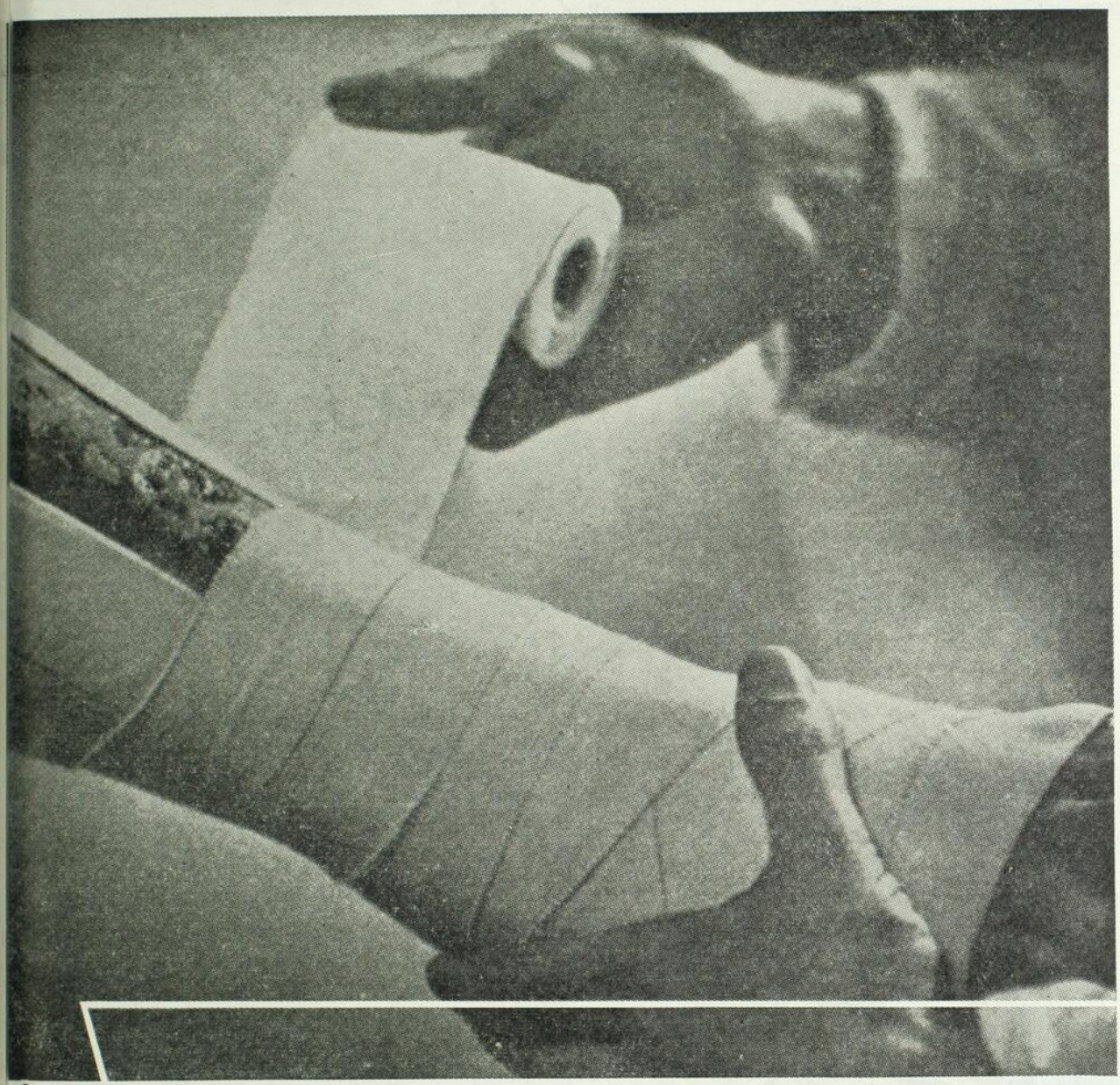
UN PRODUIT DE White LABORATORIES OF CANADA, LTD.
64-66 EST, RUE GERRARD, TORONTO, ONTARIO



COMPLEXE B NATUREL + EXTRAIT OVARIEN

Laboratoires Associés Franco-Anglais

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



E-30

AFFECTIONS VARIQUEUSES

La Technique 'Elastoplast' s'est développée avec les Bandages et Pansements 'Elastoplast'. Les résultats satisfaisants décrits dans les publications médicales et reproduits dans 'Elastoplast' Technique ont été obtenus avec les Bandages et Pansements 'Elastoplast'.

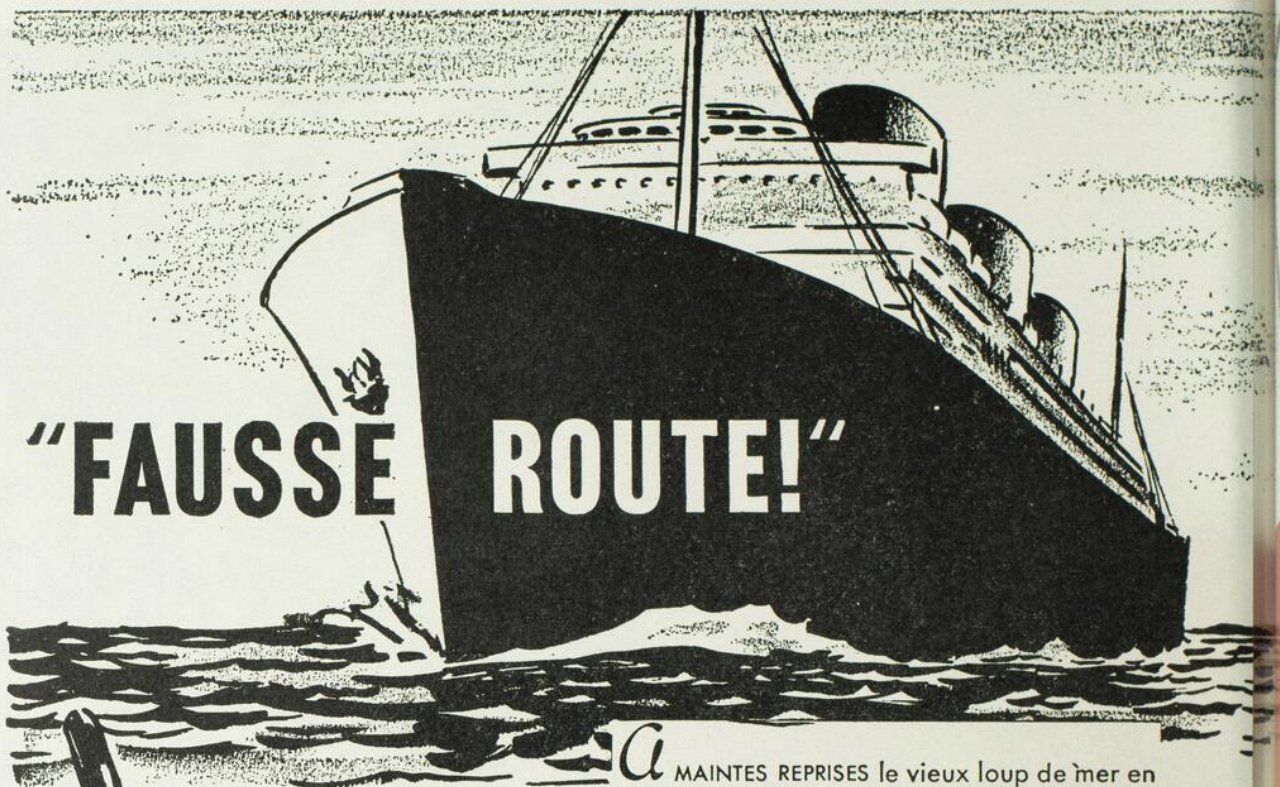
La combinaison de l'enduit adhésif spécial employé dans la fabrication de l' 'Elastoplast', avec l'extensibilité, la souplesse et la reprise du tissu 'Elastoplast' fournissent le degré précis de *compression* et d'*adhésion* que l'usage dans la clinique a démontré essentiel à la pratique avantageuse de l'application du bandage.

Pour autres renseignements, veuillez vous adresser aux:

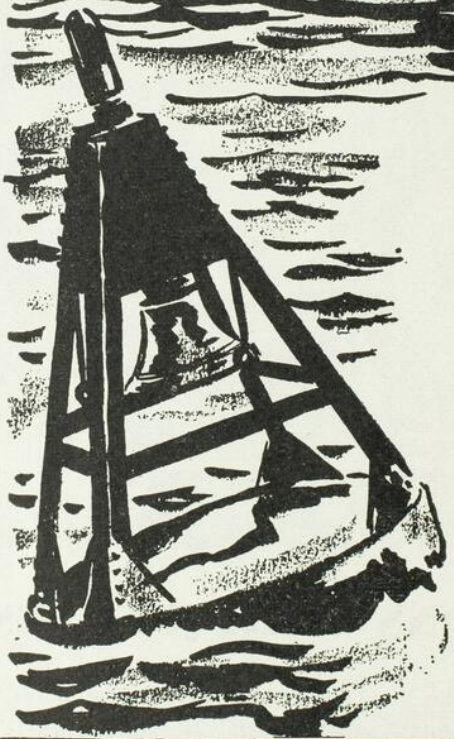
Dépositaires:

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

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



"FAUSSE ROUTE!"



A MAINTES REPRISES le vieux loup de mer en parcourant les routes tracées sur toutes les mers du monde entend l'avertissement de la bouée à cloche. Il est impossible de prédire les caprices du ciel et de la mer. Beaucoup de malades aussi se trouvent à faire "fausse route" lorsqu'ils ne répondent pas au traitement de routine usuel qui est sensé les mener au Havre de Bonne Santé. En face d'une telle situation beaucoup de médecins, se souvenant qu'un facteur endocrinien peut intervenir dans la plupart des maladies ordinaires, ont recours à une thérapeutique adjuvante par la PROTONUCLÉINE. Sept produits glandulaires ou connexes entrant dans la composition de la PROTONUCLÉINE stimulent le métabolisme et favorisent la restauration physiologique. La PROTONUCLÉINE convient tout particulièrement aux besoins des malades épuisés et débiles, des invalides et des convalescents.

POSOLOGIE: Varie selon les besoins en thyroïde.

PRÉSENTATION: Flacons de 10, 500 et 1000.

PROTONUCLEINE COMPRIMÉS

FORMULE: Chaque comprimé contient, à l'état desséché:

Thyroïde U.S.P.	1/14 gr.
Pancréas	1/2 gr.
Rate	1/2 gr.
Surrénale	1/4 gr.
Thymus	1/4 gr.
Cervelle	1/4 gr.
Lymphatiques	1/4 gr.

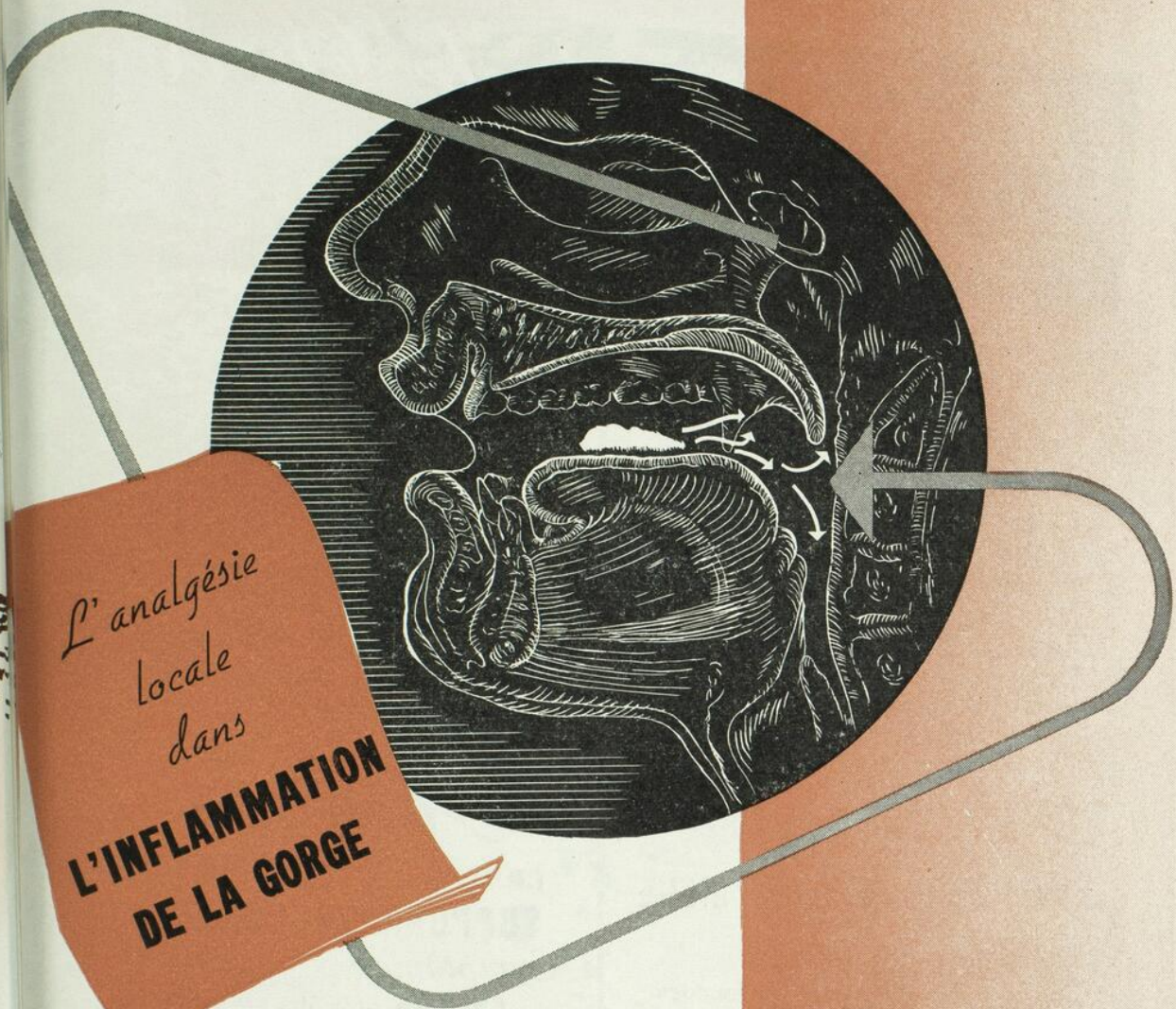


REED & CARNRICK

(Canada) Ltd.

64-66 EST, RUE GERRARD

TORONTO, ONTARIO, CAN.



L'analgésie locale dans

L'INFLAMMATION DE LA GORGE

s la mastication de l'Aspergum, le malade provoque
ve adoucissante chargée d'acide acétylsalicylique —
nt l'analgésique en contact prolongé avec les régions
nes qui, souvent, ne peuvent être atteintes même
ains intervalles, par les gargarismes ou irrigations.
ation de l'activité musculaire contribue à enrayer
é et la rigidité locales, ce qui procure plus de bien-
malade, lui permet l'absorption d'une alimentation
ayant pour résultat une convalescence plus brève.

IONS: Soins post-opératoires de l'amygdalectomie;
guë ou chronique; pharyngite; irritation de la gorge
causée par l'influenza, la grippe, etc.

Publicité exclusive à la profession médicale.

Dillard's
Aspergum

est très savoureux . . .
facilement accepté
par tous . . .
y compris les enfants.

En boîtes de 16;
et en flacons de 36
et 250 dragées,
à l'épreuve de l'humidité.

FABRICANTS DE *White* PRODUITS PHARMACEUTIQUES
LABORATORIES
OF CANADA, LTD.
64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ontario

Médicaments de Choix
CONTRE CERTAINES AFFECTIONS SPÉCIFIQUES



Auralgan

contre l'OTITE MOYENNE AIGUË

Symptômes:

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

Traitement:

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

Effets:

Régression de la congestion, analgésie, bactériostase.



Otosmosan

contre l'OTITE MOYENNE SUPPURANTE CHRONIQUE

Symptômes:

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

Traitement:

Otosmosan.

Formule:

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

Effets:

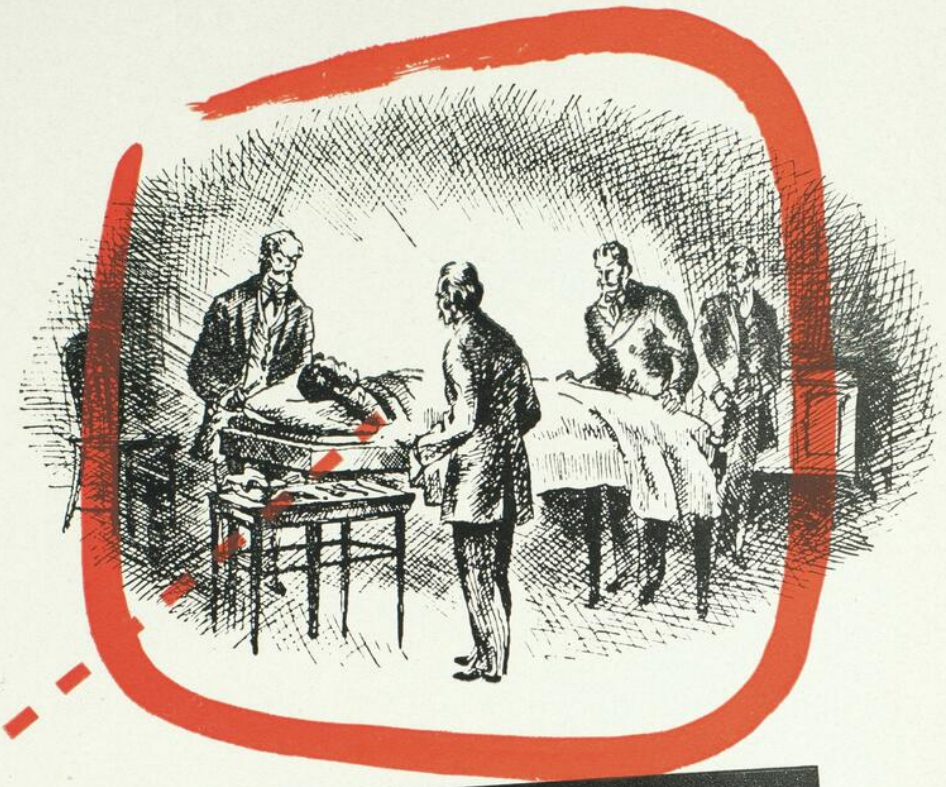
Assainit l'odeur de l'écoulement, liquéfie les granulations, rétablit l'intégrité du tissu épithélial. Bactériostatique.

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

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

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.

Montréal • New-York 13 • Londres



L'Operation a bien reussi, mais . . .

. . . il fut un temps où le danger d'infection postopératoire rendait hasardeuse même une opération très simple. La rareté de telles complications aujourd'hui ne peut évidemment pas être attribuée à une diminution de la virulence des envahisseurs bactériens, mais bien à l'observance méticuleuse dans les hôpitaux modernes des méthodes nouvelles d'antisepsie et d'asepsie. Ces méthodes comprennent l'usage d'un antiseptique doué d'un pouvoir désinfectant élevé et d'une action antiseptique prolongée, et relativement dénué d'effets irritants. Des études faites par deux expérimentateurs indépendants* ont démontré que la Teinture de Métaphène réunit ces trois qualités primordiales d'un antiseptique préopératoire de la peau. Ces auteurs ont classé la Teinture de Métaphène première parmi les quinze antiseptiques d'usage courant qu'ils ont étudiés. Ils ont trouvé que la Teinture de Métaphène diminuait la numération bactérienne sur la muqueuse buccale de 95 à 100 pour cent en cinq minutes; que dans quelques cas elle provoquait une légère irritation, et aucune irritation dans les autres; et que son action se prolongeait pendant plus de deux heures, durée beaucoup plus longue que pour aucun des autres produits étudiés. La Teinture de Métaphène, Colorée ou Incolore, se trouve dans toutes les bonnes pharmacies et dans les pharmacies d'hôpitaux, dans des formats commodes.

Laboratoires Abbott Limitée, Montréal, 8.

*Meyer, E., and Arnold, L. (1938), Amer. J. Digest. Dis., 5:418.

(Teinture de 4-nitro-anhydro-hydroxymercuri-orthocrésol, Abbott) **Teinture de Métaphène**

Comprimés
SURBEX
(MARQUE DEPOSEE)

PLUS HAUTE TENEUR

POUR LE TRAITEMENT DES CARENCES DU COMPLEXE VITAMINIQUE B

SURBEX est présenté sous forme de comprimés faciles à prendre et s'emploie dans le traitement de carences médiocres ou sévères de Thiamine, Riboflavine ou Nicotinamide, accompagnées du manque des autres facteurs du Complexe Vitaminique B contenus dans le comprimé. Un comprimé fournit six fois les besoins quotidiens minimums de vitamine B_1 et trois fois ceux de riboflavine et nicotinamide. En flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés.

CHAQUE COMPRIME CONTIENT:

Chlorhydrate de Thiamine (Vitamine B_1, 2000 Unités Int.)	6 mg.
Riboflavine	6 mg.
Nicotinamide	30 mg.
Chlorhydrate de Pyridoxine (Vitamine B_6)	1 mg.
Acide Pantothénique (sous forme de pantothénate calcique)	10 mg.
Concentré de Foie*	5 grs.
Levure de Bière séchée*	2½ grs.

*Pour autres facteurs du B-Complexe.

SIROP SURBEX

Sirop de levure de bière, agréable au goût et non alcoolique.

Chaque cc. contient:

Thiamine (vitamine B_1) (133 unités Int.)	0.4 mg.
Riboflavine (vitamine G)	0.3 mg.
Nicotinamide	4 mg.

(effet préventif du pellagre égal à environ 6.75 gm. de levure bière séchée.

Acide Pantothénique	0.5 mg.

L'extrait de levure servant à cette préparation contient d'autres facteurs du Complexe Vitaminique B.

ELIXIR SURBEX

Chacque cc. contient:

Chlorhydrate de Thiamine (vitamine B_1)	0.133 mg
Riboflavine (vitamine G)	0.133 mg
Nicotinamide	0.666 mg

(effet préventif du pellagre égal à environ 2.75 Gm. de foie frais)

Autres facteurs du Complexe B se trouvant dans le foie. Chaque once fluide provient d'environ 40 gms. (1⅓ once) de foie frais. Alcool 12%.

LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE • MONTREAL, CANADA

XVIIIe CONGRÈS DE l'A.M.L.F.A.N.

Québec, 13, 14, 15 juin 1946

Le XVIIIe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord aura bien lieu cette année, dans la cité de Québec.

La rencontre Churchill-Roosevelt à Québec, en 1944, une ordonnance fédérale en 1945, limitant au maximum de 50 personnes le nombre des membres d'Associations réunis en Congrès dans certaines villes du Canada, dont Québec, ont obligé de remettre jusqu'à 1946 notre Congrès. Mais, comme nous le disions l'été passé, en annonçant la remise pour une seconde fois du XVIIIe Congrès, ce n'était que partie remise et nous émettions le vœu que le Congrès définitivement en opération devrait, plus que jamais, susciter le zèle et l'enthousiasme de nos médecins.

Nous l'espérons plus que jamais.

Le temps perdu doit être retrouvé et le retard, compensé par un succès dépassant les plus belles réussites du passé.

Manifestons publiquement notre présence et notre action au Canada.

Encore plus, réchauffons notre courage et notre volonté à faire œuvre de paix, de stabilité, de culture et de science en Amérique.

Nos Congrès en sont l'occasion; bien plus, ils en sont la fin.

R. A.

*
* *

Voici ce que nous recevons du Président du XVIIIe Congrès, le docteur Charles Vézina, au moment où nous allons sous presse:

" Le Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord se tiendra à Québec les 13, 14 et 15 juin 1946. Nous regrettons d'être dans l'obligation de faire ce congrès à peu près aux mêmes dates que la réunion, à Banff, de l'Association médicale canadienne. L'on voudra bien ne voir dans le choix de ces dates que l'impossibilité absolue de ne pouvoir tenir cette réunion à un autre moment de l'année."

« ... Et le jour où, pressentant l'avenir qui allait s'ouvrir devant la découverte de l'atténuation des virus, je me suis adressé directement à mon pays pour qu'il nous permît, par la force et l'élan d'initiatives privées, d'élever des laboratoires qui s'appliqueraient non seulement à la méthode de prophylaxie de la rage, mais encore à l'étude des maladies virulentes et contagieuses, ce jour-là, la France nous a donné à pleines mains...

« La voilà donc bâtie, cette grande maison dont on pourrait dire qu'il n'y a pas une pierre qui ne soit le signe matériel d'une généreuse pensée. Toutes les vertus se sont cotisées pour élever cette demeure du travail.

« Hélas! j'ai la poignante mélancolie d'y entrer comme un homme « vaincu du temps », qui n'a plus autour de lui aucun de ses maîtres, ni même aucun de ses compagnons de lutte, ni Dumas, ni Bouley, ni Paul Bert, ni Vulpain qui, après avoir été avec vous, mon cher Grancher, le conseiller de la première heure, a été le défenseur le plus convaincu et le plus énergique de la méthode!

« Toutefois, si j'ai la douleur de me dire: Ils ne sont plus, après avoir pris vaillamment leur part des discussions que je n'ai pas provoquées, mais que j'ai dû subir; s'ils ne peuvent m'entendre proclamer ce que je dois à leurs conseils et à leur appui; si je me sens aussi triste de leur absence qu'au lendemain de leur mort, j'ai du moins la consolation de penser que tout ce que nous avons défendu ensemble ne périra pas. Notre foi scientifique, les collaborateurs et les disciples qui sont ici la partagent...

« Cet enthousiasme que vous avez eu dès la première heure, gardez-le, mes chers collaborateurs, mais donnez-lui pour compagnon inséparable un sévère contrôle. N'avancez rien qui ne puisse être prouvé d'une façon simple et décisive.

« Ayez le culte de l'esprit critique. Réduit à lui seul, il n'est ni un éveilleur d'idées, ni un stimulant de grandes choses. Sans lui, tout est caduc. Il a toujours le dernier mot. Ce que je vous demande là, et ce que vous demanderez à votre tour aux disciples que vous formerez, est ce qu'il y a de plus difficile à l'inventeur.

« Croire que l'on a trouvé un fait scientifique important, avoir la fièvre de l'annoncer, et se contraindre des journées, des semaines, parfois des années, à se combattre soi-même, à s'efforcer de ruiner ses propres expériences, et ne proclamer sa découverte que lorsqu'on a épuisé toutes les hypothèses contraires, oui, c'est une tâche ardue.

« Mais quand, après tant d'efforts, on est enfin arrivé à la certitude, on éprouve une des plus grandes joies que puisse ressentir l'âme humaine, et la pensée que l'on contribuera à l'honneur de son pays rend cette joie plus profonde encore.

« Si la science n'a pas de patrie, l'homme de science doit en avoir une, et c'est à elle qu'il doit reporter l'influence que ses travaux peuvent avoir dans le monde.

« S'il m'était permis, Monsieur le Président, de terminer par une réflexion philosophique provoquée en moi par votre présence dans cette salle de travail, je dirais que deux lois contraires semblent aujourd'hui en lutte: une loi de sang et de mort qui, en imaginant chaque jour de nouveaux moyens de combat, oblige les peuples à être toujours prêts pour le champ de bataille, et une loi de paix, de travail, de salut, qui ne songe qu'à délivrer l'homme des fléaux qui l'assiègent.

« L'une ne cherche que les conquêtes violentes, l'autre que le soulagement de l'humanité. Celle-ci met une vie humaine au-dessus de toutes les victoires, celle-là sacrifierait des centaines de mille existences à l'ambition d'un seul. La loi dont nous sommes les instruments cherche même à travers le carnage à guérir les maux sanglants de cette loi de guerre. Les pansements inspirés par nos méthodes antiseptiques peuvent préserver des milliers de soldats. Laquelle de ces lois l'emportera sur l'autre? Dieu seul le sait. Mais ce que nous pouvons assurer, c'est que la science française se sera efforcée, en obéissant à cette loi d'humanité, de reculer les frontières de la vie. »

PASTEUR.

BULLETIN

L'INITIATIVE PRIVÉE APPLIQUÉE AUX ŒUVRES DE SANTÉ

Il existe 86 sections de la « Croix-Bleue » aux Etats-Unis et au Canada. Durant 1945, le recrutement de nouveaux membres a classé les sections de Québec parmi les plus actives.

On nous apprend que le nombre des membres de cette Association d'hospitalisation dans notre Province a passé de 93,000 à 145,000 membres, soit une augmentation de 67%; qu'au début de 1946, 58 hôpitaux étaient affiliés à la « Croix-Bleue »; qu'à cette date et depuis le 1er mai 1942, 24,125 abonnés avaient été hospitalisés représentant 204,357 jours d'hospitalisation et une somme de plus de un million de dollars versée aux hôpitaux.

Tout cela exprime des faits assez impressionnants et possède une signification définie. La « Croix-Bleue » est un organisme populaire et apprécié du public. Elle rend indubitablement service à la population et aux hôpitaux. Elle assure aux abonnés, pour une contribution relativement modique, la possibilité d'être admis dans un hôpital pour un laps de temps raisonnable, et ainsi leur accorde de la sécurité pour l'avenir, de la tranquillité d'esprit en leur procurant la certitude de pouvoir se faire traiter quand il y a besoin, dans les meilleures conditions possible. Puis la clientèle des hôpitaux se trouve indiscutablement augmentée. Tous les abonnés sont leurs clients éventuels et un grand nombre de ceux qui y sont et seront admis n'entreraient pas à l'hôpital s'ils n'avaient pas été préalablement membres d'une telle organisation.

Le médecin y trouve aussi indirectement son avantage. Et d'abord, son action n'est pas entravée dans ses investigations diagnostiques ni dans son traitement, il ne se bute plus à la « question d'argent » quand il propose un séjour à l'hôpital; son office devient plus facile, plus agréable et plus efficace. Enfin, les honoraires professionnels ne sont plus annulés par l'acquittement toujours onéreux des frais d'hospitalisation qui, en l'occurrence, ont été déjà satisfaits sous la forme de l'abonnement.

Je ne fais pas la réclame de la « Croix-Bleue » en particulier, mais du principe de mutualité ou de coopératisme appliqué à l'hospitalisation des malades. En fait, la « Croix-Bleue » est actuellement la plus puissante organisation de ce genre, celle qui est la plus encouragée, la plus répandue, sans doute parce qu'elle offre les meilleurs services.

Cette façon de résoudre l'immense problème de la maladie ou de la santé, d'assurer les soins médicaux à la population, plaît et paraît en concordance avec les meilleurs principes démocratiques. Elle sauvegarde la liberté et l'initiative individuelles tout en offrant les meilleures garanties et les moyens les plus faciles pour les obtenir. Le caractère privé de tels organismes ne comporte pas, en retour, un danger de surtaxe appliquée à toute la population, aux pauvres et aux riches, que pourrait amener une institution ou une commission gouvernementale opérant sur un vaste réseau par le truchement d'un personnel anxieux de s'y caser et d'y travailler en toute douceur.

Qu'on éclaire la population sur la santé, qu'on l'éduque sur les moyens de la conserver, sur les maladies et les moyens de les combattre. Qu'on lui présente des occasions faciles, peu onéreuses, d'organismes d'assurance, d'institutions de mutualité, sans profits d'opération, non seulement pour l'acquittement des frais d'hospitalisation, mais aussi pour celui des honoraires aux médecins et aux chirurgiens de soins prodigués à l'hôpital ou à domicile; que ces organismes soient d'initiative privée, absolument indépendante de toute influence, politique ou d'autre origine, et de la sorte le public sera bien servi et le contribuable sera épargné d'un surplus d'impôts servant à subvenir aux traitements d'une armée de fonctionnaires, plus ou moins zélés.

Un besoin pressant d'hôpitaux se fait sentir surtout dans les centres urbains. Chaque jour, des malades sont refusés dont les noms sont inscrits sur une longue liste d'attente. Depuis plusieurs mois, faire admettre un malade mental dans un hôpital psychiatrique, à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu tout particulièrement, est un véritable tour de force pour ne pas dire une impossibilité. Un tel état de chose est inadmissible et intolérable. Des aliénés séjournent, soit dans des hôpitaux généraux, soit à domicile, empoisonnant l'existence des autres, quand ils ne mettent pas leur propre vie et celle de leurs cohabitants en danger imminent.

Eh bien! c'est dans ce domaine de l'agrandissement et de la construction d'hôpitaux que les gouvernements doivent intervenir incessamment. C'est là qu'ils pourront appliquer avec le plus d'utilité et de congruité leur plan de sécurité sociale en regard de la santé publique, comme par des campagnes d'éducation.

On pourrait traiter très longtemps de ces questions de prophylaxie, de traitement et d'hospitalisation en rapport avec la santé et la maladie des diverses classes de la population. Quelques idées nous sont venues à l'esprit que nous avons rapidement inscrites ici. Je sais qu'elles sont partagées par d'autres et qu'elles ne sont pas d'une originalité absolue. Mais, une opinion vaut d'être exprimée et répétée, quand il s'agit de venir en aide aux malades, aux candidats à la maladie, qu'ils soient pourvus d'argent ou indigents. Et nous pourrions ajouter qu'au sein de la population laïque, ces derniers n'ont pas de plus fidèles amis que les médecins. [1]

Roma AMYOT.

1. Nous reproduirons, le mois prochain, le plan de santé que l'« American Medical Association » vient de présenter au gouvernement américain. On pourra constater que les principes de décentralisation, de liberté d'action, de l'éducation du public et, par-dessus tout, de la sauvegarde de l'initiative privée, sont respectés et constituent la base de ce programme. Ils cadrent entièrement avec les quelques idées contenues dans ce bulletin.

L'HYPOTENSION POSTURALE [1]

Par **Robert WALLIS** (de New-York).
Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

Encore appelée hypotension orthostatique, elle consiste essentiellement dans l'abaissement de la pression artérielle quand le sujet passe de l'horizontalité à la verticalité.

C'est une des manifestations les plus fréquentes qui révèlent la maladie orthostatique: à vrai dire état plus que maladie, condition temporaire plus encore qu'état et qui consiste dans l'inadaptation constitutionnelle ou acquise de certains sujets à la position debout.

D'emblée laissez-moi vous dire qu'il ne s'agit pas là d'une affection ou d'une condition rare.

C'est au contraire une affection extrêmement fréquente, même si elle passe souvent inaperçue et si les symptômes qui en découlent, symptômes purement fonctionnels, sont souvent imputés à tort à des lésions organiques la plupart du temps inexistantes.

Cela tient sans doute à ce fait que s'il y a quelque 50 ans déjà que nous mesurons de manière courante la pression artérielle des hommes, ce n'est guère que depuis 1925, et depuis les premiers travaux de Bradbury et Eggleston sur l'hypotension de posture, que l'on s'est attaché à mesurer ses variations dans les différentes positions.

Encore est-il juste d'ajouter que ces mesures ne sont pas très coutumières, ou que même dans les cas où la pression artérielle est mesurée dans différentes positions, bien souvent des observateurs, praticiens trop pressés, ne laissent pas au malade le temps de pâtir de ses changements de position, et aux modifications tensionnelles secondaires, le temps d'apparaître.

Ceci explique pourquoi cette affection, je le répète, extrêmement répandue, reste encore si souvent méconnue des médecins praticiens, qui la rencontrent chaque jour sans l'apercevoir, faute d'une recherche systématique.

Le but de cette conférence n'est pas seulement de vous révéler la fréquence de l'hypotension posturale, mais de vous montrer tout l'intérêt que cette question révèle au point de vue clinique, physiologique, thérapeutique de la mécanique circulatoire, et cela que la tension artérielle soit préalablement normale, basse ou élevée.

Ainsi que nous le verrons, c'est en effet le mérite des nouvelles interventions chirurgicales extensives sur le sympathique des hypertendus qui a permis de réaliser chez l'homme des hypotensions posturales expérimentales, telles qu'en réalisait auparavant la constitution ou la maladie.

Quoi qu'il en soit, que se passe-t-il chez le sujet normal, à tension normale: 120/70 quand on le met debout?

Dans les premières 30 secondes, alors que la minima reste stable, la maxima tend à s'abaisser légèrement, pour remonter à son chiffre primitif, ou même à le dépasser légèrement.

Au lieu de 120/70, on trouve, après une ou 2 minutes de station debout, 130 ou 135/70.

En même temps on observe une accélération temporaire du pouls, qui rarement persiste au delà d'une minute, ou au delà de 10%.

Que s'est-il passé? Ainsi que l'a démontré Tournade, professeur de physiologie d'Alger, la baisse de tension primitive a servi à déclencher le mécanisme compensateur hypertensif, en l'occurrence probablement le réflexe sino-carotidien de Hering.

---

1. Conférence prononcée le 23 octobre 1945, à l'hôtel Windsor, sous la présidence du docteur Paul Letondal, à l'occasion des « Journées Médicales Annuelles » de la *Société Médicale de Monréal.*

Ceci n'est qu'un cas particulier d'une loi lus générale, qui régit le maintien des fonc- ons physiologiques chez les sujets à sym- athique bien équilibré, à savoir:

« C'est le trouble à corriger qui constitue excitant spécifique, c'est-à-dire le déclen- heur du mécanisme compensateur. »

Mais n'insistons pas sur ce rappel bref de e qui se passe chez le sujet normal et que ous connaissez tous.

Venons à ces sujets qui lorsqu'on les met ebout deviennent pâles, leurs yeux se tirent, arfois s'excavent, leurs mains deviennent roides et moites, leurs pieds se cyanosent, u bout de 2 ou 3 minutes, ils accusent une atigue, cherchent instinctivement à s'appuy- r, à bouger, au moins à plier les genoux, à user en un mot avec la station verticale ntégrale. Mais si l'on insiste pour les obser- er, le pouls devient petit, filant, rapide, ouvent difficile à percevoir. Souvent ils ccusent des vertiges, et si l'on fait persister 'expérience trop longtemps, ils tombent en yncope.

Cette syncope, si syncope il y a, est du reste parfaitement bénigne, car le seul fait de l'ho- izontalité retrouvée sur le sol rétablit ins- antanément la circulation.

Que s'est-il passé au point de vue de leur ension artérielle et quels sont les symptômes onctionnels accusés dans la vie courante par le tels malades?

Il s'agit bien souvent de sujets longilignes, grands, minces, à faible musculature abdo- minale, de sujets ayant maigri récemment et ptosiques.

Admettons, ce qui est souvent le cas, que dans la position horizontale ils aient un cœur normal, un pouls battant à 70, et une tension normale à 120/70.

Au bout d'une à 3 minutes de position debout, on voit le plus souvent progressive- ment leurs tensions s'approcher des chiffres suivants 90/80:

90 pour la tension systolique,
80 pour la tension diastolique;

la maxima s'est abaissée,
la minima s'est élevée;
la différentielle s'est effondrée: de 50 elle est passée à 10,

en même temps la tonalité artérielle a di- minué, au point d'être devenue difficile à percevoir, l'indice oscillométrique a diminué, le pouls s'est accéléré autour de 100 ou plus, et reste accéléré, la pression veineuse, si on la mesure, a augmenté.

Fait important, si on recouche les malades, tous ces phénomènes, qui avaient mis quel- ques minutes à apparaître, disparaissent ins- tantanément et complètement en quelques secondes.

Dans d'autres cas partant d'une tension originale de 120/70 on voit, après quelques minutes de station debout, tous les mêmes malaises apparaître, la même accélération du pouls, etc., mais la pression tomber

à 80/60;
ici, et la maxima
et la minima

se sont abaissées simultanément. Cette der- nière éventualité semble en pratique plus rare que la première: disons sans anticiper davan- tage que les premiers, ceux qui élevaient leur minima et réduisaient ainsi leur différen- tielle, semblent être ceux qui accumulent le sang périphérique dans le système splanch- nique et font de la stase abdominale; les der- niers, ceux qui abaissent leur minima et leur maxima, sont ceux qui en plus font par la station debout une grande stase veineuse dans leurs membres inférieurs.

Quoi qu'il en soit, laissez-moi vous décrire quelques cas cliniques et illustrer, par les troubles fonctionnels mêmes que présentent ces malades, les indices qui doivent vous faire suspecter l'hypotension posturale, avant de la rechercher systématiquement.

Un de nos premiers malades observé, il y a quelque 20 ans, avec le professeur Abrami, était un candidat à l'école polytechnique qui était venu nous trouver avec son père, pour

obtenir un certificat médical l'autorisant à se présenter à son concours, sur une litière ! C'était en effet un sujet brillant en mathématiques lorsqu'il travaillait chez lui, mais qui devenait lamentable et perdait toutes ses facultés devant le tableau noir en classe. Au point que le professeur lui avait dit: « Vous ne devriez pas vous faire aider par votre père à la maison. » Notre malade en fait était atteint d'hypotension orthostatique. Chez lui il résolvait brillamment ses problèmes, couché à plat ventre sur le tapis de sa chambre, sans l'aide de son père qui n'entendait du reste rien à la mathématique. En classe, debout devant le tableau noir, rapidement il devenait pâle, avait des tendances lipothymiques, sentait, suivant son expression imagée, « son cerveau se vider », et perdait tous ses moyens.

Bien entendu, nous ne lui donnâmes point le certificat demandé, mais une ceinture abdominale comprimant la région sous-ombilicale de son abdomen qui stabilisa ses variations tensionnelles, fit disparaître ses symptômes, et lui permit de passer brillamment son concours.

Tous les cas ne sont pas aussi expérimentaux.

Le plus souvent il s'agit de troubles plus bénins, qui, isolés ou associés, alternent chez les différents malades.

Des céphalées, des fatigues à la station debout, de petits vertiges, ou seulement étourdissements, un épuisement musculaire et une fatigue anormale disproportionnée au peu d'effort accompli.

Automatiquement, quand on interroge de près ces malades, on s'aperçoit que leur instinct les fait s'étendre pour penser, pour réfléchir, pour travailler, ou encore s'ils s'asseyent, il serait plus exact de dire qu'ils se vautrent dans les fauteuils, en mettant souvent les pieds en l'air pour corriger leur orthostatisme et leur hypotension posturale.

Ils savent bien, ou sentent bien que le fait d'être assis constitue encore un orthostatisme relatif, le tronc vertical suffisant à faire baisser la tension artérielle et à produire les mêmes malaises que dans la station debout, quoique plus lentement.

Ce sont des malades qui ne peuvent attendre, ils se trouvent mal quand ils font la queue devant des cinémas, ils redoutent la station debout et l'épuisement consécutif à la visite des musées. Si ce sont des femmes, elles redoutent les essayages où elles doivent rester debout immobiles. Si ce sont des orateurs, ils ne peuvent rester derrière leur pupitre et marchent de long en large, ou essayent au moins de bouger, de se télescoper, en pliant alternativement un genou puis l'autre.

Un degré de plus et l'on observe, consécutivement à la station debout, des attaques de migraines ophtalmiques (qui ne cèdent à aucun traitement, mais qui cèdent aux vacances), des attaques de vertiges qui ne cèdent qu'au repos et parfois même des syncopes à répétition sans cause apparente. En effet, si l'on examine les malades couchés, leur cœur est normal, la tension est souvent basse, mais avec un écart normal entre la maxima et la minima.

Ces formes à manifestations fonctionnelles importantes restent l'exception.

Le plus souvent tout se borne à une fatigabilité intense, avec tendance à la psychasthénie, à la dépression physique et nerveuse qui conduit ces malades sur les bords de la neurasthénie, d'autant que la plupart des médecins ne leur trouvant rien d'organique, faute de les examiner debout, se contentent de les rassurer, de les traiter en nerveux, de les calmer, ce qui souvent aggrave leurs troubles, au lieu de leur donner des toniques vasculaires et surtout de découvrir et de corriger mécaniquement la cause de leurs troubles mécaniques.

Quoi qu'il en soit, avant d'entrer dans la pathogénie et la physiologie plus intime de ces troubles, laissez-moi vous en décrire quelques autres modalités cliniques.

uivant l'intensité des troubles fonctionne, nous avons déjà insisté sur les formes légères, de beaucoup les plus fréquentes, et sur les formes moyennes déjà plus rares avec attaques de vertiges et syncopes à répétition. Enfin il existe aussi des formes graves et très rassimes qui se comptent par unités, avec une impossibilité presque complète pour le malade de vivre normalement: confinés au lit, traités comme hypocondriaques, ces malades étaient incapables de toute activité quelconque, certains (dans 3 cas) faisaient des hématémèses à la station debout, sans aucune lésion de la muqueuse gastrique.

Ces cas sont tellement rares qu'ils doivent être oubliés. Cependant l'effondrement de la tension artérielle maxima et minima dans la station debout, l'impossibilité même de la prendre en ces éventualités rares donne la signature de ces cas.

Revenons à des formes plus fréquentes, variétés cliniques suivant les circonstances d'apparition de l'hypotension posturale.

Au moment de la puberté chez la jeune fille, comme chez le jeune garçon, surtout quand cette puberté s'accompagne d'une croissance brusque et surtout quand il y a une discordance entre l'allongement vertical du thorax et la grandeur du cœur qui reste encore petit, que l'on voit à la radio pendre en goutte dans le médiastin sans reposer sur le diaphragme, on voit souvent se développer une hypotension posturale temporaire de quelques mois ou de quelques années, que l'on qualifie à tort, si on ne sait pas en préciser la cause tensionnelle, de fatigue de croissance, de chlorose, d'anémie.

A ce sujet, laissez-moi vous signaler en passant que les hypotendus orthostatiques ont souvent l'air anémique, même quand on compte leurs globules; il existe en effet souvent chez eux une diminution du nombre des globules rouges dans les segments périphériques, lorsque le sang est prélevé alors qu'ils sont dans la position debout ou assise, tandis que l'on trouve sans aucun traitement un taux normal, si la prise de sang du doigt est faite le matin alors qu'ils sont encore couchés, après le repos de la nuit.

Dans un autre ordre d'idées et de circonstances, il est très fréquent de voir apparaître une hypotension posturale chez la femme dans les mois qui suivent l'accouchement. Les changements de la statique abdominale et de la mécanique circulatoire, pendant la grossesse et après l'accouchement, constituent des facteurs trop évidents pour qu'il soit besoin d'insister. Disons seulement que les effets de la décompression dans le système splanchnique sont souvent encore augmentés par le décubitus prolongé des suites de couches, par une ptose temporaire des viscères abdominaux et par un affaissement du plancher pelvien. Il est remarquable à ce point de vue de noter que, parmi les femmes qui ont une descente de matrice, ce ne sont pas celles qui ont les plus grandes déchirures périnéales qui les supportent le moins bien, mais celles qui ont l'hypotension posturale la plus marquée.

Ce que nous venons de dire des suites de la grossesse et de l'accouchement pourrait être répété pour les mêmes raisons anatomiques après toute extraction de tumeur abdominale, et souvent même toute suite opératoire surtout abdomino-pelvienne, et cela d'autant plus qu'au facteur mécanique se surajoutent les effets hypotenseurs momentanés de l'anesthésie, du choc opératoire, et du décubitus de la convalescence, toutes causes qui contribuent à désadapter la circulation du sujet de la position verticale.

Ce que fait une grossesse ou une opération abdominale peut être aussi réalisé par une cure d'amaigrissement non progressive chez un individu peu musclé à faible paroi abdominale favorisant les ptoses viscérales.

Ce sont du reste ces sujets à faible musculature abdominale, les « désanglés de l'abdomen », comme on les a surnommés, qui sont plus que tous autres candidats à faire, à l'occasion du moindre choc physique ou même psychique, une hypotension posturale. Telles

sont les hypotensions posturales consécutives aux simples fatigues, au surmenage, ou même aux émotions: la fatigue ou l'émotion provoquent l'hypotension de posture, celle-ci à son tour prolonge la fatigue, l'émotion ou l'abattement, d'effet l'hypotension de posture est devenue cause, et ainsi se referme le cercle vicieux psycho-somatique, qui emprisonne ces malheureux patients dans la persistance de leurs malaises fonctionnels et les condamne à ce que tout acte depuis le lever du matin soit un effort, toute activité de la journée un travail auquel ils doivent se forcer. Seul le médecin éclairé, qui dépistera le trouble tensionnel de posture, derrière ce « caput mortuum » de symptômes banaux, pourra les rassurer vraiment et surtout les soulager.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé que des malades atteints d'hypotension posturale pure, mais quelquefois celle-ci se trouve associée à d'autres syndromes fonctionnels dus également à l'orthostatisme: à leur moindre degré il s'agit de troubles fonctionnels gastro-intestinaux avec ptoses, ballonnements, états nauséeux, hypoacidité et diarrhée prandiale, mais parfois ils se compliquent de phénomènes d'insuffisances fonctionnelles hépato-pancréatiques: tout peut se voir depuis les hypoglycémies de station debout avec accès de faim lipothymiques — le malade dit lui-même qu'il sent qu'il va « s'évanouir de faim » ou « mourir de faim » quand l'heure du repas habituel passe — jusqu'au véritable diabète rénal. Ceci n'est nullement une exagération, car s'il est vrai qu'il est rare de voir un diabète rénal accompagner l'hypotension posturale si fréquente, on peut affirmer que la plupart, pour ne pas dire la totalité des malades ayant un seuil rénal abaissé pour le sucre, ont en même temps une hypotension de posture et une aggravation de tous leurs troubles fonctionnels physiques et biochimiques dans la station debout.

D'autres fois, il s'agit de troubles albuminuriques associés. On sait aujourd'hui de manière positive que toutes les albuminuries dites de fatigue, ou orthostatiques, n'ont rien de commun avec les néphrites, mais sont dus à un trouble fonctionnel circulatoire dû essentiellement à la station debout: l'hypotension artérielle de posture est la règle absolue chez tous ces sujets. Dans une statistique récente sur 100 conscrits, après une demi-heure de station debout immobile, 29 furent trouvés avec des traces d'albumine, tous présentaient de l'hypotension de posture, on fit marcher, l'albumine disparut chez 19 d'entre eux, 10% en conservèrent: c'étaient ceux qui présentaient les troubles d'hypotension posturale les plus persistants, malgré l'amélioration habituelle que provoque l'exercice. Ceci n'est pas pour dire que l'hypotension posturale est la seule cause de l'albuminurie orthostatique bien qu'il soit vrai qu'on guérit l'une et l'autre simultanément en couchant le malade. Des expériences récentes (Friedmann et Read) ont montré que la stase veineuse rénale provoquée par une lordose naturelle ou artificiellement créée, permettait de provoquer ou de maintenir une albuminurie fonctionnelle malgré la position couchée. D'autres fois les manifestations d'hypotension posturale sont associées à d'autres manifestations sympathiques, en particulier aux ecto-sympathoses:

maladie de Raynaud,
acrocyanoses,

ou associées à des troubles de dilatation vasculaires périphériques chez les grands variqueux des membres inférieurs par exemple.

Jusqu'ici nous n'avons mentionné que les hypotensions posturales pures ou associées à d'autres troubles fonctionnels déclenchés, ou entretenus par l'orthostatisme; il est cependant des cas où l'hypotension posturale accompagne un état neurologique, glandulaire, ou vasculaire bien caractérisé:

telles sont les hypotensions posturales des tabétiques, des anémiques pernicieux avec scléroses combinées;

telles sont encore les hypotensions posturales de la maladie de Basedow ou

compagnatrices des syndromes pituitaires du diabète insipide et de l'acromégalie.

C'est à dessein que nous ne faisons que signaler ces hypotensions posturales secondaires accompagnatrices de lésions organiques bien caractérisées; elles sont en regard des premières, les hypotensions posturales pures, extrêmement rares.

Il est une forme, cependant, qui mérite de retenir un peu plus longuement notre attention, c'est en effet une forme paradoxale d'hypotension posturale: celle qui survient chez certains hypertendus. Il ne s'agit plus ici d'hypotensions posturales absolues, comme celles que nous avons envisagées jusqu'ici, mais bien évidemment d'hypotensions relatives. Ce sont des malades qui par exemple étant, couchés, une tension de 200/110 ont, après 3 à 5 minutes de station debout immobiles, 170/140:

abaissement de la pression systolique,

augmentation de la pression diastolique,

d'où diminution de la pression différentielle.

Ces faits sont importants à connaître, car ils rendent compte chez ces malades d'une symptomatologie fonctionnelle disproportionnée à leur hypertension: ils font plus facilement que d'autres des céphalées, des spasmes des artères rétiniennes, des vertiges, de la dyspnée d'effort. Ces notions comportent aussi des conséquences pronostiques — ces malades évoluent plus vite que d'autres vers l'insuffisance ventriculaire gauche — et des conséquences thérapeutiques: application de moyens mécaniques que nous étudierons plus loin, les mêmes qui servent dans l'hypotension posturale absolue.

Ce dernier ordre de faits nous entraîne, en terminant la partie clinique de cet exposé, à remarquer que bien des signes fonctionnels signalés tels que céphalées, vertiges, phénomènes oculaires, dyspnées, angoisses, fatigues physiques ou mentales, sont communs aux syndromes d'hypotension et d'hypertension artérielle. En fait, ils ne constituent pas en eux-mêmes probablement des signes d'hyper ou d'hypotension mais des signes de sensibilité vasculaire, surtout révélés lors des variations brusques des régimes de pression, ce qui explique qu'ils soient au maximum dans l'hypotension de posture.

Si les signes fonctionnels sont communs dans les 2 ordres d'affections vasculaires, on sait cependant combien leur signification pronostique est différente. Il faut opposer à la gravité de ces signes, au cours de l'hypertension artérielle, la bénignité constante des mêmes symptômes chez les hypotendus en général, et chez les hypotendus de posture en particulier. Ils souffrent souvent plus que de grands hypertendus, mais les hypotendus de posture semblent, au contraire des précédents, économiser leur cœur, la longévité est de règle chez eux, et d'après la statistique des « life-institutes », les moyennes de vie chez eux seraient augmentées de 10 ans pour les hommes et de 15 ans pour les femmes.

Longévité mais malaises répétés et longtemps persistants: telle est la vie des hypotendus posturaux.

* * *

Pour tâcher de les soulager, essayons de comprendre ce qui se passe chez eux du point de vue physiologique et du point de vue de la pathogénie de leurs troubles.

Depuis longtemps Hill, en 1895, avait montré qu'on pouvait tuer certains animaux habitués à la position horizontale, parce qu'ils sont quadrupèdes, en les mettant en position verticale forcée prolongée.

Il avait ainsi noté qu'on pouvait en moins de 24 heures tuer un chien ou un lapin en le suspendant verticalement immobilisé sur une planche.

Déjà, en grand observateur qu'il était, il avait vérifié qu'on pouvait empêcher ou en tout cas beaucoup retarder cette issue chez les animaux en expérience en leur comprimant l'abdomen d'une sangle.

Ce serait déborder le cadre de cet exposé que d'envisager, suivant la théorie darwinien-

ne, si les ancêtres de l'homme étaient quadrupèdes, et si les hommes d'aujourd'hui qui souffrent d'hypotension de posture sont seulement des sujets encore inadaptés à la condition verticale et bipède. Disons seulement objectivement que l'étude embryologique de certains organes, comme par exemple de l'utérus des guenons et des femmes, permet d'observer au cours du développement des transformations et des mutations qui ne s'expliquent ou, plus exactement, n'ont leur raison d'être que par une verticalité secondairement acquise, modifications anatomiques qui expliquent que, seules parmi toutes les femelles de mammifères, les guenons et les femmes aient des menstrues qui s'extériorisent.

Plutôt que de nous tourner vers un passé théorique et hypothétique, il est plus fructueux d'étudier la physiologie de l'hypotension posturale telle qu'elle s'est révélée à nous dans un présent pratique et expérimental.

Nous faisons allusion à deux ordres d'observations qui ont la valeur d'une expérience faite sur l'homme.

1) l'observation des aviateurs au cours du piqué à la verticale,
2) l'observation des hypertendus opérés suivant la technique de Smithwick par la résection extensive bilatérale du sympathique dorso-lombaire et qui transforme miraculeusement des malades primitivement hypertendus en hypotendus de posture pendant les 2 années qui suivent l'opération sinon plus.

Il nous a été donné d'avoir le privilège pendant cette guerre d'observer les uns et les autres.

Voyons d'abord les enseignements que nous fournissent les premiers, avant d'étudier plus en détail les seconds.

Bien entendu, quand il s'agit de pilotes de chasse pratiquant le piqué à la verticale, le « dive bombing », il s'agit de sujets jeunes, bien portants, à tension normale et stabl tous les sujets à tension trop hautes, tr basse, à hypotension de posture ou même tachycardie de posture étant éliminés de service à juste titre par tous les tests pratiqu par tous les médecins d'aviation dans monde entier.

Ceci dit, si les manifestations fonctionn les étudiées dans le piqué à la verticale o un grand intérêt dans le problème qui no occupe, c'est qu'en premier lieu cette varié de vol élimine autant que faire se peut d'a tres troubles fonctionnels rencontrés chez l aviateurs, tels ceux dus par exemple à la for centrifuge et provoquant le « black-out » ou syncope par compression de la scissure c carine projetée contre la boîte crânienne a cours des courtes prises à trop faible rayo ou à trop grande vitesse. Ici, dans le piqu à la verticale, n'agissent essentiellement qu le brusque changement d''altitude, la gravi et l'énergie cinétique.

C'est en second lieu parce que ces forc sus-mentionnées ont tendance à provoqu expérimentalement chez ces aviateurs à te sion normale exactement les mêmes troubl de la répartition sanguine et les mêmes sym tômes que ceux que nous observions chez l hypotendus posturaux dans la station debou à savoir:

Tendance du sang à quitter les extrémit céphaliques et membres supérieurs, pour collecter dans les organes réservoirs de l'al domen et dans les membres inférieurs. S multanément les pilotes éprouvent, comm éprouvaient les malades du début de cet e posé, un refroidissement des mains, une p leur du visage, une céphalée, une tendanc au vertige, ou même à la syncope, un serr ment de gorge, une angoisse physique a creux de l'estomac qui donne sa signatur solaire, cependant que le pouls s'altère et qu la tension s'abaisse. On conçoit que bien de accidents dans les écoles de pilotage soien dus dans ces circonstances plus à des panne du moteur humain qu'à des pannes du moteu

d l'avion; tant que l'élève pilote ne connssant pas ses limites de résistance, et se fnt plus à ses appareils qu'à ses sensations, dpasse la limite ténue qui sépare le vertige el'angoisse de la syncope.

Tout le monde comprend ce qui se passe clz les aviateurs en piqué.

Peu de gens comprennent ce qui se passe clz les hypotendus posturaux sur le sol.

Pourtant c'est la même chose.

La seule différence réside dans le fait que, dns le dernier cas, les mécanismes régulaters étant altérés, il suffit d'une minime viation de position pour les provoquer, ars que chez les premiers sujets normaux ilfaut les vitesses terrifiantes atteintes par le avions modernes pour les provoquer.

Les mêmes moyens qui préviennent la prodtion de ces troubles chez les aviateurs, les pviennent aussi chez les malades atteints dypotension posturale.

Je veux parler de la compression abdominalequi empêche la collection du sang dans un syème splanchnique vaso-dilaté, la compressin des cuisses par des brassards pneumatiqes qui empêche la collection du sang dans le membres inférieurs.

Vous connaissez tous ces nouvelles ceintres pneumatiques inventées pour les aviaters et qui, quand besoin est, se gonflent aomatiquement pour comprimer la partie irérieure de l'abdomen et enserrer les cuisse elles étaient un luxe dans les avions de clsse ordinaires, qui déjà atteignaient de trs grandes vitesses, elles sont devenues indispsables pour les pilotes des avions fusées. Sion il faut, pour prévenir les troubles circatoires, organiser l'avion comme cela a été fa., pour que le pilote puisse diriger ses commandes couché à plat ventre, la tête fixée en avant par une mentonnière pour maintenn dans le piqué le sang dans ses hémisphères cébraux.

Vous me direz que les ceintures pneumatiqes ne sont ni pratiques, ni esthétiques pour d vulgaires « rampants », expression péjorative employée par les aviateurs pour ceux qui restent au sol, même si ces derniers sont atteints d'hypotension posturale. Peu importe, je n'en parle qu'au point de vue expérimental, pour marquer que par ce moyen on peut instantanément stabiliser la tension d'un hypotendu postural et faire disparaître ses symptômes.

Du reste, nous verrons que, sans employer ces moyens un peu draconiens, certaines ceintures purement abdominales et rigides suffisent le plus souvent pour aider considérablement les hypotendus orthostatiques dans la vie courante.

Ceci dit, les études physiologiques plus fines n'ont évidemment pas pu être faites sur les aviateurs pendant les piqués, mais chez les opérés de Smithwick et White.

L'opération consiste, vous le savez, à traiter une hypertension artérielle préalable, à sectionner par une opération sus et sous-diaphragmatique simultanée la colonne sympathique de DIX à LII et le grand splanchnique, en 2 opérations, d'abord à droite puis à gauche, à 8 ou 10 jours d'intervalle.

Ce serait sortir du cadre de ce mémoire de dire à quels cas d'hypertension cette opération s'adresse, ou de faire le bilan des beaux résultats obtenus par Smithwick chez plus de 600 malades, dont les premiers cas opérés remontent à 7 ans.

Qu'il nous suffise de dire ici que la totalité des malades opérés développent, immédiatement après l'opération et pendant l'année qui suit, la plus belle et la plus typique hypotension posturale qu'un expérimentateur puisse rêver.

C'est dire que pendant leur convalescence ces malades ne peuvent rester debout immobiles, à moins d'avoir les 2 jambes bandées de tissu élastique et un support abdominal, et qu'ils ont tous, pendant un an, 18 mois, souvent 2 ans, des palpitations, de la tachycardie, de l'hypotension à la station debout,

avant que les mécaniques compensateurs ne s'établissent.

C'est-à-dire aussi que dans les premières semaines les observations citées ci-dessous et bien précisées par Gambill, Hines, Adson, de Rochester, n'ont pas été faites avec les malades vraiment debout, mais couchés sur un lit basculé à 60° dans ce qu'ils appellent la « head up position », c'est-à-dire seulement dans un orthostatisme relatif, seul possible à ce stade, lorsque le malade est sans ceinture et sans bandages de jambes.

On peut alors observer 8 phénomènes essentiels qui rendent compte du mécanisme intime de ces troubles:

1. Le pouls s'accélère.
2. La tension artérielle s'effondre, aussi bien la maxima que la minima, au point de devenir souvent impossible à prendre si l'on prolonge l'épreuve.
3. La pression veineuse augmente.
4. Le débit cardiaque augmente.
5. Le temps de circulation augmente.
6. L'épreuve du froid, qui consiste à plonger pendant une minute la main gauche dans l'eau glacée tandis qu'on mesure la pression au bras droit, ne provoque pas l'élévation tensionnelle habituelle.
7. L'épreuve de Flack est très positive. On sait que cette épreuve consiste à faire souffler le malade dans un manomètre à mercure. On augmente ainsi sa pression intrathoracique, ce qui a pour double effet de diminuer sa circulation veineuse de retour et par là sa réplétion cardiaque, donc aussi de diminuer sa pression systolique.

McLean, van Allen, Magath ont montré que ce test est toujours positif chez les hypotendus posturaux, mais jamais aussi intensément que chez les opérés récents de Smithwick.

8. Tous les phénomènes sus-décrits disparaissent avec rapidité quand on remet le malade en position horizontale.

Ajoutons à ces observations véritablement expérimentales les constatations ingénieuses de Bijure et Laurel vérifiées par Stead et Ebert: les phénomènes d'hypotension postu turale disparaissent quand le malade est im mergé dans l'eau même debout; l'amélio ration tensionnelle est proportionnelle à la hauteur de l'eau.

La preuve est donc faite que l'hypoten sion posturale est due à un trouble de la r partition du sang, qui a tendance à quitter la partie supérieure du corps pour se collecter essentiellement dans l'abdomen, accessoire ment dans les membres inférieurs, et qu'elle est provoquée par un trouble de fonctionne ment du sympathique dans la position debou trouble qui peut être compensé par la com pression extérieure de l'abdomen et des membres inférieurs, soit par des brassard pneumatiques, soit expérimentalement par la pression extérieure exercée par l'eau lors de l'immersion.

Il n'est pas douteux non plus que le trouble essentiel réside dans le domaine du splanch nique, et que par vaso-dilatation abdominale c'est le vaste réservoir mésentérique qui se gorge de sang qui provient de l'extrémité céphalique et des membres supérieurs; il n'est qu'à un stade plus avancé de l'hypo tension de posture ou dans des circonstances particulières que le sang se collecte aussi dans les membres inférieurs. A ce dernier point de vue, on a discuté pour savoir s'il s'agissait seulement de stase intravasculaire, ou s'il y avait aussi exsudation, puisque certains ma lades présentent, dans des cas avancés, des œdèmes de posture. Il semble cependant que la stase soit le fait dominant sinon unique si on se base sur ce seul élément de la dis parition instantanée des troubles par le re tour à l'horizontalité.

Quoi qu'il en soit, où siège le trouble sympathique?

Etant donné ce que nous venons de dire, étant donné les cas chirurgicaux expérimen taux de Smithwick, il semble que le trouble

ntiel provienne des troncs efférents et de grands splanchniques. Mais ceci n'exclut pa l'intervention possible du sympathique à d'itres niveaux.

Certains, comme McLean et ses collaborateurs, affectent une prédominance aux troubl du sympathique périphérique des membres inférieurs par une vaso-dilatation permanente due à l'absence de vaso-constriction.

D'autres imputent une grande importance au troubles ganglionnaires et au dérèglement du réflexe régulateur sino-carotidien de Hering.

D'autres enfin affectent un rôle important au sympathique central et en cherchent la preuve dans l'action spécifique sur ces centres de certains médicaments type benzédrine, péédrine ou prostigmine, que nous allons étudier dans un instant.

Aucune de ces possibilités n'est en effet exclue et l'action du sympathique n'est probablement pas univoque: même si la clinique comme l'expérimentation semble affecter au sympathique abdominal et au système splanchnique une prééminence fonctionnelle et chronologique, il n'est pas illogique de penser, étant donné la synergie fonctionnelle de tout le système sympathique dans son ensemble et étant donné les efforts de compensation à divers étages, que son mécanisme puisse être altéré successivement à différentes hauteurs.

* * *

Toutes ces notions théoriques n'ont pas qu'un intérêt spéculatif; elles comportent une action thérapeutique et indiquent comment traiter de tels sujets atteints d'hypotension posturale.

Il existe d'abord un traitement préventif, le plus souvent connu instinctivement par les malades et vérifié par l'expérience.

Ces malades ont trouvé d'eux-mêmes qu'ils ont besoin de beaucoup de sommeil, en tout cas de beaucoup d'horizontalité; ils savent qu'ils sont très sensibles:

à la station debout prolongée surtout immobile;

à l'exposition au soleil;

à la balnéation prolongée surtout si elle est trop chaude ou trop froide.

Tous phénomènes qui épuisent un système vaso-moteur déjà susceptible.

Il est véridique de noter cependant que dans certains cas les malades trouvent un tel agrément au bain chaud prolongé, qui leur procure une grande détente dans l'horizontalité avec vaso-dilatation concomitante, qu'ils se mentent à eux-mêmes, et refusent de reconnaître ce fait pourtant toujours évident d'une grande fatigue consécutive.

Ceci dit, nous avons vu que l'hypotension posturale était un trouble mécanique, son traitement curatif sera donc essentiellement mécanique. Nous l'envisagerons d'abord en étudiant les précautions à prendre la nuit et le jour.

12 heures d'horizontalité la nuit, sinon de sommeil, ne sont pas un luxe pour l'hypotendu orthostatique.

Jusqu'à ces toutes dernières années, on lui conseillait de dormir la tête basse, ou même en position déclive, en lui faisant soulever les pieds de devant du lit. On pensait ainsi augmenter sa détente et son bien-être.

En fait, on semble être revenu de ce procédé qui semble surtout désadapter davantage l'hypotendu de l'habitude qu'il avait prise dans la journée de la position verticale.

Les auteurs récents comme McLean préfèrent conseiller l'inverse et soulever les pieds arrière du lit de ces malades pour les maintenir la tête haute, couchés en pente douce et en état de semi-adaptation au moins à la verticalité.

En fait, les malades semblent se bien trouver de cette méthode et avoir moins de fatigue et de vertiges au réveil quand ils mettent pied à terre.

Dans la journée, disons d'emblée qu'une bonne ceinture réalise pour ces hypotendus posturaux un avantage considérable. Beau-

coup la qualifient de ceinture de « sauvetage » et ne veulent plus s'en séparer.

Qu'est-ce qu'une bonne ceinture en ces cas?

C'est essentiellement une ceinture qui supplée à une paroi abdominale déficiente en produisant une pression constante sur la région hypogastrique sous-ombilicale et en respectant complètement la région épigastrique solaire.

Les ceintures ayant une certaine rigidité nous ont donné de meilleurs résultats, dans la pratique, que les ceintures élastiques ou pneumatiques. Une plaque de duralumin à convexité dirigée vers l'abdomen et dont le maximum de courbure appuie à mi-distance entre le pubis et l'ombilic, semble être la plus efficace.

Quand ces malades ont une ptose gastrique, ou colique, ou rénale concomitante, ce qui est souvent le cas, la vérification radiologique prouve que le plus souvent ces ptoses ne sont nullement réduites par de telles ceintures, et pourtant les malades sont soulagés de leurs symptômes et leur tension est stabilisée. Il semble bien que ce soit vraiment la pression mécanique qui empêche la vaso-dilatation et l'accumulation sanguine dans le territoire splanchnique qui soit efficace. Il est vraisemblable, du reste, que cette action ne soit pas purement mécanique mais surtout réflexe.

Chez les sujets jeunes, la ceinture ne doit être considérée que comme mesure temporaire:

la gymnastique abdominale pratiquée couché en ayant soin de synchroniser la gymnastique respiratoire, pour rééduquer le diaphragme en même temps que la paroi abdominale, doit en quelques mois permettre la suppression de la ceinture. Le fait de rétablir une bonne tonicité de la coupôle diaphragmatique est essentiel, le fait de donner au malade l'habitude automatique de respirer à fond pendant que l'exercice musculaire s'accomplit, comme le nageur qui rythme son crawl, est non moins important;

le port d'un suspensoir chez les hommes scrotum pendant ou à varicocèle;

le port d'un soutien-gorge bien adapté ch les femmes à seins développés ou ptosés co tribue également de manière réflexe à au menter le bénéfice de la ceinture abdomina

le port de bas à varices ou de bandag est fastidieux mais efficace chez certains: l doit être réservé aux cas graves, aux hyp tendus orthostatiques postopératoires; da les autres cas un traitement sclérosant varices, ou une ablation chirurgicale ap ligature de la veine saphène interne serc à préférer en cas de dilatation anormale d veines des membres inférieurs.

A côté de ces moyens mécaniques, les mé caments chimiques ne sont que des auxiliair auxiliaires très utiles quand les moyens m caniques sont mis en œuvre simultanémen mais par contre devenant souvent inutil même les meilleurs d'entre eux, en l'absen de la correction mécanique. On ne saur trop insister sur ce point, du reste parfai ment logique.

Ces médicaments sont essentiellement de ordres:

1. Ceux qui stimulent le sympathique.
2. Ceux qui agissent sur la musculatu générale et cardiaque.
3. Ceux qui agissent sur les glandes à crétion interne et par là indirecteme encore sur le sympathique.
4. Les calmants.

Dans le 1er groupe: l'éphédrine à petit doses répétées et surtout le benzédrine à dose de 10 milligrammes par jour au moin ou encore la parédrine à la dose de 10 à milligrammes peuvent rendre d'immens services à ces malades, qui tolèrent en génér remarquablement bien ces substances. Ce qui ont cependant une tendance à la tach cardie posturale marquée bénéficieront so vent davantage des médicaments du secon groupe: le cratœgus, qui peut s'employer fortes doses; la prostigmine, qui peut se do ner soit sous forme de bromure de prosti

ine en comprimés de 15 milligrammes ingé-
s 3 à 6 fois par 24 heures, soit en injections
tramusculaires de la solution de prostigmine
éthylsulfate à 1/2000. En ce qui concerne
s médicaments du 3e groupe, il est remar-
iable de noter que, même sans abaissement
1 métabolisme de base, ces malades bénéfi-
ent souvent de petites doses de thyroïde
1 d'extrait hypophysaire total; ceci est vrai
us souvent chez les adolescents atteints d'hy-
otension posturale de croissance que chez
ıdulte, qui dans les 2 sexes se trouvera
uvent fort bien comme cure adjuvante
injections intramusculaires ou d'ingestion
propionate de testostérone à la dose de
milligrammes 2 ou 3 fois par semaine.
haque cas est un cas d'espèce, variable sui-
ınt les malades et variable suivant les pé-
odes pour un même malade, mais presque
us, en dehors de la stimulation de la jour-
ée, ont besoin des médicaments du 4e grou-
pour calmer leurs angoisses du jour et
ıgmenter pendant la nuit la qualité, sinon
quantité, de leur sommeil: à ce titre, en
ehors des hypnotiques habituels et du phé-
obarbital à petites doses, la papavérine,
ırfois à assez grandes doses de 5 à 10 cen-
grammes, peut aider beaucoup.

Conclusions

De toute manière, il faut retenir que l'hypotension de posture constitue un état plus qu'une maladie, état bénin mais désagréable, état chronique, demandant à être corrigé chroniquement par les moyens mécaniques ou médicamenteux qui se sont révélés une réussite pour chaque malade particulier. Le malade comme le médecin doivent être persévérants pour réussir et pour guérir.

La compréhension de cet état et des causes mécaniques des troubles qui l'accompagnent aide le malade à éviter ce qui peut lui nuire, à rechercher le genre de vie ou de profession qui lui convient, et l'empêche en tout cas de devenir un psychasthénique qui, à force d'être incompris et traité en nerveux, le deviendrait vraiment si l'origine posturale de ses troubles hypotensifs était méconnue, comme elle l'est restée pendant si longtemps.

C'est à dépister la nature véritable de ces troubles fonctionnels circulatoires posturaux, chez ces malades jusqu'ici indûment considérés comme des psychopathes ou des nerveux, c'est à les comprendre et à les soulager surtout que je vous convie.

CONTRIBUTION À L'EXPLORATION DU FOIE
BIOPSIE PAR ASPIRATION
Observations

Par **Jean LeSAGE.**

Notre connaissance de la pathologie du foie sur le vivant est encore bien limitée. Seuls, les tests d'étude des fonctions hépatiques, le tubage duodénal et, dans de rares services, les biopsies directes du foie ont pu nous apporter des éclaircissements. Comme il s'agit aujourd'hui d'une note préliminaire, notre travail se limitera à résumer quelques observations et à illustrer une méthode d'exploration pathologique du foie relativement nouvelle: il s'agit de la biopsie du foie par ponction intercostale droite postérieure.

Nous avions appris à connaître la méthode par biopsie telle que pratiquée dès 1929 et 1930 par le docteur Noël Fiessinger et Guy Albot, soit par section directe d'un fragment du foie dans une région de voisinage de la vésicule biliaire au cours d'une laparotomie. Mais il appartient à d'autres chercheurs tels que Schupfer en 1907, Olivet en 1926, et Scalabrino en 1928 d'avoir tenté l'aspiration de fragments hépatiques en utilisant des canules d'assez fort calibre. De ces travaux, il n'est rien sorti qui ait alors attiré l'attention du public médical. Josefson, en 1920, avait bien ponctionné le foie avec succès et Waldonström, en 1928, suivi l'évolution d'une amyloïdose du foie dans un cas de suppuration chronique, par ponction hépatique. De même, dans les cas de tumeurs, d'abcès ou de kystes, la méthode d'aspiration avait été utilisée de façon courante, en particulier par Martin et Ellis en 1934, Ball en 1936 et Blinkenberg en 1938. Pour être juste, un des premiers travaux concernant la ponction hépatique revenait au chercheur italien Lucatello dès 1895. Enfin, vers 1938, Emile-Weil et Noël Fiessinger rapportaient une série d'hépatogrammes obtenus par coloration de biopsies prises par aspiration. Mais déjà Frola, en 1935, avait critiqué la valeur de la biopsi par aspiration !

Il nous était venu à l'idée de nous servi de la voie postérieure pour pratiquer l ponction directe du foie, étant donné le inconvénients et les risques possibles de l ponction antérieure dans les foies non hy pertrophiés, et nous avions déjà étudié que ques cas, quand des recherches bibliogra phiques nous ont appris le beau travail d professeur Iversen et de Kaj Roholm, d Copenhague, sur la biopsie par aspiration d foie par ponction postérieure, dès 1939.

Technique.

Combinant notre technique à la sienne nous utilisons un trocart [1] de 12 cm. d longueur (au lieu de 18) et de 1.9 à 2 mm. d diamètre, ainsi qu'un stylet à double tran chant. Cette canule est porteuse d'un mandri pointu. Son extrémité a des bords concave de chaque côté afin de faire pénétrer les tran ches de tissu hépatique dans la lumière d trocart. Nous introduisons ce trocart en u point situé à mi-chemin entre la pointe d l'omoplate et la ligne axillaire dans le 9e es pace intercostal droit. Le trocart traverse ains le sinus pleural et le diaphragme avant d'at teindre le foie. La peau est auparavant passé à l'éther, puis couverte d'une couche de tein ture d'iode, l'anesthésie faite en bouton et e

---

1. Carlo J. Tripoli et David Fader, en 1941, (voir la bi bliographie) emploient par voie antérieure un trocar composé de deux aiguilles. Elles sont l'une dans l'autre l'aiguille intérieure dépassant l'aiguille extérieure. Cett dernière est fendue en son milieu et est munie d'un bor tranchant, le tout ayant la forme d'un « V ». Cett aiguille en deux parties est d'abord poussée jusqu'a foie, puis l'aiguille interne est poussée à son tour plu en avant, ce qui ramène un fragment de foie. L'aiguill externe est alors poussée parallèlement à l'a. interne, e les deux ensemble sont tournées sur leur axe, afin d sectionner le fragment. Celui-ci est rejeté de l'a. interne dans une solution. Nous utilisons actuellement ces aiguilles

pfondeur avec une aiguille de 3 cm. de longeur au moyen d'une solution de 1% à 2% de novocaïne et adrénaline combinées. Quelques minutes après l'anesthésie, à l'endroit de la boutonnière, on pratique une incision linéaire au moyen du stylet. Immédiatement après, le trocart est inséré dans cette incision sur une longueur d'environ 2cm. jusqu'à atteindre le diaphragme. A ce moment, le jeu de la respiration fait osciller le bout du trocart de haut en bas et inversement. *Il faut, à ce moment, avertir le malade d'immobiliser pendant 1/4 de minute environ le thorax en expiration.* Ceci fait, le trocart est poussé horizontalement de 3 ou 4 cm. Juste avant ce dernier temps, nous avons constaté qu'il est préférable, pour obtenir un bon prélèvement, de retirer le mandrin afin de permettre l'entrée dans la canule de fragments hépatiques. A ce moment on fait faire au trocart un tour complet, afin de mieux introduire le fragment hépatique, tandis qu'une seringue graduée — avec ou sans cran d'arrêt — aspire rapidement la biopsie, le piston restant pendant tout ce temps en état d'aspiration maximum. Si l'on retire plus que quelques cm.^{3} de sang au lieu de tissu hépatique, il vaut mieux ponctionner de nouveau dans le voisinage. *Ce dernier temps terminé, la seringue est enlevée et la canule rapidement retirée.*

A l'œil nu, il est difficile de différencier fragments, pulpe et sang l'un de l'autre dans la seringue. Ce prélèvement est immédiatement injecté sur boîte de Petri, afin de séparer les fragments de foie du sang. Ceux-ci sont immédiatement déposés dans le « Brazyl » pour être examinés par la suite soit à l'hématoxyline-éosine ou selon la méthode de Gieson-Lenson. Il est important de recueillir le contenu de la seringue autant que le contenu de la canule. D'autres auteurs étalent immédiatement le tissu hépatique entre deux lames (Binkley, G. S.), *ce qui, d'après le docteur J.-L. Riopelle, a le tort d'écraser les tissus.*

* * *

Iversen et Roholm avaient, dès 1939, pratiqué 160 ponctions du foie par une méthode quelque peu différente sur 114 malades. Il s'agissait surtout d'hépatites aiguës (39 cas), d'hépatites chroniques (26 cas), de lithiase biliaire (11 cas), de cancer du foie (13 cas), de cancer des voies biliaires, etc. L'auteur ne donne pas de détails cliniques de ces 114 cas, mais publie quelques photographies micropathologiques choisies dont nous reproduisons plus loin quelques spécimens.

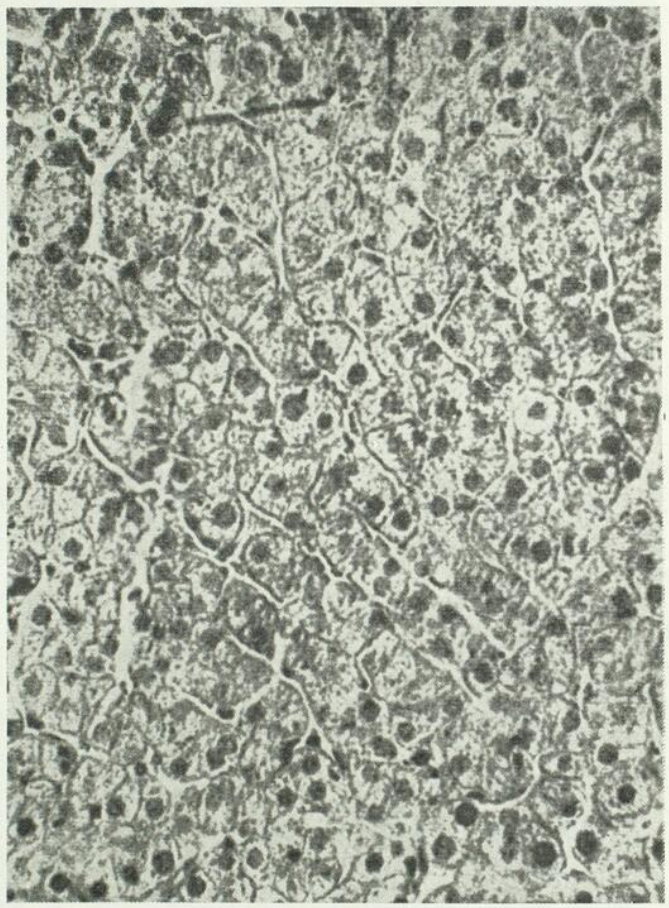


Planche No 1. — Tissu hépatique normal — par P. Iversen et Kaj Roholm, page 9 (voir bibliographie) (x 345)

En conclusion, ces auteurs croyaient possible de démontrer presque invariablement, par cette méthode, la présence d'états aigus ou chroniques inflammatoires aussi bien que de tumeurs ou de lésions de dégénérescence du foie de divers types. Les obstructions du cholédoque elles-mêmes peuvent aussi être indirectement diagnostiquées. Nous y reviendrons.

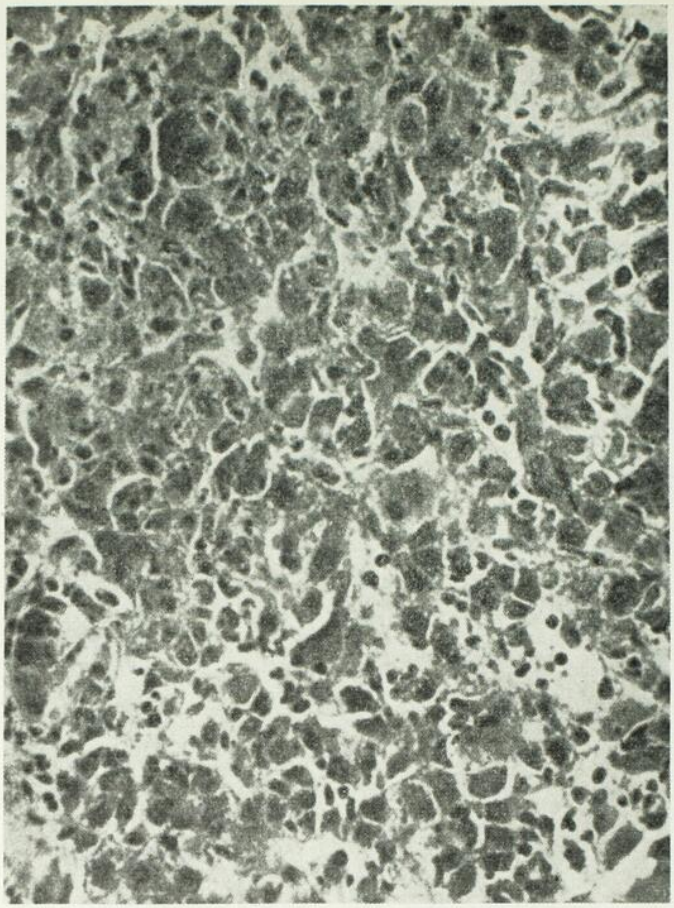


Planche No 2. — Hépatite aiguë bénigne, par Iversen et Roholm. (x 345)

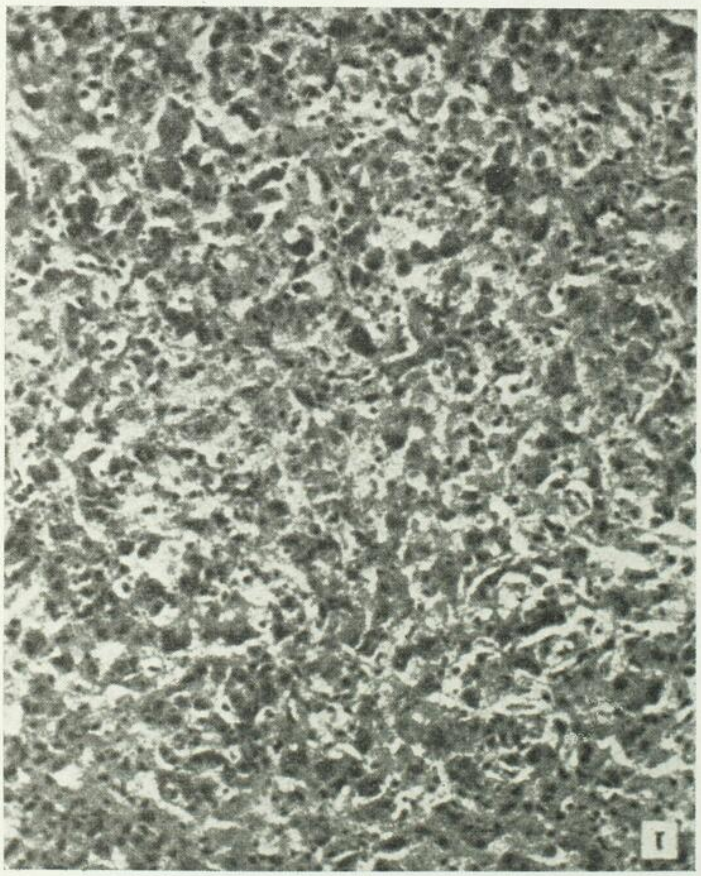


Planche No 3. — *In* Prof. Dible, McMichael et Sherlock: Hépatite épidémique. Hépatite aiguë montrant la disparition des espaces lobulaires, l'irrégularité des colorations cellulaires avec la perte du glycogène, etc. (Best's carmin; x 160)

Y A-T-IL DES RISQUES ?

Afin de les éviter, nous avons pris l'hab tude de faire un repérage de la région c *ponction au moyen d'un diachylon par r dioscopie.* Ceci évite de ponctionner ou tro haut ou trop bas. Car, sait-on « a priori » hauteur d'un foie? Il est évident par ailleu que des instruments non aseptiques peuve entraîner la formation d'une pleurésie puru lente et, par voie antérieure, d'une péritonit A part *l'infection* il peut y avoir risqu *d'hémorragie.* Ces états se présentent dans l phases avancées des métastases cancéreuses a foie, dans les cas d'anémie hyperchromiqu à taux d'hémoglobine bas ou, encore, dans l cas d'anémie pernicieuse. Chaque fois que l temps de coagulation, de saignement, de r tractilité du caillot et de prothrombine ou taux de vitamine K dans le sang, chaque fo que chacun et plusieurs de ces tests sont pe turbés, il y a danger d'hémorragie à la suit d'une ponction hépatique. On doit s'en abst nir. Il y a donc lieu de s'assurer de ces fon tions du foie par les tests appropriés avant d pratiquer une ponction. Ces tests sont d'ai leurs essentiels dans l'étude du bilan hép tique.

OBSERVATIONS PERSONNELLES.

Observation 1.

Madame D..., 68 ans (malade privée suiv à l'Hôtel-Dieu).

Depuis 20 ans, se plaint de troubles dige tifs, du type flatulence.

Depuis 3 ou 4 mois, ces troubles sont plu accusés.

Aucune crise douloureuse.

Elle suit un régime depuis 40 ans; ses trou bles digestifs remontent à son enfance: nau sées, vomissements sans coliques avec dy pepsie.

Vomissements alimentaires précoces aprè les repas (récents).

Hémorroïdes internes.

Antécédents personnels.

Hystérectomie totale.

Opération pour calcul rénal droit; néphrotomie.

Pleurésie il y a 7 ans avec épanchement.

Broncho-pneumonie double en 1938.

Pleurésie avec nouvel épanchement léger au printemps 1945.

Cure dans les Laurentides 1 mois. Guérison clinique.

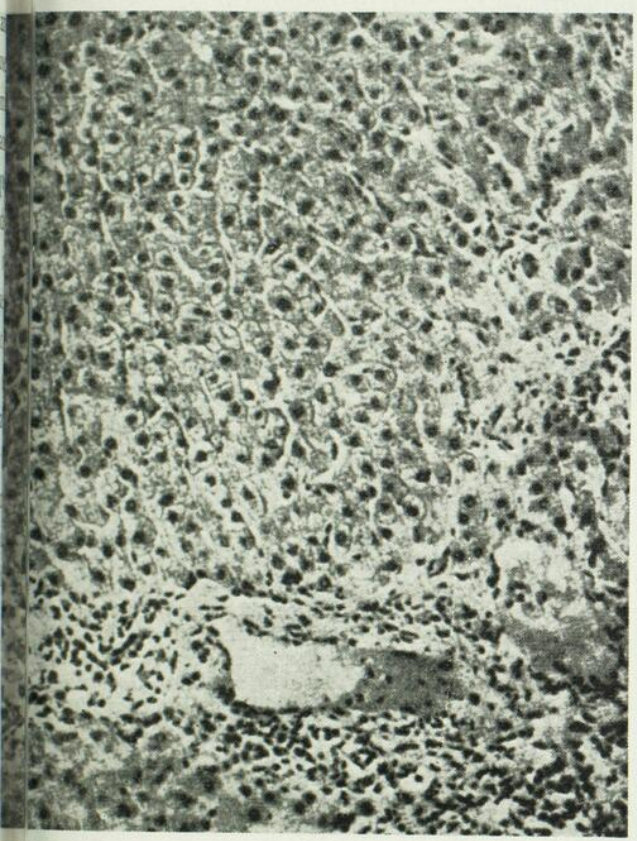


Fig: No 4. — Même image prise un mois plus tard. On voit une restitution *ad integrum* des espaces lobulaires et la disparition des cellules inflammatoires. Les espaces portes contiennent un surplus de cellules. N. . (x 160)

Evolution.

1 décembre:

Toux et expectoration depuis 2 jours.

Asthénie. Coramine. Température jusqu'à 102 à 103°.

Pénicilline (4 jours après l'opération) 10,000 unités par 24 heures pendant 8 jours avec succès.

Examen du poumon droit: respiration soufflante.

Examen du poumon gauche: râles humides fins de la moitié inférieure; matité, voix parlée, chuchotée, etc...

Impression: bronchite et pleuro-pneumonie gauche.

Traitement: théobromine, antipyrine, etc.

2 décembre:

Amélioration.

Râles humides disséminés à gauche.

Défervescence.

Submatité persistante à gauche.

3 décembre:

Amélioration + + à gauche.

Submatité de la moitié inférieure droite; voix parlée, chuchotée.

Souffle tubo-pleural; râles humides fins.

Impression: pleuro-pneumonie avec épanchement droit.

Examen radiologique: épanchement pleural droit.

4 décembre:

Râles à gauche rares.

Epanchement de la moitié ou des deux tiers inférieurs à droite.

5 décembre:

Idem avec diminution des signes.

Meilleur état général, mais submatité aux deux ½ inférieures.

Examen radiologique (poumons — 12 déc.).

Surélévation marquée de l'hémidiaphragme droit. Cette surélévation est peut-être un peu moins marquée qu'avant la ponction. L'air injecté volontairement par nous après aspiration du liquide passe au sommet droit qui donne ainsi un petit pneumothorax apical. Ceci prouve que la pointe de l'aiguille était au-dessus du diaphragme. Il est impossible, d'après cette donnée, d'établir si la surélévation diaphragmatique est due à une collection inter-hépato-phrénique ou à une simple parésie diaphragmatique. (Dr. A. Jutras).

A notre avis, il s'agit d'une simple parésie. L'évolution le prouve.

Examens de laboratoire (23 nov. 1945). (Hôtel-Dieu.)

Hémoglobine: 15.3 gr.	99%
G. R.	4,840,000
G. B.	10,000
V. G.	1.02
Polyneutrophiles	62
Polyéosinophiles	3%
Basophiles	1
Lymphocytes	36%
Monocytes	8%
Glycémie	1.30
Azotémie	0.171
Protéines	7.09

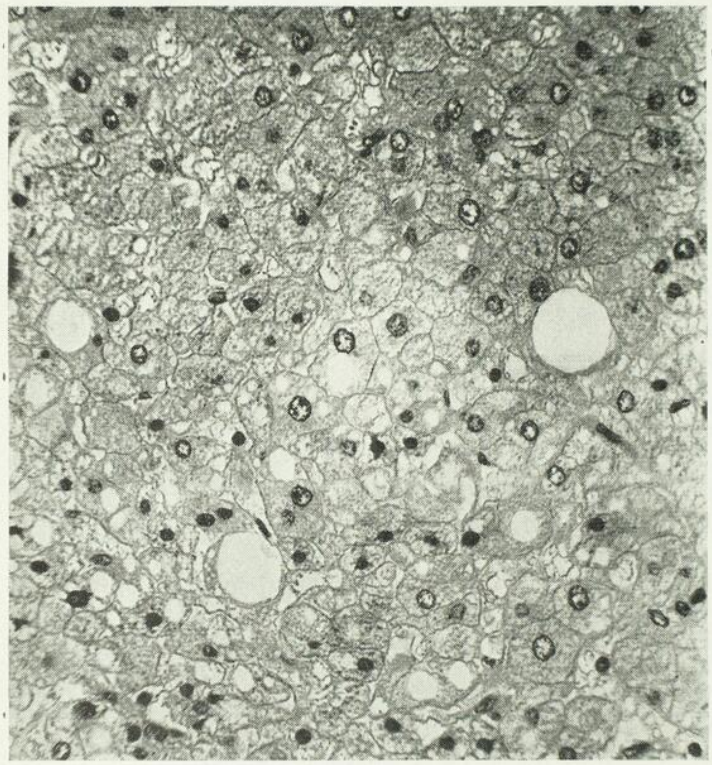


Planche No 5. — (Cas No 1). — Lésions de dégénérescence graisseuse, tuméfaction trouble, atrophie cellulaire, hydropisie nucléaire, etc.

25 novembre

Acide hippurique	0.99

Urines: traces légères d'albumine
Oxalate de calcium.

Expectorations

B. K.	0
Pus	0
Bactéries	rares
Pus	+ +
Pneumocoques	+ +
Epithéliums	+ + + +

(6 décembre)

B. K.	0
Epithéliums	+ + + +
Pus	0
Pneumocoques	+ +

Examen anatomo-pathologique: pièce examinée: liquide pleural ou parenchyme hépatique.

Diagnostic: cellules néoplasiques et recherche au point de vue cellules géantes (T. B.?)

La ponction a ramené principalement du sang dans lequel on aperçoit quelques débris de parenchyme hépatique. Ce parenchyme hépatique est tout à fait caractéristique, mais il présente diverses lésions (dégénérescence graisseuse, tuméfaction trouble, atrophie cellulaire, hydropisie nucléaire, etc.).

Dans le sang, on aperçoit au surplus une proportion assez forte de polynucléaires ainsi que quelques cellules endothéliales desquamées. Ces cellules endothéliales desquamées proviennent probablement de la plèvre et sont tombées dans sa cavité à la faveur d'un épanchement. On ne peut toutefois éliminer la possibilité que ces cellules endothéliales proviennent de la face abdominale du diaphragme, quoique la provenance pleurale soit la plus vraisemblable (Dr J.-L. Riopelle).

Observation 2.

M. F.-X. D..., 52 ans, nous est recommandé par son médecin le 17 octobre 1945, pour une diarrhée apparue en juin 1945. Celle-ci se présente pendant des périodes de 1 à 2 jours au rythme de 15 fois par 24 heures 1 fois par semaine. Ces selles liquides sont pâles. Depuis sa sortie de l'hôpital en juin 1944, son poids diminue graduellement, ayant passé de 20 à 165 et actuellement à 137. Il se dit fatigué et non seulement n'a pas d'appétit, mais encore se plaint d'un goût métallique ou d'étain. Sa figure est enflée, son teint pâle. Les chevilles et les mains sont plus enflées au réveil.

En mai 1944, il a subi dans un hôpital de cette ville un *forage de la prostate*. Cette intervention aurait été décidée parce que depuis novembre 1943 il présentait du ténesme vésical et de la pollakiurie nocturne. Depuis ce forage, une *impuissance sexuelle* s'est installée qui ne cède en aucune façon à des séries de

stostérone. Il se demande, avec raison, si tte opération était justifiée. Dans ses antédents, de 1929 à 1936, on relève des signes alcoolisme nets tels que la prise d'environ onces de scotch par jour, habitude qu'il a andonnée en 1943.

A l'examen, on aperçoit un malade pâle à figure et aux mains enflées. Il donne l'impression d'un myxœdémateux. Aux poumons au cœur: nil. A la palpation de l'abdomen, gros foie d'une hauteur d'environ 25 cm. r et légèrement irrégulier, indolore, envalissant l'hypocondre gauche lui-même. La te n'est pas augmentée de volume.

Hernie inguinale droite externe. Faiblesse s parois inguinales gauches.

Une *sigmoïdoscopie* (Dr J. LeSage) est pratiquée le 18 novembre et ne révèle rien autre qu'un spasme à 25 cm. qui cède à tropine, permet de pénétrer jusqu'à 30 cm. l'on rencontre un nouveau spasme. La uqueuse est pâle, mais d'aspect normal.

Le 23 novembre, une *gastroscopie* est pratiquée par nous, mais ne montre rien d'anormal sauf une muqueuse pâle, globalement.

Jusqu'ici nous restons avec l'impression une *cirrhose hypertrophique de nature interminée* sans toutefois pouvoir éliminer la ssibilité de métastases hépatiques d'origine oplasique. Ajoutons qu'au toucher rectal région prostatique et toute la muqueuse ctale sont souples et indolores. Il entre sous bservation à l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc 13 novembre 1945.

xamens de laboratoire.

Cytologie

G. R.	4,028,333
G. B.	5.000
V. G.	1
Poly. Neu.	70%
Lym. (P. M. M.)	24%
Grands Mono.	2%
Poly. Eosi.	4%
Poikilocytes	rares

Urines

Albumine: présence 2.50 grms.
Ex. micros.: Cyl. granuleux: présence
Sang: gl. r. rares
Phosphates: rares.

Examen du sang (Hôtel-Dieu, 15 déc. 1945)

Urée	0.15
Glycémie	1.34
B. Wassermann	négatif
Protéines totales:	5.75
(normale 6.2 — 8.5%)	
Phosphatases	28.95
(normale 2-4)	

Rayons X (J.-H. Lacharité).

Le 15 novembre 1945, un examen radiologique par voie haute ne montre rien d'anormal à l'estomac, ni au duodénum, à l'intestin ou aux côlons sauf un transit intestinal accéléré, mais un *lavement baryté* découvre une région sigmoïdienne un peu rétrécie, manquant de souplesse et à contours irréguliers. La partie remplie du côlon descendant présente aussi quelques petites projections à contours flous attribuables à de la *diverticulite* et le docteur H. Lacharité conclut: les signes radiologiques sont en faveur d'une sigmoïdite suspecte d'infiltration néoplasique avec diverticulite du côlon descendant...? Le 17 novembre, une nouvelle tentative de lavement baryté ne donne pas plus de résultats, le patient ne pouvant retenir la baryte, et le 21 novembre, un 3e lavement baryté de contrôle montre une ampoule rectale et un sigmoïde qui se laissent dilater de façon assez régulière, cependant que le contrôle d'évacuation laisse apercevoir de petits soulèvements de la paroi du sigmoïde apparemment attribuables à de la *sigmoïdite avec diverticulite.*

Une *nouvelle sigmoïdoscopie* jusqu'à 35 cms, faite par nous, le 18 janvier 1946, ne met en évidence aucune lésion néoplasique du sigmoïde. *Le foie reste gros.* L'état général, sans anémie marquée, est assez mauvais, malgré des séries d'injections d'extraits hépatiques à 15 U.S.P. alternées avec des B totales. Le 22 décembre nous avions décidé de pratiquer *une ponction du foie par voie postérieure,* non sans avoir vérifié l'image hépatique et le 9e espace intercostal droit dans ses rapports avec le foie, par un indicateur.

Rapport de l'examen anatomo-pathologique. (Dr J.-L. Riopelle.)

« La majeure partie du culot est constituée de sang. A son extrémité, on observe deux minuscules morceaux de foie. Ces deux morceaux ont la grosseur d'une tête d'épingle.

Les sinusoïdes hépatiques sont dilatés bien qu'actuellement vidés de leur sang. Les travées hépatiques sont formées de cellules de calibre très variable. Les noyaux cellulaires sont tantôt hydropiques, tantôt hyperchromatiques. Il existe une forte inégalité nucléaire avec présence de nucléoles anormaux dans quelques cellules.

A noter aussi la fréquence des cellules hépatiques bi-nucléées.

Quant au cytoplasme, il présente parfois des amas de pigment, mais on n'y observe pas de dégénérescence graisseuse.

En un endroit, on observe des lésions de sclérose péri-portale avec néoformation de canalicules.

En somme, lésion manifeste d'hépatose avec sclérose péri-portale. » (Dr J.-L. Riopelle.)

Observation 3.

Mme R., 54 ans. (Malade du Dr H. Lacharité.) Diagnostic: 1. gros foie avec métastases probables d'origine utéro-ovarienne; 2. métastases osseuses nombreuses vérifiées par rayons X.

Le 9 janvier 1946, prélèvement d'un bloc (plug) par voie postérieure.

Rapport anatomo-pathologique.

« Dans un des blocs fournis à l'examen histologique on trouve une parcelle de foie ayant à peu près la grosseur d'une tête d'épingle en coupe transversale.

La périphérie du prélèvement est un peu écrasée.

Au centre, les cellules hépatiques sont bien conservées. On peut noter une égalité marquée de dimensions des cellules et des noyaux avec plusieurs éléments bi-nucléés.

Le cytoplasme est clair comme s'il était riche en glycogène. Il contient au surplus un peu de pigment.

Il est peu probable qu'il soit possible de faire des colorations spéciales de glycogène, étant données les petites dimensions du prélèvement et la difficulté de répérer dans les coupes non colorées.

Absence d'espace porte. »

(14 janvier 1946, Dr J.-L. Riopelle.)

Conclusions

Ainsi, donc, à la faveur de la ponction hépatique la plus banale, déjà, de petits fragments de foie prélevés permettent de relever toute une série de lésions les plus diverses. Ici, dégénérescence graisseuse, tuméfaction, trouble, atrophies cellulaires, hydropisie nucléaire; ailleurs, la présence de noyaux cellulaires, tantôt hydropiques, tantôt hyperchromatiques, des cellules hépatiques binucléées, bref la signature de lésion de sclérose péri-portale avec néoformation de canalicules, soit des lésions d'hépatose avec sclérose péri-portale; dans une 3e observation, des noyaux cellulaires bi-nucléés. Mais ce prélèvement reste insuffisant. Qu'est-ce-à-dire? Sans doute ces ponctions sur des fragments isolés en soi ne peuvent donner une idée globale de l'état du foie, il faudrait en quelque sorte les multiplier dans plusieurs territoires et les répéter durant l'évolution d'une maladie du foie. Ce qui est possible. On n'a pas toujours la chance, non plus, de ponctionner un nodule néoplasique ou tuberculeux soupçonné. Il s'agit quelquefois d'abcès ou d'hématome et l'on ferait bien, *par la voie antérieure,* de s'en assurer au préalable par simple ponction à l'aiguille. Mais que de données l'on en retire!

Il est remarquable de constater à quel point l'aspect macroscopique du foie au cours d'une intervention, par exemple, et les résultats de l'examen microscopique par biopsie confirment leurs impressions. Nous en avons des observations.

est à noter combien infidèles sont les résultats des tests hépatiques ou sanguins les plus faits, dans les états avancés du foie, tels des protéines totales, de l'acide hippurique. Ces tests restent de premier choix, mais ne faut-il pas, pour qu'ils montrent une baisse appréciable, que les états de déficiences hépatiques, sanguines et lacunaires soient avancés. Nous avons pour appuyer ces opinions bien d'autres observations. Les phosphatases acides et basiques se montrent par ailleurs très sensibles (voir obs. II, phosphatase basique). Il s'agit d'une cirrhose avancée. Mais que déjà sont atteints certains foies apparemment peu touchés cliniquement et biologiquement (voir obs. I), si l'on s'appuie sur la biopsie.

Nous ne voulons en dire davantage. Notre intention, cette fois, n'est que d'indiquer la technique à suivre dans la biopsie postérieure du foie et de l'illustrer par quelques observations.

BIBLIOGRAPHIE

T. Thune ANDERSEN: *Acta Med. Scand.*, **93**: 209, 1937.

R. P. BALL: *J. A. M. A.*, **107**: 1381, 1937.

P. A. BLINKENBERG: *Nord. Med. Tidsskr.*, **16**: 1343, 1938.

P. EMILE-WEIL, P. ISCH-WALL, et S. PERLES: *Le Sang*, **12**: 97, 1938.

N. FIESSINGER et C. M. LAUR: *Le Sang*, **12**: 102, 1938.

E. FROLA: *Il puntato epaticonella diagnosi delle malattie del fegato*. Rome, 1935 (Pozzi).

T. GEILL et J. V. JORGENSEN: *Hospitalstid.*, **78**: 57, 1935.

A. JOSEFSON: *Acta Med. Scand.*, **53**: 770, 1920.

C. LUCATELLO: *Congr. Ital. Med. Int.*, Rome, 1895 (cited after Schupfer).

H. E. MARTIN et E. B. ELIS: *Ann. Surg. Obstr.*, **59**: 578, 1934.

J. OLIVET: *Med. Klin.*, **22**: 1440, 1926.

R. SCALABRINO: *Arch. per le Sc. Med.*, **52**: 273, 1928.

F. SCHUPFER: *Semaine Méd.*, 1907, p. 229.

H. WALDENSTROM: *Acta Chir. Scand.*, **63**: 479, 1928.

C. WESSEL: *Acta Chir. Scand.*, **58**: 533, 1924.

BARON: *Arch. Int. Med.*, **63**: 276, 1939.

J. Samuel BINKLEY: *American Journal of Cancer*, **36**: 193, 1939.

J. H. DIBLE, John McMICHAEL et S. P. V. SHERLOCK: *The Lancet*, **14**: 402, 1943.

Carlo J. TRIPOLI et David FADER: « The differential diagnosis of certain diseases of the liver by means of Punch Biopsy », *Amer. Journ. of Clin. Pathology*, **11**: 516, 1941.

F. D. HOFFBAUER: « Needle Biopsy of the Liver », *Minn. Academy of Medicine*, octobre 1944. — Voir les « Proceedings » de 1944-1945 et la très intéressante discussion qui s'ensuit.

LES NOUVEAUTÉS EN MÉDECINE

NOUVEAUTÉS EN TUBERCULOSE PULMONAIRE[1]

Par **J.-A. VIDAL.**
Professeur agrégé et médecin consultant à l'hôpital du Sacré-Cœur (Cartierville, Montréal).

Si la thérapeutique des maladies infectieuses a chanté « l'Alléluia » à la naissance de la pénicilline, la phtisiologie n'a pas encore connu une telle réjouissance comme couronnement de ses multiples recherches. Ceci ne veut pas dire qu'il n'y a rien de neuf. Pour répondre à cette question, nous résumerons certaines anciennes thérapeutiques dont les notions fondamentales ont été rajeunies à la lumière de l'expérience, puis nous analyserons ensuite les récentes tentatives thérapeutiques et les progrès accomplis dans le domaine social.

Lorsque le pneumothorax thérapeutique, préconisé par Carlo Forlanini, reçut l'approbation officielle des phtisiologues au Congrès International de la tuberculose tenu à Rome en 1912, la technique et l'action physiologique des pneumos étaient fort imprécises. L'on comprimait le poumon sous des pressions intrapleurales parfois fortement positives et la conduite des pneumothorax n'était dirigée que par la simple lecture des pressions intrapleurales. Il ne faut pas oublier que la collapsothérapie est née avant le perfectionnement de la radiographie pulmonaire.

En 1922, à l'hôpital Laënnec à Paris, l'on pratiquait souvent des insufflations sous des pressions fortement positives afin de distendre certaines adhérences qui nuisaient à l'efficacité du pneumo. C'était avant l'efficacité pratique de la pneumolyse intrapleurale dont Jacobeus, de Stockholm, fut l'innovateur.

L'examen fluoroscopique démontre que l'intégrité anatomique des plèvres n'est pas si fréquente qu'on l'avait pensé et que de multiples adhérences nuisent à l'efficacité du pneumo. Voilà le motif qui justifiait l'augmentation des pressions afin de briser ou distendre ces adhérences pour obtenir un meilleur collapse. Cette technique conduisait trop souvent à de désastreuses complications.

Jacobeus avait conçu une technique très logique en sectionnant, au moyen d'une instrumentation spéciale, les adhérences pour favoriser un meilleur collapse. Malheureusement, l'instrumentation primitive n'était pas à point et les résultats n'étaient pas très satisfaisants.

Un peu plus tard, vers 1930, les Américains ayant perfectionné la méthode et surtout l'instrumentation, ont permis de réaliser sans danger la pleuroscopie et la pneumolyse intrapleurale, pourvu que cette technique délicate ne soit pratiquée que par des mains expérimentées. L'acte chirurgical de la pneumolyse intrapleurale favorisant la rétraction pulmonaire a commencé à mieux faire connaître le fonctionnement physiologique et mécanique des poumons.

En 1933, Paradi, publiant ses études sur la « Mécanique pulmonaire », a totalement modifié la conception et la technique du pneumothorax. Il a substitué au principe initial de « compression » la notion « de détente pulmonaire » et, désormais, le « pneumo compressif » est abandonné pour faire place au pneumo « hypotensif », c'est-à-dire que l'on s'efforcera de collaber le parenchyme malade en respectant autant que possible le fonctionnement du parenchyme sain.

Autrefois l'on entretenait des pneumos opérants pendant de longs mois, avec présence de bacilles de Koch, mais aujourd'hui, si l'on pose l'indication d'un pneumothorax et qu'il ne donne pas le résultat espéré dans les pre-

1. Communication aux « Journées Médicales annuelles » de la *Société Médicale de Montréal*, le 24 octobre 1945.

rères semaines, c'est-à-dire la fermeture de l cavité et la négativité des expectorations, i loit être abandonné. Un pneumothorax non ectif est inutile, parfois traumatisant et s ivent nuisible. Si nous considérons la diverg ce des opinions sur les indications effectes du pneumothorax et si nous analysons l grand nombre des pneumos inopérants, r us devons admettre que certaines notions ct besoin d'être précisées.

L'on peut être d'accord sur les principes g néraux d'ordre théorique, mais pour ce qui e de l'application pratique, à la lumière d l'expérience clinique et des précieux renseignements de la radiologie, nous sommes f cés d'admettre que le pneumothorax ne s isfait pas aux indications qu'on a fixées a trefois. En face de la nécessité urgente d'une t rapeutique antituberculeuse, l'on avait c fié au pneumo une trop grande mission q'il n'a pas pu réaliser. Cette thérapeutique a une valeur indiscutable qui sera d'autant p s efficace qu'elle sera instituée pour des l ions relativement récentes. De là, le devoir d médecin de ne rien négliger pour faire un d gnostic précoce et précis, non seulement l diagnostic de nature, mais du degré d'activité ou d'évolution, et sa topographie afin d juger de bonne heure si le malade peut b néficier des avantages du pneumothorax. D ns les formes ulcéro-caséeuses ou fibro-caseuses plus anciennes, l'expérience nous démontre que ces résultats sont très problématiques et même décevants.

La grande indication du pneumothorax autrefois admise et aujourd'hui trop souvent acceptée comme l'unique dogme, c'est l'unilatéralité des lésions. Ce principe général doit être revisé et soumis à la connaissance anatomo-clinique de la lésion pour en préciser les chances de succès afin de ne pas faire perdre au malade un temps précieux pour une intervention plus adéquate. Il est admis que, pour apprécier la liberté des plèvres, il faut tenter quelques insufflations, mais, en face de la multitude des pneumos inopérants, il faut admettre qu'une meilleure connaissance anatomo-clinique de la lésion ne justifiait pas de tels insuccès.

Forlanini aurait émis l'opinion que toutes les lésions tuberculeuses pouvaient être traitées par le pneumothorax. Cette vérité acceptée autrefois est une erreur aujourd'hui. Nombreuses sont les lésions tuberculeuses unilatérales qui ne fournissent pas une véritable indication: la statistique des insuccès le démontre. Après un demi-siècle de la pratique de cette thérapeutique, nous admettons qu'elle a rendu de précieux services, mais que sa valeur réelle est plus limitée et réservée aux lésions récentes. Nous croyons qu'une connaissance plus approfondie de la forme anatomo-clinique et de la mécanique respiratoire nous conduira à une indication plus précise des différentes méthodes de collapsothérapie, en attendant la naissance d'une médication spécifique capable de détruire la virulence du bacille de Koch.

* * *

La chirurgie thoracique est née de l'insuffisance du pneumothorax et l'on a préconisé certaines techniques en vue de réaliser le repos du poumon. La thoracoplastie, la phrénicectomie, la phrénemphraxis, le pneumo intrapleural se sont créé des indications qui portent souvent à discussion, mais c'est l'éternelle question des interventionnistes et des abstentionnistes, dont seule la précision des indications thérapeutiques pourra signer l'accord. La dernière technique chirurgicale qui fut mise au service de la tuberculose pulmonaire, c'est la lobectomie. Depuis une quinzaine d'années, on l'employait dans la bronchectasie, dans l'abcès pulmonaire et le cancer pulmonaire ou bronchique.

La sténose bronchique tuberculeuse, complication grave, et certaines cavités réfractaires à toute collapsothérapie justifiaient en théorie l'ablation du lobe malade. Depuis environ 5 ans, des tentatives infructueuses furent faites, mais, en perfectionnant la tech-

nique opératoire, des résultats plus encourageants sont rapportés. Espérons que la lobectomie aura un jour raison de ces complications considérées autrefois toujours mortelles.

CHIMIOTHÉRAPIE.

Depuis toujours, la chimie a tenté de donner naissance à une préparation curative de la tuberculose, toujours sans succès. Depuis la découverte des sulfamidés, de nombreuses recherches ont été faites. Certains produits apparemment effectifs *in vitro* ou sur les animaux de laboratoires n'ont pas donné de résultats apparemment appréciables chez l'être humain après observation clinique.

Pour ne nommer que les principaux, citons: promin, vitamine K, diasone, promysol, streptomysine.

Nous devons rendre hommage à ces chercheurs qui dépensent leur activité et leur vie, peut-être sans connaître le succès; mais leurs recherches auront contribué à stimuler d'autres initiatives qui nous conduiront un jour — espérons que ce sera dans un avenir rapproché — vers la découverte tant désirée. En attendant, nous sommes forcés d'admettre qu'il n'existe actuellement aucune médication spécifique contre la tuberculose.

PROPHYLAXIE SOCIALE.

La prophylaxie est la base fondamentale de la lutte antituberculeuse. Au début de l'organisation sociale, le slogan était: « La tuberculose, maladie mortelle. » Plus tard on a dit: « Prévenons la tuberculose », la tuberculose est curable. Tous ces mots d'ordre des grandes campagnes antituberculeuses reposent sur un fait: plus la population sera éduquée contre les méfaits de cette maladie, plus elle sera dépistée à ses premiers débuts, moins lourde en sera la rançon.

L'organisation sociale dans la lutte contre la tuberculose a fait beaucoup de progrès et l'initiative la plus récente fut la création de la « Ligue Antituberculeuse de Montréal » fondée en 1942. Des industriels, des hommes de la finance et du commerce, après sollicitation, ont compris l'acuité du problème et ils se sont organisés pour assurer les fonds nécessaires à l'examen radiographique de la masse ouvrière. Grâce à l'appareil photo-fluorographique dont trois unités sont en opération, il nous est permis d'examiner les ouvriers à l'usine même. La ligue a voulu aller au devant du mal. A date, environ 160,000 examens ont été faits et des centaines de cas de tuberculose minime ont ainsi été dépistés. Ce dépistage ultra-précoce a permis d'avertir ceux qui ignoraient totalement leur état. A cette phase, la lésion est curable. Tout de suite, l'on constate l'immense service rendu par la photo-fluorographie parmi la classe ouvrière. La « Ligue Antituberculeuse de Montréal » sera toujours heureuse de collaborer avec la profession médicale, et les rapports des sujets examinés sont à votre disposition sur demande.

La Province de Québec a la plus triste statistique des provinces du Canada. Unissons nos efforts, continuons le travail dans la plus étroite collaboration pour améliorer cette triste situation. C'est notre tâche et l'on compte sur nous.

NOUVEAUTÉS EN CHIRURGIE GENERALE [1]

Par **Pierre SMITH,**
Chirurgien à l'hôpital Saint-Luc (Montréal).

L'APPENDICITE À RECHUTES.

Aussi longtemps que nous aurons des décès la suite d'appendicite aiguë, cette question stera sur la scène de l'actualité médicale. Si morbidité est progressivement décrois- nte, la mortalité est quand même trop uvent existante. Dans nos grandes institu- ons hospitalières, il se passe rarement un ois sans que nous n'ayons encore à enre- strer des morts dues à l'appendicite aiguë. , si tous les cas malheureux étaient pu- iés, nous aurions certes de douloureuses rprises.

Je ne parlerai aujourd'hui que d'une forme appendicite aiguë, souvent mal interprétée maintes fois suivie de désastres: l'appen- cite à rechutes, ou, si l'on veut, la crise pendiculaire suivie de « péritonite en deux « trois temps ».

Dans la péritonite en deux temps, la crise itiale est nette, franche, avec les symptômes assiques connus: douleur à la fosse iliaque oite ou dans son voisinage, irradiations oximales ou à distance, défense musculaire alement douloureuse, hyperthermie plus ou oins accentuée et pouls rapide, la leucocy- se est facilement décelable. Et nul doute ue, si l'examen anatomo-pathologique était atiqué sur l'appendice enlevé au cours de tte crise initiale, on y décèlerait les signes acroscopiques et surtout microscopiques de nflammation aiguë.

Mais voilà qu'éventuellement, avec ou sans itement, cette première crise tourne court, que tous les symptômes disparaissent rapi- ment. Le malade devient euphorique et nfiant, et demande qu'on diffère l'opération oposée. Même le clinicien doute parfois de i-même, et devant cette sédation rapide, oit à une erreur possible de diagnostic, et cepte de laisser partir chez lui ce malade spitalisé et si rapidement amélioré. Mais après quelques jours de sédation trompeuse, les choses se gâtent. Soudainement les signes graves reprennent et l'opération alors pratiquée d'urgence montre un appendice suppuré, ou perforé, gangrené, souvent avec abcès gazeux. Par malheur, l'opération, dans ces conditions, ne parvient pas toujours à sauver le malade.

La péritonite en trois temps survient généralement sur un fond de douleurs appendiculaires chroniques évanescentes ou imprécises. Survient une première crise subaiguë de courte durée. La fièvre disparaît en quatre ou cinq jours. Puis la température remonte progressivement et vient confirmer la présence de l'abcès appendiculaire: courbe thermique en deux périodes, révélatrice de l'abcès rétro-cæcal, iliaque ou pelvien. D'abord la crise appendiculaire, ensuite l'abcès. Si l'abcès est diagnostiqué, l'opération au bon moment donnera encore de bonnes chances de guérison. Ignoré ou négligé, il va progresser, effondrer sa coque fragile, s'ouvrir dans la grande cavité péritonéale et rendre l'intervention chirurgicale souvent inefficace.

La sanction qui se dégage de ce court rappel clinique, c'est la nécessité de l'opération imposée avec conviction et pratiquée sans délai dans les crises appendiculaires aiguës ou subaiguës présentant une symptomatologie suffisamment probante. Certes l'erreur de diagnostic est possible. Mais ne vaut-il pas mieux prendre le risque d'une erreur qui peut être corrigée en cours d'opération, que de rester inactif devant une crise appendiculaire réelle ?

COEXISTENCE DES HÉMORROÏDES ET DU CANCER CÔLIQUE.

Si les dilatations variqueuses des veines ano-rectales sont souvent symptomatiques de lésions viscérales d'ordre médical, elles existent non moins fréquemment associées à des affections chirurgicales des côlons, telles que diverticulose, côlite ulcéreuse, dolichocôlon, can-

[1] Communication aux « Journées Médicales annuelles » de la *Société Médicale de Montréal*, le 23 octobre 1945.

cer du conduit côlique. Les examens systématiques de tout le cadre côlique, chez les recrues de la dernière guerre, n'ont fait que confirmer, sur une plus grande échelle, les recherches et les constatations d'avant-guerre à ce sujet. Si bien qu'aujourd'hui, lorsqu'un malade, surtout adulte, se plaint simplement d'hémorroïdes, le clinicien ou le chirurgien doit se faire un précepte de pratiquer un examen complet de tout le cadre côlique par tous les moyens connus: recto-sigmoïdoscopie, transit intestinal, lavement baryté, etc., et ne pas s'en tenir à la simple constatation des melænas et des bourrelets hémorroïdaires avec ou sans prolapsus de la muqueuse anale.

Rappelons que le cancer du côlon est parfois assez longtemps compatible avec un état général apparemment satisfaisant, et sans symptômes subjectifs notables. Quelquefois, c'est au moment de la dilatation ano-rectale pour exploration ou pour hémorroïdectomie que la lésion cancéreuse est décelée. D'autres fois, un filet sanguin ou des matières teintées de sang en amont des lésions hémorroïdaires nous font penser à la possibilité d'une lésion néoplasique plus haut située, dont l'examen recto-sigmoïdoscopique ou la radiographie confirme la présence. Je rappelle ces éventualités avec d'autant plus d'intérêt que j'ai eu l'occasion d'observer récemment, et dans l'espace de quelques semaines, trois cas de lésions cancéreuses du gros intestin, chez des malades dirigés à l'hôpital pour simple excision des hémorroïdes.

Erigeons donc en principe l'obligation de pratiquer un examen complet de tout le cadre côlique chez tout malade adulte porteur d'hémorroïdes. Nous éviterons ainsi un certain nombre d'hémorroïdectomies illusoires, et nous saurons dépister nombre de cancers des côlons avant la période d'inopérabilité.

Les irradiations infra-rouges et ultra-violettes au cours des opérations abdominales.

Depuis quelque temps, l'attention des médecins et des chirurgiens est spécialement a tirée sur les moyens à utiliser pour amélior l'ensemble des suites opératoires. Il no semble donc opportun de mentionner, à c égard, les bons effets des irradiations, surto au cours des opérations abdominales q provoquent au plus haut degré « la malad postopératoire ».

Les irradiations directes, à ventre ouve ont, sans nul doute, d'heureux résultats s l'ensemble des malaises qui accompagnent c suivent immédiatement les interventions da la cavité abdominale.

Les rayons infra-rouges sont sédatifs, ana gésiques, stimulants; ils diminuent l'hyp tension due à l'ouverture du péritoine et la rachianesthésie; atténuent ou supprime les troubles du ralentissement de la circul tion superficielle et profonde, luttent effic cement contre le choc opératoire.

Les rayons ultra-violets ajoutent leurs effe identiques aux rayons infra-rouges, et so en plus antiseptiques et bactéricides, dim nuant ainsi les dangers de l'infection end gène ou exogène en cours d'opération.

Les opérés soumis aux irradiations pr sentent des suites opératoires immédiates pl heureuses où l'on note aisément: un faci plus calme et plus reposé, une soif moi vive ou inexistante, des fonctions urinair et intestinales plus rapides et plus faciles. L douleurs locales sont diminuées et souve nulles, ce qui permet de restreindre ou de su primer les injections calmantes habituelle L'alimentation normale est reprise plus rap dement et le lever précoce plus facilemer réalisable.

Les indications opératoires dans l ulcères gastro-duodénaux [2].

La gastrectomie, naguère presque exclusiv ment réservée au cancer gastrique, tend actue lement à devenir pratique courante dans l lésions ulcéreuses gastro-duodénales. Ma même si l'opération reconnaît une innocuit

2. Gutmann, *Presse Médicale*, 26 mai 1945.

tajours croissante, il faut se garder d'ériger e principe absolu: « Ulcère égale maladie crurgicale ».

L'opération ne doit pas non plus suivre immdiatement, et de toute nécessité, un diagntic positif d'ulcère, pas plus qu'elle ne dt être pratiquée au cours ou au décours d la poussée initiale.

N'oublions pas que l'ulcère duodénal peut grir sans laisser de trace anatomiquement dtelable. De même un ulcéreux au début pt aussi bien guérir que confirmer sa lésion. Dù la règle du traitement médical obligatre. Ce traitement médical peut guérir le mlade et cela définitivement, comme l'améliration due à la thérapeutique peut être prolgée mais non définitive. D'autres ulcéreux rreront des crises, plus ou moins rapproches, plus ou moins intenses, malgré une thrapeutique appropriée et bien suivie.

L'intervention chirurgicale reprend ses dits en cas d'échec thérapeutique. L'ulcéreux, nous le savons, est exposé aux complicaions bien connues: l'hémorragie et la perfration. Mais si nous considérons le nombre tal des ulcéreux, ces complications ne sont p, malgré tout, excessivement fréquentes. L grandes hémorragies ulcéreuses fatales st surtout le lot des vieux ulcères qui ont dà un passé douloureux et dont le rythme d crises est rapproché et facilement identifiable. La thérapeutique ici a échoué, l'opération s'impose; c'est dans ces formes surtout que la gastrectomie est nettement indiquée.

Et la complication si redoutée de l'ulcère en cancer? Certes, le cancer peut simuler l'ulcère; certes, l'ulcère gastrique peut se transformer en cancer, mais bien rarement, nous disent les anatomo-pathologistes.

Mais le diagnostic de transformation en cours n'est pas une chose impossible.

Si la niche radiologique s'atténue ou disparaît au cours d'examens répétés, la lésion cancéreuse redoutée était un ulcère, et qui mieux est, il y a lieu d'espérer une guérison par la thérapeutique médicale. Si, malgré la thérapeutique, les récidives se rapprochent, l'opération est indiquée. Si la niche persiste, avec diminution des douleurs, nous pouvons alors penser au cancer ou à l'ulcère en voie de cancérisation.

En résumé, l'ulcère duodénal peut se contrôler par la clinique, et l'ulcère gastrique par les radiographies répétées.

Pour ce qui est du code chirurgical, le précepte suivant évitera bien des déboires postopératoires. Eviter d'opérer des malades en poussée, car à ce moment les tissus lésés sont enflammés, souvent septiques, et les suites opératoires dans ces cas sont grevées de complications locales et générales regrettables.

SYMPOSIUM SUR LA PÉNICILLINE[1]

LA PÉNICILLINE SERA-T-ELLE DÉPASSÉE?

Par

Maurice PANISSET, Chef du Service de Sérothérapie, et **Armand FRAPPIER**, Directeur,

Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal.

Après la course aux sulfamidés, la course aux antibiotes!

Faisons le point, messieurs les praticiens, mais avec une grande retenue de jugement: la commercialisation exagérée et la publicité prématurée nous y obligent.

PÉNICILLINE.

L'usage de la pénicilline, la « Miracle Drug », traverse aujourd'hui la phase discriminante, au cours de laquelle on précise les indications, la posologie et la pharmacologie d'une drogue; au cours de laquelle on en abuse également. L'innocuité de la pénicilline semble quasi absolue, mais l'emploi immodéré et non contrôlé de cet antibiote peut constituer quand même une hypothèque sur son avenir. Eventualité encore plus probable depuis l'apparition dans le commerce des pilules de pénicilline à prendre par voie digestive.

En effet, la conséquence la plus à craindre, c'est, à la suite de traitements inadéquats ou éloignés de toute surveillance médicale, la dissémination progressive de souches bactériennes infectieuses résistantes à la pénicilline, phénomène constaté communément au laboratoire et en clinique.

C'est pourquoi, il semble de la plus haute importance, pour l'avenir même de cet antibiote, que la vente en soit faite sur prescription médicale exclusivement et que, à l'exemple de ce qu'on a exigé pour les sulfamidés, la loi devienne bientôt plus sévère à cet effet.

De là aussi l'urgence de trouver des antibiotes capables de remplacer la pénicilline au pied levé.

Cette crainte justifiée ne constitue évidemment pas l'unique motif des chercheurs. On part du principe, énoncé par Fleming lui-même, que la pénicilline n'est pas le dernier mot des antibiotes. Passons outre sur les insuffisances maintenant de plus en plus connues de cette drogue, dont la supériorité sur les sulfamidés et les autres antibiotes se résume, dans un bon nombre de cas, à son innocuité quasi parfaite. Un vaste champ infectieux lui échappe, la plupart des bactéries à gram négatif par exemple.

On a déjà publié plus de 600 articles sur la pénicilline. D'un point *de vue général et biologique,* voici quelques aperçus retirés de cette immense littérature et qui complète une étude récemment publiée par l'un des auteurs du présent article (6).

Synergisme. Effets additifs. Thérapeutique adjuvante.

Un fait intéressant et prometteur, c'est le synergisme qui paraît s'exercer en certains cas entre la pénicilline et les sulfamidés. Bien que les expériences *in vitro* soient quelque peu contradictoires, les essais *in vivo* iraient jusqu'à démontrer des effets qui représentent soit une augmentation, soit la somme des actions bactéricides et bactériostatiques respectives des deux médicaments (16-30-12).

Malgré les effets remarquables de la pénicilline, il est à conseiller de ne pas négliger les autres formes de traitement, chirurgie, sérothérapie, transfusions, surtout dans les cas graves. On ne connaît pas d'incompatibilité entre la pénicilline et les formes reconnues de thérapie.

Antagonisme. Inactivation.

Au contraire, certaines diastases, comme

1. Série de travaux communiqués lors des « Journées Médicales annuelles » de la *Société Médicale de Montréal,* le 25 octobre 1945.

takadiastase, la clarase, sans compter la pénicillinase des bactéries, et la cystéine, inhibent l'action de la pénicilline. D'après Bigger (1), le sérum ou le plasma, le sang humain, le liquide d'ascite, peuvent inactiver jusqu'à 5% de la pénicilline par heure, surtout à température élevée *in vitro*. Ceci est une indication de drainer les exsudats des cavités préalablement au traitement à la pénicilline. Contrairement à ce que l'on a cru d'abord, il est probable que, *in vivo,* une certaine perte de la sorte s'ajoute à celle de l'excrétion rénale (20).

Emploi prophylactique.

On attend plus ample information, d'origine plutôt expérimentale que clinique, avant de conseiller l'emploi prophylactique de la pénicilline, par exemple pour la prévention des blessures de guerre, des fractures ouvertes, pour la prévention de la fièvre puerpérale, de la gangrène gazeuse, de la péritonite, etc., etc., et pour empêcher la diffusion de l'infection à la suite d'opérations ardues ou à partir de foyers apparemment bénins.

Comme les doses prophylactiques seraient plutôt faibles, on pourrait alors redouter le développement de souches bactériennes pénicillino-résistantes. Aussi vaut-il mieux pour le présent se défier de l'emploi de la pénicilline à doses relativement faibles.

Importance des examens de laboratoire.

Tous les travailleurs reviennent sur l'importance des examens de laboratoire au cours du traitement par les antibiotes. Comme la pénicilline affecte une affinité toute spécifique pour certaines espèces ou races bactériennes, son emploi devient pour le moins inconsidéré si on ne pose pas au départ un diagnostic bactériologique correct, particulièrement dans les infections mixtes où il serait avantageux, et où il est indiqué, de combiner pénicilline et sulfamidés dès le début du traitement.

De plus, le médecin, naturellement désireux de ne pas courir aux échecs, trouvera grand profit à tâter la susceptibilité ou la résistance de l'agent infectieux en cause avant de soumettre son patient à l'expérience coûteuse et douloureuse d'un traitement à la pénicilline. Cette technique de laboratoire est simple et renseigne le praticien sur la posologie, la fréquence et la voie d'administration des doses nécessitées dans un cas particulier. Il semble qu'il existe une corrélation entre la susceptibilité de la souche et l'excellence du traitement.

Dans les infections graves, on trouve utile de déterminer la concentration de la pénicilline dans le sang, d'autant plus que, cette concentration étant fonction du facteur individuel, des doses semblables de pénicilline pourront agir différemment chez des individus différents. Il est vrai que les diverses techniques de laboratoire proposées à cet effet doivent tenir compte de l'erreur causée par le pouvoir bactéricide naturel du sang, mais on arrive cependant à des résultats pratiques suffisants. La moyenne de la concentration optima désirée serait située aux environs de 0.15 d'unité par cm.^{3} de sang. Dans un prochain article, nous exposerons les détails de la technique employée à l'Institut de Microbiologie pour l'essai de la pénicillino-résistance des souches et le dosage de la pénicilline dans le sang.

Pénicilline brute.

On n'a pas encore rejeté complètement l'emploi de la pénicilline brute comme traitement local, mais on ne l'encourage pas à cause de l'impossibilité, pour la plupart des laboratoires cliniques, de produire une pénicilline de haute activité, d'uniformité, de titre et de stérilité convenables.

Le silence est tombé sur la vivicilline, sorte de mélange de pénicilline brute et de mycélium vivant.

Dérivés.

Pénicillines F, G. et X, ou I, II, III.
Notatine (pénicilline A).
Pénicilline B.
Pénatine.

Produits de désintégration ou de transformation.

Acide pénicillique; pénicidine; pénicillamine.

La récente Conférence internationale de Londres sur la pénicilline a décrété l'identité des pénicillines cristallines américaines F, G et X avec les pénicillines anglaises I, II, III.

Sans entrer dans les détails, la pénicilline X (Allo-pénicilline) semble de beaucoup la plus active. Elle s'obtient surtout à partir de la culture en surface et présente même une activité appréciable contre les bactéries à gram négatif.

L'espace ne nous permet pas d'étudier les autres extraits de la pénicilline brute, tels que la notatine, ou pénicilline A, la pénicilline B et la pénatine, non plus que la pénicidine, obtenue à partir d'un pénicillium de race spéciale. Peu de travaux sont consacrés à ces substances non encore employées en clinique.

Quant à l'acide pénicillique, aux éthers de cet acide, et à la pénicillamine, ce sont respectivement des produits de transformation ou de dégradation de la pénicilline, sans intérêt immédiat pour le thérapeute.

Excipients huileux.

Nous omettons volontairement l'étude de ce sujet. L'un de nous a pris une part intéressante dans les essais fructueux rapportés par le docteur L. Sylvestre (29) et effectués au moyen d'un excipient composé d'huile d'arachide et d'une substance genre lanoline du nom de Falba.

Autres antibiotes.

Précurseurs de la pénicilline et d'intérêt médical immédiat: *tyrothricine;*
Postérieurs: *streptothricine* et *streptomycine;*
Prometteurs: *subtiline* et *chlorophylle.*

Stimulée par la découverte de la pénicilline, l'étude des antibiotes subit récemment un regain d'intérêt. Nous disons bien regain d'intérêt. Pasteur lui-même a découvert l'antibiose en 1877 et en a prédit l'utilisation en clinique. Depuis cette date, le nombre des publications sur le sujet, à part la littérature sur la pénicilline elle-même, approche le millier (Waksman). La pénicilline a donc eu des précurseurs, négligés soit à cause de leur toxicité relative, soit surtout à cause du fait qu'ils survinrent à une époque où les esprits n'étaient pas préparés. Tels sont la pyocyanine et la pyocyanase, mais surtout la tyrothricine, composée de la gramicidine et de la tyrocidine, magnifique découverte de Dubos, de l'Institut Rockefeller, qui détermina les savants anglais à explorer la pénicilline à fond. Le succès de cette dernière a contribué, par un heureux retour des choses, à soulever la curiosité des Américains sur la trouvaille de Dubos, de sorte que la tyrothricine est aujourd'hui livrée aux recherches systématiques d'un groupe de savants, tout comme le fut la pénicilline à Oxford.

On explore donc les antibiotes déjà signalés et on en cherche de nouveaux, dans le but d'obtenir des produits d'activité plus étendue que celle de la pénicilline ou d'activité complémentaire. On essaie en particulier à détoxifier artificiellement des antibiotes très puissants, mais autrement inutilisables en médecine.

Le sol, réservoir d'antibiotes.

A l'heure présente, les antibiotes les plus étudiés se répartissent en quatre groupes suivant leur origine bactérienne, actinomycélienne, pénicillienne ou aspergillienne. Waksman, le maître actuel de l'antibiothérapie, a systématisé l'observation et l'opinion que toutes les bactéries, causes de maladies infectieuses pour les animaux et les végétaux, se trouvent finalement dans le sol où elles proviennent de leurs excréta ou de leurs cadavres et qu'elles y sont inhibées ou détruites par les autres micro-organismes du sol. C'est donc dans ce milieu si riche de la flore du sol, où la lutte pour la vie entre micro-organismes s'effectue avec le plus d'ampleur, qu'il convient de rechercher et d'isoler les inhibiteurs

le plus actifs des agents pathogènes.

Un gramme de terre arable peut contenir, vant en équilibre par suite de leurs interations mutuelles:

d 300,000 à 95,000,000 de bactéries
100,000 à 36,000,000 d'actinomycètes
8,000 à 1,000,000 de champignons

e un nombre beaucoup plus faible de protozoires.

Les antagonismes les mieux étudiés sont ceux qui existent entre bactéries, actinomycètes et champignons, où l'on constate que le plus souvent les champignons l'emportent. Mais on en observe également entre les champignons eux-mêmes ou entre les bactéries elles-mêmes ou enfin entre ces dernières et les aérobes.

La tyrothricine. La gramicidine.

Or, c'est justement du sol que Hotchkiss et Dubos en 1939 (2, 3, 11) avaient isolé le B. brevis, producteur de la substance appelée par ces auteurs la tyrothricine et décomposable en deux autres substances, la gramicidine et la tyrocidine. Le professeur Dubos a bien voulu signaler à l'un de nous qu'une souche active de B. brevis avait même été isolée du fromage d'Oka.

La tyrothricine, obtenue sous forme de poudre blanche, peu soluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool, est un composé de polypeptides. Elle est beaucoup plus facile de production et d'extraction que la pénicilline. La culture du microbe se fait en milieu liquide, soit en surface, soit dans des cuves. Le schéma de la page suivante montre la succession des opérations.

Contrairement à la pénicilline, la tyrothricine possède l'étonnante et précieuse propriété d'une stabilité à toute épreuve, même à celle d'un chauffage prolongé à l'autoclave. *In vitro* comme *in vivo,* cet antibiote s'est révélé d'une activité très élevée contre les bactéries à gram positif, mais plutôt faible contre les bactéries à gram négatif. Malheureusement, il est aussi doué de propriétés soi-disant toxiques et irritantes, mais surtout hémolytiques, lorsqu'il est introduit par *voie parentérale* dans l'organisme animal. Son composant le plus toxique et le plus rapidement hémolytique est la tyrocidine, dont les propriétés antibactériennes très élevées se manifestent même contre les bactéries à gram négatif et qui agit *in vivo* comme un détergent cathionique, en abaissant la tension de surface des micro-organismes et des tissus. La tyrocidine contribue cependant à la stabilité et à la solubilité de la tyrothricine.

L'autre composant, la gramicidine, est beaucoup moins toxique et hémolytique. Il a aussi été possible d'en établir la formule chimique. Elle cristallise sous forme de petites plaquettes incolores et lancéolées. La tyrothricine contient de 10 à 12% de gramicidine. Celle-ci est soluble dans l'alcool. La solution alcoolique diluée avec de l'eau distillée devient opalescente, mais reste stable. La gramicidine flocule et précipite par l'addition d'un électrolyte.

In vitro, la tyrothricine et la tyrocidine sont bactéricides. La gramicidine est surtout bactériostatique.

Le pouvoir bactéricide de la tyrothricine et de la tyrocidine est fortement diminué par le sang et le sérum. Il peut être considéré comme nul lorsque ces substances sont introduites au sein des tissus (voies parentérales) dont certains composants, comme les phospholipides, inhibent son action. Même les solutions de peptone et les bouillons de viande, qui servent ordinairement à préparer les milieux de culture, diminuent considérablement ce pouvoir bactéricide, à ce point qu'il faut les remplacer par une solution tampon pour suspendre les corps bactériens au cours de l'épreuve *in vitro* de ce pouvoir.

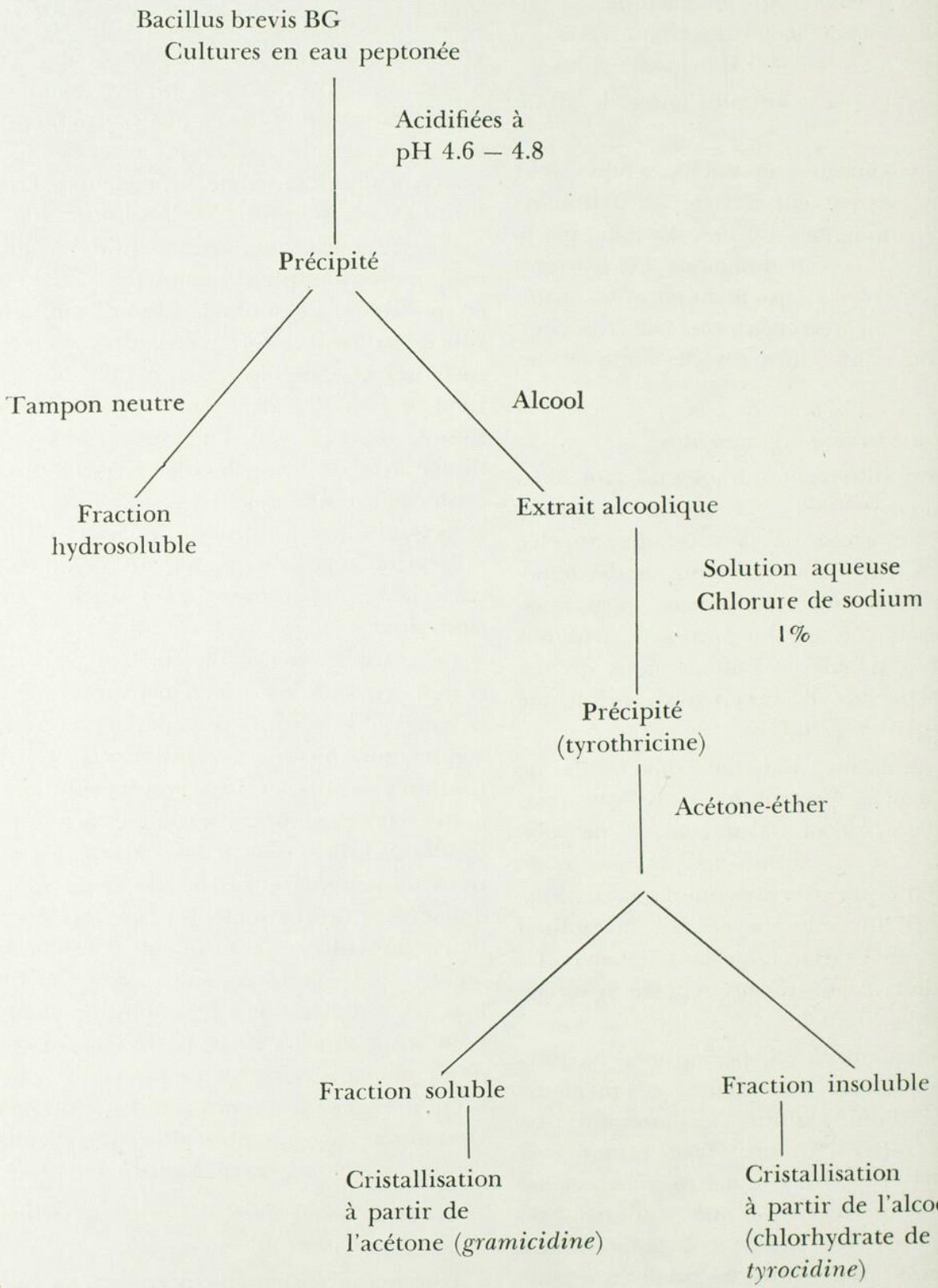
Qu'il s'agisse d'action bactéricide ou bactériostatique, les microbes doivent cependant venir en contact avec l'antibiote.

Propriétés et valeur de la tyrothricine et de la gramicidine in vivo.

Dubos a minutieusement éprouvé la valeur de ces produits *in vivo* et recommandé la tyro-

Préparation de la tyrothricine et de ses composants

D'après Hotchkiss et Dubos (1)



thricine ou la gramicidine comme traitement, enapplications topiques, des infections localisées, à la concentration de 0.1 à 0.5 mgr. par cm.^{3}, à laquelle le médicament est bien toré et très effectif, particulièrement contre les infections à streptocoque et à pneumocoque, mais moins quand il s'agit du staphylocoque. Leur action inhibitrice locale n'est que légèrement diminuée en présence de pus ou de sang. On ne conseille pas de les appliquer sur des lésions très saignantes, en vue d'éviter l'introduction directe dans la circulation. La gramicidine n'est pas toxique prise par voie orale ou rectale.

La tyrothricine (comme la gramicidine) se vend en solution alcoolique qu'on doit diluer *avec de l'eau distillée et non pas avec de l'eau salée*. Il est préférable de ne l'utiliser que dans les infections superficielles à streptocoque, pneumocoque ou staphylocoque, car elle ne pénètre pas profondément et n'exerce son activité que par contact direct avec les bactéries. La présence de bactéries à gram négatif diminuerait son activité et constituerait une contrindication. On voit donc encore ici l'importance des examens de laboratoire. Les effets locaux de la tyrothricine et de la pénicilline ne semblent pas s'ajouter, mais comme la tyrothricine est un composé extrêmement stable, son action se trouve prolongée beaucoup plus que celle de la pénicilline et, sans aucun doute, dans des cas bien déterminés, il y aurait de grands avantages à l'employer localement au lieu de la pénicilline, sans pour cela négliger le traitement général avec cette dernière.

Dans une de leurs premières publications sur ce sujet, Hotchkiss et Dubos (11) rapportent que 0 mgr. 002 de gramicidine, injecté dans le péritoine de la souris, la protège contre 1,000 doses mortelles de pneumocoques et de streptocoques. Elle n'agit pas, par contre, lorsqu'elle est injectée par les voies intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée. Des dilutions de tyrothricine au 1/1,000,000 empêchent le développement du streptocoque, du staphylocoque et du bacille diphtérique. L'instillation d'une solution de tyrothricine dans les cavités nasales du singe et de l'homme provoque la disparition des streptocoques sans provoquer de réactions regrettables. Rammelkamp montre que l'injection de 3 à 40 mgr. de tyrothricine dans la plèvre de lapins atteints d'empyème provoqué stérilise rapidement la plèvre. Néanmoins, des doses supérieures à 10 milligrammes provoquent des symphyses et des abcès aseptiques.

Pour le moment du moins, on conseille donc l'emploi de la tyrothricine (ou de la gramicidine), comme s'il s'agissait d'un antiseptique topique et comme aide supplémentaire à la chirurgie. Elle contribue à réduire les infections postopératoires et hâte la convalescence. On l'a employée, au cours des cinq dernières années, en instillations et en pansements humides sur la peau et les muqueuses, dans les cas de plaies et de brûlures, de greffes cutanées, d'ostéomyélites, d'ulcères chroniques, de sinusites, mastoïdites et otites, aiguës ou chroniques, de porteurs de germes de streptocoques, de pharyngites, d'empyèmes, d'arthrites, de conjonctivites, de furoncles, dont les agents infectieux se classent parmi les streptocoques, pneumocoques et staphylocoques.

Les auteurs russes rapportent des centaines d'observations favorables à l'usage de la gramicidine dans le traitement des plaies de guerre.

La première étude *in vivo* des propriétés de la tyrothricine a été faite dans une maladie très répandue des vaches laitières, la mammite streptococcique contagieuse chronique. Ces essais ont été faits par Dubos, Little et Hotchkiss (4, 5). Ils ont confirmé l'innocuité de la tyrothricine, injectée dans la mamelle sous la forme d'une suspension dans un véhicule hydro-huileux renfermant de 20 à 40 milligrammes de tyrothricine par dose de cm.^{3}. M. Dubos fut assez aimable de nous procurer une souche de son B. brevis. L'un de nous réussit l'extraction de la tyrothricine

et de la gramicidine et fut aussi le premier à confirmer au Canada (17) ces résultats de Dubos et de ses collègues.

Gauze et Brazknikova (7) et l'école russe ont extrait d'un B. brevis spécial, dont ils ne révèlent pas l'identité, une gramicidine prétendue différente de celle de Dubos et qu'ils appellent gramicidine S, laquelle ne semble pas tellement plus efficace que la tyrothricine. Elle posséderait cependant des propriétés inhibitrices plus considérables que la tyrothricine contre les bactéries à gram négatif. On a abondamment utilisé cette substance au cours de la dernière période de la guerre.

La très grande résistance de la tyrothricine (ou de la gramicidine) permet de la manipuler en solution alcoolique ou en solution aqueuse comme un antiseptique ordinaire, de l'appliquer sans précautions spéciales en instillations et sous la forme de pansements humides. En revanche, l'emploi de la tyrothricine est limité par son action hémolytique qui empêche son administration par voie parentérale.

Il faut croire que la tyrothricine n'en présente pas moins un intérêt certain, car une équipe de chercheurs travaille au laboratoire régional du Ministère Américain de l'Agriculture à Albany, Ca., à l'étude de la gramicidine. Ils sont parvenus à abaisser son pouvoir hémolytique sans modifier notablement son action antibactérienne. Il s'agit simplement d'un traitement à chaud par la formaldéhyde.

	Toxicité (mgr./kg.)	Action hémolytique	Action antibactérienne
Gramicidine formolée	450 +	0.6	0.003
Gramicidine ordinaire	20	0.05	0.003

J. L. Lewis (13) et ses collaborateurs émettent l'idée intéressante et féconde que nous sommes en présence d'une transformation comparable à celle d'une toxine en anatoxine.

A l'Institut de Microbiologie, il nous a été possible de confirmer pleinement les résultats de Lewis. En attendant qu'il soit possible d songer à utiliser la tyrothricine transformé détoxifiée dans le traitement des infections g nérales, cet antibiote peut rendre des servic signalés dans le cas d'infections locales de peau ou des muqueuses accessibles.

Il est à remarquer que les premiers essais d Dubos avec la tyrothricine furent effectu *in vivo,* alors que de nombreux expériment teurs commencent d'abord par l'étude *in vitr* des propriétés inhibitrices des antibiotes no veaux. Il arrive, dans ce dernier cas, que d grandes espérances soient déçues lorsqu'o passe à l'expérimentation *in vivo.* Les jou naux, à la faveur d'indiscrétions ou de malei tendus, peuvent s'emparer de ces premie résultats et annoncer tapageusement la déco verte d'un nouvel antibiote très puissant, alo que cette activité n'a encore été éprouvé qu'*in vitro.* C'est l'histoire de l'actinomycin par exemple, très puissante *in vitro* mais toxique *in vivo* qu'on a ultérieurement song à l'employer comme poison à rat. De mêm pour la patuline, identique à la claviformin dont la valeur dans le traitement du rhum prématurément annoncée, dut être infirmé Ces deux antibiotes, extraits des cultures d pénicillium patulum et du P. claviformis, son inefficaces *in vivo* et toxiques.

La streptothricine.

La streptothricine, d'origine actinomycélien ne et découverte par Waksman et Woodrul (32), provient de « actinomyces lavendulæ » Elle manifeste une très haute activité *in vitr* et *in vivo* contre les bactéries à gram négati du groupe intestinal et aussi contre le gc nocoque et les streptocoques, certaines moi sissures et levures. Voici une drogue d'acti vité complémentaire de celle de la pénicilline mais elle est toxique en injection. On a suggér l'emploi en applications topiques, ou en in gestion dans les fièvres intestinales, telles qu la typhoïde, les dysenteries bacillaires, les bru celloses et les salmonelloses. Cependant, de puis quelques mois, l'intérêt semble avoir di minué envers cet antibiote au profit d'ur

nouveau produit découvert par Waksman et ses collègues et appelé streptomycine.

La streptomycine.

Extraite de la culture d'« actinomyces griseus » et remarquablement active surtout contre les bactéries à gram négatif mentionnées plus haut pour la streptothricine, de même que contre le pneumocoque, cette drogue découverte par Schatz, Bugie et Waksman (24, 25) semble prometteuse, mais le nombre de publications sur ses effets *in vivo* chez l'animal et chez l'homme est trop restreint pour qu'on puisse se former une opinion. C'est ici qu'une publicité indue menace de devenir dangereuse et ridicule. Sur la foi d'essais préliminaires *in vitro* ou *in vivo,* chez l'animal et chez l'homme, on a laissé percer la possibilité de son utilisation dans le traitement de la tuberculose. Or, rien dans ces essais ne pouvait justifier son emploi immédiat et général dans cette maladie. Il faut attendre de plus amples renseignements, lesquels, semble-t-il, même pour sa valeur dans le traitement des infections causées par des bactéries d'origine intestinale à gram négatif, se font singulièrement attendre, étant donné les apparences prometteuses des premières publications.

Il semble que la streptomycine possède, en plus des qualités qui manquent à la pénicilline, une toxicité très faible. Sa fabrication industrielle vient d'être entreprise et il est enfin possible d'obtenir des renseignements précis sur sa fabrication et ses propriétés (31).

Production et purification de la streptomycine.

La streptomycine est sécrétée par « A. griseus » cultivé à la surface de couches minces de milieu ou dans la profondeur d'un milieu aéré mécaniquement dans des cuves. Le milieu est relativement simple.

Le taux de la streptomycine atteint son maximum en 2 ou 3 jours en culture profonde et en 9 jours en culture superficielle.

Diverses méthodes sont utilisées pour concentrer et purifier la streptomycine. Le principe actif est adsorbé sur du charbon activé. Le charbon est lavé à l'alcool qui entraîne certaines impuretés. La streptomycine est éluée — c'est-à-dire séparée du charbon adsorbant — en traitant celui-ci avec de l'alcool acide. La solution alcoolique acide est neutralisée et filtrée (précipitation de certaines impuretés). L'addition à la solution de 10 volumes d'éther permet de concentrer la streptomycine dans un petit volume de solution aqueuse jaune, brune ou rouge. La purification sous la forme cristalline est obtenue par une série de traitements qui comprend une combinaison avec le méthyl-orange: formation d'une hélianthate de streptomycine. Une autre méthode comporte le traitement par l'acide phosphotungstique; les bases libérées sont transformées en picrates impurs qui sont séparés par chromatographie, c'est-à-dire par adsorption différentielle et graduée. Les fractions actives hydrosolubles sont traitées, après déplacement de l'acide picrique par le sel de Reinicke NH^4 $[Cr\ (SCN)_4(NH^3)_2]$ qui provoque la formation d'un précipité cristallin. Il est facile de transformer le Reinickate en sel soluble, chlorure ou sulfate.

Titrage de la streptomycine.

La streptomycine est titrée par la méthode des dilutions en série et la méthode des cylindres, adaptation des procédés employés pour le titrage de la pénicilline. L'unité S de streptomycine est la quantité de streptomycine qui, présente dans 1 cm.^{3} de bouillon, empêche le développement d'une souche donnée de E. Coli. Comme cette unité est très petite, on définit l'unité « G » qui est 1,000 fois plus grande et l'unité « L » qui est 10^6 fois plus grande que l'unité « S ».

$$\text{« L »} = 10^6\ \text{« S »} = 1{,}000\ \text{« G »}$$

Une unité « S » de streptomycine cristallisée pèse un microgramme. La streptomycine est inactivée par la cystéine, ce qui permet l'essai de la stérilité du produit.

Propriétés in vitro *et* in vivo *de la streptomycine.*

La streptomycine est très soluble dans l'eau, insoluble dans les solvants organiques.

Elle est riche en azote. C'est une base organique alors que la pénicilline est acide. Elle est beaucoup plus stable que la pénicilline. Comme elle, la streptomycine est hygroscopique. On ne connaît pas de bactérie qui soit capable de la détruire.

La streptomycine est active contre:

M. tuberculosis	P. tularensis
E. typhosa	K. pneumoniæ
B. abortus	Pr. vulgaris
S. schottmulleri	H. pertussis
H. influenzæ	Po. æruginosa

Elle est peu toxique lorsqu'elle est purifiée et injectée à des doses thérapeutiques. De fortes doses ont pu provoquer chez le singe des phénomènes de dégénérescence hépatique et rénale. La streptomycine peut provoquer également des réactions analogues à celles que détermine l'histamine. Les doses thérapeutiques sont à l'étude. La streptomycine est rapidement absorbée et excrétée (voies parentérales).

Il est intéressant de savoir que, si la streptomycine est ingérée, elle n'est ni absorbée ni détruite dans l'intestin. Elle passe difficilement après injection parentérale dans le liquide cérébro-spinal. L'obstacle que lui oppose la barrière méningée commandera donc l'injection intrarachidienne dans les cas où il convient d'atteindre les méninges et le système nerveux encéphalo-rachidien.

La streptomycine se montre efficace dans les infections à Pr. vulgaris, à Ærobacter ærogenes, à Po. æruginosa, à Eberthella du tractus génito-urinaire (Greey) (8).

Elle agit bien dans les maladies à Klebsiella, à Pasteurella Tularensis (Greey) (8). Enfin, sur un petit nombre de cas, Hinshaw et Feldman (9-10) ont constaté que la streptomycine avait une action appréciable contre les infections tuberculeuses.

La subtiline et les principes antibiotes et antitoxiques produits par Bacillus subtilis.

La production par Bacillus subtilis de principes antagonistes du développement microbien est connue depuis longtemps. Il est même possible que ce soit ce microbe qui ait permis à Pasteur et Joubert (18-19) de faire, à la suite de leurs expériences sur la fièvre charbonneuse, une hypothèse qui est devenue une prophétie: « Ces faits d'antagonisme microbien entre Bacillus anthracis et un saprophyte aérobie (B. subtilis?) autorisent peut-être les plus grandes espérances du point de vue thérapeutique ». Divers expérimentateurs ont constaté, par la suite, que les cultures de Bac. subtilis contenaient des principes antibiotes. Les observations de Metchnikoff (14) et de M. Nicolle (15) sont parmi les plus connues. Ramon (21, 22, 23) a repris récemment l'étude des propriétés des cultures de Bacillus subtilis. Il a confirmé que ce saprophyte possédait des propriétés bactériostatiques, bactéricides et bactériolytiques contre divers pathogènes « gram-positifs » ou « gram-négatifs ». Ces propriétés sont marquées sans atteindre celles d'autres antibiotes. *Par contre, la subtiline mélangée à diverses toxines microbiennes a détruit ou neutralisé ces toxines.* Il s'agit là de faits pleins d'intérêt qui permettent d'espérer que la subtiline pourra être utilisée dans le traitement des intoxications microbiennes. Ramon est ainsi parvenu à détruire les toxines diphtérique, tétanique, staphylococcique, gangréneuses. Il est possible que la mise en évidence de ces propriétés antitoxiques de la subtiline ouvre la voie à des essais thérapeutiques dirigés contre les infections toxigènes de l'homme et des animaux. Il convient d'étudier, en particulier, si la subtiline peut se substituer aux antitoxines spécifiques.

La chlorophylle.

Pouvons-nous mentionner également le renouveau d'intérêt pour la chlorophylle, extraite du pigment vert des feuilles sous forme aqueuse purifiée, non toxique et utilisable, avec des résultats intéressants, soit en applications topiques, soit en injection dans le traitement de certaines infections locales à streptocoques, staphylocoques et même à bactéries ne prenant pas le gram (26, 27, 28).

Conclusions.

En résumé, on n'a pas encore trouvé d'antibiotique idéal. Plusieurs naissent; la plupart sont toxiques et inutilisables en médecine. Nous avons signalé les plus prometteurs et l'orientation des recherches en ce domaine. L'usage inconsidéré de la pénicilline et des antibiotiques proposés peut nuire à l'avenir de cette thérapeutique et l'on souhaiterait que ces recherches se fissent le plus loin possible de la technique industrielle ou commerciale.

On accomplirait une œuvre de grand mérite si l'on réussissait à détruire les propriétés toxiques de certains antibiotes nouveaux sans toucher à leurs propriétés bactériostatiques ou antibiotiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. BIGGER: *Lancet*, **2**: 400, 1944.
2. DUBOS: *J. Exp. Méd.*, **70**: 249, 1939.
3. DUBOS: *Ann. Int. Med.*, **13**: 2025, 1940.
4. DUBOS, R. B. LITTLE et R. D. HOTCHKISS: *J. Am. Vet. M. Ass.*, **98**: 189, 1941.
5. DUBOS, R. B. LITTLE et R. D. HOTCHKISS: *J. Am. Vet. Res.*, **2**: 305, 1941.
6. FRAPPIER: *L'Union Méd. du Canada*, **74**: 726, 19
7. GAUSE et M. G. BRAZKNIKOVA: *Lancet*, **2**: 71 1944.
8. REEY, cité par S. A. Waksman et A. Schatz: *J. Am. Pharm. Ass.* (Pract. Ph. Edition), **6**: 308, 1945.
9. HINSHAW et W. H. FELDMAN: *Proc. Staff. Mt., Mayo Clinic*, **20**: 313-318, 1945.
10. H. C. HINSHAW et W. H. FELDMAN: *Med. Clin. North Am., Mayo Clinic*, (juillet) 918-922, 1945.
11. R. D. HOTCHKISS et R. J. DUBOS: *Jour. Biol. Chem.*, **136**: 80, 1940.
12. John A. KOLMER: « Penicillin Therapy. » D. Appleton Century Co., N. Y., pp. 81-159, 1945.
13. J. C. LEWIS et AL.: *Science*, **102**: 275.
14. E. METCHNIKOFF: *Ann. Inst. Pasteur*, **11**: 801 1897.
15. M. NICOLLE: *Ann. Inst. Pasteur*, **21**: 613, 1907.
16. H. C. OARD, E. V. JORDAN et M. MINAROFF: *Journ. A. M. A.*, **125**: 123, 1944.
17. M. PANISSET: *Revue d'Oka*, 1942.
18. L. PASTEUR et JOUBERT: *C. R. Ac. des Sc.*, **85**: 101-115, 1877.
19. L. PASTEUR et JOUBERT: *Bull. Ac. Méd.*, 2e série, **6**: 781-785, 1877.
20. D. PERLSTEIN, H. E. WRIGHT et A. J. LIEBMANN: *Science*, **101**: 562, 1945.
21. G. RAMON, R. RICHOU et P. RAMON: *C. R. Ac. Sc.*, **220**: 341-343, 1945.
22. G. RAMON, L. NICOLLE, G. AMOUREUX et G. POCHON: *C. R. Ac. Sc.*, **219**: 268-270, 1944.
23. G. RAMON, R. RICHOU: *Presse Médicale*, no 30, p. 405, 1945.
24. A. SCHATZ, E. BUGIE et S. A. WAKSMAN: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med*, **57**: 244, 1944.
25. A. SCHATZ, E. BUGIE et S. A. WAKSMAN: *Proc. Soc., Exp. Biol and Med.*, **55**: 66, 1944.
26. L. W. SMITH: *Am. J. Med. Sc.*, **207**: 647, 1944.
27. L. W. SMITH et A. E. LIVINGSTON: *Am. J. Surg.*, **62**: 358, 1943.
28. L. W. SMITH et M. E. SANO: *J. Lab. and Clin. Med.*, **29**: 241, 1944.
29. L. SYLVESTRE: *L'Union Méd. du Canada*, **75**: 57, 1946.
30. A. J. WARING Jr. et M. H. D. SMITH: *Jour. A.M.A.*, **126**: 418, 1944.
31. S. A. WAKSMAN et A. SCHATZ: *J. Am. Pharm. Ass.*, **6**: 11, 1945.
32. S. A. WAKSMAN et H. R. WOODRUFF: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, **49**: 207, 1942.

LA PÉNICILLINE DANS LES INFECTIONS PLEURO-PULMONAIRE ET BRONCHIQUES

Par **Paul LETENDRE,**
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

La pénicilline, malgré son emploi relativement récent, doit être employée à bon escient et gardée pour les infections dues à des bactéries pathogènes susceptibles d'être enrayées par son action. Les bactéries les plus usuellement retrouvées dans les infections pulmonaires et contre lesquelles la pénicilline a une action certaine sont les suivantes:

les gram-positifs: streptocoque, staphylocoque, pneumocoque, tétragène.

Au contraire, elle n'aura pas d'effet contre:
quelques lignées de staphylocoque,
la pneumonie à bacille de Friedlander,
une maladie à virus comme l'influenza,
la mycobactérie de la tuberculose.

Dans les infections pulmonaires en général, les méthodes d'administration sont les mêmes que dans les autres infections. S'il y a bactériémie, la voie intraveineuse sera préférée: sérum physiologique salé ou solution de dextrose (si le sel est contre-indiqué) contenant 100,000 unités par litre par 24 heures en goutte à goutte. On notera comme principaux inconvénients: la grande fatigue du malade, les phlébites dues à l'irritation de l'endoveine et l'élimination rapide du médicament, c'est-à-dire 75 à 90% éliminé en 15 à 30 minutes. En pareil cas, on aura soin de changer l'aiguille de veine toutes les 12 à 24 heures.

A cause de ces divers inconvénients, les injections intramusculaires sont les plus employées à raison de 15,000 à 20,000 unités aux trois heures. Elles sont d'absorption et d'élimination assez rapides. La voie sous-cutanée, un peu moins rapide, a déjà été essayée, mais il semble qu'une partie du médicament soit détruite par un mécanisme encore inconnu.

Dans la cavité pleurale, les injections de pénicilline constituent la méthode de choix au cours des empyèmes. La concentration optimum du médicament est d'abstention facile et son excrétion, plutôt lente, se produit en 13 à 48 heures.

La quantité prise par la bouche doit être 3 à 4 fois plus grande que les doses du médicament employées par les autres voies, car le milieu acide de l'estomac détruit la pénicilline. Son administration comportera toujours l'adjonction d'une substance tampon: citrate de soude ou autre. L'enrobage intestinal serait recommandable, mais, d'une part, il empêche l'absorption du médicament dans la partie haute de l'intestin grêle et, d'autre part, il favorise sa destruction par le dibacille lorsqu'il atteint le côlon.

Enfin une voie d'apport spéciale dans les cas de troubles broncho-pulmonaires: les inhalations de pénicilline « Aerosol ». L'extrémité d'un pulvérisateur est tenue à l'entrée de la bouche du patient qui inspire les particules infiniment petites d'une solution de pénicilline contenant 100,000 unités par centimètre cube. Ces particules sont tenues continuellement en suspension par un courant d'oxygène de 5 à 8 litres à la minute. Afin de récupérer une partie du médicament, un dispositif spécial permet la condensation des fines gouttelettes expirées.

Nous présenterons maintenant 25 cas de maladies pleuro-pulmonaires et bronchiques traitées à la pénicilline. Ces cas se répartissent ainsi:

10 cas de pneumonie lobaire dont
4 cas traités exclusivement par la pénicilline,
5 cas résistants aux sulfamidés,
1 cas intolérant aux sulfamidés, tous avec guérison,

2 cas d'infection grippale mortelle,

5 cas de broncho-pneumonie avec un décès,

6 cas d'abcès pulmonaires avec 3 récidives dont 1 guéri et 2 en évolution,

1 cas de bronchectasie avec abcès et tuberculose pulmonaire,

1 cas de bronchite chronique avec emphysème.

Ajoutons que 6 de ces 25 cas ont présenté n épanchement pleural.

Il n'y a pas avantage à conter l'histoire de acun de ces malades; nous nous limiterons ux cas les plus typiques du point de vue édical.

Pneumonie lobaire franche.

Le cas no 1 fut traité sans résultat durant jours au sulfathiazole avec persistance d'une vre variant de 100 à 103°. Une analyse des pectorations avait révélé la présence de neumocoques. La 12e journée, il reçut des jections de pénicilline à raison de 20,000 nités aux 3 heures. Le traitement dura 7 ures, mais la température disparut dès la journée de cette médication.

Les cas nos 2, 3, 4 et 5 furent traités au lfathiazole, Dagenan et sulfadiazine pennt 5 jours ou plus sans succès. Avec 15,000 nités de pénicilline aux 3 heures, la réponse t immédiate et le malade guérit.

Un cas très intéressant d'intolérance au lfadiazine présenta l'histoire suivante: homme de 32 ans arrivé à l'hôpital avec un début pneumonie à la base gauche.

Température, 100° 3/5; pouls, 88; respition, 24 à la minute; cytologie, 29,700 gl. l. dont 87% de polynucléaires neutrophiles. Le traitement débute par 3 grammes de sulfdiazine dans 500 cc. de sérum physiologique glucosé donnés très lentement par la voie traveineuse à partir de 11 heures a.m. A 4 ures p.m., la température monte à 103° 4/5. 8 heures p.m., 105° et symptômes de méngisme: raideur de la nuque, Kernig, délire, ne certaine contracture des muscles abdominaux et un pouls à 120. L'état général est mauvais et la transpiration abondante. Nous pensons pratiquer une ponction lombaire, mais nous souvenant d'une réaction semblable observée au cours d'un traitement par le sulfathiazole, nous cessons le sulfadiazine et nous commençons les injections de pénicilline à raison de 15,000 unités aux 3 heures. Le lendemain soir, le patient était ressuscité avec une température à 99° 3/5 et des signes de consolidation à la base gauche. La pénicilline fut donnée pendant 7 jours, formant un total de 650,000 unités.

II. Pneumonie et broncho-pneumonie grippale mortelle.

Observation 1.

Jeune fille de 22 ans ayant une broncho-pneumonie bilatérale. Elle est traitée au sulfathiazole pendant 8 jours à la dose de 1 gramme aux 4 heures avec comme résultat une extension des lésions. Puis nous donnons de la pénicilline 20,000 unités aux 3 heures pendant 8 jours. Aucun succès. La patiente est décédée la 16e journée de son hospitalisation.

Observation 2.

Demoiselle de 47 ans souffrant d'une maladie mitrale pour laquelle elle avait déjà été hospitalisée à plusieurs reprises. La pénicilline 20,000 unités aux 3 heures est administrée sans succès. Décès la 26e journée de son hospitalisation.

III. Broncho-pneumonie.

Observation 1.

Il s'agit d'un patient, Monsieur L. A., qui présente une broncho-pneumonie à la base gauche avec un épanchement abondant. L'analyse des expectorations nous révèle des pneumocoques et des streptocoques. Le liquide pleural obtenu par la ponction évacuatrice ne contient pas de pus. 15,000 unités de pénicilline aux 3 heures pendant 9 jours amènent la guérison du malade.

Observation 2.

Monsieur J. L. L. est un jeune homme de 24 ans qui, à la suite d'une infection grippale à la maison, présente une hémiplégie droite avec aphasie. Une reprise des symptômes pulmonaires le conduit à l'hôpital. Son état général est mauvais. Il est demi-conscient avec une hémiplégie droite, une urée sanguine élevée et de l'anémie. Broncho-pneumonie des 2 bases. La médication à la pénicilline, 15,000 unités aux 3 heures pendant 6 jours, amène la guérison de l'infection pulmonaire, laquelle est suivie d'une légère régression de l'hémiplégie.

Observation 3.

Monsieur D..., hôtelier, vieil alcoolique, âgé de 65 ans, envoyé à l'hôpital pour néphrite chronique azotémique hypertensive avec accident cérébral antérieur. Une broncho-pneumonie dans laquelle la température n'excède pas 99° évolue malgré un traitement intensif à la pénicilline de 3 cc. aux 3 heures, pendant 10 jours. Décès.

Observation 4.

Monsieur A. L..., âgé de 64 ans; le patient présente une broncho-pneumonie bilatérale avec un épanchement à la base gauche prouvé radiologiquement. Il n'a aucune température bien que son état général soit mauvais. Une première journée il reçoit 15,000 unités de pénicilline aux 2 heures, puis, durant 21 jours consécutifs, 3 cc. aux 3 heures. La flore microbienne est composée du coccobacille de Pfeiffer, du staphylocoque, du pneumocoque, du tétragène. Les lésions qui semblaient vouloir s'amender reprennent la 25e journée. Le traitement est repris pour une durée de 28 jours, c'est-à-dire jusqu'à guérison complète de la lésion pulmonaire.

Observation 5.

Le patient, âgé de 64 ans, se présente à l'hôpital avec un mauvais état général et une légère décompensation cardiaque. L'examen pulmonaire révèle une broncho-pneumonie bilatérale avec un épanchement à la ba droite. On retrouve du coccobacille Pfeiffer, du staphylocoque et du pneumoc que associés dans les expectorations.

Nous savons que les broncho-pneumoni sont très souvent des complications de l'infl enza. Elles doivent être considérées comm des infections graves ayant un taux de mo talité élevé. Les bactéries les plus fréquer ment en cause sont le streptocoque et le st phylocoque. Ce dernier amène souver comme complication la formation d'un en pyème. Ils sont sulfamido-résistants et mortalité de 50 à 85% qu'ils comportaier a été réduite entre 10 et 20% grâce à la pén cilline. Celle-ci ne combat pas l'influenza, ma réussit à contrôler l'infection secondaire.

IV. CAS COMPLIQUÉS D'ÉPANCHEMENT PLEURAL.

3 cas de broncho-pneumonie avec épanch ment dont nous avons déjà parlé.

2 cas d'abcès pulmonaire avec empyèm le premier guéri par des injections intramu culaires, le second présentant une pleurési putride ouverte et drainée au cours de laquell la pénicilline a été un adjuvant précieux.

Les empyèmes sont beaucoup moins fr quents depuis l'avènement des sulfamidé Certains apparaissent chez des malades traité trop tardivement ou s'étant révélés sulfamid résistants.

Dès la constatation d'un empyème, il fau combattre rapidement l'infection et l'intoxi cation engendrées par la stérilisation de l cavité pleurale. Pour ce faire, il faut sur-le champ pratiquer une ponction exploratric suivie d'une injection de 30,000 à 50,00 unités de pénicilline dissoutes dans 30 à 4 cc. de sérum physiologique. Si, à l'analyse le microbe est reconnu comme étant suscepti ble d'être enrayé par ce nouvel agent théra peutique, nous continuons les injections à raison de 20,000 unités tous les deux jours ce qui nous a semblé être un traitement adéquat.

Lorsque les cavités sont multiples, les injections doivent être multiples. L'association d'une lésion pulmonaire et pleurale entraîne l'addition des injections intrapleurales et intramusculaires.

La pénicilline offre cet avantage sur les sulfamidés de ne pas être détruite par le pus. Elle agit en concentration très minime et son élimination est lente.

Si le pus contient beaucoup de fibrine, il y a danger que la plèvre s'épaississe et provoque de la fibrose dans le poumon sous-jacent. Il est alors indésirable de laisser ces amas de fibrine qui entretiennent l'infection dans la cavité pleurale et qui favorisent les rechutes. Dès que l'état du malade le permettra, il faudra intervenir chirurgicalement.

La question des pneumothorax thérapeutiques infectés secondairement se pose ici. La pénicilline administrée à un tuberculeux par la méthode que nous venons de décrire permet d'éliminer l'infection secondaire et empêche l'ouverture indésirable du thorax.

Abcès pulmonaire.

Nous avons traité 6 cas d'abcès pulmonaire dont nous allons résumer l'observation médicale.

Observation 1.

Monsieur J. M..., 63 ans, présente une infection grippale compliquée d'une broncho-pneumonie aux deux bases pulmonaires. Un traitement à la sulfadiazine à raison de 1 gramme aux 4 heures pendant 10 jours amène une disparition de tout signe stétacoustique à la base droite. Le côté gauche révèle un épanchement pleural avec souffle cavitaire. Le patient expectore de 30 à 40 cc. de pus par jour et sa température se maintient entre 100 et 102°.

Le 26 novembre 1944, il entre à l'hôpital où un examen radiologique pulmonaire est immédiatement pratiqué. Le rapport nous donne: bronchectasie probable des deux bases, plus étendue à gauche. Le lendemain une radiographie en position latérale gauche nous montre une image hydroaérique dans le parenchyme avec léger voile dans le cul-de-sac pleural. Une ponction exploratrice ramène un liquide trouble, jaune citrin à lymphocytose exclusive et donnant un Rivalta positif.

Observation 2.

Mlle C. M..., 30 ans. A la suite d'une infection grippale, on découvre chez cette patiente un foyer de condensation au sommet droit. Malgré un traitement de 10 jours à la sulfadiazine, la température et les signes pulmonaires persistent toujours. La radiographie pulmonaire révèle un petit abcès dans une zone de condensation. Les injections de pénicilline sont commencées avec un dosage de 15,000 unités aux 3 heures jusqu'à concurrence de 500,000 unités. La lésion pulmonaire guérit.

Observation 3.

Monsieur A. L..., 46 ans, est hospitalisé le 2 avril pour abcès pulmonaire. Durant 10 jours, il reçoit 3 cc. de pénicilline aux 3 heures. L'analyse des expectorations révèle la présence de pneumocoques. Vu la persistance des lésions, on répète les bronchoscopies qui nous donnent à la suite d'une culture un pus contenant du pneumocoque et du pneumobacille de Friedlander. Il y a danger que l'abcès ne devienne chronique.

Le patient est réhospitalisé le 21 octobre et il présente alors une réapparition de son abcès.

Observation 4.

Monsieur A. P..., malade de 47 ans, admis à l'hôpital le 4 novembre 1944, pour troubles pulmonaires aigus.

Le début de la maladie remonte à environ 3 à 6 semaines et la maladie a apparemment évolué en deux temps. Le malade se plaint d'une expectoration putride depuis au moins 3 semaines.

A l'examen, il est très dyspnéique et intoxiqué. La trachée et le cœur sont en position normale. Signes d'épanchement à la base

droite. Signes d'une lésion parenchymateuse à la base gauche. Les deux lobes supérieurs et le lobe moyen sont libres.

Analyse des urines: sucre, 3 grammes 33. Numération globulaire: hémoglobine: 7 grm. 3; globules rouges: 2,750,000; globules blancs: 6,000; polynucléose à 80%. Groupe sanguin: A. Glycémie: 2 grammes 32. Urée: 0 gramme 243. Radiographie pulmonaire: (de face et de profil) image hydroaérique s'étendant d'un côté à l'autre de l'hémi-thorax droit et située postérieurement. Impression clinique: abcès pulmonaire de la division supérieure du lobe inférieur droit, probablement rupturé dans la plèvre. Pleurésie putride droite avec fistule bronchique, pneumonite du lobe inférieur gauche.

Vu que le très mauvais état général du malade n'est pas dû à un déplacement médiastinal par pneumo-pyo-thorax, mais plutôt à l'étendue des lésions parenchymateuses, une intervention immédiate n'est pas conseillée.

Traitement préopératoire: transfusions, pénicilline, drainage par déclivité, oxygène en permanence.

Opération: 18 novembre 1944. Sous anesthésie locale à la novocaïne, le malade étant dans la position assise, résection de la huitième côte dans la ligne axillaire postérieure à droite. Cavité d'empyème contenant environ 300 cc. de pus putride, présence d'une fistule bronchique. Drainage ouvert.

Suites opératoires: sans incident. Les dimensions de la cavité de l'empyème diminuent progressivement. La fistule bronchique se ferme après environ 3 semaines.

Vu la persistance de l'image hydroaérique intraparenchymateuse, nous continuons le drainage par déclivité et le 19 décembre une bronchoscopie aspiratrice est pratiquée.

Après cette intervention, l'état du malade est fortement amélioré et l'expectoration devient presque nulle.

Nouvelle bronchoscopie le 29 décembre qui ne nous montre la présence que de très peu d'expectoration.

Au départ, le 16 janvier 1945, le syndrome clinique et l'image radiologique suggèrent l'oblitération de l'abcès pulmonaire.

L'empyème droit est, lui, complètement oblitéré.

Malade à surveiller radiologiquement à crainte de la présence d'un abcès pulmonaire chronique.

Diagnostic: abcès pulmonaire (division supérieure du lobe inférieur droit), pleurésie putride droite.

Observation 5.

Monsieur C. G..., 61 ans, subit une prostatectomie en un temps le 5 juin 1944. A la suite de l'intervention chirurgicale apparaît une température constante variant de 99 à 102°. Elle est attribuée à une infection de l'arbre urinaire jusqu'à ce qu'un foyer de condensation se précise à la base pulmonaire droite. 18 jours après l'intervention, une radiographie nous révèle la présence d'une pleuro-pneumonie à la base droite. L'analyse des expectorations nous donne du streptocoque, du staphylocoque, du pneumocoque et une absence de B K. Une ponction pleurale pratiquée le 29 juin ramène un pus à pyonucléaire sans flore microbienne.

Un traitement à la sulfadiazine à raison de 1 gramme aux 4 heures est marqué par une diminution de la zone de condensation mais avec apparition de cavités dans cette même zone.

Du 19 juillet au 1er août, le patient reçoit des injections de pénicilline, 3 cc. aux 3 heures, qui amènent une disparition de la température dès la 5e journée et une régression des signes stétacoustiques. Il quitte l'hôpital le 31 août. Réhospitalisation le 14 septembre pour orchite et réapparition des signes pulmonaires. Le traitement à la pénicilline est repris et poursuivi du 23 octobre au 2 novembre.

* * *

Nous avons peu d'expérience dans le traitement de l'asthme et des affections bron-

par la pénicilline. Leopold et Cooke
etent dans l'*American Journal of the*
ul Sciences 2 cas d'asthme rebelles à tout
ient et ayant une rémission de symptô-
our quelques mois. Ils conseillent
de la pénicilline seulement dans le cas
igine de l'asthme est intrinsèque.

lin, Barach, Silberstein et associés, dans
of Internal Medicine, rapportent 20
ités par des inhalations de pénicilline.
comment se répartissent les principales
:

) asthme associé avec bronchectasie et
emphysème;
) bronchectasie avec ou sans abcès pulmo-
naire;
) fibrose pulmonaire et emphysème;
) abcès pulmonaire aigu.

résultats furent les suivants:
5 cas améliorés d'une façon notable;
0 cas modérément améliorés;
5 cas sans changement.

plus, ils notèrent que des 15 cas amé-
7 eurent des rechutes dans les deux
qui suivirent leur amélioration clinique.
key et Mantz dans un article sur l'em-
e la pénicilline au cours des bronchites
iques et des bronchectasies présentent
où ils ont trouvé surtout des staphylo-
s et des streptocoques, mais associés à
lore microbienne très variée dans les
prélèvements. Tous ces cas reçurent
000 unités réparties en 8 ou 10 jours.
mbre des colonies diminua, la quantité
ctoration resta la même, mais l'état
al s'améliora d'une façon notable.

concluent que les résultats sont plus
nts chez les bronchitiques chroniques
hez les bronchectasiques. 20% des tous-
réagissent à la pénicilline et, dans les
cette dernière agit, la réponse est rapide
prenante.

us avons traité un cas de bronchite chro-
avec emphysème pulmonaire à raison
5,000 unités aux 3 heures pendant 5 jours et cela sans aucune amélioration. Puis 1 cas de bronchectasie avec abcès pulmonaire et tuberculose pulmonaire fibro-calcaire non alors en évolution fut traité avec un succès relatif à deux reprises. Depuis, le patient est décédé de tuberculose pulmonaire.

* * *

Si l'on résume les principales indications de la pénicilline dans le traitement des infections pleuro-pulmonaires, nous croyons qu'elle est le médicament de choix chez les patients:

sulfamido-résistants ou intolérants;
les patients dans un état tel qu'ils ne supporteraient pas l'administration des sulfamidés;
les patients présentant des complications rénales ou hépatiques;
quand il y a bactériémie;
si le patient présente de la leucopénie ou de la fibrillation auriculaire;
enfin dans l'empyème et l'abcès pulmonaire si les bactéries trouvées sont susceptibles de traitement à la pénicilline.

Pour le moment du moins, nous ne croyons pas probable que la pénicilline supplante les sulfamidés, particulièrement dans la pneumonie à pneumocoque, à cause de la grande facilité d'administrer ces derniers et de leur coût minime.

Nous avons présenté 25 cas d'infection pleuro-pulmonaire et bronchitique traités à la pénicilline qui se répartissent comme suit:

10 cas de pneumonie dont 5 cas sulfamido-résistants et 1 cas sulfamido-intolérant,
2 cas d'infection grippale avec décès,
5 cas de broncho-pneumonie avec 1 décès,
6 cas d'abcès pulmonaire avec 1 guérison, 3 rechutes et 2 en évolution,
1 cas de bronchectasie,
1 cas de bronchite chronique, parmi ces derniers:
6 cas d'épanchement pleural dont 2 empyèmes: 1 ouvert et l'autre résorbé sans chirurgie.

LA PÉNICILLINE DANS LES MALADIES CONTAGIEUSES

Par **J.-H. CHARBONNEAU,**
Directeur médical de l'hôpital Pasteur (Montréal).

Il est assez difficile de séparer l'action de la pénicilline dans les maladies contagieuses d'avec cette même action dans les autres maladies infectieuses. Ces dernières surviennent tellement fréquemment comme complications des premières que nécessairement les indications thérapeutiques s'intriguent souvent les unes dans les autres. Je tâcherai autant que possible de me limiter aux maladies contagieuses épidémiques et à leurs complications.

La pénicilline, comme dans les autres domaines de l'infection, est apte à rendre d'immenses services dans le traitement des maladies épidémiques; mais il ne faudra pas croire que c'est une panacée et qu'elle agisse contre tous les microbes.

Considérons d'abord la DIPHTÉRIE. « In vitro » la pénicilline, d'après les expériences faites, empêche le développement du bacille diphtérique; on serait porté à croire, et on l'espérait, que cette action serait aussi efficace « in vivo ». Malheureusement, elle ne paraît avoir aucune influence ni sur l'évolution de la maladie elle-même, ni sur l'éclosion des complications. Nous avons utilisé la pénicilline, conjointement avec la sérothérapie, bien entendu, chez 80 diphtériques et dans 10 cas seulement nous avons pu penser qu'il y ait eu une différence dans l'évolution. Il s'agissait là de microbes associés, streptos ou pneumos, contre lesquels son action est indiscutée. Sur le bacille de Loeffler lui-même, comme sur la toxine diphtérique, son action paraît absolument nulle.

Dans les formes graves, les complications de myocardites aiguës, d'anurie par néphrite toxique, de blocage du cœur, ou de paralysie bulbaire, nous ont paru aussi fréquentes chez ces malades, parmi lesquels il y en avait plus de 40 de forme grave.

Le taux de la mortalité dans la diphtérie grave nous apparaît également identique. Tout au plus pourrait-on croire que ceux malades ont vu leur gorge se nettoyer plus rapidement, et ceci surtout dans les gr présentant une association microbienne L sulfamidés depuis plusieurs années nous vaient habitués à des résultats sensible les mêmes.

Toutefois les losanges de pénicilline à paraissent aider à nettoyer la gorge plus dement, mais nous ne sommes pas en mesure d'affirmer si cette action va ju modifier le cours de la maladie elle-mêm

Chez les intubés et les trachéotomis la diphtérie laryngée, elle est d'un gr secours tant dans la prévention que la guérison des broncho-pneumonies sur daires. De même, au cours des paralysieu baires, elle nous met presque complètem à l'abri des broncho-pneumonies d'aspir

Dans les ANGINES BLANCHES, diphtéri angines pultacées, septiques, lacunaires, ty tiques, phlegmoneuses, angines herpétiq angines de Ludwig, lesquelles pour la pl sont dues à une variété quelconque de stre de pneumo ou même de staphylo, l'acti la pénicilline est manifeste et habituelle supérieure à celle des sulfas, sans les inco nients de ceux-ci en cas d'erreur de dia tic avec une angine agranulocytaire ou angine à monocytes. Une parenthèse ici mettre le praticien en garde lorsqu'il uti soit les sulfas, soit la pénicilline dan angines: la pénicilline comme les sulfas modifier au début l'aspect d'une gorge di térique, surtout dans la forme pseudo-pe moneuse, au point de retarder la possibil normale du diagnostic de 2 à 3 jours, les conséquences désastreuses que cela p porte.

L'ANGINE DE VINCENT est une des excel tes indications de la pénicilline. En ef

l'angine de Vincent, si elle est due à une association fuso-spirillaire, contre laquelle l'action de la pénicilline est d'ailleurs manifeste, est presque toujours accompagnée dans la forme sérieuse d'une association microbienne également sensible à son action thérapeutique. Avec l'adjonction de vitamine C, elle constitue donc le traitement de choix de l'angine de Vincent, et ici encore nous met à l'abri d'aggraver une agranulocytose dont le diagnostic aurait été méconnu.

Dans la SCARLATINE, c'est encore là une thérapeutique très efficace contre les complications dues au streptocoque: adénites, otites, mastoïdites, sinusites, rhinites purulentes, adénocystites, thrombo-phlébites, abcès du cerveau, méningites suppurées, arthrites suppurées, pneumonies et broncho, etc. Son action est-elle supérieure à celle des sulfas dans ces complications? Nous ne le croyons pas jusqu'à plus ample information. Les *sulfas* se sont montrés tellement efficaces dans ces diverses complications qu'il nous paraît difficile de croire que l'on puisse obtenir de meilleurs résultats. Cependant il y a des circonstances où les microbes deviennent sulfa-résistants, ou encore lorsqu'il y a néphrite concomitante, et lors l'indication de la pénicilline devient formelle. Au cours de certaines endocardites aiguës, son action est aussi nettement supérieure. Dans d'autres formes d'endocardites, comme dans le pseudo-rhumatisme scarlatin, la chorée postscarlatineuse, les encéphalites, les myélites, son action est absolument nulle. Au point de vue préventif, que devons-nous penser de la pénicilline? Je dois avouer que personnellement je n'en ai pas encore l'expérience, et que d'autre part je n'ai pu relever une littérature sur le sujet. Mais puisque les gargarismes à la sulfa, ou encore la sulfa «pour os» agissent bien, je ne vois pas pourquoi théoriquement les losanges de pénicilline à sucer ne préviendraient pas tout aussi bien la scarlatine.

COQUELUCHE. La pénicilline n'a aucune action sur le Bordet-Genjou lui-même et n'influence aucunement l'évolution de la maladie. Cependant, dans les complications pulmonaires: pneumonies, broncho-pneumonies, pleurésies, otites, mastoïdites, bronchites purulentes, bronchectasies, etc., l'action de la pénicilline est aussi efficace que contre ces maladies elles-mêmes, sauf, bien entendu, si elles sont dues à un virus ou au bacille de l'influenza. Et si l'on veut établir un parallèle entre cette action et celle des sulfamidés, on doit le faire comme au cours de ces maladies elles-mêmes.

De même dans les adénopathies trachéo-bronchiques consécutives à la coqueluche qui entretiennent parfois les quintes, son action paraît aussi efficace que celle des sulfamidés, sauf si ces adénopathies sont dues au bacille de Koch ou encore à une lymphocytose excessive, comme cela arrive souvent dans certaines formes graves. La pénicilline s'avère d'une inefficacité absolue contre d'autres complications de la coqueluche comme les encéphalites aiguës, hémorragies cérébrales, etc.

ROUGEOLE. Aucun effet contre la maladie elle-même. Action bienfaisante contre certaines complications, surtout la bronchite capillaire du début (catarrhe suffocant des anciens), pneumonies, broncho-pneumonies, otites, mastoïdites, etc. Dans les complications cérébrales, encéphalites, myélites, etc., son action est nulle.

OREILLONS. Action apparemment nulle. Si cette absence d'action est confirmée ultérieurement, nous devrons, je crois, rejeter au rancart la théorie qui veut que les oreillons soient dus à un spirille. Je dois avouer ici que je n'ai pas employé la pénicilline dans un nombre suffisant de cas pour pouvoir juger définitivement de son action. Je n'ai pas réussi à trouver de littérature sur le sujet.

TYPHOÏDE, paratyphoïde et maladies entériques: action nulle, sauf dans certaines complications comme le laryngo-typhus où, en principe, elle devrait être utile, cette complica-

tion étant due au spirille de Vincent et à des anacrobies.

Poliomyélite antérieure aiguë. Action nulle tant à la période préparalytique fébrile qu'à la période des séquelles.

Méningite cérébro-spinale épidémique. Cet item est traité par le Dr Amyot et je le passerai sous silence. Qu'on me permette de répéter que la pénicilline ne pénètre pas dans le l. c.-r. Il faut donc suppléer à cette insuffisance, contrairement à ce que l'on fait avec les sulfas, par des injections intrarachidiennes, quotidiennes ou bi-quotidiennes.

Dans le pemphigus. La plupart des publications à date donnent son action comme nulle. Toutefois elle nous a paru à nous très efficace dans plusieurs cas de pemphigus contagieux des nouveau-nés. Dans le pemphigus syphilitique également, la pénicilline, dans 2 cas traités, s'est révélée le traitement d'attaque de choix. Les lésions ont disparu en quelques jours et le B. W. s'est négativé progressivement dans l'espace de 4 à 6 semaines.

Impétigo. L'onguent de pénicilline fraîchement préparé, ou encore une solution de pénicilline en pansement, peut se comparer, croyons-nous, avantageusement à tous les autres traitements, comme rapidité et efficacité.

Vulvo-vaginite gonococcique. Tous se rappellent encore la terreur que nous inspirait cette maladie il n'y a pas si longtemps dans les crèches ou les salles de petits malades non isolées. Même les sulfas, « per os » ou localement, la folliculine, se sont montrés parfois inefficaces ou très lents dans leur action et d'administration coûteuse. La pénicilline, au contraire, agit avec une rapidité étonnante, aussi bien que dans les autres gonococcies. Le premier de ces cas que nous eûmes à traiter survint durant cette période où l'on pouvait difficilement se procurer cet antibiote, chez une petite fille de 4 ans violée et infectée, que nous avions traitée sans succès durant 24 jours. Après 48 heures de pénic line l'écoulement était complètement tari

Ophtalmie purulente des nouveau-né Mêmes résultats dramatiques que dans l gonococcies ordinaires. En moins de 48 he res le pus, dans les quelque dix cas que no avons observés à date, est complètement d paru. Il s'agit là d'un changement radic dans le pronostic de ces maladies, au poi que l'on peut affirmer presque à coup s que, lorsqu'un bébé entre à l'hôpital ava la formation d'un ulcère de la cornée, guérison est assurée. Il serait peut-être oppo tun toutefois de faire certaines réserves da le cas de gonocoques transmis par une mè déjà traitée à la pénicilline. Mais, mêm avec cette restriction possible, quel chang ment avec l'ancienne thérapeutique, quan on songe qu'à « Pasteur » un seul de ces peti malades immobilisait deux infirmières d jour et deux infirmières de nuit à faire d grands lavages toutes les deux heures o même toutes les heures, et ce durant parfo plusieurs semaines.

Nous n'avons pas abandonné les lavag et l'insufflation de poudre de sulfa, que no avait enseignés il y a déjà quelques années Dr Philippe Panneton, au moins durant l premières 48 heures.

Erysipèle. La pénicilline agit contre l'é rysipèle aussi bien que les sulfas. Elle n les a pas encore détrônés dans la thérapeut que de cette affection, mais elle possède de indications particulières, d'abord en cas d sulfa-résistance, chez les néphrétiques aigu chez les intolérants de la sulfa, ainsi que dan les associations microbiennes avec le staphy locoque.

Dans les faux érysipèles, comme par exem ple les phlegmons diffus de la face, pseudo érysipèles des lymphangites, arthrites à staphy locoque, son indication est absolue.

Varicelle. La varicelle est en général un maladie bénigne. Il existe toutefois des forme infectées et gangrenées extrêmement graves

ent accompagnées de néphrite aiguë, et le pronostic est des plus sérieux. La cilline, avec adjonction de riboflavine et de cévitamique, nous a donné des résultats nespérés dans un cas récent.

Conclusion

La pénicilline constitue une arme de premier ordre dans certaines maladies contagieuses. Elle a révolutionné le pronostic de la vulvo-vaginite et de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Elle s'est avérée de plus une arme extrêmement puissante dans d'autres maladies ainsi que dans un grand nombre de complications.

Malheureusement, je le répète, ce n'est pas une panacée, et dans plusieurs maladies contagieuses les espérances que l'on fondait sur elle se sont évanouies.

LE TRAITEMENT DES MÉNINGITES AIGUËS PAR LA PÉNICILLINE

Par **Roma AMYOT,**
Chef du service de Neurologie de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

On emploie la pénicilline dans le traitement de certaines méningites aiguës purulentes; je les nomme par ordre de fréquence: les méningites à méningocoque, à pneumocoque, à streptocoque, à staphylocoque. Jusqu'à nouvel ordre, la méningite au bacille de l'influenza (qui n'a rien à voir d'ailleurs avec la grippe épidémique) ne se laisse pas influencer par la pénicilline.

D'autre part, une seule méningite aiguë ou subaiguë, à liquide céphalo-rachidien clair et à formule liquidienne lymphocytaire, semble bénéficier de la pénicilline: il s'agit de la méningite aiguë syphilitique, accident, le plus souvent, de la période secondaire.

Dans le traitement des méningites aiguës par la pénicilline, un fait démontré par Ramelkamp et Keefer, en 1943, doit diriger le procédé thérapeutique: la pénicilline injectée par voie endoveineuse ou intramusculaire ne pénètre pas dans le liquide céphalo-rachidien de méninges saines. Et bien que Romberg et Sylvester aient démontré que de fortes doses de pénicilline introduites par les veines et dans les muscles paraissent pénétrer en concentration bactéricide dans le liquide céphalo-rachidien de méninges infectées et enflammées, on ne doit pas, jusqu'à plus ample information, appliquer ces observations expérimentales à la pratique courante.

Il s'ensuit donc que la pénicilline devra toujours être introduite dans les espaces sous-arachnoïdiens, afin qu'elle y soit en concentration telle qu'elle puisse détruire les agents microbiens de la méningite. Devra-t-on se contenter de cette seule voie d'introduction? Dans tous les cas, on devra associer les voies intraveineuse ou intramusculaire. De la sorte, la pénicilline portée par les vaisseaux sanguins pourra contribuer à tarir le foyer originaire de l'infection méningée ou une septicémie concomitante. Une sinusite, une pneumonie, une endocardite subaiguë, un phlegmon, un foyer d'ostéite, une otite ou une mastoïdite même évidée recevront régulièrement les coups répétés et bactéricides de la pénicilline. Le sang cessera de véhiculer des microbes qui, dans la septicémie, allaient infecter tous les tissus. Ainsi, on injectera 20,000 à 25,000 unités dans les muscles toutes les trois heures pendant les 24 heures.

La pénicilline injectée à dose raisonnable

dans le liquide céphalo-rachidien y conserve une concentration suffisante pendant 24 heures: d'où il ressort que l'injection intrathécale devra se faire au moins toutes les 24 heures. Certains auteurs conseillent l'injection toutes les douze heures; la ponction rachidienne ou sous-occipitale est bien souvent tellement pénible au méningitique et tellement laborieuse pour le médecin que je me suis contenté jusqu'ici d'une injection par 24 heures, avec ou sans anesthésie au penthotal. La dose ainsi introduite dans le liquide céphalo-rachidien devra être de 20,000 à 25,000 unités diluées dans environ 20 à 25 c.c. de sérum physiologique après soustraction d'une quantité équivalente de liquide céphalo-rachidien.

Lorsque la voie sous-arachnoïdienne (entre la pie-mère et l'arachnoïde) n'est pas bloquée ou cloisonnée par des exsudats fibrino-purulents, l'injection lombaire est suffisante, la pénicilline se diffusant facilement dans le liquide spinal et intracrânien. Lorsque la compression des jugulaires montre un blocage, et que la condition du malade s'aggrave avec une amélioration biologique du liquide retiré par la voie lombaire, on est en présence de cloisonnements sous-arachnoïdiens qui s'opposeront à la diffusion de la pénicilline.

On doit alors procéder à des ponctions étagées, afin d'atteindre un niveau supérieur au cloisonnement ou au plus élevé des cloisonnements, afin d'imprégner les espaces intracrâniens par la pénicilline et de sauvegarder les fonctions vitales du malade. Aussi, devra-t-on alors procéder à une ponction sous-occipitale et même ventriculaire selon le cas.

L'injection de pénicilline par ponction lombaire et sous-occipitale peut être très douloureuse chez certains méningitiques, dont les racines rachidiennes sont déjà irritées par le processus inflammatoire des lepto-méninges.

Des auteurs ont rapporté la persistance de douleurs aux membres inférieurs pendant quelques jours, comme d'une paralysie vésicale, d'une paralysie des membres inférieurs avec areflexie tendineuse et hyperesthésie cutanée. Heureusement ces accidents se sont montrés, jusqu'à maintenant, passagers et n'ont laissé aucune séquelle.

Le traitement de toute méningite aiguë nécessite encore, même avec l'emploi de la pénicilline et des sulfamidés, l'intervention chirurgicale, quand elle est possible, sur le foyer infectieux qui déclencha l'infection méningée. C'est une otite et une mastoïdite purulente, une lésion d'ostéite ou d'ostéomyélite à la tête ou au rachis, une sinusite suppurée, pour ne nommer que les plus fréquentes causes déclenchantes. L'intervention du chirurgien devra s'effectuer dès la mise en œuvre de la thérapeutique.

Il sera nécessaire d'injecter la pénicilline dans le liquide céphalo-rachidien tant que le liquide se montrera trouble, contiendra des polynucléaires et que le glucose ne sera pas revenu à un taux normal: c'est-à-dire le plus fréquemment durant une semaine à dix jours, parfois beaucoup plus longtemps; un de nos malades à méningite à staphylocoque reçut jusqu'à 25 injections intrathécales. Les injections intramusculaires devront être poursuivies après la cessation des injections intrarachidiennes, soit pendant 15 à 21 jours, à des doses lentement décroissantes, afin d'éviter la récidive de la méningite.

* * *

La méningite à méningocoque est la plus fréquente des méningites purulentes. La mortalité avant les sulfamidés était de 50 à 80 pour cent. Avec les sulfamidés, la sulfadiazine de préférence, la guérison peut être de 100% si le traitement est bien appliqué à temps, si on n'a pas affaire à des moribonds ou à des sujets dont la résistance est, pour une raison ou pour une autre, manifestement diminuée.

La pénicilline n'est donc dans la méningite à méningocoque que d'une utilité complémentaire. Son emploi n'y est pas impéra-

pourra, si on le désire, l'associer à la diazine par mesure de plus grande sé-
é.

méningite à pneumocoque suit immé-
ament, par sa fréquence, la méningite à
ngocoque. Avant les sulfamidés, une
ngite à pneumocoque causait la mort
100% des cas. Avec les sulfamidés on
guérir environ 35% des malades qui en
atteints; avec la pénicilline seule, on peut
iorer légèrement le taux de la guérison
teindre le pourcentage d'environ 45%.
oblige dans le traitement de toute mé-
rite pneumococcique à l'usage simultané
pénicilline et d'un sulfamidé, de préfé-
la sulfadiazine. Cette association thé-
utique élévera manifestement le taux de
ison, qui atteindra 60 à 70% des cas
és, si on élimine les cas moribonds de la
stique.

hez les malades qui n'auront pas réagi
reusement durant la première semaine à
thérapeutique associée, à doses élevées,
levra recourir au sérum de lapin.

méningite streptococcique, par sa fré-
ence, vient après la méningite pneumococ-
que; elle présente, à ce point de vue, un
de 7.9% environ, alors que les ménin-
méningococcique et pneumococcique
rent respectivement avec les pourcentages
3% et 15.6%. Avant les sulfamidés, cette
éningite emportait 97% des cas qui en
aient atteints. Avec les sulfamidés ce taux
ba à environ 20%.

thérapeutique conjointe par les sulfa-
és et la pénicilline contribuera à guérir
quasi-totalité des méningites à streptocoque.

méningite staphylococcique est rare.
as une statistique de 455 méningites, elle
figurait que 3 fois, soit 0.65%.

Jusqu'à la pénicilline, on ne pouvait avoir
d espoir de guérir l'infection des lepto-
inges par le staphylocoque. W. J. Mac-
el et ses collaborateurs ont fait récemment
revue des cas de méningite à staphyloco-
que rapportés dans la littérature médicale d'Hippocrate à nos jours. Il va sans dire que, jusqu'à la période pastorienne et surtout jusqu'à Galippe, qui en 1889 démontra le rôle étiologique du staphylocoque doré dans certaines méningites purulentes, jusqu'à Quincke, qui introduisit, en 1891, la ponction lombaire, il va sans dire que cette investigation ne possède aucune valeur démonstrative. Mais les recherches de 1893 à nos jours, tout en rencontrant certaines difficultés de contrôle, offrent un intérêt infiniment plus scientifique. Pour ces auteurs, jusqu'en 1941, 48 cas seulement de méningite à staphylocoque guérie auraient été publiés. Aussi bien dire que la mortalité était de 100%.

La pénicilline permet d'obtenir la guérison d'une telle méningite, et il n'est pas nécessaire ici d'employer concomitamment les sulfamidés, qui s'y sont montrés inefficaces. Evans, en 1944, rapporta probablement les deux premiers cas de guérison d'une méningite à staphylocoque par la pénicilline.

Nous avons publié une observation personnelle dans *L'Union Médicale du Canada* de juillet 1945, concernant un malade dont les méninges étaient profondément infectées; la pénicilline apporta la guérison.

Des statistiques seront établies sur un plus grand nombre de cas traités et elles démontreront le taux de guérison que l'on est en droit d'attendre, avec l'emploi de la pénicilline, dans la méningite à staphylocoque.

Nous répétons que la méningite au bacille de l'influenza n'a pas semblé, selon la littérature parue jusqu'à date, réagir favorablement à la pénicilline. Nous pouvons ajouter qu'elle répond assez heureusement aux sulfamidés et au sérum spécifique de lapin, conjointement utilisés.

Tout dernièrement, des auteurs américains, Nelson et Duncan, publièrent un travail rapportant le traitement rapidement heureux de 10 cas de méningite syphilitique aiguë par la pénicilline. Ils employèrent une dose totale

de 600,000 à 4,000,000 unités injectées dans les muscles toutes les 3 ou 4 heures. On sait que la méningite aiguë luétique est une méningite lymphocytaire, à liquide clair. On sait aussi qu'on ne trouve pas de spirochètes dans le liquide. Aussi, n'est-il pas nécessaire de chercher à obtenir la stérilisation du liquide par les injections intrathécales de la pénicilline.

Le traitement de la méningite syphilitique aiguë par la pénicilline pose le même problème que celui de la syphilis en général. Cette méningite est curable par la thérapeutique classique comportant l'arsenic et le bismuth et, comme agent complémentaire, la pyrétothérapie. La pénicilline se substituera-t-elle ici à ces médications, comme pour les autres accidents luétiques, ne sera-t-elle plutôt qu'une médication associée permettant une régression plus rapide des pénibles symptômes de la méningite ? La seconde alternative nous paraît plus acceptable dans l'état actuel des choses.

* * *

En guise de conclusion, nous pouvons affirmer que la pénicilline constitue une acquisition de première grandeur comme agent thérapeutique des méningites aiguës. Elle ajoute considérablement à l'action des sulfamidés et, dans le cas de la méningite à staphylocoque, elle constitue le seul agent efficace de guérison.

BIBLIOGRAPHIE

C. H. RAMMELKAMP et C. S. KEEFER. — *Am. J. M* **205**: 343, 1943; *in* « Simplified therapy of meningiti (Editorial), *J. A. M. A.*, **126**: 370 (7 oct.) 1944.

D. H. ROSENBERG et J. C. SYLVESTER. — *Scien* **100**: 132 (11 août) 1944, *in* « Simplified Therapy meningitis » (Editorial), *J. A. M. A.*, **126**: 370 (7 oc 1944.

L. H. SWEET, E. DUMOFF-STANLEY, H. F. DOWLIN et Lieut. M. H. LEPPER. — « The Treatment Pneumococcic Meningitis with Penicillin », *J. A. M. A* **127**: 263 (3 fév.) 1945.

Roma AMYOT. — « Propos sur les méningites aiguës *L'Union Médicale du Canada*, **71**: 140 (février) 19

E. APPLEBAUM et Jack NELSON. — « Penicillin f pneumococcic meningitis ». *J. A. M. A.*, **128**: 7 (14 juillet) 1945.

Roma AMYOT. — « Méningite à pneumocoque guér par la pénicilline ». *L'Union Médicale du Canad* **74**: 21 (janvier) 1945.

Roma AMYOT. — « Méningite à staphylocoque guér par la pénicilline ». *L'Union Médicale du Canad* **74**: 909 (juillet) 1945.

W. J. MacNEAL et AL. — « Staphylococcic Meningi from Hippocrates to Legendre and Beaussenat ». *Arc Oto-Laryngology*, **37**: 198 (fév.) 1943.

W. J. MacNEAL et AL. — « Reported recoveries fro staphylococcic meningitis, 1893-1941 ». *Arch. Oto-L ryngology*, **37**: 349 (mars) 1943.

Captain A. L. EVANS. — « The treatment of intra-crani infections with penicillin ». *J. A. M. A.*, **124**: 6 (4 mars) 1944.

E. GAUMOND et Jean GRANDBOIS. — « Plaie front. Méningite et septicémie à staphylocoque cons cutives. Traitement et guérison par la pénicilline *Laval Médical*, **10**: 101 (fév.) 1945.

R. A. NELSON et L. DUNCAN. — « Acute syphili meningitis treated with penicillin ». *Am. Journ. S phili., Gon. and Ven. Dis.*, **29**: 141 (mars) 1945.

DE L'EMPLOI DE LA PÉNICILLINE EN CHIRURGIE

Par **Gérard ST-ONGE.**
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

La découverte de la pénicilline, qui a sou-vé partout l'enthousiasme, survient après ne guerre où tout a été mis en œuvre pour étruire les vies humaines; ne vous semble-t-il as qu'elle est la contre-partie puissante et rovidentielle du génie de la destruction ?

Une pauvre moisissure frappe l'esprit d'un ercheur; il en tire un élixir tout puissant, ttaquant aux microbes, à l'infection. C'est début d'une ère de découverte où les agents thogènes seront maîtrisés, nous l'espérons, ec beaucoup d'efficacité et grande précision.

L'emploi de la pénicilline en chirurgie doit faire dans le but de prévenir l'infection et lutter contre elle, quand elle existe de fait.

Par infection chirurgicale, nous entendons localisation inflammatoire d'un ou de plu-eurs tissus irrévocablement lésés, voués à nécrose ou à la suppuration, nécessitant ouverture, l'amputation ou le débridement irurgical. Il découle de cette définition qu'il t souvent difficile d'apprécier immédiate-ent l'action d'une drogue dans une lésion irurgicale, à cause de la suppuration et de nécrose qui isolent l'agent thérapeutique entravent son action.

Nous dirons, cependant, qu'un médicament t efficace quand:

1° il permet d'éviter l'intervention chirurgicale;
2° quand il favorise une technique chirurgicale plus simple, moins choquante;
3° quand il permet une suture immédiate, après débridement;
4° quand il facilite une fermeture secondaire précoce;
5° quand il diminue le temps de la lutte à l'infection.

L'apport de la pénicilline en chirurgie est nsidérable; elle a les grands avantages sur s sulfamidés de ne pas être toxique à de fortes doses thérapeutiques, de ne pas être inhibée en soi par la suppuration et le sang, quoique son action, localement, puisse perdre le contact des tissus vivants s'il y a trop de phénomènes exsudatifs; d'une façon générale, la pénicilline diminue l'exsudation, au lieu de la favoriser.

Avant de passer en revue les principales infections chirurgicales, il convient de répéter que la pénicilline n'a aucune action sur les bacilles à gram négatif sauf exception, que le médecin faisant usage fréquent de la bactériologie clinique se doit d'identifier rigoureusement l'agent microbien en cause. Il doit aussi connaître la nature du processus pathologique, la forme clinique, les indications thérapeutiques, les avantages et les désavantages de la pénicilline sur les sulfamidés.

La pénicilline et les sulfamidés ont des indications respectives dans les infections; ces indications se répartissent étiologiquement en trois catégories:

1° Les infections où la pénicilline et les sulfamidés agissent plus ou moins également l'un par rapport à l'autre, mais très efficacement tout de même. Ce sont les maladies à gram positif et négatif causées par les pneumocoques, le staphylocoque, les streptocoques viridans et hémolytiques, le méningocoque et le gonocoque.

2° Les affections où seule la pénicilline est active, c'est-à-dire les spirochétoses, la syphilis, la gangrène gazeuse.

3° Celles où seuls les sulfamidés ont une action inhibitrice réelle bactériostatique. Ce sont les maladies à gram négatif causées par le bacille à dysenterie, le pneumobacille de Friedlander, le bacille de Ducrey, le bacille d'influenza.

Expérimentalement, chez la souris, Ungar reconnaît que l'association sulfapyridine et

pénicilline renforce l'action de cette dernière. Bigger trouve que l'administration du sulfathiazole avec la pénicilline augmente le pouvoir antibactérien de cette dernière du double; l'action synergique des deux médicaments administrés simultanément prévient la multiplication des bactéries à un moment où la pénicilline seule aurait atteint une basse concentration dans le sang dans l'intervalle des injections.

Meleney, de New-York, nous dit que tous les cas de gangrène gazeuse ne sont pas enrayés par la pénicilline. Maladie souvent polymicrobienne que la gangrène gazeuse, son processus pathologique est associé à l'action de bacilles à gram négatif qui sont de vrais inhibiteurs de la pénicilline.

Il reste à contrebalancer l'action de ces derniers par les sulfamidés ou d'autres antibiotiques connus ou à venir.

Avant de vous parler de la pénicilline en chirurgie, disons que cette dernière réalise:

1° Des cures remarquables dans certains états septicémiques, avec foyer infectieux localisé où la riche vascularisation permet un rapide contact de la drogue avec les bactéries. Ces cas, où souvent l'intervention chirurgicale devenait nécessaire autrefois, guérissent aujourd'hui sans le secours de la chirurgie: cellulite faciale, phlegmon des lèvres, adénophlegmon, etc.

2° La pénicilline réalise encore d'excellents effets thérapeutiques, en supprimant la toxémie et l'anémie, en favorisant la rapide guérison des plaies contaminées et infectées, en jugulant la suppuration des cavités pleurales et articulaires.

3° Enfin, la pénicilline est une faillite totale si l'agent pathogène est reconnu comme insensible à la pénicilline après contrôle bactériologique, ou s'il perd contact avec le médicament à cause de la circulation défectueuse ou de phénomènes nécrotiques.

* * *

Etudions donc ensemble les maladies chi rurgicales les plus courantes, où la pénicillin exerce les vertus curatives que nous lui con naissons.

Les états septicémiques

Les septicémies ou bactériémies sont de états infectieux, les plus graves qui soient, où les bactéries ayant envahi la circulation san guine s'y multiplient et déclenchent des phé nomènes généraux d'hyperthermie, d'accélé ration du pouls avec frissons, d'augmentatio du pouls avec frissons, d'augmentation du métabolisme cellulaire, où le catabolisme gé néral prédomine, amenant l'accumulation de déchets, la déshydratation, l'amaigrissemen et le marasme progressif qui conduit à la mort.

Ces états graves de pullulation microbienne dans le sang, s'accompagnant ou non d'ense mencements à distance, avec toutes les formes variées d'abcès, phlegmons, cellulites, que nous connaissons, constituent le problème le plus troublant de la pathologie. Nous savons qu'avant l'ère des sulfamidés, la mortalité dans les septicémies était de 90%; après leur emploi intensif, elle a baissé à 40%; maintenant, avec la pénicilline, cette mortalité a baissé à 25%. Herrell, de la Clinique Mayo, dans une série récente de 28 cas consécutifs de septicémie traités à la pénicilline, a une mortalité de 11%.

La pénicilline est le médicament par excellence de la bactériémie à staphylocoque doré. Sur 244 cas de septicémie, dont 183 à staphylocoque doré, la plupart demeuraient résistants aux sulfamidés; 73% répondirent au traitement par la pénicilline. Anderson rapporte 500 cas de septicémie à staphylocoque traités à la pénicilline, avec un taux de guérison de 71%.

Administration. Dans les cas moyens, les plus fréquents, la pénicilline s'administre par voie intraveineuse, soit 50,000 à 60,000 unités Oxford dans un litre de sérum, deux fois par jour, matin et soir, ou par voie intramusculaire, 15 à 20,000 unités aux trois heures.

Dans les septicémies où il y a association de bactéries résistant à la pénicilline, on administre simultanément des sulfamidés, soit dans la même solution contenant la pénicilline, ou bien par la bouche, jusqu'à ce que la concentration dans le sang des sulfamidés soit de 12 à 16 milligrammes par 100 c.c.

Dans les septicémies suraiguës graves, il faut frapper fort et pendant plusieurs semaines, c'est-à-dire donner de 300,000 à 400,000 unités par jour, jusqu'à ce que la fièvre diminue d'intensité, puis une dose d'entretien de 200,000 à 150,000 unités par jour, jusqu'à guérison du malade.

Herbst et Merricks, de Chicago, rapportent un cas de staphylococcémie hémolytique qui dura trois mois et survenu après une néphrolithotomie. La température s'éleva de 104° à 105° durant quatorze jours après l'opération. La pénicilline, commencée le treizième jour à 200,000 unités par jour, fut administrée continuellement durant 80 jours, jusqu'à concurrence de 8,500,000 unités. Le 83e jour, ouverture d'abcès du rein. Le malade guérit après 135 jours d'hospitalisation; la température devient normale le 39e jour de pénicillothérapie. La pénicilline, aidée du traitement chirurgical, a combattu cette septicémie mortelle dans 90% des cas.

Il ressort de ceci que le contrôle bactériologique est indispensable, que le traitement à la pénicilline doit être précoce et à doses convenables. Dans les autres septicémies, la pénicilline est très efficace. Nous savons, d'ailleurs, que les bactériémies à streptocoques répondent bien aussi aux sulfamidés.

Dans les suppurations pleuro-pulmonaires

Nous mentionnerons seulement que, souvent, l'intervention chirurgicale est différée, grâce au traitement intensif à la pénicilline.

L'abcès du poumon, qui est parfois la complication d'une septicémie à pneumocoque, staphylocoque et streptocoque, répond bien au traitement médical; l'empyème pleural nécessite l'instillation par thorasynthèse de 40 à 50,000 unités Oxford par 24 heures et l'injection simultanée intramusculaire, aux trois heures, de 10,000 unités. La pleurotomie peut être ainsi évitée ou alors rarement elle sera indiquée pour évacuer certains amas fibrino-purulents.

La pénicilline est aussi employée avant et après les interventions chirurgicales sur le poumon.

Les infections du squelette

Dans l'ostéomyélite aiguë et subaiguë des os longs avec ou sans septicémie, la pénicilline amène une prompte régression des signes locaux d'inflammation. S'il se produit de la nécrose osseuse dans l'ostéomyélite, le chirurgien devra se rappeler que la pénicilline n'est pas encore un substitut de la chirurgie; s'il est élémentaire et fondamental de faire le nettoyage chirurgical d'une plaie, d'ouvrir une collection purulente, ce dernier ne devra pas oublier que, malgré la pénicilline, il peut y avoir la formation de séquestres dans les os et que le drainage chirurgical d'un os est parfois le complément nécessaire de la pénicillinothérapie.

Altemeier est intervenu deux fois sur six cas d'ostéomyélite aiguë et il croit que plus on administre la pénicilline précocement, moins les vaisseaux nourriciers d'un os ont la chance de se thromboser.

Sur 34 cas d'infections osseuses avec séquestres, traités à la pénicilline, 14 seulement ont été guéris, 13 améliorés et 7 non guéris. Il semble, d'après Christie, qu'un os en voie de nécrose traité à la pénicilline est traité inefficacement si ce traitement n'est pas associé au drainage chirurgical.

Il convient de contrôler radiologiquement et souvent l'évolution des os longs dans l'ostéomyélite. La pénicilline, aidée de la chirurgie, fera des guérisons définitives, si on sait les employer simultanément à bon escient.

L'ostéomyélite des os plats nécessite rarement l'intervention chirurgicale. Dans ce dernier cas, l'administration de la pénicilline est

recommandée pendant trois semaines avant l'opération.

Dans l'ostéomyélite aiguë, il convient de donner 80 à 160,000 unités par jour et puis, localement, par de petits tubes de drainage, on instille en plus, trois ou quatre fois par jour, une solution contenant de 350 à 500 unités par c.c.

Dans l'ostéomyélite chronique d'emblée, le drainage chirurgical de l'os, comprenant la séquestrectomie, est essentiel malgré l'emploi de la pénicilline, sauf pour le cas des os plats. Le traitement comprenant l'injection de 80,000 unités par jour, associé aux instillations (1,000 unités par c.c.), doit durer de trois à quatre semaines.

Les fractures

Clarke et Furlong, dans les fractures comminutives traitées à la pénicilline, ont noté une réduction importante de la mortalité et du nombre d'amputations. Sur 171 cas de fractures, Florey n'a que 4% d'insuccès; il recommande l'instillation locale de pénicilline en liquide ou en poudre, associée aux sulfamidés, conjointement avec l'injection intramusculaire. Ceci permet la fermeture d'emblée de la plaie.

Arthrites suppurées

Dans les arthrites suppurées la pénicilline est efficace, car elle est très diffusible à travers les synoviales; le traitement consiste à aspirer l'épanchement et à instiller à la place 5 à 10 c.c. de sérum contenant 10,000 unités, cela toutes les 48 heures. En même temps, il faut donner, par voie intramusculaire ou intraveineuse, de 80 à 100,000 unités par jour, et cela durant 8 à 10 jours.

Les infections de la peau

Des résultats frappants ont été obtenus dans la furonculose, les clous et les anthrax. Dans tous les cas aigus et chroniques, d'après Florey, la guérison survient en partie avec le seul traitement à la pénicilline.

Nous savons que l'agent pathogène de la furonculose est très sensible à la pénicilli Le traitement consiste à injecter dans la c culation ou dans les muscles 60 à 80,0 unités par jour. Localement, dans les co ches profondes du derme avoisinant le furo cle ou l'anthrax, certains conseillent d'i jecter une solution de 250 à 500 unités pénicilline par c.c.

La pénicilline, dans les cellulites graves visage ou des seins, l'angine du plancher la bouche, les thrombophlébites des sin veineux, est d'une remarquable activité. L bactéries de ces infections sont en partie t sensibles à la pénicilline et la réponse traitement est très frappante.

Quoi de plus affreux que la cellulite phle moneuse du visage polymicrobienne, à poi de départ labial, nasal ou facial, dont l'allu extensive peut être foudroyante, véritab lymphangite suraiguë de la face, menaça sans cesse les sinus veineux du crâne. Qu de plus pénible que ces ostéophlegmons d maxillaires après extractions dentaires, av cellulites faciales secondaires pouvant, da quelques jours, se terminer par une septic mie mortelle. Que dire de l'angine de Lu wig, des thrombophlébites des sinus caverne et latéraux? Eh bien! ces infections so jugulées par la pénicilline à la dose de 100 200,000 unités par jour.

Le traitement chirurgical est réservé doit être décidé avec prudence.

Les plaies infectées

Traitées par la pénicilline, elles ont é l'objet de beaucoup d'observation de la pa de Florey, Bentley et Brown, Lyons et Bode ham. En applications locales, sous forme sels de calcium, la pénicilline amène une r duction uniforme de tous les bacilles à gra positif. Les bacilles à gram négatif, eux, n sont pas inhibés dans ces plaies et, quoiqu y ait une recrudescence de leur activité apr application de la pénicilline, ils n'intervie nent pas sérieusement contre la guérison d plaies.

Dans les plaies septiques par balles, la pénicilline en applications locales et générales, après un débridement chirurgical adéquat, constitue le traitement de choix dans cette variété de plaies traumatiques.

Bodenham emploie la poudre pénicilline et sulfamidés dans les grandes plaies étendues et superficielles, soit 1,000 unités par gr.

Bentley, sur une série de 200 cas de plaies traumatiques, rapporte la guérison « per primam » dans 95% des cas, à la suite d'applications locales de pénicilline, débridement et fermeture précoce secondaire.

Brown rapporte 110 cas de plaies suturées par insufflation locale de poudre de pénicilline et sulfathiazole. Il a pu observer une guérison dans 100% des cas sans suppuration ni désunion de la plaie.

Dans la même série, 68 cas ont été suturés sans pénicilline; il y eut faillite dans 23% des cas.

En conclusion, dans les plaies traumatiques infectées, en aucune manière la pénicilline ne remplace le traitement chirurgical. Toutefois, on a remarqué qu'elle diminuait considérablement le nombre des pansements.

Dans les plaies postopératoires, où la contamination a été possible, la suppuration probable, la pénicilline est un précieux concurs.

Les infections de la main

Florey et William rapportent une étude de 212 cas d'infections de la main. La moitié a été traitée par l'application de la pénicilline et traitement chirurgical. L'autre moitié n'a pas reçu de pénicilline, ce qui constitue un groupe témoin.

Dans les premiers cas, toute infection, tant clinique que bactériologique, avait disparu en dans d'une semaine, le soulagement de la douleur était considérable, le temps de la guérison, le nombre des pansements avaient diminué de beaucoup. S'il y avait atteinte osseuse, il se faisait une raréfaction de l'os précoce et, avec l'amélioration clinique, l'os se récalcifiait immédiatement.

L'amélioration du résultat fonctionnel dans les infections de la main, traitées par la pénicilline, était frappante, sauf dans les infections des gaines digito-carpiennes et digitales où la complète normalité du mouvement n'était pas toujours recouvrée. Dans les cas chroniques, la pénicilline sert à préparer les surfaces infectées à la greffe, les moignons à l'amputation.

Le traitement de la pénicilline de 35 cas a été évalué à l'économie de 1,000 jours de travail accomplis par un homme.

Les cas témoins non traités par la pénicilline restèrent infectés au delà d'une semaine et plus. La quantité totale de pénicilline employée pour 100 patients a été de 500,000 unités.

Je crois que ces observations se passent de commentaires.

La gangrène gazeuse

La pénicilline dans la gangrène gazeuse peut être de quelque utilité, à condition qu'elle soit associée au débridement chirurgical large et administrée conjointement avec l'antitoxine gangreneuse. Voilà l'essentiel du traitement, puisque la pénicilline n'a aucune action sur la toxine elle-même. La plupart des cas de gangrène sont dus au perfringens.

Au printemps de 1944, Jeffrey et Thomson, lors de la campagne d'Italie, rapportèrent 34 cas de gangrène gazeuse traités par le débridement radical, la pénicilline et l'antitoxine gangreneuse; 63% guérirent.

Ils ont remarqué que le processus gangreneux de myosite progressive était arrêté par la pénicilline et, conséquemment, la résorption brutale, par la circulation et le rein, des muscles autolysés et dégénérés n'avait pas lieu, ainsi que la complication éloignée de néphrite aiguë, où le rein supportant le coup d'une telle résorption présentait des complications de dégénérescence et de nécrose. C'était la phase terminale de la gangrène gazeuse.

Cutler affirme que le débridement chirurgical est le principal facteur dans la prophylaxie et le traitement de la gangrène.

La pénicilline est employée localement à 500 unités par c.c. en poudre ou en instillations, 4 fois par jour, dans de petits tubes. Elle doit être administrée aussi par voie musculaire ou intraveineuse, à la dose de 100,000 unités et plus par jour, jusqu'à complète guérison.

LES BRÛLURES

La pénicilline dans le traitement des brûlures est de beaucoup supérieure aux sulfamidés, puisqu'elle élimine le staphylocoque doré et les streptocoques pyogènes des surfaces brûlées, si accessibles à la contamination. L'élimination de ce micro-organisme de la surface brûlée aide à la cicatrisation, prépare le terrain à la greffe cutanée si besoin.

En applications locales, la pénicilline s'emploie sous forme de crème à 120 unités par gramme, 2 fois par jour, sur une bonne épaisseur. Dans 54 cas, Clarke élimine le streptocoque hémolytique dans 76% des cas.

Conclusions

Avant de terminer, répétons que la pénicilline est surtout le médicament du staphylocoque doré. Elle guérit ou améliore la plupart des infections où l'agent microbien causal est inhibé par la pénicilline « in vitro ». Son emploi courant est un adjuvant précieux, et non un substitut de la chirurgie.

Il est sûr qu'avec la pénicilline et autres antibiotiques, certaines infections dites chirurgicales finiront par devenir médicales et guériront sans intervention chirurgicale.

La pénicilline, médicament étiologique puissant, saura, nous l'espérons, en dépit et grâce à l'enthousiasme du début, garder, à travers l'expérience et les critiques, l'efficacité qu'on lui concède aujourd'hui.

LA PÉNICILLINE DANS LA SYPHILIS

Par **Albéric MARIN**, F.R.C.P. (C.), et **Adrien LAMBERT**,
Service de dermato-syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

S'il est une maladie contre laquelle l'on a désiré une médication rapidement efficace, c'est bien la syphilis. Trouver une « therapia sterilisans magna », tel, a été depuis des siècles l'espoir de ceux qui ont lutté contre le fléau syphilitique.

L'on n'a qu'à se remémorer la vague d'enthousiasme qui fit, en quelques jours, le tour du monde, lors de la découverte du 606 par Ehrlich et Hata en 1910. L'on croyait alors posséder enfin un agent capable de détruire en un tournemain l'infection tréponémique. L'on sait combien de temps dura l'illusion !

Puis, quelques années plus tard, avec l'avènement du bismuth, le même phénomène de mirage réapparut, pour aboutir au même désappointement.

Enfin, tout récemment, qui n'a pas vibré en lisant les premiers rapports du traitement de la syphilis en cinq jours, voire même en 24 heures, par l'arsénothérapie massive réalisée par le goutte-à-goutte intraveineux, sorte d'imprégnation continue qui semblait ne laisser au tréponème aucune espèce de chance de survie ? Là encore, en face des complications graves et de la haute mortalité attribuables à cette méthode téméraire, il a fallu reconnaître que la guérison rapide n'était pas encore trouvée.

Aujourd'hui, la science nous présente un nouvel espoir: la pénicilline. Découverte en 1929 par Fleming, qui la croyait simplement un agent inhibiteur du staphylocoque, la pénicilline resta dans l'ombre jusqu'à 1941,

ors que Florey l'introduisit en Amérique, c rapidement elle s'imposa à l'attention d'une ıltitude de chercheurs.

Deux ans plus tard, en décembre 1943, lahoney et ses collaborateurs faisaient con-ıître les premiers essais de la pénicilline ns la syphilis, essais tellement encourageants e le « National Research Council of Ame-ı:a » confia à un comité spécial le soin de ursuivre les recherches dans 23 des plus andes cliniques de syphiligraphie des Etats-his.

A ce moment, la nouvelle avait filtré au sein c grand public, par l'intermédiaire de la esse et de la radiophonie. Une publicité agérée et prématurée, comparable à celle c'avait connue la découverte de l'arsenic en 10, fit bientôt naître dans bien des esprits u avertis l'impression qu'enfin le problème c traitement ultra-rapide de la syphilis était olu.

Et chacun alors de pronostiquer la dispa-ıion graduelle des cures prolongées, du ollow-up », des dispensaires et de tout lchaffaudage édifié à grands frais par les uvoirs publics en coopération avec les ohiligraphes. Cet engouement incroyable ı devait pas durer bien longtemps. L'expé-ıence acquise durant les premières années c l'arsénothérapie allait bientôt mettre en rde les observateurs et les cliniciens sé-ıux, et les obliger à refroidir l'enthousiasme c ceux qui n'ont pas connu les déboires de lthérapeutique de la syphilis. A tel point que s observateurs n'ont pas hésité, il y a peu c temps, à se déclarer incapables, même après ux années d'expérimentation, de dire si la nicilline peut guérir positivement la syphilis si elle doit supplanter les médicaments assiques.

Telle est également notre manière de voir c ce moment. Sans doute, cela semble-t-il ationnel en face des brillants résultats ob-us avec la pénicilline dans la syphilis pri-aire et secondaire. Ne voit-on pas couram-ent des chancres disparaître comme par enchantement, des roséoles s'étioler en quelques jours, des sérologies se négativer en quelques mois ? Des statistiques ne sont-elles pas établies qui mettent en relief les avantages incontestables de la nouvelle arme antisyphilitique sur les anciennes ? Evidemment, il faut admettre que la pénicilline est capable de blanchir rapidement les efflorescences des premières périodes de la syphilis. Mais, par contre, il faut aussi se souvenir que l'on ne doit pas attacher plus d'importance qu'il ne faut à la disparition de ces accidents, puisque l'on sait que, laissés à eux-mêmes, ils évoluent rapidement vers la guérison, ou encore qu'ils sont très favorablement influencés par n'importe quelle médication antisyphilitique.

Tel n'est donc pas le critère qui puisse nous permettre d'estimer la valeur de la pénicilline. Il en faut un autre plus solide, plus élaboré, et contre lequel sont venues se buter bien des théories aussi sonores que boiteuses. Cet autre critère, c'est le recul du temps. Ainsi, lorsqu'on aura gardé sous observation pendant plusieurs années des milliers de syphilitiques traités par la pénicilline, scruté leur sérologie sanguine et rachidienne nombre de fois, examiné à fond tous les systèmes de leur économie physique et mentale, alors, et alors seulement, l'on pourra voir clair et décerner à la pénicilline la place exacte qui lui revient en syphiligraphie.

Pareille sévérité se justifie facilement, si l'on songe que la syphilis est une maladie infectieuse essentiellement chronique qui atteint tout l'être, qui passe par des alternatives d'activité et de latence, se traduisant par des recrudescences et des trèves; que c'est une maladie grave, surtout par ses manifestations tardives, celles qui, longtemps après le début de l'infection, atteignent l'appareil cardio-vasculaire, l'œil, le foie, le système nerveux périphérique et central. Puis, il faut aussi savoir que la sérologie n'est pas toujours un indicateur fidèle de l'évolution de la syphilis et joue souvent le rôle de trompe-l'œil.

Il est donc pertinent que c'est sur le recul du temps et une discipline d'observation rigoureuse que doit s'asseoir notre appréciation finale de la valeur de la pénicilline. Or, ces critères font présentement tout à fait défaut. En attendant le jour où ils nous seront présentés par les observateurs de carrière, il nous est impérieux d'éviter le traitement par la pénicilline seule, et de recourir au traitement habituel arséno-bismuthique, auquel on peut ajouter la pénicilline, mais comme adjuvant seulement.

Si l'on ignore encore les résultats éloignés de la pénicilline — et ce sont les seuls qui importent — il y a aussi beaucoup d'autres articles de la technique thérapeutique qui ne sont pas au point.

A quelle dose faut-il donner la pénicilline ?

La quantité doit-elle être la même dans les cas de syphilis récente et dans les cas de syphilis ancienne ?

Doit-elle varier avec l'âge, le poids, le sexe de l'individu ?

Comment faut-il étaler la dose totale?

En combien de jours faut-il l'administrer ?

De combien d'heures les injections doivent-elles être séparées ?

Quel degré de concentration de pénicilline dans le sang doit-on maintenir ?

Doit-on donner plusieurs cures de pénicilline ? Si oui, avec quel intervalle de temps ?

Ce ne sont là que quelques-unes des nombreuses questions qui viennent à l'esprit de tout syphiligraphe.

Dans notre service de l'hôpital Notre-Dame, nous sommes à observer les effets de la pénicilline dans les cas de *syphilis acquise récente*. Nous la donnons de la façon suivante: 40,000 unités en injections intramusculaires, toutes les trois heures, ce qui donne 2,400,000 unités en sept jours et demi.

La pénicilline seule, avec cette posologie, a donné de bons résultats dans les cas de syphilis primaire séro-négative, moins bons dans les syphilis récentes séro-positives.

Aussi, avons-nous cru bon, avec beaucoup d'autres, d'associer à la pénicilline arsenic et bismuth. Nous donnons donc simultanément pénicilline, arsenic et bismuth.

Nous avons traité avec cette méthode, depuis quelques mois, 40 cas de syphilis récente. Nous en publierons les résultats lorsque notre recul sera plus considérable.

Nous pouvons dire aujourd'hui que les résultats cliniques immédiats sont bons; chancres, éruptions cutanées, plaques muqueuses disparaissent rapidement.

Chez les séro-négatifs, les réactions sanguines se maintiennent négatives, avec un recul moyen de cinq mois (depuis la fin du traitement).

Chez les séro-positifs, les réactions sanguines deviennent négatives environ deux mois et demi après la fin du traitement, dans les cas favorables. Il est encore trop tôt pour évaluer la proportion de ces cas favorables.

Comme conclusion, disons qu'il est prématuré que la pénicilline passe dans la pratique courante du traitement de la syphilis. Ce nouveau médicament possède d'excellentes qualités thérapeutiques dont nous ne connaissons encore ni l'étendue, ni les limites.

Il a fallu vingt ans, et des centaines de milliers de malades, pour connaître assez bien l'arsénothérapie. De ces recherches, nous avons retenu des procédés d'évaluation qui servent dans l'étude de la pénicilline. Mais il n'est que juste d'exiger plus de malades observés et plus de recul.

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

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

Tome 75 — No 3 — Montréal, mars 1946

L'USAGE DE LA NOVOCAÏNE E' INJECTION INTRAVEINEUSE

En parcourant les livraisons, publiées duant la guerre, de certaines revues médiales françaises, on est en mesure de se reseigner sur des méthodes de traitemnt qui ne manquent pas d'intérêt et pevent, à l'occasion, rendre des services apréciables.

Ainsi, Dos Ghali, Bourdin et Guiot [1] raportèrent très brièvement, « faute de plce », à la Société Médicale des hôpitax de Paris, une façon inusitée de traite des syndromes dyspnéiques. Les auters avaient en vue « d'atteindre plus dictement les centres périphériques atonomes broncho-pulmonaires et leurs teminaisons sensitives ». A cette fin, ilsse servirent d'une solution de novocane à 1 pour 100 dans du sérum phyiogique qu'ils injectèrent dans les veine à la dose de 5 cc. et lentement, soit duant environ soixante-quinze secondes. Cte injection pourrait être répétée au bot de deux heures. Il serait aussi possibl d'injecter la novocaïne par un goutte à outte intraveineux (60 à 70 gouttes à laminute) à la quantité de 35 centigrams dans 1 litre de sérum physiologique.

Les auteurs ont expérimenté cette théraeutique dans plusieurs cas et affirment quelle ne comporte pas d'incidents à la codition que l'injection soit effectuée lenement. Ils rapportent des succès dans 3 cas de mal asthmatique où tout avait échoué, la sédation étant apparue en une minute environ et s'étant montrée durable. Succès dans 6 autres cas d'asthme paroxystique, chez des dyspnéiques tuberculeux avancés et chez des emphysémateux. Les auteurs mentionnent enfin un résultat immédiat, après échec d'autres traitements essayés, chez un malade à embolie pulmonaire.

A la suite de cette communication, on recourut à l'usage de la novocaïne dans divers syndromes ou accidents dans le mécanisme desquels participaient des perturbations neuro-végétatives importantes.

Ainsi, Chs Ribadeau-Dumas et J. Guillaume [2] rapportent l'observation d'une femme de 43 ans qui avait été opérée pour un gliome kystique de l'hémisphère droit. Le lendemain de l'intervention qui avait été complétée sans complication, la malade, jusque-là assez bien, commença à manifester de l'hyperthermie avec tachycardie qui la conduisent vers un coma profond. En présence de ces faits et convaincus que ces phénomènes n'étaient pas dus à de l'œdème ou à de l'hydropisie du cerveau, mais plutôt à une distorsion de la région diencéphalique, centre neuro-végétatif supérieur, les auteurs décidèrent de procéder à une injection intraveineuse de 5 cc., pendant une minute et demie, d'une solution à 1 pour cent de novocaïne. Une minute après l'injection, l'état de la malade s'améliorait étonnamment. On répétait la même thérapeutique le soir et le résultat fut tel qu'elle sortait de son coma, et évoluait les jours suivants vers un état physique et mental donnant toute sécurité.

---

1. J. Dos Ghali, J. S. Bourdin et G. Guiot. — « Injection intraveineuses de novocaïne dans les dyspnées. » *Bu Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, **57**: 741 (9 déc.) 1941.

2. Chs Ribadeau-Dumas et J. Guillaume. — « Action remarquable de la novocaïne intraveineuse sur un coma avec syndrome neuro-végétatif aigu survenu après ablation d'une tumeur pariétale volumineuse. » *R. N.* **75**: 36 (mars-avril) 1942.

Dans certaines néphropathies aiguës, chez lesquelles l'anurie n'est pas l'effet d'une lésion primitive du parenchyme, mais bien plutôt d'un blocage intrarénal fonctionnel par mécanisme vaso-moteur, la novocaïne intraveineuse ou ses succédanés paraissent posséder une action vraiment impressionnante.

Mentionnons rapidement quelques observations qui semblent le démontrer.

Etienne May, A. Netter et A. Gerbaux communiquèrent un cas de néphropathie post-arsénobenzolique guérie par ce procédé [3]. Il s'agit d'une femme de 39 ans qui, à la suite d'une injection de 75 centigrammes de Novar, présenta des signes marqués d'intolérance avec une albuminurie de 12 grammes et une oligurie extrême. Vingt heures après le début des accidents, on effectua une intraveineuse de 2 centigrammes dans 50 cc. de sérum physiologique. Une heure après, la diurèse se rétablissait et le lendemain la malade passait 3 litres d'urine. Des radiculalgies violentes disparaissaient en même temps. Les auteurs ne croient pas à une coïncidence, vu la ténacité habituelle des accidents rénaux post-arsénobenzoliques.

Langeron, à son tour, traita quelques cas de néphropathies par des injections intraveineuses de scurocaïne à la dose de 10 à 20 cc. d'une solution à 1% [4].

Ses résultats portèrent sur 5 cas et montrent 2 succès complets, un partiel et deux échecs. Les succès observés, selon l'auteur, furent beaucoup plus rapides et le rétablissement de la diurèse plus subit que s'il s'était agi d'une guérison spontanée. L'auteur traita également 3 néphropathies chroniques; il n'obtint aucu succès.

Hillemand [5] et ses collaborateurs app quèrent la novocaïne dans les veines deux malades. Le premier cas est cel d'une femme enceinte de 35 ans, sou frant de pyélonéphrite et qui, après l'a ministration d'une dose d'un sulfamid présenta le tableau d'une néphropath aiguë typique avec de l'anurie, de l'u rémie, des lésions de rétinite hémorrag que, une respiration de Cheyne-Stok et le coma. Un accouchement prématu fit disparaître le coma, mais l'anurie maintint. Le troisième jour, on procéd à une infiltration du splanchnique ga che, sans succès. Le lendemain on fit u intraveineuse de deux centigrammes novocaïne; dans la journée elle urine 5 cc. et le jour suivant, un litre. Ajouton cependant, que le jour de la novocaïn on avait procédé à une transfusion 200 cc. et injecté du sérum glucosé h pertonique.

La seconde malade était âgée de 42 an Aménorrhéique depuis 7 semaines, el fit une fausse couche en même temps qu de l'ictère, de l'hyperthermie, de l'hépa tomégalie. L'état s'aggrava: des hémo ragies apparurent avec anémie à 2,500 000. Puis de l'anurie s'installa le 10e jou de la maladie avec une azotémie à grammes. On recourut alors à la théra peutique de la novocaïne intraveineuse 2 centigrammes le même jour, 5 centi grammes en deux fois le lendemain, pui 3 centigrammes matin et soir les 3 jour suivants. Une heure après la premièr injection, le sondage ramena 100 cc. e la diurèse augmenta graduellement le jours suivants. Cette malade avait pro voqué l'avortement par l'ingestion d

3. E. May, A. Netter et A. Gerbaux. — « Néphropathie aiguë post-arsénobenzolique. Guérison rapide par la novocaïne intraveineuse. » *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, **59**: 51 (5 fév.) 1943.

4. L. Langeron. — « Note sur l'utilisation de la scurocaïne intraveineuse dans les néphropathies, son action diurétique probablement par mécanisme vaso-moteur. » *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, **60**: 13 (14 janvier) 1944.

5. P. Hillemand, P. Montalant, Y. Barré et Le Gourar de Tromelin. — « Deux cas d'anurie traités et guér par des injections intraveineuses de novocaïne. » *Bul Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, **60**: 182 (5 mai) 1944.

pilules qui contenaient probablement de l'iode.

Ces quelques communications portant sur l'emploi de la novocaïne pour combattre l'anurie de certaines néphropathies aiguës, méritent d'être retenues et à la lumière de ces faits on est sûrement autorisé, en présence de malades qui sont dans une condition extrêmement sérieuse et pour lesquels on envisage la possibilité d'une décapsulation rénale comme mesure de dernier ressort, de recourir à une thérapeutique qui doit être appliquée avec prudence, mais qui ne paraît pas dangereuse et a donné des résultats spectaculaires. Il semble que les anuries dues à une vaso-constriction glomérulaire réagissent favorablement à la novocaïne, et cesserait par un mécanisme d'inhibition sur le système neuro-végétatif qu'elle exercerait son action.

Dans un tout autre ordre d'idée, des auteurs [6] impressionnés du résultat obtenu par Ribadeau-Dumas et Guillaume sur leur malade [2] essayèrent la novocaïne intraveineuse chez 16 intoxiqués par l'oxyde de carbone. Ils obtinrent 12 échecs et 4 succès. L'enchaînement des faits chez ces quatre malades est tel qu'on est tout de même impressionné de l'effet apparemment très favorable qu'y a produit la novocaïne. Comme l'avouent les auteurs, on ne peut conclure rien de précis de leurs observations, sauf que cette médication mériterait d'être poursuivie et appréciée après application sur un plus grand nombre d'intoxiqués.

La novocaïne intraveineuse a donc joui d'un certain prestige en France ces dernières années. Sans nul doute, elle sera employée dans d'autres syndromes que l'on croit dépendre d'une intervention active du système neuro-végétatif et où l'on désirera combattre des accidents sérieux en tentant d'intervenir rapidement et effectivement sur l'agent sympathique.

Et l'on jugera alors si une telle thérapeutique doit demeurer comme un moyen de traitement en qui on peut avoir confiance.

Roma AMYOT.

(Justin-Besançon et Claude Laroche. — « L'injection de novocaïne au cours des comas prolongés consécutifs à intoxication oxy-carbonée. » *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, **59**: 431 (26 nov.) 1943.

MÉDECINE SOCIALE

LES PROBLÈMES DE SANTÉ À MONTRÉAL[1]

Par **Adélard GROULX,**
Directeur du Service de Santé de Montréal.

J'ai accepté avec plaisir l'aimable invitation de la Ligue du progrès civique et du *Municipal Service Bureau* qui ont toujours accordé leur appui à tous les mouvements destinés à l'amélioration de la santé publique. Je connais également l'intérêt que porte son président, M. Taggart Smyth, aux choses municipales et spécialement aux questions sociales et d'hygiène. Je le remercie, ainsi que la Ligue, de me fournir cette occasion de parler de quelques problèmes de santé à Montréal.

L'hygiène publique est avant tout une question d'éducation et notre premier devoir est d'intensifier l'éducation du public en matière d'hygiène et, comme le déclarait le docteur Vivian, le nouveau directeur du département d'hygiène et de médecine sociale de l'Université McGill, à une réunion du Rotary Club, « le principal obstacle au progrès en hygiène publique est le manque de compréhension et d'intérêt de la part de la population elle-même. »

Bien des choses ont été réalisées jusqu'ici; il reste encore beaucoup de bien à accomplir au moyen de campagnes d'éducation intensives et continues.

Un système bien organisé de statistiques vitales basé sur la conception moderne de la mécanisation, permet d'orienter un programme de santé publique et fournit les renseignements nécessaires pour diriger l'enseignement de l'hygiène à la population.

Parmi les problèmes d'éducation il faut mentionner celui de la nutrition qui est intimement lié à ceux de l'hygiène du nourrisson et de l'enfant. Il faut inculquer au peuple les principes d'une alimentation rationnelle.

L'hygiène infantile repose sur l'alimentation du bébé et l'éducation des mères. Ici, les consultations de nourrissons et préscolaires (Montré en possède actuellement 72), les visites à dom cile par les infirmières hygiénistes et la survei lance médicale, jouent un rôle important. L'ap plication de ces mesures a amené une diminutio signalée de la mortalité infantile et de la mort lité attribuable à la diarrhée. Ce taux de mort lité toutefois est encore, en 1945, de 63.1 p 1,000 naissances vivantes.

On doit aussi attacher une plus grande impo tance à l'hygiène prénatale. La survivance et maintien du bon état de santé des mères et diminution de la mortalité infantile attribuab aux causes congénitales durant les premières s maines de vie, dépendent beaucoup de la survei lance médicale à laquelle la future mère au été soumise. Le taux de la mortalité maternel en 1945 s'est élevé à 2.1 par 1,000 naissances.

L'âge préscolaire est l'un des plus dangereu et celui qui aura la plus grande répercussio sur toute la vie de l'enfant. C'est l'âge où il do être protégé. Son état général, ses dents, sa nu trition, doivent être particulièrement surveillé

Dans les écoles de Montréal, tous les élèv sont soumis à une surveillance médicale péri dique et suffisamment continue pour suivre l'en fant de son entrée à sa sortie de l'école. L surveillance médicale que l'enfant reçoit à l'écol primaire se continue au cours de toute sa vi écolière, y compris à l'école supérieure.

Nous considérons que nous avons une bonn organisation d'inspection médicale des écoles qu comprend le contrôle des maladies contagieuse l'examen médical et dentaire des élèves et de professeurs, l'hygiène mentale, l'hygiène dentai re, la surveillance par les infirmières hygiénistes etc. En dépit de ces mesures, nous trouvons de défauts physiques chez environ 50% des élèves

Quelques-uns des principaux problèmes con sistent à assurer des logis salubres et à préveni la tuberculose, les maladies vénériennes et d'au tres maladies contagieuses.

1. Causerie prononcée par le docteur Ad. Groulx, M.P.H., directeur du service de santé, et radiodiffusée sous les auspices de la Ligue du progrès civique et du Municipal Service Bureau, au poste CFCF, vendredi, le 9 novembre 1945, à 9 heures P.M.

SALUBRITÉ ET HABITATION

Si nous voulons améliorer le niveau de la santé de la population, il est nécessaire que nous permettions à tous de résider dans des logements salubres.

C'est l'attribution de la division de l'inspection sanitaire du service de santé de contrôler les conditions sanitaires de la ville et des habitations, au moyen de l'inspection et des dossiers sanitaires, d'étudier tous les projets de construction et de plomberie et d'appliquer les lois et règlements sanitaires, tant provinciaux que municipaux.

MALADIES CONTAGIEUSES

Parmi les maladies contagieuses, la typhoïde et les paratyphoïdes ne constituent plus un problème en notre ville, spécialement depuis la mise en vigueur des mesures sanitaires aussi importantes que la filtration et la chloration de l'eau et la pasteurisation du lait. Actuellement, nous améliorons et complétons notre système d'aqueduc par la construction d'un nouveau filtre par le prolongement de la prise d'eau et en remplaçant le réservoir ouvert McTavish par un réservoir couvert.

La pasteurisation et la surveillance continue de la production et de la distribution du lait sont deux mesures essentielles et nécessaires. Elles constituent le facteur capital dans la diminution de maladies entériques, typhoïde, paratyphoïde et fièvre ondulante. Ce n'est pas le seul facteur mais le principal tout de même — le lait étant l'aliment principal de l'enfant — de la diminution depuis les 30 dernières années de la mortalité infantile, de la mortalité par diarrhées chez les bébés au-dessous d'un an et de la mortalité par tuberculose non pulmonaire. Cette amélioration graduelle correspond directement à l'augmentation de la tuberculinisation des troupeaux qui s'est faite ici de façon totale et à l'augmentation de la consommation du lait pasteurisé, qui atteint, en 1945, 98.17; le solde, 1.3%, représente le lait cru (spécial). La production de ce lait cru « spécial » est sujette à une surveillance sévère et à un contrôle suivi. Ces faits et les résultats obtenus là où elle a été mise en vigueur prouvent la valeur de la pasteurisation, mesure qui devrait être obligatoire.

La législation, l'éducation et l'immunisation nous ont permis de contrôler l'évolution d'autres maladies contagieuses; la variole a été éliminée complètement.

La fièvre scarlatine évolue normalement et le nombre des cas est moindre que par les années passées.

Jusqu'ici, cette année, le nombre des cas (139) et de décès (19) par diphtérie en notre ville est trop élevé malgré les mesures prises par le service de santé pour prévenir cette maladie.

L'immunisation contre la diphtérie, entreprise en 1928, nous a permis de protéger 275,000 enfants et d'abaisser considérablement le taux de mortalité; de 30 par 100,000 de population qu'il était en 1927, il a été réduit à 1.2 en 1940. En 1945 il était à 2.3.

Cette année, c'est la coqueluche qui prédomine, mais son évolution est normale.

Tous les enfants peuvent être protégés contre la diphtérie et la coqueluche au moyen du vaccin combiné employé par le service de santé. Les parents devraient faire bénéficier leurs enfants de cette double protection. Il n'y a aucune raison pour que tous les enfants de Montréal ne soient pas protégés contre ces maladies aussitôt qu'ils atteignent l'âge de six mois.

LE PROBLÈME DE LA TUBERCULOSE

La tuberculose demeure toujours un problème aigu en notre ville. Un programme coordonné d'éducation, de dépistage des cas et des contacts, une législation appropriée et des facilités d'hospitalisation dans les sanatoriums, sont les éléments essentiels de succès dans la lutte antituberculeuse.

Une section de la tuberculose a été créée en 1938 dans le service municipal de santé pour assurer une coordination plus étroite entre les divers organismes qui combattent cette maladie, pour établir un fichier central et organiser une clinique radiographique pour l'examen des poumons, pour aider le médecin en clientèle privée.

Pour compléter le programme local de lutte contre la tuberculose entrepris en 1914 par l'Institut Bruchési et le Royal Edward Institute, la Ligue antituberculeuse de Montréal Inc. a été créée il y a deux ans et poursuit une campagne intensive de dépistage des cas dans les industries.

Mais le succès de la lutte antituberculeuse ne sera atteint que lorsque nous aurons suffisamment de lits pour l'hospitalisation des tuberculeux.

Il y a eu amélioration toutefois dans la situation de la tuberculose en notre ville: en 1944 on a enregistré le taux de 62.0 par 100,000 de population.

Le problème des maladies vénériennes

Un autre problème qu'il me faut mentionner est celui des maladies vénériennes, mal terrible et qui semble très répandu. Dans toutes les parties du monde et spécialement dans les grands centres comme Montréal, la syphilis et la gonorrhée constituent un problème sérieux et urgent.

L'attribution principale de la division des maladies vénériennes — un service technique et un organisme de liaison — établie récemment dans le service municipal de santé, est de coopérer avec le ministère provincial de la santé pour veiller à la mise en vigueur de la loi sur la prévention des maladies vénériennes, pour poursuivre la campagne d'éducation entreprise en 1942 et pour réaliser les recommandations contenues dans le « Rapport du Comité chargé d'étudier la question des maladies vénériennes » à Montréal.

Districts sanitaires

Pour rendre à la population des services plus efficaces et découvrir les besoins locaux, pour permettre et favoriser un service généralisé de « nursing » en rendant possible une meilleure surveillance de la famille en matière de prévention, nous avons procédé, après une étude poussée de l'organisation du Service, à une décentralisation par les districts sanitaires municipaux.

Cette décentralisation, qui est la plus récente innovation dans le domaine de l'hygiène publique, s'imposait ici.

Le projet à Montréal est de diviser la ville en neuf districts sanitaires, chacun sous le contrôle direct d'un médecin chef de district diplômé en hygiène publique; sept districts sont organisés actuellement. Dans chaque district se trouve le Centre d'hygiène qui comprend les bureaux de l'administration du district et différentes cliniques: de nourrissons et préscolaires, prénatales, bureaux d'immunisation, cliniques dentaires, etc.

Conclusion.

Pour atteindre son but et accomplir son travail le service de santé de Montréal dispose d'un personnel de 426 employés, comprenant des médecins, dentistes, ingénieurs, vétérinaires, chimistes, infirmières, « nutritionnistes », inspecteurs sanitaires, techniciens et employés de bureaux.

Je crois qu'il est intéressant de noter que parmi ce personnel environ 16 médecins, 1 ingénieur et 41 infirmières se sont vu décerner des bourses soit par la Cité, soit par la « Rockefeller Foundation », pour aller étudier dans des universités canadiennes ou américaines, principalement à Toronto, Harvard, l'université Columbia (infirmières) et Johns Hopkins, ou ont obtenu leur diplôme de D.P.H. de nos universités locales, McGill et Montréal; 24 de nos inspecteurs sont des vétérinaires et 35 possèdent un certificat de C.S.I.

Un service de santé municipal devrait dépenser au moins de $1.00 à $2.00 per capita; le budget du service de santé de Montréal voté pour l'année financière 1945-1946 est de $1,665,666.00. Si nous excluons $480,000.00 votés pour l'hospitalisation des contagieux, cela signifie que près de $1,200,000.00 sont attribués à l'hygiène publique. Ceci représente, dans l'évolution du Service, une augmentation importante depuis les 20 dernières années ainsi que l'indiquent les chiffres suivants, qui concernent l'hygiène publique exclusivement.

En 1927, nous avions un personnel de 175; la dépense per capita s'élevait à $0.39 et le budget total, à $281,174.37; pour l'année financière 1944-1945, nous avons un personnel de 405 et une dépense per capita de $1.05, un budget total de $1,017,132.08, pour l'hygiène publique uniquement, sans tenir compte du coût de l'hospitalisation des contagieux.

Les grands progrès réalisés à Montréal dans le domaine de l'hygiène publique ont mis notre Service municipal en état de se comparer avantageusement avec les organismes similaires.

Ceci n'a pu être réalisé que grâce aux autorités de la Ville qui, dans leur constant désir de protéger la santé des citoyens, nous ont donné les moyens et nous ont laissé la liberté nécessaire pour assurer le développement et l'expansion du service municipal de santé et aussi, parce que les organisations d'œuvres sociales ou volontaires, comme la Ligue du progrès civique, nous ont prêté leur appui comme d'ailleurs toute la population.

VARIÉTÉS

LA JOIE DE VIVRE EN NOUVELLE-FRANCE[1]

Par **Guy FREGAULT**,
de l'Académie canadienne-française.

Il y a deux cents ans, une heureuse surprise attendait le voyageur français qui abordait à Québec. Après des semaines passées à rouler et à tanguer sur les eaux de l'Atlantique et sur les vagues du golfe, dans la solitude d'une longue traversée, il tombait dans une ville de lointaine province, où rien ne lui était tout à fait étranger, où tout ne lui était pas entièrement familier. Qu'il empruntât les rues étroites, raboteuses et presque toujours hurdes » du quartier du port ou qu'il suivît les avenues de la haute ville, taillées dans le roc vif et bordées de maisons de pierre aux murs massifs, il était tout de suite frappé par l'atmosphère accueillante qui l'environnait. Il pensait peut-être prendre contact avec un pays neuf, peuplé d'aventuriers hirsutes et de paysans patoisants, et voici que cette cité qui n'est déjà plus jeune — elle a bien près d'un siècle et demi d'existence — lui offre un spectacle invraisemblable de pure urbanité. Les dames élégantes, et qui ne baissent pas aisément la vue, font admirer, sous leur chapeau au goût de l'an passé — car les modes ne s'établissent ici qu'un an après avoir fait fureur dans la métropole — des cheveux poudrés, poudrés et sûrement papillottés la nuit dernière. Des bourgeois et des négociants passent en habit de drap fin, avec des manchettes de dentelles. Les magistrats portent l'épée et font sonner comme des éperons les boutons de leurs souliers à boucles brillantes. On se salue, les chapeaux sont toujours levés. Deux amis se rencontrent-ils après une séparation assez prolongée, ils s'embrassent avec exubérance, et personne n'y trouve à redire, parce que tout le monde en fait autant. En marchant sous une fenêtre ouverte, les hommes ralentissent parfois le pas: à l'intérieur, une voix fraîche lance avec grâce une chanson dans laquelle « les mots *amour* et *cœur* reviennent souvent. » Et le voyageur se dit qu'il fera peut-être bon séjourner dans cette ville perchée sur un rocher, à l'autre bout du monde, mais où les gens ne doivent pas manquer d'esprit, puisqu'ils ont su mettre sur pied une société qui laisse entrevoir de singuliers agréments.

De fait, il y avait, au XVIIIe siècle, un plaisir certain à vivre en Nouvelle-France. L'âpre époque des genèses était passée. Sans doute fallait-il encore beaucoup d'énergie pour maintenir, dans des circonstances périlleuses, un immense empire enserré dans un fragile réseau de routes fluviales et de petits postes fortifiés; les frontières subissaient, à tout moment, des pressions extrêmement fortes, et il demeurait nécessaire de cultiver, chez les fils des conquérants, les vertus militaires ainsi que la volonté de puissance. Toutefois, l'armature du pays n'était plus à créer. Les traditions essentielles s'étaient instaurées. Les Canadiens sentaient, derrière eux, l'action d'un passé qui leur dictait certaines attitudes, marquait leur personnalité d'un pli particulier et leur inspirait des réactions qui étaient maintenant des réflexes naturels. Ils se voyaient plus nombreux et plus à l'aise dans un pays qu'ils avaient transformé de leurs mains et qui, de son côté, avait modifié leur personnalité morale. S'ils restaient un peuple pauvre, ils avaient vaincu la misère et ils commençaient à se dégager de l'étranglement des nécessités élémentaires. Ils traversaient bien des heures sombres; l'appel aux armes

---

1. Conférence prononcée à la soirée d'ouverture des « Journées médicales 1945 » de la *Société Médicale de Montréal*, le 22 octobre à l'hôtel Windsor.

retentissait souvent; il leur fallait savoir mourir, et ils allaient le montrer durant les années terribles de la guerre de Sept Ans, alors que le pays perdit le septième de sa population. Ils ne croyaient pourtant pas que cela les eût excusés de ne pas savoir vivre et de ne pas prendre goût à une existence de grands civilisés. Leur héroïsme ne les empêchait pas d'être humains, pleinement et avec toute l'élégance du monde. Ils étaient des gentilshommes, aussi dénués de rudesse que de mièvrerie, des types achevés de la gentillesse française ou plutôt de la gentillesse canadienne.

A la vérité, il y avait là une nuance que certains Français n'observaient pas toujours sans agacement et que les gens du pays pouvaient signaler avec fierté. De français, les gens de la Nouvelle-France étaient devenus canadiens. Il n'était pas aisé, pour Bougainville, par exemple, de l'admettre sans y trouver à redire: « Les Canadiens et les Français, constatait-il, quoique ayant la même origine, les mêmes intérêts, les mêmes principes de religion et de gouvernement, un danger pressant devant les yeux, ne peuvent s'accorder; il semble que ce soient deux corps qui ne peuvent s'amalgamer ensemble. » Il avait déjà écrit: « Il semble que nous soyons d'une nation différente, ennemie même. » D'autre part, on avait vu, quelques années auparavant, une Canadienne de bonne naissance, Mme Bégon, née Rocbert de la Morandière, passer en France après l'avoir longtemps souhaité, puis se prendre à regretter sa Nouvelle-France, parce que, disait-elle, la vie y était plus douce, plus polie, moins mesquine aussi que dans les meilleures villes du royaume, Brest, Bordeaux, La Rochelle, Blois ou Rochefort. Elle écrivait, à petits coups rageurs, le 3 mai 1750: « Ce pays-ci n'a d'aimable que le climat. Du reste, il est pire que le Canada pour la gloire, l'envie, la jalousie et tout ce qu'il y a de moins bon dans la société. On n'y aime que l'argent et ceux qui sont riches; ceux qui ne le sont pas maudissent les autres, ce qui fait un pauvre petit endroit d'où je sorti rais avec grand plaisir. » La métropole éta loin de la charmer. A ses yeux, presque to y était déplaisant, presque tout y était ma vais. Les maisons y étaient trop hautes manquaient de solidité. L'hiver était moi rigoureux qu'à Montréal, mais comme el avait froid à Rochefort. Elle perdait patien et lâchait autant de gros mots qu'il est perm à une personne de qualité: « Ce sont d maisons de boue et de crachat, où le ve passe au travers de tous les murs. J'ai brû pour plus d'argent de bois qu'au Canada je n'y ai pas eu aussi chaud. » A Rochefor les rues étaient « misérables ». Les offic religieux mêmes manquaient d'éclat et d distinction. Après avoir assisté à une cér monie, elle note dans sa correspondance « Je n'ai rien vu d'aussi pauvre que cette pr cession. Point de clergé, point d'honnêtes gen et enfin rien que de la populace, voilà to ce qui est un peu dévot ici. » Que voulez-vou c'est un pays où l'on ne trouve même pas un bonne plume d'oie pour écrire une lettr Comment s'étonner, après cela, que la socié y soit mal faite, que l'on s'y montre d'un impertinence qui frise la grossièreté? L voisins se conduisent mal et les parents ma quent d'égards. Ces Français sont artificiel froids et poseurs; leur frivolité est peut-êtr plus détestable que tout le reste: « C'est l plus grande pitié du monde, ici. On ne sa rien, on ne s'occupe qu'à jouer et à se pare voilà toute l'étude des hommes et des fem mes. » On ignore jusqu'à l'art de causer d'écouter; on manque de sympathie et, pa conséquent, de bonne humeur. « J'aimerai autant être en Canada, avoue un jour Mme B gon. J'aurais du moins avec qui... me désennu yer. » Elle éprouve une profonde mélancoli et s'estime malheureuse: il faut qu'elle s'en nuie beaucoup pour écrire: « Plains-moi cher fils, car je suis à plaindre. » Cette désol tion — c'en était une: la Montréalaise souf frait surtout de se sentir seule, perdue dan un monde indifférent — inspirait sûrement

me Bégon des jugements excessifs. Un sentiment indique néanmoins que les Canadiens du XVIIIe siècle avaient une civilision propre et qu'ils pouvaient la préférer tort ou à raison; mais là n'est pas la question) à la plus brillante civilisation de l'Europe; et cela, remarquons-le, au siècle des lumières, au moment où la France avait un rayonnement que l'on pouvait parler sans exagération de « l'Europe française ». Elle démontre encore, cette déception d'une Canadienne qui se sentait exilée dans la mère-patrie, que l'on pouvait goûter dans la Nouvelle-France une joie de vivre que l'on eût en vain cherchée ailleurs.

En réalité, l'existence que l'on menait ici offrait de bien délicats raffinements. Que l'on fût, à maintes circonstances, vivre dangereusement, cela n'enlevait rien à la saveur des jours. Au contraire, cette saveur n'en devenait que plus précieuse. Est-ce à dire que l'on s'empiffrait de joies vulgaires et que l'on s'étourdissait uniquement de plaisirs faciles? Pas du tout. On était capable de s'élever dans l'échelle des jouissances, et si l'on aimait la bonne vie, la vie de l'esprit exerçait aussi des séductions auxquelles on ne se dérobait point. Il y a même quelque chose d'émouvant à voir ce petit peuple, environné de dangers, écrasé de tâches urgentes, et qui consacre cependant une grande partie de ses énergies à se doter d'un système d'éducation non seulement adapté à ses besoins immédiats mais encore conçu à la mesure de ses aspirations les plus hautes. Aussi les Canadiens possédaient-ils de l'instruction et de la culture. De passage à Québec en 1720, le P. de Charlevoix avait tracé de la capitale coloniale un tableau précis et gracieux, dans un style distingué, presque maniéré. Il devait conserver une impression excellente de ce « petit monde choisi, où il ne manque rien de ce qui peut former une société agréable ». A son goût, les Canadiens étaient de brillants causeurs. Comme la Nouvelle-France, privée de ports d'hiver, restait, la moitié de l'année, isolée du reste du monde, les nouvelles avaient bientôt fait le tour de la société; on les commentait, puis on parlait d'autre chose. « On politique sur le passé, on conjecture sur l'avenir », note l'érudit Jésuite; il ajoute: « Les sciences et les beaux arts ont leur tour, et la conversation ne tombe point. » Près de trente ans plus tard, Pierre Kalm enregistrait des constatations analogues; après avoir fait un séjour assez prolongé à Philadelphie, après avoir vu New-York, Albany et plusieurs autres endroits des colonies voisines, il pouvait établir une comparaison entre les provinces britanniques et le Canada. Dans son esprit, cette comparaison tournait décidément à notre avantage. « J'ai trouvé, affirme le professeur suédois, que les gens de distinction, en général, ici, ont bien plus de goût pour l'histoire naturelle et les lettres que dans les colonies anglaises, où l'unique préoccupation de chacun semble être de faire une fortune rapide, tandis que les sciences sont tenues dans un mépris universel. » Tout le monde s'accordait à reconnaître que les Canadiens s'exprimaient dans une langue très pure, sans le moindre accent.

Comme dans toute société normale, une élite s'imposait par sa valeur et donnait le ton, qui était le meilleur. Cependant, parce que cette société n'avait rien de décadent, il ne se creusait pas d'abîme entre l'élite et le reste du peuple. Bougainville, que l'on ne saurait taxer de complaisance à l'égard de la colonie, avouait que les habitants du Canada « sont d'un meilleur étoffe, ont plus d'esprit, plus d'éducation que ceux de France. » Montcalm les assimilait à de petits seigneurs. Charlevoix remarquait que « la rusticité, soit dans le langage, soit dans les façons, n'est pas connue, même dans les campagnes les plus écartées. » Cinquante ans auparavant, le baron de La Hontan apportait un témoignage semblable. Il est vrai que nous n'avions pas encore de littérature; nous devions nous passer de gens de lettres: le grand malheur! Les hommes de la Nouvelle-France

n'en écrivaient pas moins fort convenablement. Et les femmes, comme il est naturel, les surpassaient. Lisez la correspondance de Mme Bégon: que de saillies spirituelles, d'anecdotes amusantes, de traits charmants, lancés avec une verve inépuisable, tournés avec autant d'aisance que d'honnêteté: voilà une personne d'esprit qui avait du style, c'est-à-dire une forte individualité intellectuelle. Elle n'était pas seule. Montcalm confiait à Bourlamaque, le 15 mars 1759: « J'ai reçu une épître de Mme Marin. Quel plaisir il y a d'entretenir commerce avec une personne qui écrit aussi bien. » On écrivait beaucoup. Si l'on ne mettait pas toujours l'orthographe, c'est que cette préoccupation était alors négligeable; les plus grands écrivains français eux-mêmes nourrissaient peu de scrupules à ce sujet: tant pis pour les grammairiens et pour l'Académie! Mais on savait réfléchir, on observait correctement, on mettait de l'ordre dans ses pensées, on avait des idées claires, on connaissait l'art de penser. Dans ces conditions, qu'y avait-il de difficile à rédiger une bonne missive et à charpenter un solide mémoire? On apprenait cela à l'école de la vie.

On l'apprenait aussi à l'école des livres. Car les Canadiens savouraient tant qu'ils pouvaient le plaisir de lire. Ils se montaient de petites bibliothèques, s'offraient des livres en cadeau, en empruntaient, qu'ils rendaient parfois, en faisaient venir de France et en achetaient sur place. Dans la seconde partie du XVIIIe siècle, Montréal n'était encore qu'une petite ville. Nous connaissons au moins deux des libraires qui vinrent s'y établir: Sanschagrin en 1741 et Bargeas en 1754. A Québec, la bibliothèque des Jésuites était presque une institution publique; celle du séminaire paraissait également accueillante. A Lévis, le curé Boucher avait bien rassemblé cinq cents volumes dans son presbytère; il est aisé de supposer que cette collection contenait des titres intéressants, puisque les emprunteurs s'y arrêtaient nombreux et oubliaient trop souvent d'y revenir avec leur butin. Les fonctionnaires supérieurs Cugn Verrier, Péan, le mari de l'éblouissante A gélique de Méloizes, n'étaient pas seu ment de grands lecteurs devant l'Eterne c'étaient aussi des bibliophiles : ils adm raient et faisaient admirer leurs belles éc tions et leurs reliures de prix. Il n'éta pas rare qu'un négociant, un officier ou u magistrat eût constitué chez lui un fonds quelques centaines de volumes. Que cont naient ces bibliothèques? Quelques classiqu latins, qu'on lisait souvent dans le texte, c lorsque l'on avait appris le latin, il arriva qu'on en eût retenu plus qu'il n'en falla pour faire un thème ou bâcler une versio Qu'y trouvait-on encore? Des classiques fra çais, des ouvrages religieux, des traités tec niqués, un peu de philosophie, un peu droit, beaucoup d'histoire et un bon nomb de romans. Certains recevaient les gazett puis les faisaient relier pour les relire à loisi M. Antoine Roy nous apprend que l'on po vait trouver chez le conseiller Cugnet volumes du *Journal des savants* et 22 volum du *Journal littéraire* de La Haye, tandis qu le procureur général Verrier conservait tomes des *Observations sur les écrits mode nes* de l'abbé Guyot des Fontaines. Si l'o goûtait les classiques, on se piquait de tenir au courant de la littérature contemp raine. Montesquieu n'était pas inconnu, Rousseau, ni encore moins Voltaire. Mon calm était un fervent lecteur de l'*Encyclop die*. En novembre 1758, il écrivait à Bou lamaque: « J'ai entrepris la lecture de suit du Dictionnaire Encyclopédique, en sautan les articles que je ne veux pas savoir, ceu que je ne puis comprendre. » L'année su vante, il disait encore: « Je vais commence le troisième volume de l'Encyclopédie et j vois tout couleur de rose. » Les Canadiens pra tiquaient un large électisme littéraire. Il savaient que l'ennui naquit un jour de l'uni formité et ils puisaient aux sources les plu variées. Du reste, en vertu des libertés d l'Eglise gallicane, ils se considéraient affran

is des décisions de la Congrégation de ndex, comme de toutes les congrégations maines. Jointe à leur tempérament « natullement indocile », l'influence de leurs lecres les rendait indépendants d'esprit, fronurs, volontiers raisonneurs. Sans rejeter stématiquement l'argument d'autorité, ils étaient pas prêts à s'y soumettre sans plus formalités. Dès 1726, Mgr de Saint-Vallier rlait avec humeur de « l'inquiétude de sprit des Canadiens, qui les porte à examir ce qui ne les regarde pas. » Aux yeux de utoritaire prélat, cette particularité se présntait sous des couleurs extrêmement chocantes. Charlevoix, tout Jésuite qu'il était, trouvait charmante. Il précisait : « Les nadiens, c'est-à-dire les Créoles du Canada, spirent en naissant un air de liberté, qui rend fort agréables dans le commerce de vie. »

C'est que ces honnêtes gens, qui recueillent sur toutes choses des lumières point op vives, qui possédaient sûrement, bien qu'ils ne fussent pas illettrés, plus d'esprit ue de lettres, avaient en horreur le dogmatme intellectuel, détestaient la pédanterie idigeste et bilieuse et, pour tout dire, ne se suciaient pas de coiffer le bonnet du docteur afoirus. Ils s'inquiétaient de lire suffisamnt pour avoir la tête bien faite et raisonblement pleine, mais pas assez pour que la ltérature parvînt à les gâter, à les déformer, àles ennuyer ou à les rendre ennuyeux. Ils nservaient un sain équilibre entre leurs cultés. N'ayant pas lu tous les livres, ils s'imaginaient pas que la chair fût triste. aimaient se réaliser dans l'action. Et autant aimaient agir, autant ils adoraient se divrtir. Il leur fallait paraître, se raconter, se re voir dans les milieux distingués et les rcles gaillards, boire le bon vin qui réjouit cœur de l'homme, chasser, se promener, ndre des rendez-vous galants, jouer, dans, assister au sermon et connaître des aventres romanesques. Si, au surplus, un homme qualité obtenait d'être de quelques lointaines et audacieuses expéditions, s'il pouvait découvrir un lac ou une montagne pour lui donner son nom, celui de la dame de ses pensées ou encore, l'ambition l'emportant, celui d'un puissant ministre, si enfin, après avoir goûté à tout, il pouvait se faire tuer à la frontière avec, sur le revers de son habit, la fleur vermeille d'une glorieuse blessure, il estimait qu'il avait bien rempli sa vie et qu'il eût été bien impertinent de désirer rien de plus. Ce n'est pas miracle que de tels hommes aient passé pour légers.

Cette réputation, ils ne semblent pas l'avoir volée. Pierre Kalm blâmait gravement les négociants de se cribler de dettes par vanité et par amour du luxe. « Les marchands, rapporte-t-il, s'habillent fort élégamment et poussent la somptuosité dans les repas jusqu'à la folie. » Sans se scandaliser, Charlevoix observe avec finesse: « On fait bonne chère, si avec cela on peut avoir de quoi se bien mettre; sinon, on retranche sur la table pour être bien vêtu. Aussi faut-il avouer que les ajustements font bien à nos Créoles. » Cette excuse n'est-elle pas suffisante? Soigneusement vêtus, parés avec recherche, les hommes ont grand air et les femmes sont superbes. Que l'on ait des dettes ou des rentes, qu'on mange mal ou non, peu importe en vérité. « Le Canadien est haut, glorieux . . . », écrivait Bougainville. Ne voilà-t-il pas une élégance de plus? Et c'était si humain, si féminin, chez les dames du XVIIIe siècle, ce souci de charmer et d'apporter au monde, qui est toujours assez laid, un peu plus de beauté. Kalm, savant naturaliste, qui s'occupait avant toute chose de bourrer son herbier, ne le comprenait pas. Il grognait: « Les jours de réception, elles s'habillent avec tant de magnificence qu'on serait porté à croire que leurs parents sont revêtus des plus grandes dignités de l'Etat. Les Français, considérant les choses sous leur véritable aspect, s'alarment beaucoup de l'amour extravagant de la toilette qui s'est emparé d'une grande partie des dames du Canada, qui éloigne d'elles toute idée

de faire des épargnes en prévision des besoins à venir, qui cause le gaspillage des fortunes et pousse à la ruine des familles. Elles ne portent pas moins d'attention aux modes nouvelles, et se moquent les unes des autres, chacune critiquant le goût de sa voisine. » Si tout cela était nouveau pour ce sympathique étranger, d'où sortait-il?

Il fallait que les Canadiennes fussent ainsi afin de bien recevoir, de rendre convenablement les visites, d'aller au bal et de faire bonne figure aux grands soupers qui se succédaient sans interruption jusqu'au carême. Puisque la société était très évoluée, elle avait naturellement des exigences. Ainsi, il était d'usage « de remettre une visite le lendemain même, en eût-on des vingtaines à faire dans la journée. » Et, ce qui était admirable, c'est que tout se passait comme si personne ne se fût demandé combien il y avait de corvées sur ce grand nombre de politesses. Un constant souci d'urbanité avait pénétré les mœurs. Là-dessus, les observateurs se trouvent d'accord et ils ne tarissent pas d'éloges. Montcalm, qui faisait si aisément la petite bouche devant tout ce qui était canadien — bien qu'il eût la bouche en cœur, et en cœur assez large devant les dames — ne pouvait se retenir d'articuler des mots aimables au sujet de la capitale de la Nouvelle-France; il consignait dans son journal: « Québec m'a paru une ville d'un fort bon ton; et je ne crois pas que dans la France il y en ait plus d'une douzaine au-dessus de Québec pour la société; car d'ailleurs il n'y a pas plus de douze mille âmes. » Bonnafoux de Caminel traçait, en 1751, un petit croquis de Québec qui, pour être de lignes assez grêles, n'en paraît pas moins juste: « Il y a dans cette ville de bon commerçants, il y règne beaucoup d'ordre, les habitants sont affables et de bonne société, les amusements de l'été sont les promenades en calèches et le jeu. Ceux d'hiver sont les courses en carioles ou en traîneaux et en patins sur la glace; le soir, le jeu et le bal. »

On lit dans le *Journal des Jésuites,* à la date du 4 février 1667: « Le premier bal du Canada s'est fait chez le sieur Chartier. Di veuille que cela ne tire point en conséque ce! » Si l'auteur de cette réflexion avait vé quatre-vingts ans plus tard, ce qu'il aurait eût dépassé ses plus pessimistes prévisio Plusieurs fois la semaine, durant l'hiver, maisons cossues de Montréal ou de Qué demeuraient illuminées jusqu'au matin, violons résonnaient tout la nuit et l'on dans sans fin, à perdre haleine, emportés dans u tornade de gaieté. Le lendemain, on dorm à poings fermés. « Bonjour, cher fils, écriv Mme Bégon le 10 février 1749, je crois q toute la ville est plus endormie que moi, c on n'est sorti du bal que ce matin à six heu et demie. Mater (vieille demoiselle éman pée, à ce qu'il paraît) est revenue de f mauvaise humeur, ne voyant point d'endr de ressource ici pour se coucher... Juge sa figure. Elle est sur le canapé, le derriè en l'air, qui ronfle comme je n'ai jamais ronfler. » Deux événements, cet hiver- mirent Montréal sur ses jambes: une visi de l'intendant et le séjour qu'y firent d envoyés anglais. Ceux-ci furent fort bi reçus. On les pria à dîner, et les conviv mangèrent et burent comme des démo Dans la soirée, il fallut danser; tout alla f bien jusqu'à ce que M. de Noyan, qui passa pour bon officier et qui avait servi avec d tinction dans les postes éloignés, s'avança d pas mal assuré; le lendemain, il était la fab de la ville, et Mme Bégon racontait: « M. Noyan, voulant danser chez M. Varin, où e l'assemblée, est tombé en coulant son menue sa perruque d'un côté et lui de l'autre. J regardé cela onéreux devant les Anglais. Ce n'était rien encore. La venue de l'inte dant, qui arrivait précédé d'une réputatio de magnificence, tourna la tête de toutes l dames. Longtemps d'avance, elles se prépar rent à accepter ses invitations. Quand le ha fonctionnaire eut fait son apparition, ce f à qui eût porté les plus ravissantes toilette Mme Bégon, que son âge empêchait d'être d toutes les fêtes, s'en montrait agacée. El notait d'une plume acérée: « Tu connai

ch· fils, les dames de notre pays: elles sont à tr pes chez M. l'intendant et, voulant pro- fit de leurs ajustements, elles me les vien- net faire voir. J'ai eu toute l'après-midi la su e de ces bien coiffées, dont je suis étour- di » Bigot fit les choses en grand seigneur. Il it dîner, danser et souper tout ce qui co ptait dans la ville; puis, il donna la co- m ie. Tout le monde était enchanté de ce ca aval, le plus gai que l'on eût vu. Tout le nonde, sauf messieurs les ecclésiastiques, dc t les sermons tonnèrent à couvrir, le di- m che, l'écho de la fête de la veille. Le cu de la paroisse eut de grands éclats de vo , rapporte la chronique du temps, « disant qu toutes les assemblées, bals et parties de ca pagne étaient toutes infâmes, que les m es qui y conduisaient leurs filles étaient de adultères, qu'elles ne se servaient de ces pl sirs nocturnes que pour mettre un voile à eurs impudicités et à la fornication et faint le geste de ceux et celles qui dansent, il it: Voyez tous ces airs lascifs qui ne ten- det qu'à des plaisirs honteux, que résulte-t-il — n s'écriant — de toutes ces abominations? D querelles et des maladies honteuses; et après cela, on croit être en droit de venir demander à manger de la viande le carême. Q vous le permettra? — Ce ne sera pas moi. Q vous donnera des absolutions? — Des confesseurs mous et lâches. »

Les dames furent piquées au vif et se jugè- re , naturellement, incomprises. Le gros baron de Longueuil qui allait, trois semaines plus tard, être nommé gouverneur de Mont- ré et qui comprenait la nécessité de s'entou- re de respectabilité, se sentit visé ainsi que to les coupables et, comme il ne voulait pas se brouiller avec le clergé, il s'en fut au séminaire immédiatement après la messe. « fit de grands compliments à M. le curé su son sermon, disant que le S.-Esprit avait pa é par sa bouche; qu'il avait eu la com- pl sance de donner un bal à ses filles, mais qu l n'en donnerait plus et qu'il y avait été pr ent et que, s'il eût entendu ce sermon, il 'en aurait point donné. » L'incident s'é- bruita. On haussa les épaules en se le racon- tant sous le manteau, car le malheur était qu'au moment même où M. de Longueuil tenait à son curé de si vertueux discours, toutes ses filles dansaient comme des dia- blesses chez un habitant de la Rivière-des- Prairies, où l'on faisait la noce. Le mardi gras, il y eut une fête éclatante chez l'inten- dant. Le bal se prolongea jusqu'à sept heures et demie du matin. Puis, on déposa les mas- ques, les violons se turent et tout le monde alla recevoir les cendres. Bigot laissa les Montréalaises à leur carême et s'en retourna à Québec; en arrivant à Sainte-Anne il fut accueilli par un groupe de jolies femmes par- mi lesquelles brillaient Mme Daine, Mme de La Naudière, Mme Péan et Mme des Mé- loizes « pour chaperon apparemment », disait- on. Si les gens de condition s'amusaient à Montréal, ils se divertissaient bien davantage à Québec, surtout, durant la guerre de Sept Ans. De beaux régiments vinrent de France, avec de beaux officiers. Durant l'hiver, ceux-ci se reposaient des campagnes de l'été et de l'automne en jouant dans la maison de l'in- tendant, en dansant ailleurs, en faisant par- tout la cour aux dames. Dans la correspon- dance de Montcalm, au cours de ces mois d'inaction, les détails galants prenaient le pas sur les soucis militaires.

Le général était un méridional au tempé- rament bouillant, et il avait de brillants se- conds dans la personne du chevalier de Lévis, du sentimental Bougainville, de Bourlama- que et de Roquemore. Très vaniteux, imbu des idées et des manies de son siècle, auto- ritaire, cultivé, tenant à se faire respecter et flatté de se faire aimer, Montcalm avait un caractère tout en contrastes. Un jour, il se vantait de garder la chambre et de s'absorber dans des lectures sérieuses. Un autre jour, il écrivait: « Depuis que je suis ici, je passe ma vie à donner des grands dîners de quinze ou seize personnes, et parfois soupers aussi nom- breux sans en être plus gaillards... Diman- che, j'avois assemblé des dames de France... Mercredi, une assemblée chez Mme Varin.

jeudi un bal chez le chevalier de Lévis, qui avoit prié soixante-cinq dames ou demoiselles. Il n'y en avoit que trente, autant d'hommes qu'à la guerre... J'avois eu cependant ce jour-là huit dames à souper... Demain j'en aurai un demi-douzaine...» Il vécut dans cette atmosphère le carnaval de 1758 et celui de 1759. Il écrivait à sa femme que tout cela était «fort cher, peu amusant et souvent ennuyeux.» Pourtant, c'était pour se distraire qu'il paraissait à ces fêtes et qu'il en entretenait longuement ses amis, Lévis et Bourlamaque. Puis il avait des accès soudains de mélancolie, il avait conscience de se noyer dans un océan de bagatelles et avouait qu'il cherchait surtout à s'étourdir: «On se divertit, on ne songe à rien, tout va et ira au diable.» C'est ce qui devait arriver. Dans une lettre où il évoquait le souvenir de ses charmantes amies de la rue du Parloir, et celui d'une femme, en particulier, à qui, avouait-il, il trouvait «dans certains moments, trop d'esprit et trop de charmes pour sa tranquillité», il passait sans transitions des roucoulements aux paroles austères: «Demain, concluait-il, je me jette à corps perdu dans la dévotion.» Dévotion qui n'empêcha pas le galant marquis de railler cruellement Mgr de Pontbriand lorsque celui-ci s'avisa, le 18 avril 1759, de publier un mandement dans lequel il dénonçait avec force les exagérations de ces messieurs et dames du beau monde. L'histoire doit admettre que le prélat ne disait que la plus rigoureuse vérité, lorsqu'il s'écriait: «Voilà la dix-huitième année révolue que le Seigneur nous a appelé, quoique indigne, à la conduite de ce vaste diocèse. Nous vous avons vu avec douleur souffrir souvent de la famine et de la maladie et presque toujours en guerre; mais cette année nous paraît à tous égards la plus triste et la plus déplorable... Avait-on jamais entendu parler de tant de rapines honteuses? Avait-on vu dans cette colonie des maisons consacrées, pour ainsi dire, publiquement au crime? Avait-on vu tant d'abominations? Dans tous les Etats, la contagion est presque générale.» Devant ce tableau pourtant exact, Montcalm trouvait qu'à persifler: «Le saint évêque de Québec vient de donner un mandement pour ordonner des prières publiques, pour demander à Dieu notre conversion et nous corriger de nos péchés, vrai moyen d'ordonner du ciel la bénédiction des armes...»

Bigot était aussi un personnage complexe. Il se faisait chez lui un jeu effroyable. Sa grande passion était les cartes, à tel point qu'on pouvait voir le haut et puissant seigneur jouer avec ses domestiques. Il était évident qu'il volait le roi. Il vivait entouré d'un luxe inouï. Ses bals avaient une splendeur des mille et une nuits. Et pourtant, cet homme dont la magnificence scandalisait semblait s'ennuyer; on disait même qu'il passait «les nuits de ses bals à regarder les mains jointes devant lui». On précisait: «S'il danse deux ou trois menuets, c'est tout... Il est d'une tranquillité admirable.» Et ce concussionnaire, dont les protégés s'enrichissaient de façon plus que suspecte, fit à l'été de 1759, un geste étonnant: il ordonna de briser son argenterie, que l'on vena pourtant admirer de cent lieues à la ronde, afin de la convertir en argent monnayé, pour remédier à l'extrême pénurie des espèces, qui compromettait le ravitaillement. De tels incidents donnent à réfléchir. Nous pouvons juger sévèrement ces singuliers administrateurs et ces plaisants foudres de guerre qui s'amusaient à battre les cartes, à organiser des parties de campagne, à danser et à mascarader pendant que le petit peuple râlait de misère et que les armées ennemies s'avançaient au cœur du pays dans une marche implacable. Cette légèreté reste sans excuse. Elle est pourtant compréhensible. Par ses excès mêmes, elle nous permet de mesurer l'affolement des esprits et elle nous force à conclure que l'on pressentait si bien une catastrophe que l'on s'étourdissait de son mieux pour éviter de la voir. A la veille du désastre, ce n'était plus le plaisir de vivre

c'ait l'angoisse de vivre que la Nouvelle-Fnce éprouvait.

Quelqu'un en a fait très justement la re-rque, « les époques dangereuses ont toujcrs été des temps propices à l'amour. » Si, au XVIIIe siècle, nous avions eu un Bussy-Routin, il ne saurait y avoir de doute qu'il n'ît trouvé ample matière à rédiger une hioire amoureuse des Nouvelles-Gaules. Et jeme hâte d'ajouter qu'une telle histoire eî contenu bien plus de chapitres divertissats que de pages vraiment scabreuses. Les dmes passionnels, s'il y en eut, semblent avir été extrêmement rares. On se bornait le lus souvent à un simple badinage de bonne cpagnie, parce que l'on vivait surtout en siface, ou bien, lorsque les sentiments devenent plus profonds, on contractait, d'un cur léger, des mariages absurdes et romaniques qui faisaient le désespoir des familles séeuses. Il serait aussi maladroit qu'inutile dnier qu'il ait existé, dans les dernières anées de l'ancien régime, des liaisons retentiantes. Les observateurs, même ceux qui ntaient pas très appliqués à ne rien manqer, voyaient trop souvent Bigot chez Mme Pn et celle-ci chez l'intendant, ils pouvaient tp facilement remarquer à quel rythme aéléré s'arrondissait la fortune du mari compisant, pour n'en pas déduire que le haut rgistrat était très épris de la belle Angélique d Méloizes. De même, les assiduités de l'trépide chevalier de Lévis auprès de Mdame Pénissault, une Le Moyne, dont le salon était fréquenté par un monde u peu trop mêlé, n'étaient un secret pr personne. Mme de La Naudière, Mme d Beaubassin, Mme Marin et Mme de Repitigny, qui étaient toutes femmes d'esprit etqui régnaient sur des cours éblouissantes, pivaient passer, surtout aux yeux des vieilles douairières et des gentilshommes évincés, pr assez faciles. Si, des sommets de la sciété, on descendait dans la bonne bourgisie, l'aspect était sensiblement le même. Ax yeux de Kalm, qui observait tout avec des regards neufs et des yeux non prévenus, les Québécoises apparaissaient, en général, comme assez frivoles. « Une jeune fille de 18 ans, rapporte-t-il, passe pour bien mal partagée, si elle ne compte pas au moins vingt adorateurs. » Et le professeur suédois transcrit avec précision les habitudes quotidiennes des jeunes élégantes: elles « se lèvent à sept heures, et s'occupent de leur toilette jusqu'à neuf heures, et cela, en prenant leur café; aussitôt leur toilette finie, elles se placent près d'une fenêtre qui donne sur la rue, tiennent à la main quelque ouvrage d'aiguille, et cousent un point de temps à autre, mais sans cesser de regarder au dehors. Un jeune homme entre-t-il dans la maison, qu'elles le connaissent ou non, elles mettent immédiatement l'ouvrage de côté et vont s'asseoir près de lui pour causer, rire, plaisanter, inventer des « double-entendres », et ainsi l'on croit passer pour avoir beaucoup d'esprit. »

En effet, les Canadiennes passaient pour spirituelles, plus spirituelles, en tout cas que les Canadiens; en même temps, elles avaient une réputation de femmes agréables, inconséquentes, vaniteuses et enjouées. Bien sûr, elles étaient dévotes, ce qui ne les empêchait pas de tenir, même à leur curé, que cela mettait au supplice, des propos finement égrillards. Montcalm notait, dans le ton du pays, « un mélange de dévotion italienne qui n'exclut pas la galanterie. » Il devait bientôt constater que cette galanterie n'excluait pas une certaine réserve. Les hommes avaient le droit de se montrer entreprenants; en revanche, les femmes gardaient celui de se reprendre au moment où leurs admirateurs y songeaient le moins. C'est pourquoi, certains jours, le tendre Bougainville affichait un air sombre et le sérieux Bourlamaque un visage décidément triste. Le général français a donné, dans ses lettres, des indications intéressantes à ce sujet. Il écrivait à Lévis, le 11 novembre 1757: « Bourlamaque deviendroit quasi-amoureux; mais je crois qu'on aime ailleurs sans beaucoup de retour. Pour moi,

comme il me convient, aimant toujours à commercer avec les mêmes personnes, les voyant toutes, plus souvent celles chez qui je me trouve plus à l'aise, et avec permission de tout dire, mais non de tout faire, dernier article qui m'intéresse peu . . . » Le 6 avril 1758, il disait de Bougainville que celui-ci n'avait obtenu que « quelques légères faveurs qui ne feroient que des péchés véniels. » Dans une autre occasion, il avait porté, en parlant d'une personne de sa connaissance, un jugement d'ensemble qu'il faut retenir: « Elle est un peu comme toutes les Canadiennes, avait-il lancé, plus d'envie de plaire que d'aller au fait. » Si je cite ces témoignages, ce n'est que pour rendre leur portée exacte et leurs dimensions réelles aux aventures sentimentales dont fourmille la chronique galante de notre XVIIIe siècle. Et lorsqu'une jeune fille acceptait qu'on lui présentât des hommages où ses sentiments s'engageaient plus profondément, alors elle cessait de badiner et le roman se terminait, comme il convient, par un mariage.

Montcalm racontait à sa femme, le 16 avril 1757: « Je travaille à peupler la Colonie. 80 mariages de soldats cet hyver et deux d'officiers. » Ceux-ci ne trouvaient pas toujours ce que leurs parents cherchaient pour eux: une dot séduisante. Mais il leur suffisait d'être heureux, et ils le désiraient à toute force, même lorsqu'il leur fallait emporter d'assaut l'assentiment familial. L'exemple le plus typique est peut-être l'union de François de Vassal de Monvieil, jeune capitaine arrivé au Canada en 1755, à Charlotte Boucher de La Perrière, qui avait de la naissance mais peu de fortune. Le capitaine de Vassal s'était bien promis d'être prudent, mais un an ne s'était pas écoulé qu'il était pris, comme sa mère le lui rappelait en termes nobles et mesurés: « Rien au monde ne m'a plus surpris, que de voir que vous avez contracté un engagement avec elle sans me consulter . . . Pour me prouver votre répugnance au sacrement conjugal, vous me mandiez que les dames canadiennes étaient jolies, très aimables et fort dangereuses à ravir les cœurs et que pour ne pas laisser succomber le vôtre à la tentation, vous alliez vous bannir de la société des demoiselles. Malgré vos précautions, vous êtes pris mon enfant . . . »

Oui, il était pris, comme bien d'autres par ce pays où la vie était douce, parce qu'elle offrait à chacun l'occasion de s'épanouir, avec toutes ses virtualités, dans une ambiance où l'on n'économisait ni les plaisirs de l'esprit ni ceux du cœur, ni ceux de la société. En Nouvelle-France, les hommes et les femmes pouvaient évoluer à l'aise sans être gênés, à tout moment, par un ensemble tyrannique de sottes contraintes. Avec du cœur et de l'application, il leur était possible de parvenir un peu où ils voulaient. Dans leurs rapports avec leurs semblables, il restait facile de trouver de la générosité et de la distinction. Il leur était loisible de s'abandonner, de se détendre et de goûter ainsi une estimable compensation aux efforts qu'il leur fallait sans cesse renouveler pour maintenir la cité nouvelle qu'ils avaient su construire, dans la vallée laurentienne, avec un art souverain et d'harmonieuses proportions. Un jour, un cataclysme s'appesantit sur cette belle mais fragile construction. À force de volonté, de sacrifices et de ténacité, des générations vaillantes réussirent à en conserver la structure; elles ne purent jamais la refaire. La fin du XVIIIe siècle eut pour nous un air de fin du monde. Dans l'épreuve suprême, nous avions perdu une joie qui ne se retrouve peut-être jamais. Nous avions perdu la joie de vivre.

A CONSULTER

Bonnault, C. de, éd., « La correspondance de Mme Bégon, 1748-1753 », *Rapport de l'Archiviste de la Province de Québec* (RAPQ) pour 1934-1935, 1-277. — Bougainville, « Mémoire sur l'état de la Nouvelle-France », (1757), RAPQ, 1923-1924, 42-70. — Charlevoix, P.-F.-X. de, *Histoire et description générale de la Nouvelle-France, avec le Journal Historique d'un Voyage fait par Ordre du Roi dans l'Amérique Septentrionale*, 3 vols, Paris, 1744, t. III. — Casgrain, H. R., éd., *Collection des manuscrits du maréchal de Lévis*, 12 vols, Montréal-Québec, 1889-1895 (t. V, *Lettres de M. de Bourlamaque au chevalier de Lévis*, Québec, 1891; t. VI, *Lettres du marquis de Mont-*

ca au chevalier de Lévis, Québec, 1894; t. VII, *Journal du marquis de Montcalm durant ses campagnes au Canada, de 756 à 1759*, Québec, 1895). — « La correspondance de Montcalm », *Rapport sur les Archives publiques du Canada pour* 1929, Ottawa, 1930, 31-81. — Journal de Louis-Guillaume du Parscau du Plessis, RAPQ, 1928-1929, 21?26. — Marchand, L.-W., éd., *Voyage dans l'Amérique du Nord par Pierre Kalm, naturaliste suédois*, 2 vols, Montréal, 1880, t. II.

Casgrain, H.-R., *Guerre du Canada*, 1756-1760, *Montcalm et Lévis*, Tours, 1898. — Chapais, T., *Le marquis de Montcalm*, Québec, 1911. — Frégault, G., *La civilisation de la Nouvelle-France*, Montréal, 1944. — Roquebrune, R. de, *La guerre et l'amour au Canada d'autrefois*, Beauceville, 1945. — Roy, A., *Les lettres, les sciences et les arts au Canada sous le régime français*, Paris, 1930. — Roy, P.-G., *Les petites choses de notre histoire*, 6 vols, Lévis, 1919-1923, t. III, IV, V. — Roy, P.-G., *La ville de Québec sous le régime français*, 2 vols, Québec, 1930.

LE LIVRE DE MÉDECINE FRANÇAIS PENDANT L'OCCUPATION

(1940-1944)

(fin)

La mort toute récente du professeur Noël Fiessinger met en deuil l'édition française. Il occupait une place importante dans le journalisme médical et dirigeait depuis plusieurs années le *Journal des Praticiens*, où le clinicien savait, quand il le fallait, céder la place à l'éditorialiste et au critique. Il était aussi l'auteur d'un nombre considérable d'ouvrages de clinique qui tous se caractérisaient par une haute forme scientifique. L'œuvre écrite de Fiessinger fut particulièrement abondante pendant les quatre années de guerre. Dès octobre 1940, dans sa leçon d'ouverture, il définissait en ces termes le rôle du médecin français devant la défaite: « Travailler, travailler sans relâche ». La clinique française nous offre dans sa richesse un vaste espace libre. Cet espace, il nous faut le galer, le labourer, le semer pour que les récoltes soient belles. La défaite ne touche pas aux choses de l'esprit. Rien ne prévaut contre elles, ni les troubles sociaux, ni les guerres, ni les ruines. Notre passé est trop beau, trop grand pour autoriser un découragement. » Et le successeur de Dulafoy à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu puisait ainsi sa pensée dans la préface de son livre *Syndromes et maladies* qui paraissait en 1942: « A mon tour j'ai pris les mancherons et j'engage le soc, c'est la même charrue, c'est la même terre. »

Tour à tour paraissaient plusieurs livres de clinique qui obtenaient un égal succès: *Déficiences vitaminiques et hormonales* (1942), *Les maladies actuelles* (1943), *Pathologie des confins médicaux et chirurgicaux* (1944) et tout dernièrement encore, *Les directives de la médecine sociale* (1945). On attend encore de lui un important travail: *Clinique et investigation*, qui paraîtra sous peu.

Tous les ouvrages de Fiessinger sont écrits dans un style clair et direct. Passionné de son métier, il a incontestablement réussi à continuer la tradition de la clinique de l'Hôtel-Dieu tout en conservant à son enseignement et à ses écrits une note très personnelle.

* * *

Parmi les ouvrages de thérapeutique générale qui continuèrent à bénéficier de la cote, le *Traité de thérapeutique* en trois volumes de Savy occupe incontestablement la première place; une troisième édition en parut en 1940, puis une quatrième en 1943, l'une et l'autre malheureusement insuffisantes pour satisfaire toutes les demandes. Du même auteur, paraissait dans le même temps une cinquième édition de son *Précis de pratique médicale*.

Le professeur R. Hazard, frère du professeur au Collège de France, le regretté Paul Hazard, lui-même titulaire de la chaire de Pharmacologie, fait paraître en 1943 la huitième édition de son *Précis de thérapeutique et de pharmacologie*. C'est un livre didactique dans lequel il traite à la fois des problèmes thérapeutiques généraux, de l'étude systématique de toutes les substances médicamenteuses et de celles des formes pharmaceutiques.

Les travaux de l'Institut de Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris sont publiés

de 1942 à 1944 par le professeur Loeper et ses collaborateurs dans différents recueils: *Chimiothérapie* (1942), *Les thérapeutiques associées* (1942), *Le soufre* (1943), *Sulfamidothérapie* (1944), *La spécificité chimique de sémiologie* (1944). Ces travaux dans lesquels les principaux problèmes de l'heure sont passés en revue, constituent un apport important à la thérapeutique.

Du professeur Goris, de la Faculté de Pharmacologie, reparaît en 1943, une édition très remaniée de son *Traité de Pharmacie galénique*, livre magistral, de pratique professionnelle éclairée.

Dans le même domaine, le professeur Perrot publie en 1944 deux forts volumes: *Matières premières usuelles du règne végétal.* Il s'agit non seulement de drogues mais aussi de tous les produits naturels d'origine végétale qui peuvent être utilisés par l'homme: conditions de leur culture, répartition mondiale, valeur économique. L'œuvre de Perrot, grâce à de nombreuses missions de ce savant accomplies en Afrique et en Asie, et grâce aux travaux de recherches effectués dans son institut dans les domaines les plus variés, apporte une contribution originale d'une grande richesse. Ce trait diffère de la plupart des ouvrages de cette envergure que l'on consulte sans pouvoir les lire en raison de leur sécheresse. C'est une œuvre monumentale « d'humanisme scientifique » qui est le fruit de trente-cinq années de recherches.

* * *

Depuis une vingtaine d'années, l'embryogénie est entrée dans une phase nouvelle. A. Dalcq a pris une part fort active à ce mouvement scientifique et sa personnalité se retrouve dans le véritable petit traité d'embryologie qu'il publie en 1942 sous le titre *L'œuf et son dynamisme organisateur.*

La même année, le professeur Caullery envisage dans *Organisme et sexualité* les problèmes de la reproduction, axe de la biologie. Une bibliographie importante de 21 pages nous révèle combien les récents travaux des botanistes, des zoologistes, des histologistes, des physiologistes, complétés par les analyses des chimistes et les observations des médecins, ont donné des résultats d'importance capitale. Une troisième édition très augmentée de *L'hérédité* de Guyenot paraît en 1943. Ce n'est plus une simple introduction à la génétique, mais un exposé systématique des résultats acquis dans un domaine de plus en plus vaste.

Dans son livre *Le vieillissement du monde* destiné au grand public scientifique, H. Decugis traitant de la sénilité et de l'extinction des espèces, montre la relativité des lois de sélection ou d'adaptation de la théorie classique de l'évolution. De son côté, l'anatomiste H. Rouvière dans son *Anatomie philosophique*, oppose au dogme matérialiste mécaniste une thèse mutationniste finaliste. Cet ouvrage sur un des sujets qui passionnent l'humanité sera vite épuisé.

Enfin, sous le titre *Fondements biologiques de la géographie humaine. Essai d'une écologie de l'homme*, Max Sorre traite en 1943 des rapports de l'homme et de son entourage considéré sous l'angle de la géographie. C'est un résumé magistral de trente années de recherches et d'enseignement qui intéresse le physiologiste et le médecin.

A. Policard (de Lyon), dont on n'a pas oublié les travaux d'histo-physiologie publiés au cours des vingt dernières années, fait paraître de nouvelles études sur *L'appareil de croissance des os longs* (1941), et *La plèvre* (1942).

De P. Cristol (Montpellier), on publie en 1942 une troisième édition du précis de *Chimie biologique médicale.* L'auteur y présente sous une forme concise et schématique des questions encore en pleine évolution comme celles des chromoprotéides.

L'éosinophilie générale et locale, par L. Derobert, paraît en 1942. Parti d'un point de vue expérimental personnel, l'auteur réunit une forte documentation non seulement sur l'éosinophilie mais sur les sujets connexes comme celui du tissu réticulo-endothélial. L'étendue du sujet lui permet d'aborder diverses questions telles que l'anaphylaxie, les réactions histaminiques, l'immunité, l'allergie.

Les travaux du professeur Polonvski occupent depuis quelques années une place de choix dans le domaine de la biochimie médicale, et en 1942 et 1944 paraissent sous sa direction les troisième et quatrième séries des *Exposés annuels de biochimie médicale.* Chacun de ces recueils correspond à un tour d'horizon dans toute l'actualité biochimique. Une deuxième édition refondue

d la *Chimie organique biologique* de Polonvski e Lespagnol paraît en 1941; c'est un exposé gıéral de nos connaissances actuelles en bio- cmie dans lequel l'auteur insiste surtout sur l problèmes qui attirent l'attention des cher- curs. Dans *Les éléments de biochimie médi- ce,* publiés pour la première fois en 1941 puis e 1943 et dont une troisième édition est en curs, l'auteur se fait plus didactique. Ce livre, q. connaît actuellement le succès en France, e une somme de ce qu'il faut savoir pour com- pndre le mécanisme des réactions cellulaires nmales et pathologiques.

Sous la direction de Levaditi (de l'Institut Esteur) et de Lépine, deux forts volumes d'un tité sur *Les ultravirus des maladies humaines* aient été publiés en 1938. Un troisième volume aève en 1942 l'ouvrage auquel vingt savants o collaboré et qui représente une documenta- tn substantielle. Signalons par la même occa- sn que Levaditi vient récemment de faire pa- rtre un ouvrage de moindre importance intitulé *Précis de virologie humaine.* Du professeur Cstinel, titulaire de la chaire de Bactériologie, praît enfin, en 1942, une édition entièrement rondue du *Précis de bactériologie* dont les pré- clentes éditions étaient dues à Philibert.

Le traité d'endocrinologie, de L. Parisot et Fhard, dont quatre tomes avaient paru avant lguerre, est complété en 1942 par un cinquième edernier volume sur *Le testicule.*

L'ouvrage fondamental de MM. Sainton, Smonnet et Brouha: *Endocrinologie clinique, tirapeutique et expérimentale,* reparaît la même anée entièrement transformé. Les auteurs y essent ce qui leur paraît acquis et présentent u vue d'ensemble des connaissances qui ont curs actuellement en endocrinologie.

H. Simonnet, qui nous avait déjà donné en 19 une étude très personnelle sur *L'hormone fliculaire,* puis sur *Le corps jaune,* poursuit s recherches en publiant en 1942 une impor- tte monographie sur *Les Androgènes;* il y inique 1,800 références bibliographiques.

Au professeur Pasteur-Vallery-Radot, que l'cadémie Française a récemment admis dans si sein, et à son collaborateur Delafontaine, rus devons une édition entièrement nouvelle d *Précis des maladies des reins.* La partie rgistrale de ce précis est consacrée à l'étude des néphrites: description des grands syndromes de Widal et étude très moderne des divers trou- bles humoraux qui peuvent s'associer à ces syn- dromes.

* * *

Au cours des années qui avaient précédé la guerre, plusieurs séries de grands Atlas cliniques de radiologie avaient été publiées en France avec succès et MM. Belot, secrétaire général du *Jour- nal de Radiologie,* et Lepennetier avaient apporté leurs soins à plusieurs d'entre eux. En 1944, ces deux auteurs publient, avec MM. G. D'Allaines et Lamy, le premier volume d'une *Pathologie radiographique du squelette* (affections osseu- ses, affections congénitales et acquises) dont ils avaient donné antérieurement la partie consa- crée aux fractures et luxations. C'est un bel ouvrage de 400 pages in-quarto, avec 500 figures, dont la présentation n'a rien perdu en qualité.

En 1943, le docteur Ledoux-Libard, assisté de Garcia Calderon, donne une suite ou plutôt un complément à son *Manuel de radiodiagnostic,* mais le nouvel ouvrage est en réalité un traité de *Technique du radiodiagnostic,* pour le spécia- liste.

Enfin, Paul Lamarque fait paraître en 1943 un important ouvrage sur *Les bases physiques et biologiques de la rœntgenthérapie.*

Signalons enfin un traité d'*Hélio et actinologie* en 2 volumes, publié en 1940 sous la direction du docteur Brody. C'est une synthèse des con- naissances nouvellement acquises et un exposé des tendances actuelles: la première partie est relative à la physique, à la biologie des rayons solaires, de l'ultra-violet et de l'infra-rouge, et la deuxième est consacrée à la thérapeutique.

* * *

En 1941, Lutembacher, dont on connaît les curieux travaux de cardiologie, publie une mono- graphie sur *Le myocarde,* dans laquelle il utilise encore la technique cinématographique pour faire revivre le mouvement.

Une nouvelle édition très remaniée du précis du professeur Clerc sur les maladies de cœur, véritable traité de cardiologie, reparaît à la même époque.

Un ouvrage très remarqué de Laubry et Sou- lié, *Maladies des coronaires,* est publié en 1943. Le représentant le plus qualifié de la cardiologie

française indique comment la condition essentielle des progrès réalisés dans ce chapitre de la cardiologie a été l'emploi de plus en plus étendu de l'électro-cardiogramme.

* * *

Parmi les articles du grand traité d'ophtalmologie en huit volumes, œuvre inégalée qui achevait de paraître au début de la guerre, l'un des plus remarqués fut celui que le docteur Rochon-Duvigneaud avait consacré à l'ophtalmologie comparée. Discipline tributaire à la fois de la physiologie humaine, de la médecine, de la zoologie, l'ophtalmologie comparée avait trouvé son maître en la personne d'un savant qui était précisément un physiologiste, un médecin, un zoologiste et de plus un passionné chasseur. L'article de 1939 n'est pourtant qu'un essai si on le compare au magistral ouvrage qu'il fit paraître en 1943 sous le titre *L'œil et la vision des vertèbres.*

Ce livre, véritable somme de connaissances morphologiques et physiologiques, porte la marque des œuvres longtemps muries par leurs auteurs. Rochon-Duvigneaud y réunit et y interprète des documents fournis au long des années par des cliniciens, des explorateurs, par de patientes recherches personnelles et par ses chasses.

L'iconographie de ce livre riche de 500 figures originales, représente un effort d'autant plus considérable qu'elle suppose, antérieurement au dessin, les préparatifs et l'étude d'un matériel difficile à recueillir et considéré à juste titre comme très délicat.

Il n'existe, à notre connaissance, que l'ouvrage américain de G. L. Wals qui ait été écrit sur le même sujet, mais les deux livres sont assez différents et la partie zoologique du livre français est beaucoup plus approfondie.

* * *

Bien que l'exposé poursuivi au cours de ces deux chroniques sur le livre de médecine français pendant l'occupation, soit très schématique et à bien des égards incomplet, nous espérons l'avoir suffisamment jalonné de noms éminents et de titres de livres nouveaux pour que le lecteur puisse se faire une représentation de ce que fut l'effort intellectuel français pendant les dures années de l'occupation.

En examinant prochainement la situation du livre français de médecine au cours de l'année 1945, nous verrons que la production ne se ralentit pas et que des œuvres éminentes virent encore le jour.

Au lendemain de la guerre, l'édition médicale française était consciente de la tâche considérable qu'elle allait avoir à accomplir; elle n'ignorait pas davantage que de nouvelles difficultés l'attendaient.

Dans quelle mesure a-t-elle pu les surmonter jusqu'à ce jour, c'est ce que nous verrons bientôt.

P. L.

Paris, janvier 1946.

CHRONIQUE SÉMÉIOLOGIQUE

CE MIROIR DE L'ESTOMAC

Par **Roméo BOUCHER.**

La langue. Que ne pourrait-on dire d'elle? En ommençant par Esope et sa fameuse histoire, e très classique de nos collèges trop classiques. rétien de Troyes l'a réduite à peu de mots: Cols de lange (langue) ne fait playe » et le nhomme l'a racontée bien gentîment, comme l s'excusait de tondre de ce pré la largeur de langue. Au grand siècle? Personne qui ne ulut emprunter au grec ou au latin et monter épingle, à son sujet, quelque originalité de rase qui, au fond, datait de nombreux siècles. s cadences alexandrines de Racine vouent èdre aux « langues perfides » et le rhumatisant arron, dans ses comédies, fait un abus surenant de « langues bien pendues », ce qui a eur de charmer Madame de Sévigné dans ses tres à la comtesse, sa fille. Que de langues ue et ne dénoue pas Jean-Baptiste Pocquelin, ndant que Beaumarchais, un peu plus tard, ns le *Mariage de Figaro,* parle d'un docteur - ce qui nous intéresse tout particulièrement - qui a été converti par une fine « langue rée ». A son idée, le client avait tout simplement une parole élégante et facile.

Comme tout cela est compliqué et va rejoindre l langue hypocrite de Tartuffe, selon madame rnelle. Et le coup de langue de la Bible « qui lise les os » (Ecclésiastique, XXVIII, 21)! Et hateaubriand qui va « prendre langue à terre », ur nous raconter qu'en faisant un tour de chalpe avec certain capitaine de ses amis, il se nd tout prosaïquement à terre chercher des nseignements qui lui sont nécessaires.

Hélas! notre science est plus bornée. Elle se ntente modestement d'obliger nos clients à tirer l langue. Avec les impôts, le quotidien, la vie ère, les enfants, le ménage, les amis et les nemis, ils le font pourtant assez souvent. Et len malgré eux. Cependant, dans la profession - la nôtre! — tirer la langue est devenu, quoique de signification différente, un geste aussi mbolique que le poing fermé et le salut fasciste avant-guerre.

D'ailleurs, le médecin se fait fort d'entretenir cette petite habitude. On peut dire à sa décharge que son maître Hippocrate n'approchait guère un malade sans l'éternel: « Montrez la langue! », ce que les disciples d'aujourd'hui pratiquent avec autant de science et beaucoup moins de conscience.

Il y a belle lurette que le miroir est tombé en morceaux et que personne ne s'est donné la peine de les recoller. A tort, je l'avoue. Surtout s'il s'agit d'examiner quelque goinfre intempérant, quelque fois impénitent. A raison, je m'empresse de l'ajouter, à cause de multiples circonstances, locales ou générales, qui n'ont rien à voir avec l'estomac.

J'ai mentionné déjà la « langue dorée » des élégants du verbe. C'est une image, évidemment; car on n'a jamais vu, que je sache, de langue dorée, teinte encore inconnue en clinique. A moins qu'on ne veuille qualifier ainsi la langue dite saburrale, chargée d'un tas de détritus cellulaires, collants et collés à la muqueuse, qui prend alors

« Cette couleur un peu spéciale
« Qui s'appelle la couleur sale. »
(Sacha Guitry).

Mais que d'autres couleurs peut prendre la langue! Je vais les passer rapidement en revue, le plus rapidement possible. Petit chapitre de la propédeutique qu'on ne lit guère, parce qu'on n'a pas l'occasion de le faire. Il passe toujours inaperçu, un peu laissé pour compte.

*
* *

Avant tout, quel est l'aspect normal de la muqueuse linguale? Question que peu d'auteurs ont traitée. Rosée, humide, striée en « feuille », avec un V lingual postérieur. Tout cela est si connu, disent-ils, que ce n'est pas la peine d'insister. Toutefois, ils pourraient bien — pour notre gouverne — ajouter que, physiologiquement, la langue est recouverte d'un enduit légèrement grisâtre, témoin de la desquamation épithéliale, que cet

enduit s'épaissit au fur et à mesure que l'on s'éloigne des repas, qu'il devient plus apparent le matin, au lever, que le soir, au coucher. Bref, qu'il ne faut pas s'en faire pour si peu. Un bon repas, tout rentre dans l'ordre. Sinon . . .

Il ne faut pas demander à l'examen de la langue plus qu'il ne peut donner. On a trop exigé de lui. Le miroir! La langue ne dénonce pas la maladie, mais l'état du malade. Avis donc à ceux qui se grattent la langue, chaque matin, avec quelque instrument râpant. Au fait, j'en profite pour dire un mot de la *langue saburrale*, que j'ai déjà mentionnée, cette langue catarrhale des vieux auteurs.

Ce qui la caractérise, c'est son enduit blanchâtre, très profond, qui recouvre la langue dans nombre d'infections légères ou graves et dans la plupart des troubles gastro-intestinaux. Plus l'enduit s'épaissit, plus il passe au crémeux, puis au jaunâtre. « Le miroir de l'estomac! » disent les bonnes gens du temps. Quoi qu'il en soit, ce miroir est fabriqué de produits de désintégration épithéliale qui collent à la muqueuse, par suite de la déshydratation de la plupart des malades. Et je mets de côté les micro-organismes possibles, plus ou moins pathogènes, dont le nombre augmente quand la sécrétion buccale est ralentie. Mais tout ceci m'entraîne loin de mon sujet, qui est de décrire les différentes colorations de la langue.

Rose opalescent, affirment les pointilleux. Voilà la vraie couleur normale de la langue. Je ne disputerai pas. Je fais tout simplement remarquer que ce rose peut pâlir, passer au grisâtre, au gris et même au blanc.

Rose pâle? Grisâtre? Blanche? Ne voyez-vous point là toute la gamme de l'anémie qui s'accentue? S'il est possible d'en lire les signes sur d'autres muqueuses, pourquoi pas à la langue?

De la coloration *rose pâle* on ne saurait parler sans mentionner la syphilis ancienne des vieillards, se traduisant par une dépapillation marquée de la langue qui prend un aspect vernissé, *rose pâle*, dû à la minceur de son épithélium, tout particulièrement marquée sur les bords de la langue (*bald tongue*).

Si elle pâlit davantage, la langue passe au gris. C'est alors qu'elle devient vernissée « porcelainique », comme dans la grippe infectieuse, par exemple. On en a fait grand état lors de l'épidémie de 1918. On pourrait peut-être ranger ici une coloration un peu spéciale d'étiologie bien différente. Ce serait la « langue de verre » des auteurs américains, qui l'ont décrite comme lésion syphilitique, se traduisant par une légère hyperkératose de l'épithélium. Il serait alors comme recouvert d'une mince, très mince couche épithéliale, ayant l'apparence du verre (*glass tongue*).

Quant à la *langue blanche* son étiologie est toute différente. S'il fallait faire entrer dans ce paragraphe toute la question des leucoplasies, je n'en finirais plus. C'est pourquoi je mets systématiquement de côté toute manifestation localisée de la langue. Exception faite du lichen plan, qui peut se présenter sous forme de taches confluentes, étendues à toute la langue, quoique formées primitivement par de petites taches opalines, qui s'étendent peu à peu. Ce qui ne lui donne rien de commun avec la véritable *langue blanche* (*lingua alba*), dont l'entité est assez précise. Le syndrome procède par poussées. La langue devient d'un blanc mat évident, chaque papille arborant un aspect absolument identique à celui que produirait sur l'épithélium une application d'acide phénique pur. On n'en connaît pas la cause. La maladie se développe en trois ou quatre jours, précédée d'un mauvais goût dans la bouche. Un prélèvement peut révéler la présence de certaines levures, mais il y a absence à peu près constante d'éléments bactériologiques.

Tout comme la langue peut devenir pâle et même blanche, elle peut aussi devenir *rouge*, très rouge et même *violacée*. Les teintes de rouge variant avec la maladie en cours. Ainsi la maladie de Hunter à son début. Pour ceux qui n'aiment pas le langage patronymique, la maladie de Hunter est cette glossite qui survient au début de l'anémie pernicieuse. La langue est alors *franchement rouge*, tandis qu'elle devient *rouge foncé* dans la maladie de Geisböck, médecin qui a décrit l'aspect de la langue dans une polycythémie où les globules rouges se comptent par huit à douze millions et l'hémoglobine à 200 pour cent.

Reste à mentionner la *langue écarlate*, « framboisée », des scarlatineux qui succède presque toujours, d'après les Américains, à la langue « en fraise » (*strawberry tongue*) et la langue non moins connue, *pourprée*, des états hémorragipares.

Inutile d'ajouter que cette langue peut devenir *violacée*, bleue, bleu foncé, voire noire dans les cas de cyanose. Plus celle-ci est accentuée, plus la coloration est appuyée.

Quant à la langue franchement *noire*, dès qu'on la constate, il faut d'abord penser à l'ecchymose. Mais si l'épithélium est uniformément noir, ne pas craindre de rechercher le carcinome possible ou la leucémie lymphoïde (Epstein), en éliminant certaines causes assez grossières d'erreur dues à la réglisse, aux bluets, au tabac à chiquer. Si la papille filiforme est hypertrophiée et sa couleur accentuée, vous verrez près du V lingual de longs filaments noirâtres qui ressemblent à s'y méprendre à de longs poils. C'est la « lingua villosa nigra » (black hairy tongue). Un véritable morceau de huit-reflets, collé au fond de la langue!

En terminant qu'on me permette de mentionner, à titre de mémoire, la *langue brune* des addisoniens et des intoxiqués par les sels d'argent et la *langue jaune* des ictériques.

Voilà la gamme des colorations de la langue. Qu'on n'oublie jamais, cependant, de se tenir sur ses gardes. Il ne faut pas prendre pour une manifestation pathologique des colorations dues à l'ingestion de vin rouge, de mûres, de chocolat, de cachou, de quinquina, de noix fraîches, de tabac (du *rouge violacé* au brun foncé); de laudanum ou de rhubarbe (*jaune safran*); de pulvérisations de bleu de méthylène (*bleu foncé*) ou de sels d'acridine (*jaune orangé*); et, par surcroît, la langue *blanche crémeuse* de ceux qui sont depuis longtemps au régime lacté.

De plus, il y a toute la kyrielle des glossites dans lesquelles pourraient se trouver celles de la déficience en vitamine B (pellagre et ariboflavinose). Certains même ont parlé de glossite allergique. Peut-être ont-ils voulu, dans leur fort intérieur, rendre plus frappante l'expression de la « langue qui démange » chez les bavards. De ces étonnants êtres humains qui se nomment médecins il faut s'attendre à tout.

N'avaient-ils pas déjà inventé le miroir de l'estomac?

CHRONIQUE THÉRAPEUTIQUE

LE CONTRÔLE DU CANCER

Par **Roger R. DUFRESNE.**

L'Editorial du numéro de janvier 1946 du *Journal de l'Association Médicale Canadienne* rapportait, sous le titre plus haut cité, les statistiques de la Compagnie d'Assurance-Vie Métropolitaine. Ces chiffres montrent que de 1934 à 1944 la mortalité par cancer chez la femme a diminué de 90.4 par 100,000 à 80.3. Ce gain est d'autant plus remarquable que, depuis les vingt-cinq dernières années précédant la période que nous venons de mentionner, les taux de mortalité par cancer chez la femme n'avaient à peu près pas subi de changement. Chez l'homme, les résultats sont moins encourageants. Cette différence tient à plusieurs raisons. Dans la campagne d'éducation du public contre le cancer, l'élément féminin a probablement été plus impressionné, ou mieux instruit. D'autre part, les lésions du sein et du col, représentant les localisations les plus fréquentes du cancer chez la femme, donnent des symptômes plus précoces et plus alarmants pour les malades que les néoplasmes du tube digestif, par exemple, qui recrutent surtout leurs victimes chez les hommes.

Nous pouvons donc jusqu'à un certain point imputer les progrès constatés dans la lutte contre le cancer à l'éducation du public. Malheureusement, en gastro-entérologie du moins, la cancérophobie touche souvent des gens indemnes de toute atteinte néoplasique et que nous ne parvenons pas toujours à rassurer. Par contre, bon nombre de cancéreux viennent nous trouver avec des histoires tellement classiques que le diagnostic s'impose presque au seul interrogatoire, et ne semblent pas se douter du sort qui leur est réservé.

Mais, avant l'éducation du public, il a fallu faire celle des médecins; et si l'on se base sur les expériences de la pratique courante, la tâche est loin d'être finie de ce côté. On voudrait, en certains milieux, organiser la lutte contre le cancer au point de vue social, fournir à la population entière des facilités d'examen et de traitement qui résoudraient le côté économique de la question. Cette initiative risque fort de manquer son but si la profession médicale et les institutions hospitalières ne sont pas prêtes à donner les meilleurs soins possible à tous les cancéreux. Remarquons en passant qu'au point de vue social, le problème du cancer le cède en importance à celui des maladies circulatoires. Celles-ci représentent actuellement la cause la plus fréquente de mortalité, et surtout avec l'augmentation de la longévité humaine, risquent d'imposer à la société, d'ici quelques décades, un fardeau de plus en plus lourd d'impotents et de dépendants de la charité publique ou privée.

Nous parlions de l'éducation de la profession médicale dans le dépistage et dans le traitement des lésions cancéreuses. Dans ce domaine, la responsabilité incombe d'abord au médecin praticien, au point de vue du diagnostic précoce de la lésion. Ce point a déjà été discuté en maintes circonstances; nous n'y reviendrons pas aujourd'hui. Mais, lorsqu'il s'agit de traiter le cancer, que la cure soit d'ordre chirurgical ou physiothérapique, l'initiative appartient habituellement à des spécialistes; et le succès de l'intervention pratiquée dépendra non seulement du chirurgien ou du radiothérapeute intéressé, mais de la collaboration de tout un groupe de médecins placés dans les meilleures conditions possible de travail. Ainsi, le succès d'une résection large de l'intestin ou de l'estomac, par exemple, dépendra évidemment de l'habileté technique et de l'audace réfléchie de l'opérateur; mais elle demandera aussi que le malade ait été longuement et minutieusement préparé à cette intervention, et qu'il soit suivi après. Elle demandera aussi le concours d'un anesthésiste qualifié, dont le rôle nous apparaît de plus en plus important, à mesure que les méthodes d'anesthésie se multiplient, se perfectionnent et se compliquent. Elle exigera enfin, autour du chirurgien, la présence d'un personnel auxiliaire entraîné et compétent.

La chirurgie du cancer doit être une chirurgie audacieuse, si l'on veut qu'elle assure non seulement l'amélioration momentanée des patients, mais leur guérison définitive. Les interventions

rges que l'on pratique actuellement contre le ɔplasme du sein ont prouvé leur valeur. Il udrait que l'on prît autant de peine à faire des sections de viscères abdominaux cancérisés et ıe l'on pratiquât des évidements ganglionnaires ıssi minutieux et aussi larges.

Nous avons fait un progrès sensible dans notre tte contre le cancer; les statistiques viennent ; nous le prouver. Nous pouvons faire mieux en ɔandonnant le défaitisme qui caractérise l'atti- ıde d'un si grand nombre de médecins et de ıirurgiens sur ce point. Le progrès accompli ·ouve que nous ne sommes pas nécessairement ıttus d'avance. Nous trouvons d'ailleurs, de temps à autre, dans la littérature médicale des exemples encourageants. Ainsi, dans le numéro du 23 janvier 1946 des *Proceedings of the Mayo Clinic,* Waugh, Dixon, Clagett et leurs collaborateurs rapportent quatre cas de pancréatectomie totale. Nos lecteurs trouveront profit à connaître la technique opératoire employée, les suites heureuses de ces interventions, et les résultats après un recul de quelques années dans un cas et de plusieurs mois dans les autres. Des succès de ce genre autorisent, croyons-nous, l'espoir que, dans la prochaine décade, la lutte contre le cancer nous apportera, à côté de déceptions inévitables, de réconfortantes consolations.

"L'Union Médicale du Canada" en 1877

Consultations entre médecins

Editorial, mars 1877.

Le public n'a pas toujours pour nous l'estime, le respect et la reconnaissance qu'il devrait avoir, trop souvent nos services et notre dévouement ne sont rétribués que par de l'ingratitude et de la malveillance. Ces faits sont malheureusement très vrais, mais aussi n'arrive-t-il pas à des médecins de contribuer à entretenir et à aggraver un semblable état de choses, en ne sachant pas observer, les uns envers les autres, les règles les plus élémentaires de l'étiquette médicale, surtout lorsqu'il s'agit de se rencontrer en consultation. Aussi croyons-nous être particulièrement agréable à nos lecteurs en leur faisant part du magnifique discours que M. le Dr Aubenas, président de la *Société de Médecine de Nancy*, a prononcé sur cette importante question, et que nous reproduisons du *Mouvement Médical*:

Messieurs,

Je désire vous présenter quelques considérations sur l'usage, de plus en plus fréquent, *des consultations entre médecins.*

... L'usage des consultations est fondé sur la nature des choses. L'instinct de la conservation, le désir de s'affranchir soi et les siens des atteintes du mal physique, constitue la raison d'être de la pratique médicale. On veut être guéri ou soulagé, sûrement et rapidement, et si l'espoir fondé sur l'appel du médecin ne se réalise pas assez vite au gré du malade ou de ses proches, il est naturel qu'à l'un ou aux autres vienne la pensée de multiplier les secours pour amener ou hâter le résultat ardemment désiré. Cette pensée surgit de mille manières: c'est le malade qui peu à peu s'impatiente, sent sa foi s'ébranler et veut entendre d'autres avis; c'est la famille qui prend l'alarme; c'est bien souvent quelque ami zélé, client fervent d'un autre médecin, qui affirme que son excellent docteur mènerait rondement les choses à bien, comme il a coutume de le faire...

Alors se présente la question des moyens d'exécution. L'un des plus simples en apparence consiste, pour les gens peu au courant de nos règles confraternelles, à prier tout simplement le médecin préféré de donner des soins à l'insu de son confrère, en dehors de lui, mais concurremment.

Heureusement nos mœurs sont ainsi faites qu'une pareille demande est repoussée avec indignation: mais ce n'est pas toujours sans peine que les scrupules de la délicatesse ont raison d'exigences présentées, en général, avec la conviction naïve de leur indéniable légitimité.

L'avocat du malade fait valoir la nécessité de ménager la susceptibilité du médecin traitant: c'est un ancien ami, on ne veut pas le blesser, on le laissera tout doucement continuer ses visites en se gardant de suivre ses prescriptions; le secret sera d'ailleurs bien gardé et tout le monde se trouvera bien de la complaisance du futur sauveur. Au surplus, que vaut une règle pédante et surannée d'étiquette médicale, lorsqu'il s'agit d'une existence humaine à conserver?

Il est un moyen de mettre fin à de pareils débat toujours pénibles pour les deux parties.

Si tous les arguments tirés de la délicatesse vulgaire, de devoirs spéciaux échouent, il suffit de dire: permettez-mo de résumer la discussion et de vous prouver que je vou comprends bien. Il s'agit de *votre* santé, de *votre* existence il est donc, d'après vous, juste et équitable, pour tâche de conserver les biens qui *vous* sont les plus chers, qu je prenne, *moi*, la responsabilité d'une indélicatesse grave

Plus d'un demeurera confus après qu'on aura précis la question d'une manière si nette; quant à ceux qui n'au ront pas compris, il ne restera qu'à leur faire entendr qu'on ne les retient plus.

Il est évident cependant que nous devons nous efforce de concilier nos devoirs professionnels avec ceux qui nou incombent envers la société. Il s'agit d'un désir, d'u besoin impérieux qui exige sa satisfaction, et cette satis faction, nous devons nous empresser de l'offrir dès d'abor en nous déclarant prêts à nous entendre avec le médeci traitant. Bien des consultations ont été précédées d'u débat semblable à celui que je viens d'esquisser.

D'autres fois la consultation est demandée franchemen au médecin traitant, mais dans des circonstances et ave des formes qui ne peuvent que froisser sa susceptibilité

Dans plus d'un cas, il peut se croire autorisé à ne pa s'attendre à une pareille demande. Il s'agit d'ancien clients qu'il soigne depuis de longues années avec dévoue ment et succès, parfois avec un désintéressement plus o moins complet; il a été nombre de fois accablé de témoi gnages — surtout verbaux — de gratitude et de confianc inaltérable. On a usé et abusé de lui sous toutes les formes il a tout prodigué: travail physique, efforts intellectuels et, ce qui n'a pas la moindre valeur, tortures morales doutes, transes, défaillances; — et quand de cette chos d'autrui il a fait sa chose, alors que moins que jamais i pense avoir démérité, tout à coup, sans préparation, o lui jette à la tête: « Docteur, nous avons en vous un confiance aveugle, mais... deux avis valent mieux qu'un il faut qu'un autre collabore avec vous à notre salut. Oui, certes, plus grande a été la peine, plus grand es alors le déboire. Il est des caractères généreux qui n supportent pas le coup sans se cabrer, et quelques-un de ces cas sont tellement odieux par le fond et par l forme, qu'il faudrait être doué d'une placidité stoïqu pour ne pas faire entendre le cri de la dignité blessée N'est-il pas arrivé trop souvent à des médecins de société mutuelles ou d'administrations, donnant leurs soins moyen nant des honoraires dérisoires prélevés sur un fonds com mun, de s'entendre dire: « Nous avons quelques ressources nous désirons faire les frais d'un médecin sérieux. »

Et cependant, de tels procédés n'autorisent pas à refuse une consultation car, encore une fois, elle constitue l mode le plus convenable de donner satisfaction au besoi qu'a l'être souffrant de s'entourer d'autant d'assistanc que possible.

Il est, dit-on, des médecins — ce sont les auteurs qu le disent, pour ma part je n'en connais aucun — qui systématiquement, repoussent toute consultation et fon

leu possible, soit ouvertement, soit en se dérobant, pour écl ›per à cette éventualité redoutée. Si je cherche à an: ser ce phénomène psychologique, je suppose qu'ils se ›nsidèrent comme étant toujours dans la position exc›tionnelle que je viens d'indiquer. Leurs clients sor de par le dévouement sans bornes, la sollicitude tou urs éveillée, les soins incessants, devenus leur chose; ils ? peuvent supporter l'idée de ne pas continuer seuls l'œ re qu'ils pensent avoir, en toutes circonstances, acc plie parfaitement; l'ingérence d'autrui dans leurs aff es à eux leur semble intolérable. Peut-être aussi se sen nt-ils convaincus que ce n'est que dans ces conditions qu ; lutteront bien. Après tout, ce ne sont peut-être qu les caractères exceptionnellement trempés, et devons-no nous incliner devant un tel homme avide, si j'ose dir de responsabilité, qui dit fièrement, fort de ce qu'il pe et de ce qu'il veut: Moi seul et c'est assez.

Tu d'entre nous, pourtant, auront le courage d'affron- ter a défiance une fois déclarée; car, à une lutte ainsi cor nuée, il y a une terminaison ainsi obligée: la vic- toi. Or, si l'on a pu dire qu'il n'est si grand capitaine qu n'éprouve un jour les revers de la fortune, quel est le édecin qui ne soit tous les jours exposé, malgré les plu savants calculs, à de lamentables défaites? Il est plu sage, pensons-nous, de faire taire de justes suscep- ibi tés, et de subir le plus galamment possible ce que l'o regarde comme un criant affront.

Aussi bien je n'ai jusqu'ici envisagé que l'exception. Soient la demande des intéressés se produit avec des for es parfaites. Bien souvent aussi le patient recon- na a que la mesure proposée est utile et pour les autres et pour lui-même. Est-il nécessaire d'insister sur les cas dif iles, au diagnostic épineux, exigeant un traitement ri té, effrayant, héroïque? Combien l'homme, qui n'est pa rop pénétré de son importance personnelle, ne doit-il pa désirer de voir sa responsabilité partagée dans plus d'u cas de ce genre? Et puis le public n'a-t-il pas raison, da une certaine mesure, quand il déclare, avec son gros bo sens et selon la formule consacrée chez nous, que qur'yeux sont plus clairvoyants que deux? Sans doute, il a des circonstances où mieux vaudrait laisser exécuter pa un seul un plan conçu par lui; mais il en est aussi où l'a onction d'autres intelligences ouvre des aperçus nou- ve x qui, franchement adoptés, tournent au plus grand bi du malade. Si l'unité de commandement est indis- pe able quelque part, c'est dans la direction des armées, et pendant, dans les grandes circonstances, le général- en ef lui-même ne convoque-t-il pas un conseil de gu re? Il le fait spontanément, d'accord, mais pourquoi ti dre qu'une consultation soit imposée? Sauf le cas où la emande faite par le malade est tellement déraison- na e et en disproportion avec les faits qu'elle était à bon ir: inattendue, un médecin de quelque sagacité sait vo sentir la confiance s'ébranler et prend les devants. Je ne parle pas des nombreux cas où sa confiance lui ai un devoir d'une pareille initiative. S'il doute de lui même, s'il espère obtenir d'un confrère un avis, une ass tance utile, il ne doit pas hésiter. S'il a des raisons de croire que sa conduite sera douloureusement prévue, l'i érêt bien entendu lui commande de décharger sur les paules d'autrui une part de son pesant fardeau. Sans doute, il ne doit pas pécher par pusillanimité ou paresse d'esprit, crier à l'aide au moindre obstacle et donner aux autres l'exemple de la défiance de lui-même. Une telle conduite serait également préjudiciable à la bourse du client et au prestige du praticien. Le tact naturel et l'expérience acquise serviront de guides pour tenir la voie moyenne.

Une fois le principe de la consultation admis, il s'agit du choix du consultant.

Si le médecin traitant a seul eu cette idée, on a su prendre à propos l'initiative, il est bien probable qu'on le priera de désigner le confrère qu'il désire s'adjoindre. Il doit, il est vrai, s'inspirant de l'intérêt du malade, proposer la personne la plus utile; cependant, à égalité de mérite, il ne peut être blâmé de choisir celle qui lui sera en même temps agréable. Aussi bien, les bons rapports antérieurs, s'ils ne vont pas jusqu'à engendrer une coupable complaisance, sont une garantie de plus pour le malade. D'autres fois ce sera ce dernier qui fera sa proposition; dans quelques cas le consultant offert sera ce même confrère qui, invité à agir seul et subrepticement, n'aura fait que son devoir en refusant de jouer un rôle indigne de lui.

Le consultant proposé pourra pour une raison ou une autre être désagréable au médecin traitant. Ici, je pense que, pour la plupart de nous, l'intérêt du malade primera nos répugnances, pourvu, bien entendu, qu'il s'agisse d'un docteur honorable, — nous sommes d'accord sur ce qu'il faut entendre par cette désignation. Heureusement qui dit consultation, dit rencontre loyale et courtoise, mais non pas nécessairement cordiale.

Si les répugnances sont invincibles, il faut les formuler franchement, mais, tout en déclarant ne pouvoir accepter le consultant désigné, ajouter aussi qu'on est prêt à renoncer à son malade si celui-ci persiste dans son choix. Il est inutile de faire ressortir qu'en se laissant aller à de pareilles extrémités on court grand risque de livrer la dignité professionnelle aux interprétations malicieuses du public.

La rencontre décidée et amenée dans les formes consacrées, les confrères mis en présence ont naturellement l'un et l'autre des droits et des devoirs.

Me sera-t-il permis de mentionner d'abord et en passant un point accessoire, mais non insignifiant: je veux parler de l'exactitude, si nécessaire dans les rapports d'hommes qui ont peu de temps à perdre. Absolument de rigueur de la part du médecin ordinaire, elle est chez le consultant un témoignage de déférence d'autant plus indispensable que le public est disposé à lui attribuer un rôle prépondérant. Plus un médecin sera haut placé dans la hiérarchie scientifique, plus il éprouvera le besoin de pratiquer, je dirai presque, cette vertu qui, appelée jadis la politesse des rois, ne peut qu'honorer les princes de la science.

Le médecin traitant doit à son confrère un exposé exact de l'histoire de la maladie, portant principalement sur le diagnostic et le traitement. C'est là la base fondamentale d'un plan efficace pour la bataille à livrer par les deux alliés à l'ennemi commun. Ce point de départ est si simple qu'il paraît oiseux de l'énoncer; pourtant j'ai ouï parler dans un voyage en pays lointain, d'un procédé tout différent suivi par un praticien trop chatouilleux

sur un faux point d'honneur. Il accueille le consultant avec un air de protection dédaigneux ou de familiarité protectrice qui commence par jeter le trouble et le remords dans le cœur du malade et de son entourage, puis il lui tient à peu près ce langage: « On a éprouvé le besoin d'avoir votre avis sur le malade que voici. Vous allez l'examiner et prescrire quelque chose. Veuillez vous dépêcher, car je suis pressé; et l'heure de notre consultation, que j'ai acceptée par égards pour vous, m'est particulièrement incommode. » Que si l'on se récrie, en déclarant qu'on pense avoir le droit d'être plus amplement informé, il donne d'un ton gouailleur, ou plutôt il se laisse arracher quelques renseignements incomplets et décousus, en faisant entendre ou en disant clairement qu'il ne faut pas tant de cérémonies pour accoucher d'une ordonnance, en supposant que le consultant se décide à formuler, ne fera pas grand mal au malade, car l'application n'en sera exigée que très mollement et jamais au delà de vingt-quatre heures.

Le procédé est curieux et bon à citer à cause du contraste même qu'il fait avec nos usages. Chez nous, rien de pareil, le médecin ordinaire fait son possible pour jeter le grand jour sur la situation. La règle stricte veut que ce colloque ait lieu à huit clos et je pense qu'on a souvent tort de s'en départir. Parfois, il est vrai, le médecin éprouve une vraie satisfaction à parler devant le malade et sa famille et à leur laisser implicitement la latitude de contredire et de compléter son récit; mais cette manière de faire, habile en apparence, offre en réalité des dangers sérieux, et le consultant n'a qu'à bien se tenir: un geste, un coup d'œil est interprété; la question la plus innocente du nouveau venu peut fournir une arme contre l'ancien médecin. Chacun de nous pourrait en citer des exemples; j'en ai retenu un qui m'a beaucoup frappé au début de ma carrière et qui n'a pas été depuis sans influence sur ma conduite. « Avez-vous appliqué des vésicatoires? demande sans penser à mal, un de nos plus bienveillants confrères, mort depuis et bien regretté. — Non pas encore, je ne jugeais pas le moment venu. » La consultation s'achève, l'application d'un vésicatoire est décidée. La malade succombe quelques jours après, et le médecin traitant est encore aujourd'hui — je l'ai entendu — accusé de la mort de sa cliente.

A plus forte raison faut-il que la délibération qui suit l'examen se tienne dans une pièce séparée — et à voix sourde, car c'est bien là le cas de dire que les murs ont des oreilles! Cette précaution n'est pas du goût de toutes les familles: on est désappointé de renoncer aux révélations qui devaient surgir des débats, ou bien l'on se croit parfaitement compétent pour décider en cas de désaccord. « Pourquoi, me disait naguère un homme fort et intelligent que je poussais doucement vers la porte de la chambre où il nous avait suivis, pourquoi tenez-vous à être seuls? Avouez que c'est là une cérémonie destinée à maintenir votre prestige? — Non pas; je ne vois, il est vrai, aucun inconvénient ni pour nous, ni pour vous, à préserver ce que vous appelez notre prestige, mais ce n'est là qu'une conséquence et non le motif de notre manière d'agir. Nous ne vous appelons pas à assister à notre conversation tout comme un conseil de guerre ne délibère pas devant les soldats qui doivent exécuter ses ordres. » La comparaison est peut-être ambitieuse, et m'aperçois que je l'ai déjà faite tout à l'heure. Cependa l'analogie existe: nous ne pouvons pas laisser le princi intéressé ou ses ayants droit, témoins de nos hésitatio de nos doutes, de nos dissidences. Il faut que de la sa de délibération sorte un verdict arrêté, net, ne trahiss aucune défaillance, prononcé au nom des médecins en prennent la responsabilité, sans que rien ne désig l'opinion particulière de personne. — Les auteurs qui didactiquement traité de la manière indiquent ce q faut faire en cas de désaccord absolu. Je suis heure de dire que je ne me suis pas encore trouvé en pa embarras, et j'ai tout lieu de croire que chez nous cas est rare. Si l'on aborde la situation, non peut-ê sans réprimer quelque tressaillement d'amour-propre, s éprouver quelque douloureux froissement, mais bien cidé à n'agir qu'en homme de cœur et en galant homm si l'on sait effacer sa personnalité pour ne songer q l'intérêt du malade; si l'on a usé du droit qu'on possè après tout, de récuser un confrère avec qui l'on prév qu'on ne pourrait s'entendre, — il n'est jamais t difficile de plier son avis à celui d'un homme de l' que je suppose toujours bien intentionné; et qui parf a pour lui une compétence réellement plus grande.

Le devoir du consultant est de rendre la consultati aussi utile que possible à ceux qui ont mis leur confian en lui, tout en s'efforçant de ne nuire ni au médec ordinaire, ni par actes, ni par paroles, ni même p gestes. Il ne faut que du tact, de la prudence et surto de la bonne foi pour ne pas commettre ce lamentab méfait. Refuser de voir le malade seul; ne pas arriv avant l'heure convenue; éluder toute réponse non co certée à une question directe; se garder de toute asserti imprudente, involontairement perfide — je n'admets p la possibilité d'une perfidie voulue; — ne dire jamais *m* mais: *nous;* louer hautement, mais sans affectation mal droite, tout ce qu'on approuve; ne pas se laisser arrache même le plus indirectement du monde, l'aveu implici qu'on blâme la marche suivie jusqu'alors; présenter l modifications du traitement comme résultant de nécé sités récentes; en un mot, faire à son confrère ce que l'c voudrait qu'il vous fît, si les rôles étaient intervertis: to cela est facile et n'exige ni science transcendante, ni tale hors ligne, mais seulement un jugement droit et un cœu bien placé.

Le consultant ne doit pas oublier que son confrère trouve dans une position délicate, qu'il subit une épreuv et que, parfois, il n'a pas tort de croire qu'il pourra e sortir amoindri; il doit se rappeler, et cela sera facile, s' s'est trouvé souvent lui-même en pareille situation, que l public est assez disposé à attribuer tout ce qui va suivr de favorable à son intervention, toute issue funeste au mauvaises mesures antérieures. C'est là peut-être ce qu instinctivement, sans aucun calcul blâmable, fait redoute certaines consultations par des praticiens, sûrs, à bo droit, d'avoir fait jusque là ce qu'exigeait la situation, n désespérant pas de l'avenir, et blessés de voir une inter vention, à leurs yeux inutile, menacer de leur enlever a moins une part de l'honneur qui leur revenait tou entier.

l consultant ne peut pas empêcher complètement cet impression de se produire, mais il peut et doit l'atténu par son attitude et ses paroles. Ce n'est pas seulement pe ant l'entrevue qu'il doit se surveiller; dans son cab et, qu'il ne peut fermer à personne, pendant ses vis s, dans le monde, il est exposé à des questions direc s, à des insinuations et quelquefois à des demandes de onseils supplémentaires ou nouveaux, justifiés en ap rence par des accidents imprévus. Sauf le cas d'urge : absolue, incontestable, de danger subit, exigeant un intervention instantanée en l'absence bien constatée du édecin traitant, le consultant ne doit pas se rendre seu hez le malade. Il ne doit jamais, sous aucun prétexte, suc der auprès de lui à son confrère.

Quelques-uns trouvent cette dernière règle bien rigoureu , quand on l'étend même aux maladies postérieures à lle qui a nécessité la consultation. On argue des dro s du malade qui, après tout, doit être libre de changer de édecin. — Lorsqu'une personne vue par nous pour la remière fois en consultation nous tient ce raisonnemc , et ne se laisse pas rebuter par les arguments tirés des evoirs confraternels, nous pouvons en finir en disant: « E. mais sans doute on est libre, nous le sommes l'un et autre, vous client, de quitter votre médecin et d'en prndre un autre, moi médecin, de n'accepter que les clients qui me conviennent, et je fais usage de cette libté en vous éconduisant. »

Dans les petites localités, où les médecins sont rares, l'application de cette règle peut, j'en conviens, devenir difficile, et il est concevable qu'un praticien tenté, sollicité, obsédé, convaincu sincèrement qu'on lui demande un de ces services qui ne se refusent pas, fort du témoignage de sa conscience qui ne lui reproche aucune manœuvre illicite, finisse par céder et se décide à prendre dans une maison la place de celui qui lui en a ouvert la porte. Mais une seule faiblesse de ce genre peut ternir la pureté d'une réputation sans tache et devenir le point de départ de mauvais rapports confraternels. Mieux vaut se tenir net: le médecin, comme la femme de César, ne doit pas être soupçonné.

Messieurs, je m'arrête sur ces mots qui résument ma pensée et la vôtre, car je sais que je ne vous ai rien appris et j'estime n'avoir rien avancé qui ne soit approuvé par la conscience de chacun de vous. Les usages que j'ai retracés dans une rapide esquisse, sont ceux qui règnent parmi nous, dont nous avons reçu et dont nous nous efforcerons de perpétuer la tradition.

Nous maintiendrons les principes d'honneur et de délicatesse transmis jusqu'à nous par de nombreuses générations de médecins, appliqués sous nos yeux, dès nos débuts dans la carrière, par des maîtres vénérés, et notre avenir, garanti par notre passé, sera tel que nous puissions toujours, comme aujourd'hui, nous aborder le front haut et attester, sans trouble, et sans arrière-pensée, par un cordial serrement de main, la franchise et la loyauté de nos relations professionnelles.

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

René-A. GUTMANN. — **Les déformations pseudo-néoplasiques de l'antre dans l'ulcère de la petite courbure.** "La Presse Médicale", **53**: 636 (24 novembre) 1945.

Travail original illustré de 10 figures: clichés radiologiques montrant une grande variété de déformations antrales.

L'A. étudie une déformation qui diffère de l'ulcère classique de la petite courbure. L'ulcère qu'il décrit se manifeste à distance par une influence nerveuse qui change globalement la forme de l'antre et en modifie le relief muqueux, soit par gastrite, soit par une désorientation autoplastique des plis.

Le diagnostic précis de cet ulcère ne peut être fait que par l'examen minutieux de plusieurs séries de clichés. Ces images si peu connues sont, dans l'ulcère de la petite courbure, d'une extrême fréquence. Elles font vraiment partie de sa physionomie et permettent même de soupçonner plus haut un ulcère causal. La confusion, si commune et si grave, avec le cancer devrait être moins fréquente si, dans l'examen des clichés, on se rappelait que le caractère essentiel des grandes images néoplasiques est d'être « superposables », ce que l'on ne retrouve pas dans le cas dont il est question.

L'A. signale toutefois une autre difficulté de diagnostic à laquelle on peut se heurter. « On peut observer, en effet, vraiment, des lésions doubles, ulcus gastrique et prépylorique, association qui ne change pas grand'chose à la conduite thérapeutique, mais surtout ulcère de la petite courbure et cancer authentique de l'antre. L'image pathologique, dans ce cas, reste constante sur la série et stable ou progressive sur les séries ultérieures. »

Les chirurgiens gastro-entérologues apprécieront ce souci de contrôle radiologique élaboré qui établira plus solidement l'opportunité [illegible] leur intervention.

Pierre SMITH

J. H. CURRENS, T. D. KINNEY et P. D. WHITE. — **Sténose pulmonaire sans lésion du septu[illegible] interventriculaire.** (*Pulmonary stenosis wi[illegible] intact interventricular septum*). "Americ[illegible] Heart Journal", **30**: 5 (novembre) 1945.

La sténose pulmonaire est fréquente chez [illegible] enfants et les jeunes adultes, associée avec [illegible] lésions congénitales du coeur, particulièrem[illegible] du septum interventriculaire. Abbott a d[illegible] montré cependant que 2 cas sur 7 sont susce[illegible] tibles d'avoir une sténose pulmonaire sans lési[illegible] interventriculaire. Les auteurs rapportent [illegible] cas qui ont présenté à l'autopsie une sténo[illegible] pulmonaire pure.

Le patient le plus jeune avait 4 mois ½ et [illegible] plus âgé 43 ans. Aucune prédominance de se[illegible] Dans chaque cas avait été noté un souffle sy[illegible] tolique d'intensité maxima au niveau du 2e [illegible] 3e espace intercostal gauche. Il s'irradie da[illegible] la région cervicale gauche et est transmis da[illegible] le dos, ce qui permet de le différencier du soufi[illegible] d'une communication interventriculaire. Da[illegible] 4 cas seulement on remarqua un certain deg[illegible] de cyanose.

Dans cinq cas le décès peut être attribu[illegible] à la défaillance cardiaque. La sténose pu[illegible] monaire semble compatible avec la vie ju[illegible] qu'à la 3e ou 4e décade. Un patient seulemen[illegible] avait des signes discrets de tuberculose pulm[illegible] naire. En général, on enregistre à l'électroca[illegible] diographie une prépondérance droite marqué[illegible] Les rayons X n'ont montré aucune configuratio[illegible] caractéristique. Enfin, les auteurs croient qu[illegible] cette lésion est d'origine congénitale et non [illegible] résultat d'une endocardiate fœtale.

Paul DAVID.

H. I. RUSSEK et B. L. ZOHMAN. — **Le syndrom[illegible] de Bernheim** (*The syndrome of Bernheim*) "American Heart Journal", **30**: 5 (novembr[illegible] 1945.

En 1908, Bernheim démontra une sténose d[illegible] ventricule droit plutôt qu'une dilatation che[illegible] un grand nombre de patients morts avec l[illegible] symptomatologie classique de défaillance ventri[illegible]

ire droite. Dans ces cas il observa une dé-
ion dans la cavité droite et une hypertrophie
idérable du septum interventriculaire. Cette
ation et cette hypertrophie étaient causées
l'hypertrophie du ventricule gauche et il
ésultait une diminution proportionnelle de
apacité du ventricule droit. Cet obstacle
cardiaque du courant sanguin cause par sa
ion une stase veineuse. En conséquence, le
ostic de syndrome de Bernheim repose sur
ge clinique de défaillance isolée du ventri-
droit associée à de l'hypertrophie du ven-
le gauche.

ois cas sont présentés et ils illustrent très
l'évolution clinique de ce syndrome. Il
le que ce syndrome peut apparaître dans
condition qui demande au cœur gauche
urcroît de travail.

Paul DAVID.

CHIRURGIE

Alexander BRUNSCHWIG. — **Résections radicales du cancer intra-abdominal avancé.** (*Radical Resections of Advanced Intra-abdominal Cancer.*) "Ann. of Surg.", **122**: 923 (décembre) 1945.

Les améliorations apportées à la préparation des patients devant subir une intervention radicale dans les cas de cancer intra-abdominal reconnu avancé ont eu pour effet de réduire la mortalité postopératoire et de permettre aux chirurgiens des résections plus audacieuses qu'auparavant.

L'A. présente 100 cas au milieu desquels il a choisi 4 cas types dont la description lui fournit l'occasion de dégager certaines considérations.

Voici les contre-indications d'une extension radicale de l'acte opératoire dans les cas de cancer abdominal avancé : métastases péritonéales étendues; trop nombreuses métastases hépatiques; impossibilité de circonscrire les masses néoplasiques par les incisions de la résection. Toutefois, lorsqu'un soulagement immédiat s'impose, même s'il est avéré qu'il ne doit être que temporaire, on peut passer outre aux contre-indications mentionnées plus haut. L'A. cite plusieurs formes de cancer identiques et réagissant différemment au développement du cancer comme l'opération elle-même.

Les opérations pratiquées varient de la gastrectomie sub-totale à la pancréato-duodénectomie en un temps, de la gastro-jéjunostomie (procédé de Polya) à la duodéno-jéjunostomie, en passant par toutes les résections organiques massives commandées par la diffusion néoplasique locale.

L'A. donne des tableaux des résultats acquis sur une échelle de plus de 10 ans.

Pierre SMITH.

Burnett W. WRIGHT. — **Pyélo-cystostomie d'un rein unique et ectopique.** (*Pyelo-cystostomy in a Solitary Ectopic Kidney.*) "The Journal of Urology", **54**: 413, 1945.

L'article débute par des considérations d'ordre général sur les bienfaits de la dérivation temporaire ou définitive des urines. L'A. mentionne que cette thérapeutique trouve souvent des indications dans le traitement des anomalies de l'appareil urinaire. Il en est ainsi de l'hydronéphrose en particulier, surtout lorsqu'elle siège sur un rein unique, car le drainage s'impose alors de façon péremptoire.

Dans le but d'établir la dérivation des urines, l'anastomose du bassinet à la vessie a été réalisée, en 1929, par Hess, qui l'a nommée pyélo-cystostomie. Cette opération, sans précédent dans la littérature médicale, remédie avec succès et depuis quatorze ans à une hydronéphrose sur un rein en fer à cheval.

Dans le présent article, l'A. rapporte qu'il a exécuté lui-même cette opération, pour traiter efficacement une hydronéphrose progressive sur rein unique, en ectopie pelvienne. L'observation du malade est donnée en détail. Elle contient toutes les péripéties de la maladie, jusqu'au stade des complications incompatibles avec une survie prolongée.

L'opération, qui rappelle la gastro-entérostomie, réalise l'anastomose rétropéritonéale du bassinet à la vessie. La technique en est décrite entièrement. Elle est en plus illustrée par de nombreuses figures. Des radiographies prises avant et après l'opération complètent cette observation.

Rosaire LAUZER.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

I. Lawson DICK. — **Observations préliminaires sur la transplantation d'os iliaque.** (*Preliminary observations. Iliac Bone Transplantation.*) "The Journal of Bone and Joint Surgery", **28**: 1 (janvier) 1946.

L'auteur rapporte que cette question avait été d'abord étudiée par Keith en 1736 et plus

tard par Duhamel, de Paris, Hunter, de Londres, Syme et Goodsir, d'Edimbourg, et Ollier, de Lyons.

Macewen, en 1878, avait réséqué toute la diaphyse humérale d'un enfant de trois ans à la suite d'une ostéomyélite incurable. Deux ans plus tard, les parents lui ramenèrent l'enfant pour amputation parce que le membre, malgré la cicatrisation des fistules, était devenu inutile. Macewen ne fit pas l'amputation, mais il remplaça la diaphyse humérale par des fragments osseux provenant d'ostéotomies du tibia et prélevés chez d'autres patients. Vingt ans plus tard, de six pouces qu'il était au début, l'humérus avait atteint une longueur de 11 pouces et était suffisamment solide pour permettre à ce malade de s'adonner à des travaux manuels.

C'est à ce moment que commencèrent les discussions et les hypothèses sur la croissance normale de l'os et la réparation osseuse. Le problème n'a pas encore été résolu aujourd'hui.

Jusqu'en 1914, Albee a toujours soutenu que le greffon osseux se comportait de la même manière que le transplant utilisé dans la greffe des arbres. Leriche et Policard, de leur côté, étaient d'avis que les greffons prélevés à même la corticale de l'os mouraient toujours et étaient remplacés par des cellules prenant naissance dans l'os greffé.

Les travaux de Phemister, de Ghormley et de Stuck apportèrent plus de lumière et il semble bien démontré actuellement que certaines cellules du transplant cortical se développent et croissent pour former de l'os nouveau tandis que d'autres meurent pour être remplacées par un tissu osseux de néoformation développé à même les cellules du greffon qui ont survécu ou à même les cellules de la région qui est greffée.

La corticale de l'os apporte sans doute par sa solidité des avantages mécaniques indiscutables, mais son pouvoir d'ostéogénèse est cependant inférieur à celui de l'os spongieux (cancellous bone) et ce fait a été démontré expérimentalement par Campbell et Gallie qui ont utilisé avec succès le tissu osseux provenant de l'os iliaque. Ils ont constaté que la néoformation osseuse était beaucoup plus rapide.

De plus, le prélèvement d'un greffon sur le tibia offre certains inconvénients qui méritent considération. Les fractures pathologiques et les douleurs persistantes sont assez fréquentes. [illegible]mond Clarke avait l'habitude de répéter: « Je vois de résultats de greffes osseuses, je j'hésite à mutilier un tibia intact. »

L'auteur traite ensuite des applications de cette méthode en chirurgie plastique, en neurochirurgie pour combler les pertes de substance osseuse — 7 à 10 jours après l'intervention, l'os présente déjà assez de solidité pour résister au doigt.

L'os spongieux est aussi employé dans les arthrodèses et les pertes de substance, de quelque nature qu'elles soient.

Suit une description de la technique opératoire.

Il faut d'abord se rappeler que les deux régions accessibles où l'os spongieux est plus abondant sont: en dessous de la crête près de l'épine iliaque antéro-supérieure et au niveau de l'épine postéro-supérieure. Et de ces deux régions, c'est la dernière qui fournit le tissu osseux de meilleure qualité.

Un volet est creusé dans la table externe et le tissu spongieux prélevé avec une pince gouge en ayant soin de ne pas aller trop profondément, surtout à la région postérieure à cause du danger de pénétrer dans l'articulation sacro-iliaque.

L'os est ensuite coupé en des cubes de 5 centimètres ou de plus petite dimension. Il se produit parfois un hématome qu'il faudra prévenir par une bonne hémostase.

La région qui sera greffée doit être préparée de façon à assurer une bonne vascularisation des greffons. S'il s'agit d'une arthrodèse, les cartilages seront enlevés en entier et le tissu spongieux mis à nu. Si l'on doit combler une perte de substance osseuse, il faut se débarrasser du manchon fibreux qui entoure les fragments et exciser les muscles sclérosés au voisinage du foyer de fracture.

L'alignement du membre se fait par moulage pendant la mise en place de l'appareil plâtré.

De plus cette méthode peut permettre une correction secondaire par manipulation lorsque le plâtre est changé après 12 à 14 jours, chose qui n'est pas possible si l'on a employé une greffe corticale.

L'auteur rapporte ensuite quelques cas cliniques de malades chez qui ce genre de greffe a été employé. Chez tous, la consolidation

tenue dans un délai relativement court.

Il ermine en disant que:

a) L'emploi d'os spongieux est particulièrement indiqué dans les arthrodèses, certaines arthroses et certaines fractures à consolidation retardée.

b) Si la stabilité de l'os fracturé peut être ie par d'autres moyens qu'une greffe corcal il n'y a pas de doute que la consolidation p duira par cette méthode.

c) Le principal désavantage de la greffe corcal tibiale réside dans le fait que le greffon oit tre prélevé sur un os sain.

d) Enfin l'usage d'un matériel plastique rérbole de plaques et de vis associé à la greffe e tsu spongieux de l'os iliaque, représenterait nthode idéale d'ostéosynthèse.

Ant. POULIOT.

UROLOGIE

ovic W. PIERCE et Bernard BLOOM. — **Quelques observations concernant la lithiase urinaire parmi les troupes américaines dans une région désertique.** (*Observations on urolithiasis among American troops in a desert area.*) "J. of Urol", **54**: 466, 1945.

Les A. signalent certains faits pouvant contribuer à l'étude de l'étiologie de la lithiase urinair Ainsi, la présence de troupes américaines ans toutes les parties du monde, quand ces ndividus ont à peu près la même ration alimentaire, leur suggère déjà des termes de comaraison instructifs.

Dans une région désertique reconnue pour la réquence de la lithiase urinaire chez les indigènes, le régime alimentaire de ces peuplades se révé franchement insuffisant. Tel n'était pourtant pas le cas des troupes américaines stationnées durant seize mois dans ces mêmes régions. Cependant, des crises de colique rénale avec émission de calculs de formation récente se précisirent dès la sixième semaine, pour acquérir dans la suite une fréquence vraiment remarquable au dixième mois de l'occupation du pays.

Les A. ont observé, en outre, que ces accidents urvennent plus souvent l'été, et surtout dans a plaine, où la chaleur est intense, provoquant une transpiration, profuse avec raréfaction des urines. Ainsi des individus en état de santé peuvent n'avoir qu'une miction en vingt-quatre heures, sans ressentir de malaises.

L'eau potable dans ces régions, qui était rare du moins à l'arrivée, est une eau dure. Mais on n'en a pas fait l'analyse détaillée.

Les A. ont également recherché les antécédents pathologiques de l'appareil urinaire, dans les cas de lithiase qu'ils ont observés. L'infection urinaire apparut alors exceptionnelle. Chez neuf malades, on a dépisté des antécédents lithiasiques, remontant de deux à dix ans. Des statistiques plus complètes sont incompatibles avec la discrétion nécessaire en temps de guerre.

En comparant les races, on trouva que dix blancs, contre un soldat de couleur, placés dans les mêmes conditions de vie, ont été atteints de lithiase urinaire.

Les calculs, repérés dans le rein et surtout dans les uretères, variaient entre un et deux millimètres dans leur plus grand diamètre. Ils étaient formés, pour la plupart, d'oxalate et de phosphate de calcium.

Incidemment, les A. ont observé des hématuries chez les conducteurs de véhicules moteurs, soumis durant de longues heures à des traumatismes répétés, sur des routes cahoteuses. Mais chez ceux-ci, la lithiase urinaire n'apparut pas plus souvent que chez les autres réduits à des travaux sédentaires.

Les A. ne prétendent pas tirer de conclusions définitives de leurs observations trop limitées. Ils prétendent toutefois que les nécessités de la guerre, entraînant les troupes dans des régions disparates, offrent des occasions exceptionnelles d'observations scientifiques, qu'il ne faut pas négliger.

Rosaire LAUZER.

PEDIATRIE

L. E. POTTER. — **L'effet de la vitamine K administrée durant le travail sur la mortalité infantile.** (*The Effect on Infant Mortality of Vitamin K Administered During Labor.*) "Am. J. Obst. and Gynec.", **50**: 235 (septembre) 1945.

Dans le passé, de nombreux observateurs ont affirmé à diverses reprises que l'administration prophylactique de vitamine K à la mère, durant sa grossesse, ou durant les premières heures du travail, pouvait amener une diminution importante des accidents hémorragiques que l'on rencontre fréquemment chez le nouveau-né.

Cependant, dès 1942, Sanford et ses collègues furent les premiers à s'élever contre de telles prétentions: dans leur étude sur la vitamine K,

ils ne purent démontrer que les manifestations hémorragiques du nouveau-né sont associées à une déficience en prothrombine, ou qu'elles sont diminuées par l'administration de vitamine K. Sanford à ce moment soutenait que certaines conditions autres qu'une déficience en vitamine K devaient être tenues responsables de la majorité des manifestations hémorragiques du nouveau-né. La véritable maladie hémorragique par hypoprothrombinémie est une affection rare, qui ne se rencontra qu'une fois sur 2,500 naissances d'après les compilations de Sanford.

L. E. Potter entreprit les recherches suivantes au « Chicago-Lying-in-Hospital », dans le but de contrôler s'il est vrai que l'administration routinière de la vitamine K peut réduire les taux de mortalité néonatale, en diminuant le nombre des enfants qui meurent d'hémorragie.

Durant une période de 2 ans (en 1941 et en 1942), la vitamine K fut administrée systématiquement à toutes les patientes qui vinrent accoucher à l'hôpital. Durant une même période de temps, en 1943 et en 1944, pas une seule accouchée au contraire ne reçut de la vitamine K. Les taux de mortalité, pour les dix premiers jours de la vie, furent identiques dans les deux groupes.

Des 369 enfants mort-nés ou morts dans les dix premiers jours après la naissance, 334 furent soumis à un examen post-mortem. A l'autopsie, on put relever, dans l'un et l'autre groupe, à peu près le même nombre d'enfants présentant des manifestations hémorragiques. Presque tous les cas d'hémorragie d'ailleurs purent être rattachés à un travail ou à un accouchement difficile.

Chez 2 enfants seulement l'auteur put soulever, à l'autopsie, la possibilité d'une véritable maladie hémorragique, mais il fut impossible d'arriver à un diagnostic définitif. Ces deux nouveau-nés en tout cas ne bénéficièrent aucunement de l'administration de la vitamine K. Si ces deux cas étaient des cas de maladie hémorragique, la vitamine K ne parvint pas à les guérir. Si ce n'en était pas, la maladie hémorragique du nouveau-né ne se présenta pas alors une seule fois au cours de 13,000 accouchements.

Potter conclut que l'administration routinière de la vitamine K durant le travail ne réduit pas la mortalité fœtale ou infantile, et que la maladie hémorragique du nouveau-né, comme entité clinique, a probablement d'autres causes que la diminution du taux de la prothrombine dans le sang.

Norbert VEZINA.

Leonard MARTHA. — **La maladie hémolytique du nouveau-né.** (*Hemolytic Disease of the Newborn.*) "Journ. of Ped.", **27**: 249, 1945.

L'auteur, utilisant les 55 cas cliniques traités au « New York Hospital » entre les mois de juillet 1938 et juin 1944, présentant la plupart des symptômes caractéristiques de l'érythroblastose fœtale, c'est-à-dire: jaunisse, anémie progressive, hépatomégalie, splénomégalie, hémorragie, œdème, un très grand nombre de globules rouges nucléés dans le sang circulant, le diagramme typique d'un sang Rh négatif chez la mère et d'un sang Rh positif chez le père et le bébé, désire rechercher: 1° le rôle de l'isoimmunisation dans la production du syndrome; 2° jusqu'à quel point les symptômes peuvent varier et comment ils sont en corrélation; 3° quand et combien de fois les enfants doivent être transfusés; 4° s'il est possible de le substituer transfuser; 5° s'il y a une thérapeutique adjuvante efficace; 6° quelle est la cause la plus fréquente de la mort.

Ce programme d'étude le conduit à faire les constatations suivantes.

L'âge, le sexe et la race: 44 étaient âgés de 1 semaine au moins, 7 dépassaient 2 semaines; 29 étaient des garçons, 26 des filles. Tous étaient de race blanche.

Dans leur histoire familiale, 13 avaient été précédés d'enfants atteints de la même maladie. Dans 5 autres familles l'on notait des fausses couches, des mort-nés, ou des bébés mourant dans la période néonatale. Dans 33 cas où la recherche du facteur Rh a pu être effectuée, 28 (84%) ont montré le diagramme typique. Dans les 16 autres cas, le père, la mère et le bébé étaient Rh positif.

Le syndrome clinique s'est présenté avec des variantes considérables. La plupart étaient jaunes dès la naissance ou très tôt après la naissance. Après une accentuation de quelques jours il prenait entre 1 à 8 semaines à disparaître.

Le foie était augmenté de volume chez 44 cas, la rate dans 32. Les deux organes demeurèrent ainsi pour plusieurs semaines.

Le degré d'anémie a été extrêmement variable

L'hémoglobine a varié entre 8 gm. et 15 gm. avec comme moyenne 12 à 15 gm.

Dans la plupart des cas le nombre des érythrocytes nucléés était modérément augmenté. Il a été possible d'établir qu'il n'existe aucune corrélation entre le degré d'anémie et le nombre d'érythroblastes.

L'œdème est un symptôme inconstant, mais un œdème marqué constitue un symptôme de gravité.

Les manifestations hémorragiques, sous forme de pétéchies, d'hémorragie gastro-intestinale, ou génito-urinaire, ne sont pas fréquentes.

L'étude de la prothrombine parle en faveur d'une déficience en vitamine K comme cause première de cette tendance hémorragique chez les érythroblastes.

Le traitement de choix, c'est la transfusion.

Avant la connaissance du rôle de l'isoimmunisation, le sang des parents était utilisé. Généralement, la transfusion se fait à raison de 20 c.c. de sang total citraté par kilo de poids, injecté dans une veine superficielle à raison de 5 à 20 c.c. par minute.

La majorité des transfusions a été suivie d'une bonne amélioration de l'état général du malade et un taux d'hémoglobine augmenté.

2 enfants ont reçu du sang paternel, un seul a fait une réaction.

2 enfants ont reçu du sang maternel. L'on ne note aucune réaction.

4 transfusions furent faites avec du sang Rh négatif. Un seul a présenté des réactions graves.

13 transfusions furent effectuées avec du sang dont le facteur Rh était inconnu. Dans deux cas la mort a pu être précipitée par la transfusion.

Dans l'ensemble l'on a noté peu de différence entre l'emploi de l'un ou de l'autre sang, mais l'augmentation de l'hémoglobine aurait été plus forte avec l'usage d'un sang Rh négatif.

Outre la transfusion, les enfants recevaient une diète hypersucrée, hyperprotéinique, hypergraisseuse, au moyen d'une poudre demi-écrémée: presque tous reçurent de la vitamine K intramusculaire.

L'évolution a été variable. Le retour à la santé a pu entre 1 semaine et 3 mois. La complication la plus fréquente a été la diarrhée.

La mortalité a été de 35% (19 sur 55). Les enfants succombaient généralement en dedans de 1 à 3 jours. L'anémie n'a pas semblé être la cause majeure de la mort.

L'autopsie, effectuée sur 17 des 19 cas de morts, a montré constamment une hématopoïèse extra-médullaire dans le foie et la rate, fréquemment dans les reins, les surrénales, le pancréas et le thymus.

D'autres hémorragies ont été constatées, notamment intracrâniennes et gastro-intestinales.

La pathogénie n'est pas encore complètement élucidée.

L'hémolyse serait le facteur primordial. Pour Patter, « l'érythroblastose fœtale est une maladie caractérisée par une destruction et une régénération anormale des érythrocytes. Les manifestations pathologiques de l'érythroblastose sont des résultats directs d'une destruction excessive des érythrocytes et une atteinte des tissus proposés à la compensation de cette perte. »

Pour l'auteur, une telle définition ne s'accorde pas avec ce qu'il a rencontré. Plusieurs cas se sont présentés sans que la jaunisse, témoin d'une hémolyse globulaire, soit importante et pourtant l'on notait une hépatosplénomégalie définie.

Le traitement par la transfusion, lorsqu'elle est indiquée, c'est-à-dire lorsque l'enfant est anémique, s'impose d'emblée et elle doit se faire avec du sang Rh négatif. Chez ceux qui ne sont pas anémiques, le plasma est préférable au sang total.

de la Broquerie FORTIER.

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Lucien ROUQUES. — **Un symptôme radiologique de la paralysie du glosso-pharyngien.** "La Presse Médicale", **53**: 600 (3 novembre) 1945.

La paralysie du IXe nerf se traduit fonctionnellement par une dysphagie non douloureuse et par des troubles du goût, objectivement par un mouvement de rideau de la paroi pharyngée postérieure lors de la contraction du pharynx.

Le radiographe peut facilement poser le diagnostic par la constatation du signe de Calvet. Dans le *Journal de Radiologie et d'Electrol.* (1944-45, 26: 47-48), P. Marquès intitule un travail: « L'accrochage de bouillie barytée dans les sinus piriformes, signe de la paralysie du glosso-pharyngien ».

Normalement, lors de la déglutition, la contraction des muscles pharyngés et l'ascension du larynx chassent énergiquement le bol alimentaire vers l'œsophage. Lorsqu'il y a paralysie du IXe, ce mouvement ne se produit pas ou se produit mal, une bouillie barytée de consistance crémeuse coule le long de la base de la langue, s'arrête en partie au niveau des vallécules, puis remplit les sinus piriformes, gouttières situées de chaque côté de la saillie laryngée; l'accrochage uni ou bilatéral persiste pendant plusieurs minutes et il est facile de prendre des clichés.

De face, l'ombre de la bouillie se présente de chaque côté du larynx sous la forme d'un triangle à pointe inférieure plus ou moins émoussée; on observe souvent aussi un petit accrochage bilatéral en nid de pigeon, à la hauteur de l'os hyoïde, qui correspond au remplissage de la vallécule. De profil, cet accrochage se projette entre la base de la langue et l'épiglotte: l'ombre du sinus piriforme conserve son aspect triangulaire à pointe inférieure à la hauteur du chaton cricoïdien. Chez les pseudo-bulbaires, le signe de Calvet reste négatif.

V. LATRAVERSE.

Simon BALL. — **Usage de la pénicilline dans l'otite moyenne aiguë et la mastoïdite.** (*Penicillin in acute otitis media.*) "Arch. Otolaryngology", **41**: 109 (février) 1945.

Les patients dont les cas sont rapportés dans cet article furent tous traités avec un composé de sulfonamide, et la pénicilline fut administrée seulement après que l'infection fut démontrée résistante aux médications sulfonamidées. Quand aucune amélioration ne fut notée ou que la suppuration s'aggravait, la chimiothérapie fut discontinuée et l'administration de la pénicilline commencée.

Le diagnostic de l'otite moyenne aiguë et de la mastoïdite aiguë était établi par des examens otologiques et radiologiques. Otologiquement, on constatait chez le patient la présence d'un exsudat aigu, purulent et de mauvaise odeur, venant de la partie postéro-supérieure du conduit et quelquefois les granulations apparaissaient à travers la perforation de la membrane tympanique. Ces lésions, avec ou sans œdème ou rougeur post-auriculaire, accompagnée de douleur et sensibilité au-dessus de la pointe de la mastoïde, au niveau de l'antre, étaient considérées suffisantes pour le diagnostic clinique de la mast dite aiguë chirurgicale. Radiologiquement, l' dème cellulaire, l'aspect voilé et la perte cloisons intercellulaires étaient démontrables.

1. *Otite moyenne aiguë, compliquant la fiè scarlatine.* Sur 12 cas d'otite moyenne aig compliquant la fièvre scarlatine, l'interven chirurgicale fut nécessaire dans un des cas. D 10 des cas, l'otite répondit rapidement au tr tement à la pénicilline. Avant d'instituer le tr tement on fit l'examen bactériologique, sur c ture, du pus de l'oreille et il y avait prédo nance de streptocoques hémolytiques. pénicilline fut administrée par voie intram culaire dans tous les cas, chaque dose étant 20,000 unités, et les doses furent données à qua heures d'intervalle, jour et nuit. Les dix répondirent très bien à ce genre de traitem dans l'espace d'une à deux semaines.

Il y eut guérison complète du tympan et r tauration normale de l'audition.

2. *Otite moyenne aiguë non scarlatineuse co pliquée par la mastoïdite.* Cinq cas d'ot moyenne aiguë non scarlatineuse compliq par la mastoïdite furent étudiés. Chaque pati fut d'abord sous traitement avec un composé sulfonamide et la pénicilline fut adminis seulement après que les symptômes de compli tion de la mastoïdite furent développés. Un e men bactériologique, sur culture, du pus de l reille moyenne fut fait et l'on trouva dans qua de ces cas des staphylocoques hémolytiq blancs et, dans l'autre cas, des staphylocoq hémolytiques dorés. La cessation de la supp ration auriculaire, la disparition de tous symptômes et la résolution complète du p cédé et de la membrane tympanique furent co tatées dans l'espace de 3 à 8 jours, sans l'intervention chirurgicale fût nécessaire.

Cette série de cas est relativement trop fai pour justifier une conclusion précise. Cepend la complète cessation de l'otite moyenne aig scarlatineuse avec complète restauration et p servation de l'audition mérite d'être portée l'attention des médecins. De plus, la promp guérison de l'otite moyenne aiguë suppur compliquée par la mastoïdite, sans la néces d'une intervention chirurgicale est des plus e courageantes.

E. MARANDA.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Captain Hyman H. GORDON. — **Traitement de l'ichtyose.** (*Treatment of ichthyosis.*) "American Archives of Dermatology and Syphiology", **52**: 178 (septembre) 1945.

Deux méthodes de traitement paraissent également efficaces dans l'ichtyose. La première, basée sur la théorie que l'ichtyose serait due à un trouble héréditaire du métabolisme de la vitamine A, consiste à administrer au malade de fortes doses de cettte vitamine. La seconde méthode est celle préconisée par Ljungstrom. Cet auteur, ayant remarqué que chez un de ses malades les régions de la peau qui étaient le siège d'une transpiration abondante étaient épargnées par l'ichtyose, eut l'idée d'employer le chlorure de sodium comme traitement. Tous les jours, le malade fut baigné dans une solution de chlorure de sodium à 3% et pansé avec une pommade renfermant 10% de chlorure de sodium dans de la lanoline. Comme résultat, le malade ne présenta aucun symptôme d'ichtyose pendant 5 mois.

L'auteur rapporte les observations de 2 malades qu'il a traités par ces deux méthodes. En plus, ces 2 malades reçurent des sels biliaires et de la néostigmine. L'absence de sels biliaires, en effet, pourrait nuire à l'absorption de la vitamine A, laquelle absorption, d'autre part, serait plus considérable quand le tonus et la motilité gastro-intestinale sont augmentés par la néostigmine.

Dans la première observation, il s'agit d'un soldat âgé de 23 ans qui souffre d'ichtyose depuis sa enfance. On lui fait prendre d'abord des capsules pluri-vitaminiques renfermant une dose journalière de 20,000 unités de vitamine A. Du 1er au 30 juillet 1943, aucune amélioration ne se produit. Le 20 août, on porte la dose à 50,000 unités par jour. Le 3 septembre, on remarque une amélioration assez prononcée avec desquamation des lésions des cuisses et des bras. Du 1er septembre au 25 octobre, le malade ne reçoit aucun traitement et les lésions cutanées réapparaissent en entier. On lui fait prendre alors par la bouche 100,000 unités de vitamine A par jour, mais après quelques mois les résultats ne sont pas brillants. Le 6 avril 1944, on ajoute à la vitamine A des sels biliaires et de la néostigmine. Quatre jours plus tard, les lésions recommencent à desquamer et le 26 avril l'amélioration obtenue est estimée à 50%.

Dans le second cas, il s'agit d'un soldat de 19 ans qui fait de l'ichtyose depuis sa naissance. Le 11 juillet 1944, le traitement par les bains et les pansements au chlorure de sodium est commencé. Le 31 du même mois, les lésions sont presque complètement disparues sur les bras, les jambes et l'abdomen. Le premier août, ce traitement est remplacé par 200,000 unités de vitamine A, 10 grains de sels biliaires et une ampoule d'une solution à 1 p. 4,000 de méthylsulfate de néostigmine par jour. Du 1er au 14 août, l'amélioration se continue au même rythme qu'avec le traitement par le chlorure de solium. Après le 14 août, on institue un traitement combiné et le 1er septembre, i. e. 51 jours après le début du traitement, les lésions sont complètement disparues.

L'auteur résume en un tableau synoptique les méthodes de traitement qu'il a employées et les résultats qu'il a obtenus chez ses deux malades.

Henri SMITH.

A. C. CURTIS et B. B. OWENS. — **Le chlorure d'éther B-diméthylaminoéthyl benzhydryl (benadryl) dans le traitement de l'urticaire.** (*Beta dimethyaminoethyl benzhydryl ether hydrochloride in treatment of urticaria.*) "American Archives of Dermatology and Syphilology", **52**: 239 (oct.) 1945.

Le Benadryl est un produit de synthèse récemment mis au point dans les laboratoires de Parke, Davis & Co. Peu toxique, ce nouveau médicament est doué de propriétés antispasmodiques et antihistaminiques remarquables. Si la théorie est exacte qui veut que l'apparition des lésions ortiées soit due en grande partie à la libération intracellulaire d'histamine, il est permis de penser qu'un médicament capable de freiner ou de neutraliser cette libération d'histamine puisse avoir une action efficace dans le traitement de l'urticaire. Conséquemment, les auteurs traitèrent un certain nombre de malades atteints d'urticaire, au moyen de Benadryl. Ils rapportent succinctement les observations de 18 de ces malades (9 hommes et 9 femmes) et font connaître les résultats qu'ils ont obtenus chez chacun d'eux.

La plupart des malades, dont les âges varient de 14 à 45 ans, souffraient d'urticaire chronique

compliquée, chez certains d'œdème de Quincke, de dermographisme chez d'autres. Les doses employées sont de l'ordre de 50 à 100 mg. « per os » 3 fois par jour.

Onze malades sur les 18 traités (61%) virent leurs lésions disparaître rapidement. Trois furent grandement améliorés, et 4 sont considérés comme des échecs.

Dans un seul cas apparurent des symptômes d'intoxication (faiblesse et vertiges) assez sérieux pour nécessiter l'arrêt du traitement. Deux malades se plaignirent de somnolence et de douleurs musculaires, mais l'un d'eux put continuer à prendre du Benadryl pendant 7 mois consécutifs sans en être autrement incommodé. Deux autres malades purent être traités, l'un pendant 6 mois, l'autre pendant 2 mois consécutifs, sans présenter de symptômes toxiques.

Le Benadryl a une action uniquement palliative. Dans l'urticaire chronique, les lésions disparaissent rapidement sous l'effet du médicament, mais réapparaissent dès que le malade discontinue son emploi. Il procure néanmoins un soulagement symptomatique très appréciable.

Les auteurs sont d'avis que le Benadryl devrait être expérimenté dans d'autres maladies allergiques. Il semble que le médicament ait une certaine valeur dans l'érythème polymorphe.

Henri SMITH.

H. R. RONY et S. J. ZAKON. — **Effet des substances endocrines sur le cuir chevelu de l'homme adulte.** (*Effect of endocrine substances on the adult human scalp.*) "American Archives of Dermatology and Syphilology", **52**: 323 (nov. déc.) 1945.

Les auteurs étudient l'effet du testostérone et du diéthylstilbestrol sur le cuir chevelu de 2 adultes mâles.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 18 ans qui, à cause d'une alopécie prématurée, a perdu durant les 12 mois précédents 20% de ses cheveux. Pendant 7 mois consécutifs, ce malade est soumis au traitement suivant: a) 40 mg. de testostérone par voie buccale et par jour pendant 3 mois; b) 5 mg. de diéthylstilbestrol par la bouche et par jour pendant 3 mois. Pendant le traitement au testostérone, on remarque que les poils du corps augmentent en nombre, et que le cuir chevelu, qui était gras auparavant, devient huileux. Le malade croit qu'il perd moins de cheveux durant cette période de 3 mois, mais on n'observe aucune repousse capillaire. Les examens histologiques démontrent que, sous l'influence du testostérone, les glandes sébacées ont augmenté en nombre et en volume. Pendant la période du diéthylstilbestrol, on note que les glandes mammaires augmentent de volume, s'hyperpigmentent et deviennent plus sensibles. On n'observe aucun effet du médicament sur l'accroissement des cheveux et les examens histologiques font voir que les glandes sébacées ont repris l'apparence qu'elles avaient avant le traitement par le testostérone.

Dans le second cas il s'agit d'un homme de ans qui souffre de pelade décalvante depuis ans. Le cuir chevelu de ce malade est entièrement dénudé dans 90% de sa surface totale et l'exception des aisselles, les régions normalement pileuses du corps sont presque entièrement glabres. Comme traitement, on donne au malade a) 40 mg. de méthyl-testostérone « per os » par jour, ainsi que 25 mg. de proprionate testostérone 2 fois par semaine en injections intramusculaires pendant 4 mois; b) 5 mg. diéthylstilbestrol par jour pendant les 4 mois suivants. Comme résultat, on constate que testostérone a très peu d'effet sur la repousse capillaire et l'examen histologique dénote une action hyperplasiante marquée du médicament sur les glandes sébacées. Le diéthylstilbestrol au contraire, amena une atrophie des mêmes glandes et, au point de vue clinique, une chute des cheveux et des autres poils.

Les auteurs déduisent de ces constatations que le testostérone a un effet stimulant sur les glandes sébacées tandis que le diéthylstilbestrol a un effet contraire. Ils attirent l'attention sur le fait que, dans le cas d'alopécie prématurée étudié, le testostérone, tout en stimulant les glandes sébacées du cuir chevelu et la repousse des poils sur le corps, n'eut aucun effet sur la repousse des cheveux.

Sept photographies des pièces histologiques étudiées accompagnent le texte.

Henri SMITH.

SOCIÉTÉS

« L'Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Réception du Professeur R. Courrier

e 29 janvier 1946, au Cercle Universitaire

Eoge par le Président, le docteur A. Frappier

'objet de ce dîner intime, c'est de montrer au rofesseur Courrier que la *Société Médicale de Montréal,* qui groupe près de 900 médecins ca adiens-français, ne voit pas avec indifférence so passage dans notre ville. Comme le programme du professeur Courrier apparaissait ch gé, nous n'avons pas risqué d'invitation ayat un caractère scientifique. D'ailleurs, ses co s à McGill ou à l'Université de Montréal ét nt ouverts à tous. Mais, avant son départ, la *ociété Médicale* veut le recevoir intimement.

ue je serais plus à mon aise pour vous parler du rofesseur Courrier, si la somme de mes connaisances sur le sujet de sa spécialité était ol grande et si je possédais au moins une fr tion de cet art d'exposer qui caractérise son en ignement.

ous connaissons de réputation le docteur Courrier. De plus autorisés que moi vous l'ont orienté, particulièrement le docteur Selye à l'Université McGill. Puis-je cependant insister su quelques traits de cette belle carrière de sa nt et de professeur et en tirer des leçons uti s.

'est à la grande et moderne Faculté de médecine de Strasbourg que le docteur Robert Courrier a conquis son titre de docteur en médecine et de docteur ès sciences. C'est à Strasbourg également, dans le laboratoire du célèbre professeur Paul Bouin, qu'il a entrepris ses premières recherches. De là, il passe à Alger, après avoir été nommé agrégé des Facultés de médecine à Pas en 1926. D'Alger, en 1939, il est appelé au Collège de France comme professeur de Morphologie expérimentale et d'Endocrinologie. Il est membre de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences.

es plus importants travaux du professeur Courrier ont porté, d'une part, sur la « *Physiologie sexuelle* », et, d'autre part, sur la « *Pharmacologie des hormones stéroïdes* ». Dans le premier cas, Courrier étudie, chez le mâle, la physiologie des cellules interstitielles et, chez la femelle, le *dualisme hormonal ovarien.* Il démontre que les deux hormones, folliculine et progestérone, sont normalement sécrétées par l'ovaire. Il étudie leurs relations fonctionnelles. Les conclusions de ses travaux, au point de vue de la physiologie et de la pathologie humaines, sont amplifiées du fait qu'il a expérimenté chez le singe.

En second lieu, dans l'étude de la physiologie de la thyroïde qu'il a commencée vers 1928 et reprise récemment, le professeur Courrier emploie la technique physico-chimique. En collaboration avec Joliot-Curie, il étudie l'effet des substances radioactives et réussit, en particulier, à synthétiser une hormone radioactive, la thyroxine, dont deux iodes sur quatre sont artificiellement rendus radioactifs.

De cet examen sommaire de l'œuvre expérimentale du professeur Courrier, il ressort une double constatation: il fallait un esprit clair et un expérimentateur impeccable pour trouver à un problème ambigu comme celui du dualisme hormonal ovarien une solution qui semble satisfaire les expérimentateurs et les praticiens; de plus, les travaux de Courrier sur la radioactivité artificielle et l'endocrinologie accroissent la valeur de cette voie nouvelle pour les physiologistes et les endocrinologistes. Dans ce dernier domaine, le professeur Courrier insiste sur l'importance du travail d'équipe entre chimistes, physiciens et physiologistes. Il n'a donc pas hésité à utiliser pour son expérimentation biologique les techniques de la chimie nucléaire, dont la nouveauté et les difficultés auraient découragé un esprit moins puissant et moins lucide.

Et ceci m'amène à exprimer au professeur Courrier l'admiration que nous avons ressentie dès sa première leçon à l'Université McGill sur la « Radioactivité artificielle en endocrinologie expérimentale ». Quelle surprise d'entendre un physiologiste et un endocrinologiste exposer, en tout premier lieu, les bases de la chimie nucléaire, et

d'une manière si précise et si lumineuse qu'on pouvait vraiment croire le sujet facile et les nouvelles équations, des jeux d'enfants. Le professeur Courrier passait ensuite à l'application biologique de cette nouvelle chimie et relatait l'expérience très élégante de la synthèse de la thyroxine.

Le professeur Courrier m'a cependant révélé un petit secret: c'est que, pour parvenir à rendre si clair un sujet si difficile, il a dû s'en pénétrer longuement et même consulter son collègue, Joliot-Curie, afin que, sous l'effet de la grande simplification, son exposé ne pèche pas par insuffisance. Il a accompli un véritable tour de force: médecin et endocrinologiste, il réussit là où un grand nombre de physiciens et de spécialistes en chimie nucléaire ont échoué: il réussit à faire comprendre pareil sujet à des profanes, mais sans verser dans la vulgarisation.

Et rappelez-vous, Messieurs, le calme du professeur Courrier dans son exposé, l'insistance et le retour sur les points principaux. Pas un mot qui ne porte, pas une idée qui ne soit la conséquence de la précédente. Nous, les professeurs, avons pris là une magnifique leçon d'enseignement universitaire. Nous comprenons pourquoi le professeur Courrier fut appelé au Collège de France. Ils sont à envier les auditeurs qui fréquentent cette célèbre institution, fondée par François Ier pour donner abri et liberté aux meilleurs cerveaux de France.

La vie du professeur Courrier démontre aussi qu'on peut être à la fois grand chercheur et excellent professeur. Pour être bon professeur, il faut de la science et du talent, mais aussi une préparation immédiate pour chaque leçon, travail mental au cours duquel le professeur s'ingénie à trouver l'expression concise, juste et claire qu'il placera au bon endroit, en vue de jalonner son exposé d'idées maîtresses et frappantes auxquelles se grefferont toutes les autres idées secondaires.

Sur l'intervention de monsieur le professeur Selye auprès de monsieur Laugier, directeur des Relations culturelles de France, le Gouvernement français a chargé le professeur Courrier d'une mission en Amérique, dont la partie principale consiste à donner une série de conférences à Montréal, particulièrement à l'Université McGill. Les médecins de la Province de Québec sont reconnaissants à ces personnages et à Gouvernement français de leur avoir délégué professeur Courrier, savant de renommée inte nationale et l'un des meilleurs professeurs qu nous ayons jamais entendus. Au surplus, u type idéal de Français, tant par sa physionom que par ses qualités de mesure et de justesse. l quelle modestie! Dès le premier abord, on sent parfaitement à l'aise avec le professe Courrier. Il n'hésite pas à répéter les explicatio et on lit dans sa figure un ardent désir de cor munier avec son auditeur ou son auditoire.

Monsieur le professeur, c'est avec regret qu nous vous voyons quitter notre pays. Dieu veuil que vous reveniez bientôt. Transmettez à n cousins de France nos amitiés sincères et not désir d'intensifier les relations de toutes sort entre nos deux pays. Rapportez à vos confrèr médecins de France le salut des médecins Canada français et de la *Société Médicale Montréal.*

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉA

Séance du 15 janvier 1946 [1]

Présidence de M. J.-H. RIVARD.

RAPPORT DU SECRÉTAIRE

J'ai l'honneur de vous présenter le rappo des activités de la *Société de Chirurgie de Mon réal* pour 1945 et de vous dire que l'année q se termine n'a pas été moins active que l précédentes.

La Société compte actuellement 37 membr dont 8 nouveaux.

L'Exécutif a tenu une réunion et la Socié sept assemblées scientifiques avec une moyen de 12 présences.

Le 25 janvier, l'assemblée inaugurale eut li au Cercle Universitaire sous la présidence docteur Pierre Smith. Un dîner-causerie a réu 18 membres et quelques invités d'honneur, do M. René Ristelhueber. A la suite des rappo du secrétaire et du trésorier, des discours président sortant de charge et du nouveau pr sident, l'assistance eut le plaisir d'entendre Ristelhueber dans une causerie qu'il intitu « Souvenirs d'un ancien directeur de l'Assistan et de l'Hygiène en Tunisie ».

1. Assemblée générale annuelle et dîner annuel la Société. Au cours de cette assemblée, le docte Pierre Smith, président sortant de charge, le docte J.-H. Rivard, président pour 1946, et le docteur Hébert, vice-président, portèrent la parole.

RÉUNIONS SCIENTIFIQUES

En février, les docteurs Jacques Bruneau et Gérard St-Onge furent au programme. Le premier intitula son travail: « Procédé simplifié d'ostéosynthèse », et le second: « Gastrectomie totale ».

En mars, le docteur Georges Deshaies présentait un travail sur « les suppurations pulmonaires: lobectomie et pneumectomie ». Le second rapporteur, le docteur Edouard Desjardins, donna un exposé sur « une cause rare d'occlusion intestinale aiguë: la hernie transmésentérique étranglée ».

En avril, le docteur Réal Doré nous fit bénéficier de son expérience chirurgicale dans le domaine des « goitres compliqués de psychose », et le docteur J.-Urgel Gariépy mit en évidence « le traitement des moignons douloureux ».

En mai, le docteur Pierre Meunier parla du « traitement chirurgical des prolapsus utérins ». Le docteur Jean-Paul Bourque, également au programme, traita de « l'incontinence des urines chez la femme ».

En octobre, le docteur Lucien Julien nous intéressa par sa communication sur « la pancréatite aiguë », et le docteur Gérard Rolland sur « le pneumothorax extra-pleural ».

En novembre, le docteur Pierre Smith nous fit part de ses connaissances scientifiques sur « le rétrécissement cardio-œsophagien ». Dans la même séance, le docteur Antonio Samson a présenté une étude sur « vingt cas de périarthrite de l'épaule avec calcification ».

En décembre, deux observations de malades sont présentées: la première par le docteur P.-M. Pinard, « abcès pulmonaire chez une diabétique, guérison après une pneumotomie », et la seconde par le docteur Christophe Bisson, « un cas de rhinoplastie ».

NOUVEAUX MEMBRES

Au cours de 1945, 8 nouveaux membres se sont joints à nous; il nous fait plaisir de souhaiter la plus cordiale bienvenue à MM. Gérard St-Onge, Jacques Bruneau, Edouard Desjardins, Georges Deshaies, Jean-Paul Bourque, Gérard Rolland, Pierre Meunier et Lucien Julien.

MORTALITÉ

Un deuil a frappé la *Société de Chirurgie de Montréal,* en septembre dernier, en la personne du docteur Oscar Mercier. Il était membre de notre Société depuis plusieurs années.

RÈGLEMENTS DE LA SOCIÉTÉ

A la séance d'avril, il fut adopté à l'unanimité de porter les membres de la Société de 30 à 40, et, à celle de novembre, il fut proposé de reviser les règlements. Une copie de ces règlements a été adressée à tous les membres pour étude et modification si nécessaire.

ÉLECTION DE L'EXÉCUTIF

A son assemblée du 5 décembre 1945, la *Société de Chirurgie de Montréal* a procédé à l'élection de l'Exécutif pour l'année 1946, avec le résultat suivant: MM. J.-H. Rivard, président; C.-E. Hébert, vice-président; Paul Bourgeois, secrétaire général; Antonio Samson, secrétaire; J.-Ernest Cabana, trésorier; Guy d'Argencourt, bibliothécaire-archiviste; Pierre Smith, conseiller.

Le secrétaire,
Antonio SAMSON.

Eloge du docteur Oscar Mercier

Le 21 septembre dernier, une pénible nouvelle jetait dans la consternation la profession médicale canadienne-française. Durant une courte traversée, à quelques pieds à peine de la rive, un coup de vent emportait dans la profondeur du lac L'Achigan notre ami et collègue, Oscar Mercier.

Le lendemain, vous avez tous avec anxiété parcouru les journaux, pour essayer de comprendre les détails de l'accident; il ne paraissait pas possible qu'un homme comme lui, à la fleur de l'âge, d'une robustesse à toute épreuve, en pleine gloire, puisse en quelques secondes disparaître pour toujours. Malheureusement, il nous fallait nous rendre à l'évidence et nous incliner devant la catastrophe.

Les innombrables manifestations de sympathie, de la part du plus humble jusqu'au plus grand, ont témoigné de l'immensité du vide que sa disparition a créé dans tous les milieux. Devant sa dépouille mortelle ont défilé, tour à tour, le corps universitaire, les personnalités politiques et religieuses, sans parler de ses nombreux amis; et rien n'était plus significatif que le défilé quasi interminable des malades reconnaissants, que la grandeur de sa renommée avait attirés vers lui.

Dans *L'Union Médicale du Canada,* un de ses confrères de promotion, a su, en un style clair et ému, trouver les mots qu'il fallait pour tra-

duire la peine que tous et chacun nous avons ressentie. Une notice biographique vous a fait part des différentes étapes de sa vie et un hommage *In Memoriam* a reconnu sa haute valeur scientifique.

Cependant, je considère qu'il est de mon devoir de lui rendre le tribut que lui doit et lui devra longtemps l'urologie canadienne et surtout l'urologie canadienne-française.

Après de solides études à Paris, sous la direction de Gustave Marion, Mercier se découvre l'ambition de devenir un pionnier; il décide de rentrer au Canada et de commencer la lutte pour ériger en spécialité reconnue cette branche de la chirurgie qui marche alors à pas de géant. Il connaît à l'avance les difficultés qu'il aura à surmonter ou à contourner pour arriver à son but. Habitué qu'il est de travailler fermement et de ne jamais reculer, même devant ce qui paraît un grand sacrifice, il n'hésite pas à rompre avec ses attaches sentimentales pour aller ailleurs semer et récolter.

En 1928, soit à 30 ans, il devient chef du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu; son travail acharné, ses publications nombreuses, qui ne se limitent pas simplement aux journaux de la métropole, mais s'étendent aux revues américaines et surtout au *Journal d'Urologie*, lui amènent à bonne heure des collaborateurs dévoués. Des conférences aux différentes associations de praticiens, des présentations de cas intéressants, des résultats heureux, lui attirent la sympathie et l'encouragement de la clientèle.

De plus, l'exécution apparemment simple et facile de certaines techniques, reconnues jusque là hasardeuses, éveille la curiosité des chercheurs et c'est ainsi que, dès le début, le nom de Mercier se répand comme une traînée de poudre et les cadres des possibilités de son service ne font que grandir.

Au bout de quelques années, le nombre de lits s'est multiplié par dix et de partout les malades affluent pour bénéficier des soins compétents du jeune maître déjà grand.

Le soin qu'il apporte à l'enseignement de la spécialité l'impose à la Faculté; l'Université de Montréal crée la Chaire d'Urologie, dont il devient, en 1938, le premier titulaire.

Déjà, à Paris, au cours des rencontres de nos maîtres réciproques, Marion et Papin, j'appris à connaître mieux le nom d'Oscar Mercier. Il était fort souvent question de lui; Marion se tout en parlait avec enthousiasme et le recc naissait comme l'un de ses plus brillants élèv De son côté, Mercier avait conservé de s maître une reconnaissance qu'il ne manqua mais de manifester et, même durant les jou sombres de la dernière Grande Guerre, il a trouver moyen de rester en correspondance av lui.

Durant les dix dernières années, il nous t donné de le rencontrer quelquefois, en consu tation, au chevet de malades qui, par un capr légitime, désiraient soumettre à son approbati l'opinion que nous avions émise. Sa grande m destie, son coup d'œil rapide et sa franchi savaient, en quelques minutes, convaincre l'i téressé et lui faire entrevoir sous un jour f vorable le résultat attendu.

La haute estime dont l'entouraient ses col gues anglais était le fruit de la reconnaissan professionnelle que la valeur scientifique impo Il leur avait fait comprendre l'importance c nique de l'Ecole française et, à tel point, qu la moindre réunion à Montréal d'un groupe d' rologues canadiens, ceux-ci étaient toujours an eux d'être invités à l'Hôtel-Dieu. Ils étaie assurés, en plus d'une cordiale réception, d' programme technique des plus intéressants. traitement chirurgical des reins en fer à chev l'urétrorraphie circulaire, après résection du r trécissement traumatique, une technique perso nelle pour la cure de l'épispadias féminin, r présentaient, pour un grand nombre d'entre eu des nouveautés de première importance.

Dans les rencontres à l'étranger, Mercier joui sait également d'une popularité remarquabl dans les discussions, qui suivaient les présent tions de travaux, il était toujours écouté rel gieusement; il maniait facilement la langue a glaise et n'hésitait jamais à manifester ouvert ment son opinion.

Et c'est ainsi qu'il devint, par sa compéten honnête et son mérite personnel, le porte-paro des urologues canadiens-français. Il fit part d'un comité de trois membres nommés par *Collège Royal des Chirurgiens du Canada*, po reconnaître les qualifications de ceux qui d mandaient leur certificat de spécialiste. Il été l'un des fondateurs de la *Canadian Ur logical Association* qui prit naissance au mo de juin dernier, et fut délégué pour choisir l

embres de l'exécutif et adopter les règlements
e l'Association. Il était sur la liste des mem-
res titulaires de la *British Association of Uro-
gical Surgeons.*

Comblé d'honneurs, arrivé encore jeune au
mmet de la profession, Mercier aurait pu, à
use de son épuisant labeur quotidien, ignorer
s problèmes de ceux qui le suivaient. Il parais-
it toujours heureux de nous accueillir pour
us éclairer sur la procédure à suivre pour faire
rtie de telle organisation; il se tenait à notre
sposition pour nous rassurer par sa grande
périence dans les moments difficiles de nos
goisses professionnelles.

Il a su, par l'exemple, imposer à tous ceux
e son Ecole une discipline rigoureuse. La ponc-
alité, la précision et le travail d'équipe, lui
nt permis de faire de son service un centre
mparable à ceux des grands maîtres de notre
stoire.

Et lorsque la mort est venue le ravir trop
rématurément à ceux qui l'entouraient, il avait
compli une tâche formidable; il laissait à sa
mille le nom d'un grand chrétien et d'un grand
triote; à ses successeurs, une responsabilité
lossale, celle de maintenir bien haut ce qu'il
carnait aux yeux du continent: L'UROLOGIE
RANÇAISE.

Messieurs, nous avons tous perdu un ami;
Société de Chirurgie a perdu l'un de ses mem-
res les plus distingués; l'urologie canadienne-
ançaise a perdu son chef.

Monsieur le président, à titre de secrétaire
néral, en souvenir d'Oscar Mercier, j'ai le
voir de vous demander une minute de silence...

Le secrétaire général,
Paul BOURGEOIS.

Résumé d'une conférence sur la fertilisation de nos eaux

Les engrais chimiques peuvent favoriser la
oissance du poisson. Avant de servir de nour-
ture, ces engrais doivent cependant passer par
ne série de transformations. Par conséquent,
ne faut pas s'attendre, après l'introduction
'engrais dans un lac, à voir la truite accourir
ır les bords pour s'en nourrir directement. Les
ıgrais ont pour but surtout de contribuer au
éveloppement d'organismes végétaux microsco-
iques qui, flottant à la surface des eaux, ser-
ent de nourriture aux organismes animaux,
squels sont à leur tour dévorés par les poissons.

Mais la productivité de ces végétaux micros-
copiques dépend de plusieurs facteurs, entre
autres: l'intensité des rayons solaires et la tem-
pérature de l'eau.

En effet, sans l'aide des rayons solaires, ces
organismes ne sauraient soutirer le gaz carboni-
que de l'eau et en absorber le carbone dont ils
ont absolument besoin pour se développer. Dans
notre province, cette intensité lumineuse est
plutôt limitée puisque les lacs sont recouverts
de glace pendant plusieurs mois de l'année. De
plus, la température froide de nos eaux limite
la production de ces végétaux.

Dans certains cas, les engrais peuvent être
désastreux et causer, par exemple, la mort des
poissons en favorisant un développement trop
considérable de la végétation. Voici par quel
mécanisme: l'on sait que les plantes, au cours
de la nuit, absorbent l'oxygène de l'eau et que,
développées en trop grande abondance, elles peu-
vent épuiser l'oxygène du milieu et provoquer
l'asphyxie des êtres vivants. De plus, dans les
lacs à truite qui abritent par surcroît d'autres
poissons, comme les ménés, il peut fort bien
arriver que les engrais favorisent la multiplica-
tion de ces derniers au détriment de la truite
mouchetée.

Nous en sommes encore au stade expérimental
en ce qui concerne l'utilisation des engrais chi-
miques dans nos eaux. A date, aucune recherche
scientifique n'a encore été publiée sur ce sujet.
Il serait donc difficile d'émettre une politique
générale pour la fertilisation des lacs de notre
Province.

Gustave PREVOST.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

Séance du 21 décembre 1945
à l'Hôtel-Dieu de Québec

Respiration sous pression positive dans les trachéotomies

Fernando HUDON

Après la trachéotomie, on voit apparaître
souvent, chez un malade qui ne toussait pas et
n'expectorait pas auparavant, une sécrétion
abondante de sérosité et de mucus dans l'arbre
bronchique nécessitant de fréquentes aspirations.

La pression fortement positive de l'expiration,
étant disparue, n'exerce plus de compression sur
les vaisseaux dilatés auparavant par l'asphyxie
et la succion exagérée de l'inspiration.

Pour tarir les sécrétions, Barach a préconisé l'expiration sous pression positive de 1 à 6 cc. d'eau pendant quelques jours. A cet effet, l'on se sert d'un dispositif à double valve pour la respiration et d'une bouteille d'eau graduée.

L'appareil est en communication, d'une part, avec la canule de trachéotomie par un tube et, d'autre part, la valve expiratoire communique avec la bouteille d'eau.

Nous avons traité ainsi et avec succès quatre cas de trachéotomisés.

Dermatofibro-sarcomes de Darier-Ferrand

Jean-Thomas MICHAUD

Décrits par Darier et Ferrand, en 1924, ce sont des tumeurs fibreuses, dermo-hypodermiques, d'évolution néoplasique, qui se développent sur une plaque fibreuse ayant débuté des années auparavant et dont le siège habituel est au niveau de la paroi abdominale. Leur évolution est progressivement extensive et elles sont réfractaires aux traitements qu'on veut leur opposer. Mais leur malignité est purement locale et on n'a jamais pu observer de métastases, ce qui en fait donc une entité clinique bien distincte. La durée est illimitée, l'état général n'en ayant nullement à souffrir.

Au point de vue histologique, ces tumeurs présentent une dualité sarcomateuse et fibromateuse. Leur nom indique bien la structure sarcomateuse avec mitoses et vaisseaux sanguins à parois lacunaires d'une part et, d'autre part, l'aspect fasciculé d'un fibrome simple, ainsi que l'absence de malignité générale et de propagation métastasique.

Réfractaires aux traitements, ces tumeurs ne sont curables que par une exérèse chirurgicale complète faite au delà des limites de la tumeur.

Au cours de cette année, 10 nouveaux cas ont été traités par la chirurgie. Ils étaient à localisations diverses et évoluaient depuis nombre d'années. Signalons en passant la simultanéité tumorale chez une mère et sa fille. Les plaies opératoires ont guéri normalement, mais le recul n'est pas suffisant pour porter un jugement.

Tumeurs de la glande mammaire chez l'homme

Carlton AUGER

68 tumeurs de la glande mammaire chez l'homme sont rapportées. 56 sont des hyperplasies fibro-canaliculaires d'origine probablement dysendocrinienne et 12 sont des épithéliomas. Cette série ne comprend ni adénome, ni sarcome.

Le Thiouracil.
Aspect théorique et aspect clinique

J. JOBIN et L.-N. LAROCHELLE

Le but de cette présentation est de faire une mise au point de la question du Thiouracil, aspect théorique et clinique. Après avoir vu les effets du Thiouracil sur la glande thyroïde de l'animal, nous considérons le danger de la manipulation de ce médicament, chez l'homme, en raison de ses effets toxiques secondaires possibles, surtout l'agranulocytose, qui est parfois mortelle. D'où la nécessité d'un contrôle régulier et fréquent de la leucocytose. Le Thiouracil employé avant l'intervention chirurgicale, se montrerait aussi bon que l'iode, avec cette différence qu'il demande un peu plus de temps pour préparer le malade, mais le traitement peut être ambulatoire et l'intervention est moins choquante.

Le Thiouracil a aussi été employé comme traitement médical simple du goitre toxique et l'on rapporte des guérisons définitives dans environ 20% des cas.

Dans le Service de Médecine de l'Hôtel-Dieu nous avons employé le Thiouracil pour le traitement de vingt-neuf cas de goitres et nous avons observé parallèlement un nombre égal de cas traités au Lugol, toujours comme traitement préopératoire.

Voici nos conclusions:

Le traitement préopératoire du goitre par le Thiouracil, dans nos conditions de travail, n'a pu faire mieux que le traitement habituel par la solution de Lugol.

Etant donné que, d'une part, le Thiouracil allonge la période préopératoire et expose à des accidents que ne connaît pas l'iode; étant donné que, d'autre part, le traitement ambulatoire ne vaut que pour un nombre restreint de malades et dans un certain périmètre des hôpitaux, nous croyons qu'il vaut mieux continuer à employer le Lugol.

A la lecture des protocoles opératoires, nous sommes frappés par le fait que, fréquemment, le chirurgien signale des altérations de la glande thyroïde.

Cette glande est devenue plus molle, plus fria

b et plus vascularisée, ce qui engendre des d'icultés de technique opératoire.

Ces constatations sont corroborées par les rports anatomo-pathologiques consignés aux dsiers où il est fait mention, entre autres chos, de la présence anormale de foyers hémorriques.

l n'en reste pas moins que le Thiouracil peut êe un médicament de choix pour les malades qui rusent l'intervention chirurgicale ou encore pr les jeunes de moins de vingt ans, toujours ac cette réserve qu'ils devront s'astreindre à ds contrôles leucocytaires répétés.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 janvier 1946

I chlorure de baryum dans la réanimation du coeur du chien à la suite de stoppage des ventricules ou de la fibrillation ventriculaire

Mercier FAUTEUX, Boston, Mass.

En présence d'arrêt définitif du cœur du chien pr stoppage des ventricules ou la fibrillation ntriculaire, il arrive souvent que les moyens uels employés dans le but de réanimer le cœur meurent sans effet parce que le myocarde ne ssède plus l'excitabilité et le tonus nécessaires.

Dans de telles circonstances, de nombreuses périences sur le chien nous ont montré que lssociation adrénaline-chlorure de baryum réille presque instantanément l'excitabilité myordique et redonne au cœur le tonus perdu.

Deux centimètres cubes de la solution d'adréline 1:1000 sont d'abord injectés dans l'auricle gauche, et immédiatement après un centimètre cube de chlorure de baryum (solution 0.5 100) est injecté par la même voie. L'on procède suite au massage du cœur. Si le cœur est en rillation, l'on administre un choc électrique myocarde, les électrodes étant bien placées chaque côté de l'organe. Le cœur recouvre ses ouvements coordonnés, et la pression artérielle élève brusquement à un excellent niveau où le se maintient.

Les animaux qui furent ainsi ressuscités n'ont ontré par la suite aucune complication, montant bien que le chlorure de baryum employé cette dose n'est pas toxique. Ces constatations expérimentales ont une portée clinique intéressante. Avant, tout de même, d'utiliser cette médication chez l'homme au cours de tentatives de réanimation du cœur, de plus amples recherches semblent indispensables.

Anastomose de l'auricule droite avec l'artère pulmonaire

Mercier FAUTEUX, Boston, Mass.

Chez plusieurs chiens, nous avons anastomosé l'auricule droite avec l'artère pulmonaire au-dessus des valves pulmonaires. Cette intervention a pu être faite sans entraîner de mortalité opératoire ou postopératoire. A la même séance, chez quelques animaux, et au bout de quelques jours chez d'autres, un rétrécissement considérable des valves pulmonaires fut créé. Malgré cette sténose marquée, les animaux ont survécu. D'autres observations expérimentales sont nécessaires avant de porter un jugement sur la valeur d'une telle opération dans le traitement des sténoses valvulaires de l'artère pulmonaire, congénitales ou acquises. Les travaux en cours seront rapportés ultérieurement.

Anastomose de l'artère mammaire interne avec le sinus coronarien

Mercier FAUTEUX, Boston, Mass.

Il ne fait aucun doute que le cœur peut être suffisamment irrigué par voie veineuse coronarienne pour assurer des contractions fortes de l'organe. Porter en 1898, Pratt en 1898, et Guthrie et Pike en 1907 l'ont démontré par la méthode des perfusions.

Dans une série de chiens, nous avons anastomosé l'artère mammaire interne avec le sinus coronarien. Puis, dans la même séance, l'artère circonflexe gauche et l'artère coronaire droite furent liées. Dans des conditions normales d'expérimentation, de telles ligatures ne peuvent pas être supportées par le cœur durant longtemps. Il en résulte rapidement de la fibrillation ventriculaire. Chez nos chiens en expérience, la fibrillation ventriculaire n'a pas apparu, et le cœur n'a pas perdu la force de ses contractions. Par ailleurs, la pression artérielle s'est maintenue. Ces résultats semblent montrer que l'anastomose de l'artère mammaire interne avec le sinus coronarien pourrait être utilisée comme traitement au cours de la maladie coronarienne, afin de prévenir l'ischémie myocardique.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR GEORGES-HECTOR MARTINEAU

Le docteur G.-H. Martineau vient de mourir à l'âge de 60 ans. Il avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal, qui lui décerna son doctorat en 1909. Le défunt avait été directeur des « Gouttes de Lait » paroissiales, organiste et marguillier dans la paroisse de Saint-Anselme.

Que son fils, le docteur Maurice Martineau, veuille bien agréer nos condoléances.

LE DOCTEUR JOSEPH-EUGÈNE PRÉVOST

Le docteur J.-E. Prévost est décédé tout récemment à l'âge de 72 ans et après avoir exercé sa profession pendant 50 ans dans la paroisse de Saint-Louis de France. Le défunt était gouverneur de l'hôpital Notre-Dame. Il avait obtenu son doctorat de L'université Laval de Québec en 1896.

LE DOCTEUR LÉOPOLD MASSON

Le docteur L. Masson est mort subitement il y a quelques jours à Terrebonne. Le défunt avait reçu son doctorat de l'Université Laval de Montréal en 1905.

LE DOCTEUR J.-H. GARCEAU

Le docteur J.-H. Garceau est mort tout récemment à l'âge de 85 ans. Le défunt avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Québec et à l'Ecole de médecine Victoria. Il avait exercé la médecine dans la paroisse de la Nativité où il fut marguillier et commissaire d'écoles. Puis le docteur Garceau s'intéressa à la chose publique, ayant été échevin de 1910 à 1914, et de mutualité, s'étant intéressé aux Artisans Canadiens-Français, à l'Alliance Nationale et aux Forestiers Catholiques. Nous présentons nos condoléances à son fils, le docteur Eugène Garceau.

LE DOCTEUR AVILA CHARRON

Le docteur A. Charron vient de mourir à l'âge de 60 ans. Il avait reçu son doctorat en 1910 de l'Université Laval de Montréal. Il exerça à Saint-André-Avelin, et à Montréal jusqu'à 1940, puis avait été à l'emploi du Service de Santé de Montréal, occupant le poste d'inspecteur des aliments et ultérieurement de surintendant au contrôle médical de l'Hôtel de Ville.

LE DOCTEUR BENJAMIN MAURAULT

Le 8 février 1946, le docteur Benjamin Maurault est mort à Pierreville, où il était né le 26 mars 1876, fils d'une famille de pionniers de l'endroit.

Après avoir fait ses études classiques au Séminaire de Nicolet, il fit ses études médicales à l'Université Laval de Montréal, qui lui décerna le doctorat en médecine en 1902.

De 1902 à 1920, il pratiqua à Saint-François-du-Lac, où il exerçait en même temps les fonctions de maître de chapelle.

De 1920 à 1946, il demeura à Pierreville et prodigua ses soins à cet endroit et dans les paroisses environnantes.

Il fut gouverneur du Collège des Médecins de 1932 à 1936, président de la « Société Médicale Nicolet-Yamaska » de 1933 à 1942, président du Bureau Médical de l'hôpital du Christ-Roi de Nicolet de 1935 à 1942.

Il fut pendant plusieurs années président de la Commission Scolaire de Pierreville.

Le docteur Benjamin Maurault laisse parmi ses amis et ses clients le souvenir d'un médecin dévoué et d'un homme de caractère.

Nous offrons à son beau-fils, le docteur Aubert Laferrière, de Nicolet, nos sincères condoléances.

GYNEXYL



LAURIN

Complexe Végétal

—

Régulateur du Système Circulatoire

—

Sédatif Utéro-Ovarien

PHYTOTHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE

Troubles de la puberté et de la ménopause. Dysménorrhée. Ménorrhagie. Déséquilibres fonctionnels.

POSOLOGIE : Une à trois cuillerées à dessert par jour, aux repas, pur ou dilué dans de l'eau.

LABORATOIRES L. LAURIN, 86, Bould de Port-Royal, PARIS

Fabricants et Concessionaires

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL

NOUVELLES

ÉLECTIONS À "L'UNION MÉDICALE DU CANADA"

Lors de l'assemblée annuelle des directeurs de *L'Union Médicale du Canada,* tenue au Cercle Universitaire de Montréal, le 31 janvier 1946, le bureau pour 1946 a été ainsi constitué:

Président: J.-A. Denoncourt, des Trois-Rivières; vice-présidents: Albert Bertrand et Jean Saucier; secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal.

Bureau de rédaction pour 1946: rédacteur en chef: Roma Amyot; assistant-rédacteur en chef: Edouard Desjardins; secrétaire de la rédaction: Pierre Smith; secrétaire adjoint à Montréal: Roger Dufresne; secrétaire adjoint à Québec: Maurice Beaudry.

Deux nouveaux directeurs ont été élus à cette séance: Antonio Barbeau et Albert Jutras.

"SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL"

A la première séance de la *Société Médicale de Montréal,* tenue à l'hôpital Notre-Dame, le 22 janvier 1946, le conférencier d'honneur a été le docteur J. S. L. Browne, médecin de l'hôpital Royal Victoria, de Montréal.

Le sujet portait sur les troubles du métabolisme des protéines dans les états lésionnels et dans la convalescence.

DIMANCHE DU PRATICIEN À OTTAWA

On vient d'instaurer à Ottawa, et parmi les médecins de l'Hôpital Général d'Ottawa, des réunions cliniques que l'on a désignées d'une façon très appropriée et probablement selon la formule adoptée par la *Société Médicale de Montréal,* le « Dimanche du Praticien ». Sans doute, cette initiative se montrera utile et intéressante pour les médecins mêmes de l'Hôpital Général et pour les praticiens de la Capitale. Voici les programmes des deux premières séances:

Première séance, le 20 janvier 1946.

PROGRAMME

1. Drs Fortier, Tittley, Roussel: Fièvre rhumatismale.
2. Dr Bédard: Nanisme.
3. Dr Viau: Les sulfas et pénicilline en pédi trie.

Boîte aux questions. — Discussion générale.

Séance du 17 février 1946 — Programme.

1. Drs Dufour et Mantha: Problème diagno tique (tumeur cérébrale).
2. Dr DeVarennes: Cancer du sein et rœn genthérapie.
3. Drs Bédard, Fortier, Roussel: Ulcères jambe (4 cas).
4. En quelques mots.

Boîte aux questions. — Discussion générale.

NOUVEAU PRÉSIDENT DE LA "SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE"

Le docteur Joseph-Luc Riopelle, professe agrégé d'anatomie pathologique à la Facul de Médecine de l'Université de Montréal vice-président du bureau médical de l'Hôte Dieu, vient d'être élu président de la *Société Biologie* pour l'année 1946.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL ST-LUC

Le bureau médical de l'hôpital Saint-Luc élu les officiers suivants pour l'année 1946:

Président: Pierre Smith; vice-président: Lou Archambault; secrétaire: P.-E. Chicoine; trés rier: P.-René Archambault; secrétaire des ré nions scientifiques: L.-P. Desrochers.

AGRANDISSEMENT À L'HÔPITAL GÉNÉRA D'OTTAWA

L'Hôpital Général d'Ottawa, dirigé par l Soeurs Grises de la Croix, subira des transfo mations considérables en vue de recevoir l étudiants de la nouvelle faculté de médecine d l'Université d'Ottawa.

Le coût de ces agrandissements s'élèvera environ $750,000 et l'hôpital aura ensuite un capacité de 500 lits, sans compter les labora toires et les quartiers qui seront mis à la dis



ÉLÉMENT DE CROISSANCE ET D'ÉQUILIBRE

VITAMINOTHÉRAPIE INTÉGRALE ASSOCIÉE AUX MINÉRAUX

DOSE: Deux Capsules par jour — une verte une blanche est la dose moyenne.

Présentation: En boîte de 100 Capsules — 50 Vitamines — 50 Minérales.

VI-MI CAPS

VITAMINES MINÉRALES CAPSULES

ANGLO-FRENCH DRUG CIE, - MONTRÉAL

position des étudiants en médecine. On construira deux ailes à l'hôpital, et l'on ajoutera deux étages à l'une des ailes déjà existantes.

NOMINATIONS À L'UNIVERSITÉ LAVAL DE QUÉBEC

A sa séance du mois de décembre, le Conseil universitaire a nommé M. le docteur Lucien Brouha, professeur titulaire de physiologie appliquée, et M. le docteur Louis-Paul Dugal, professeur d'hygiène et de physiologie de l'acclimatation.

IVe CONGRÈS DES MÉDECINS ÉLECTRO-RADIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Sous la présidence de Monsieur le docteur Delherm, le IVe Congrès des Médecins Electro-radiologistes de langue française se tiendra à Paris, à la même date que le Congrès de Chirurgie, du 9 au 12 octobre.

Trois rapports seront discutés:

1°) Etude critique des rhumatismes chroniques vertébraux, par le docteur Lachapelle.

2°) La radiothérapie de contact, par MM. Cottenot, Lamarque et Gros.

3e) Possibilités et limites de l'électro-encéphalographie, par M. le professeur Baudoin et M. Fishgold.

Adresser la correspondance à:

Docteur Chérigié;
9, rue Daru.

NOMINATIONS À LA "SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER"

Le docteur Carleton B. Pierce, professeur de radiologie au McGill et radiologiste en chef à l'hôpital Royal Victoria, vient d'être nommé membre du bureau des directeurs de la « Société Canadienne du Cancer ».

Le docteur Louis Berger, de l'Université Laval de Québec, a été également choisi comme directeur de cette société.

AU SANATORIUM SAINT-FRANÇOIS

Au cours de l'année 1945, un total de 292 patients furent admis au sanatorium Saint-François et 300 ont quitté l'institution, d'après le rapport annuel que vient de présenter le docteur Lasalle Laberge, directeur médical de l'institution. Tous les malades traités, souligne le rapport, passèrent 99,069 jours au sanatorium et la moyenne de cure pour tous les patients a été de 178 jours.

34 comtés de la province sont représentés dans le groupe des malades qui fréquentèrent l'institution. On a aussi hospitalisé un malade de l'Ontario, un qui venait d'Irlande et deux de Terre-Neuve. Montréal a fourni 57 patients; Sherbrooke, 41; Richmond, 33; Compton, 21; Stanstead, 18; Arthabaska, 17; Drummond, 12; Mégantic, 11; Shefford, 15; Beauce, 10, etc.

"SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL"

La première réunion académique de la *Société de Chirurgie de Montréal* a eu lieu au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur J.-H. Rivard, le mercredi, 6 février 1946, à 4.30 heures, p.m.

Communications:

a) Considérations sur deux cas d'aménorrhée: Docteur L. Gérin-Lajoie;

b) Cancer du côlon et appendicite aiguë: Docteur Pierre Smith;

c) Traitement chirurgical des côlites graves: Docteur Gérard St-Onge.

HÔTEL-DIEU DE ROBERVAL

L'Hôtel-Dieu Saint-Michel de Roberval a hospitalisé 1,419 malades en 1945. Le Sanatorium a reçu en plus 697 malades qui ont passé en moyenne 192 jours au sanatorium pendant l'année.

HÔTEL-DIEU DE CHICOUTIMI

L'Hôtel-Dieu Saint-Valier de Chicoutimi a établi un record de malades en janvier 1946, alors qu'il a reçu 730 malades, comparativement à 560 en janvier 1945.

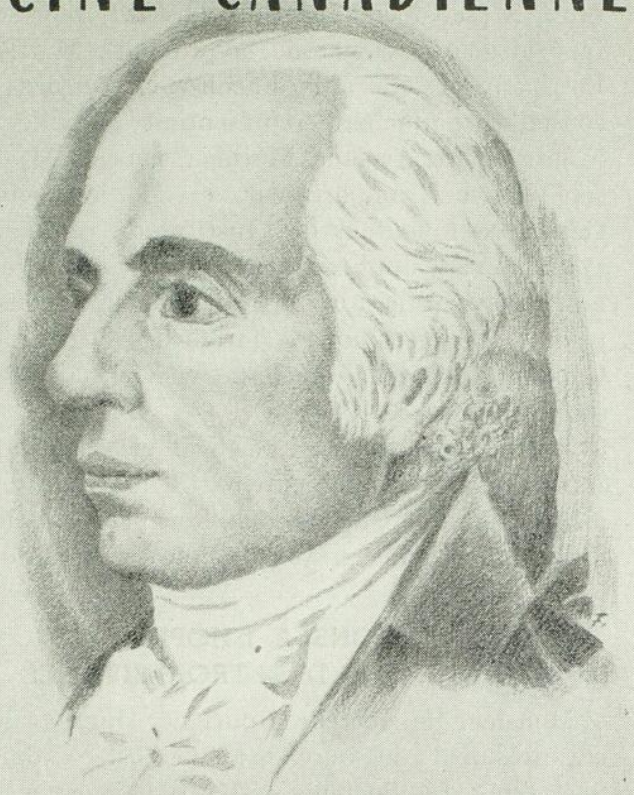
À L'INSTITUT DU RADIUM DE MONTRÉAL

Nouvelle organisation

Il y a quelque temps, l'administration de l'Institut du Radium a été réorganisée. Le bureau de direction qu'elle a constitué se compose de M. Taggart Smyth, président, M. le docteur Albert LeSage, vice-président, M. Arthur Lé-

PÈRES DE LA MÉDECINE CANADIENNE

★UNE DES ANNONCES DE LA SÉRIE



Joseph Norman Bond M.D.

1758 - 1830

JOSEPH NORMAN BOND est un des mieux connus parmi les premiers praticiens de la Nouvelle-Ecosse. Il fut l'un des premiers médecins du Canada à employer le vaccin contre la variole.

J. N. Bond naquit le 28 mai 1758, à Neston, Cheshire, Angleterre. Il était le huitième fils du Dr James Bond. Il étudia la médecine à Londres et vint à New-York vers 1779, à bord d'un navire marchand. La Guerre de l'Indépendance faisait alors rage et il s'enrôla immédiatement dans l'armée. Il fut accepté comme chirurgien et fut témoin de la capitulation de Yorktown.

J. N. Bond vint à Shelburne, Nouvelle-Ecosse en 1783, avec les Loyalistes. Plus tard, il déménagea à Yarmouth. Pendant vingt ans environ, il fut le seul médecin pratiquant régulièrement dans ce qu'on appelle aujourd'hui Yarmouth County. Au début de 1802, il reçut un paquet contenant du lymphe vaccin que le Dr Jenner avait donné à son frère. Ayant une confiance illimitée en cette nouvelle découverte, il en fit l'essai sur son propre fils, qui n'était alors qu'un bébé. Les résultats s'étant révélés très satisfaisants, il commença à s'en servir dans l'exercice de sa profession et eut beaucoup de succès.

Malgré les exigences de sa profession, il consacra une grande partie de ses énergies à l'exécution de fonctions publiques. Il fut Juge de Paix, Juge de la Cour Inférieure des Plaids Communs, Colonel dans la Milice, Percepteur des Douanes et Chef de la Police. Il fut aussi l'un des fondateurs de l'Eglise de la Sainte Trinité, à Yarmouth, où une tablette commémorative a été posée en son honneur.

Trois des fils de Joseph Norman Bond sont des médecins et il y en a deux qui pratiquent à Yarmouth. Dans son "Histoire des Médecins de Yarmouth et des Conditions au Début de la Colonie" le Dr C. A. Webster dit ceci au sujet des premiers médecins: "Leur nom n'a jamais été souillé par aucun scandale, leur intégrité n'a jamais été mise en doute et ils n'ont jamais exploité les pauvres. C'étaient des gentilshommes par la naissance et par la culture, et ils ont encouragé la meilleure tradition dans un pays neuf." Cette compagnie est fière de servir une profession qui a si glorieusement contribué à l'histoire du Canada et est convaincue de la justesse de sa politique . . . Exactitude Thérapeutique . . . Excellence Pharmaceutique.

FONDÉE EN 1856

WILLIAM R. WARNER & COMPANY LTD.

LE SYMBOLE D'EXCELLENCE PHARMACEUTIQUE
OMNIS ORBIS
WARNER
FONDÉE EN 1856

FABRICANTS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES • 727-733 KING ST. WEST, TORONTO

veillé, doyen de la Faculté des Sciences, secrétaire, M. le docteur Arthur Lessard, représentant le gouvernement de la province, M. Léon Lortie, professeur à la Faculté des sciences et conseiller municipal, représentant la ville de Montréal, M. Armand Mathieu, avocat, M. Joseph Bernier, importateur, et M. le docteur Gendreau, fondateur de l'Institut du radium.

La nouvelle administration a confié la conduite médicale de l'Institut du radium à un « conseil médical et scientifique », formé des Drs Ernest Gendreau, Origène Dufresne et Germain Pinsonneault.

A l'avenir, le conseil médical et scientifique entend consacrer la majeure partie de ses activités à la lutte anticancéreuse, car le cancer constitue une menace d'une gravité toujours croissante.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH DES TROIS-RIVIÈRES

Monsieur le docteur Rodrigue Dugré a été élu président du bureau médical de l'hôpital St-Joseph. Le docteur A.-R. Bellemare a été choisi vice-président et le docteur J.-L. Rochefort, secrétaire-trésorier.

MÉDECINS CONFÉRENCIERS

Le docteur Philippe Panneton (Ringuet) fut le conférencier de « Votre auteur préféré », à la Bibliothèque Municipale, le jeudi, 14 février à 8.30 heures du soir; le titre portait: « Quelle langue parlons-nous ? »

Le docteur Roméo Boucher, médecin-chef de l'hôpital Saint-Luc et professeur à l'Université de Montréal, a été le conférencier au déjeuner hebdomadaire du Cercle Universitaire, jeudi, le 7 février dernier. Il avait choisi comme sujet: « Une aiguille dans un voyage de foin ». Le docteur Pierre Smith présida et présenta le conférencier.

COMMÉMORATION DU CINQUANTENAIRE DES RAYONS X

Le 1er février 1946, la « Société Médico-Chirurgicale de Montréal » présenta une séance spéciale à l'occasion du cinquantième anniversaire de la découverte des rayons X par Roentgen et en hommage à son auteur.

A cette occasion, les causeries suivantes furent données:

1) « La découverte des rayons X, leur natur et leurs applications principales à la phy sique. »
   David A. Keys, Ph.D.
2) « Le rôle de la chirurgie et de la radiothé rapie dans le cancer du sein. »
   Docteur G. E. Richards, direc teur du Service de Radiologie l'Hôpital Général de Toronto.
3) « La radiothérapie de contact.»
   Film animé, gracieuseté de Phi lips Industries Limited.
4) « La Dosimétrie des Rayons X. »
   W. V. Mayneord, D.Sc., profes seur de Physique appliquée à l médecine, physicien au Roya Cancer Hospital de Londres, con sultant honoraire à l'hôpita Royal Victoria pour les problè mes de la physique des radia tions.
5) « Le traitement du cancer du col utérin. »
   Gordon E. Richards, M.D., pro fesseur de Radiologie à l'Univer sité de Toronto et directeu de l'Ontario Cancer Research Foundation.

MÉDECINS MILITAIRES DE QUÉBEC

La ville et la région de Québec ont fourni 237 médecins aux forces armées lors de la guerre de 1939-1945. 225 médecins se sont enrôlés dans l'armée, 6 dans la marine et 6 dans l'aviation.

"LA SEMAINE DE LA SANTÉ"

« Le Semaine de la Santé » s'est ouverte le 3 février, par une double causerie à la radio. L'Hon. Brooke Claxton, ministre fédéral de la santé, parla en anglais, au poste CBM, et l'Hon. Albini Paquette, ministre provincial de la santé, parla en français, au poste CBF.

Lundi, le 4 février, l'« Elévation Matutinale » porta sur la santé, à 8.15 heures, poste CBF; le soir, à 6.50 heures, le docteur L. Gérin-Lajoie, président de l'Association des médecins du Canada, parla également à la radio, poste CBF.

Mardi, à 8.15 heures du soir, il y eut réunion publique dans l'auditorium du Montreal High

Pour
traitement estrogénique
par
voie buccale



ORESTOL

(DIPROPIONATE DE DIETHYLSTILBESTROL)

E·B·S·

Chez la Femme:

L'Orestol E.B.S. peut être employé chez la femme pour le traitement de tous les cas pour lesquels des estrogènes naturels sont employés. Symptômes de la ménopause, vaginite sénile, sécheresse de la vulve, infantilisme et vaginite gonorrhéique chez les enfants — pour tous ces maux, l'Orestol est très employé. Il assure un soulagement défini dans les cas d'engorgement des seins, et s'il est administré immédiatement après l'accouchement, il supprime complètement la lactation. Beaucoup de médecins disent qu'ils ont employé l'Orestol avec succès dans des cas de dysménorrhée, d'aménorrhée et d'avortement habituel.

Chez l'Homme:

L'Orestol E.B.S., une hormone du sexe féminin, a un effet anandrogénique marqué sur les hommes. Il remplace rapidement la castration chirurgicale dans les cas de néoplasmes prostatiques. Non seulement il empêche le développement de nouvelles tumeurs, mais fait habituellement ramollir ceux qui existent et les fait souvent diminuer de grosseur.

Dosage:

L'Orestol se donne dans les plus petites doses capables d'enrayer les symptômes pour lesquels il est employé. La nausée et autres réactions secondaires indiquent habituellement qu'il faut diminuer la dose. Chez les femmes enceintes et pendant la puerpéralité, les réactions toxiques sont très rares. Si la nausée est légère, on peut l'enrayer en administrant l'Orestol avec du lait.

Chez l'homme, la dose est accrue jusqu'à ce que la gynécomastie se résente.

La dose est alors suffisamment réduite pour que les malades redeviennent normaux.

L'Orestol E.B.S. se vend en comprimés de trois grosseurs, présentés en flacons de 100 et 500 comme suit:

C.C.T. ♯530 . . . ½ mg. C.C.T. ♯531 . . . 1 mg. C.C.T. ♯532 . . . 5 mg.

Sur vos ordonnances, spécifiez "E.B.S."

THE E.B. SHUTTLEWORTH E.B.S. CHEMICAL CO. LIMITED

525 Logan Avenue, Toronto 6

Une maison entièrement canadienne

FONDÉE EN 1879

School, et discussion. Me Roger Ouimet, C.R., présida et le docteur Charles MacMillan, professeur de médecine sociale à l'Université McGill, prononça une causerie sur les maladies vénériennes. Cette soirée se déroula en anglais.

Mercredi, à midi et demi, déjeuner dans le salon du prince de Galles de l'hôtel Windsor, offert par la Ligue du Progrès Civique. Conférencier: le docteur Jules Gilbert, directeur du service de santé de la province de Québec, et le soir, à 8.15 heures, poste CBF, causerie par le docteur Adélard Groulx, directeur du service de santé de la ville de Montréal.

Jeudi soir, à 8.15 heures, soirée en langue française sur les maladies vénériennes, en la salle du Gésu. Présidence de Me Roger Ouimet, C.R., et conférence par le docteur Albéric Marin, professeur de dermatologie à l'Université de Montréal.

CRÉATION D'UN DÉPARTEMENT D'ANESTHÉSIE À L'UNIVERSITÉ McGILL

L'Université McGill vient d'annoncer la création d'un nouveau département entièrement consacré à l'anesthésie. Le premier titulaire en sera le docteur Wesley Bourne, anesthésiste bien connu de Montréal. Le docteur Bourne a, pendant de nombreuses années, enseigné l'anesthésie dans la Section de Pharmacologie et la décision de séparer l'enseignement de l'anesthésie de celui de la pharmacologie, bien que prise il y a déjà quelque temps, ne vient que d'être mise à exécution.

CHEZ LES ANESTHÉSISTES

Pour 1946, la Division de Québec de la Section Canadienne des Anesthésistes est ainsi constituée:

Président: docteur Roméo Rochette; vice-président: docteur F. H. Wilkinson; secrétaire-trésorier: docteur Moïse Clermont; conseillers: les docteurs Harold R. Griffith, Georges Cousineau, E. Allard, Maurice Légaré et J.-L. Rochefort.

Cette section vient de recevoir la visite du docteur Henry F. Beecher, professeur d'anesthésie à l'Université Harvard et anesthésiste en chef au Massachusetts General Hospital, de Boston.

Le docteur Beecher a donné une confére sur « La Préparation des blessés à l'anesthés fruit de son expérience outre-mer avec l'ar américaine.

Le conférencier a été présenté par le doc Wesley Bourne et la réunion se tint sous direction du docteur Roméo Rochette, pr dent de la Section de Québec de la Section nadienne des Anesthésistes.

Cette assemblée était, pour ainsi dire, la c mémoration du centième anniversaire de l troduction de l'anesthésie par l'éther dans pratique chirurgicale. Il y aura, en effet, cent le 16 octobre que la première anesthésie à l'é a été donnée au Massachusetts General Hos tal, de Boston.

Le docteur Beecher a également parlé devi les étudiants en médecine de l'Université McG le 1er février, à 4 h. 15, de l'après-midi, sur « Phisiologie de l'anesthésie ».

ÉLECTIONS À LA "SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE"

Le bureau, pour 1946, de la « Société de Pi siologie » sera ainsi constitué:

Le docteur Léo Ladouceur, chef de la S tion de la Tuberculose au Service de Santé, p sident;

le docteur J.-P. Paquette: vice-président;

le docteur Marcel Verschelden: secrétaire néral;

le docteur B.-G. Bégin: secrétaire des séan

le docteur Esdras Autotte: trésorier.

NOUVEAU RÉDACTEUR EN CHEF

Le docteur Jay Arthur Myers, de Minnea lis, a été élu président du Comité de Rédact et rédacteur en chef de la revue « Diseases the chest », lors de la réunion du 11 novem 1945, tenue à Cincinnati, de l'« American Coll of chest physicians ». Le docteur Albert-J. Cor lard, de Québec, est un des gouverneurs Collège.

EXAMEN MÉDICAL DES ÉTUDIANTS DE 1 ANNÉE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉA

Le Service de santé a inauguré, cette ann l'examen médical périodique des étudiants première année dans toutes les facultés et éco de l'Université de Montréal. 749 étudiants

RHUMATISME • GOUTTE •
TTE • SCIATIQUE • RHUM
RHEUMATISM • SCIATICA
GOUT
RHUMA
CIATIQ
• GOU
TISM
E • S
RHUM
TICA
• RI
TE •
E
MATISM
• SCIATICA
• GOUTTE • SCIATIQUE • RI
RHUMATISME • GOUTTE •

℞

UROPRAZINE

Prendre 2 cuillerées à thé
dans un demi-verre d'eau
tiède, deux fois par jour,

M.D.

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

HERDT & CHARTON, INC.

MÉDICAMENTS DE MARQUE

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

bénéficié de cet examen fait par les médecins du Service de Santé. L'examen radiographique des poumons a été pratiqué par le personnel de la Ligue Antituberculeuse de Montréal Incorporée.

NOMINATION DU DOCTEUR CAMERON

On a annoncé dernièrement la nomination du docteur W. Cameron, au poste de directeur des Services de santé publique du Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Etre Social, à Ottawa. Il succède au docteur J. J. Heagerty qui est devenu l'adjoint spécial du Sous-Ministre de la Santé Nationale. Le docteur Cameron continuera d'exercer ses fonctions de chef du Laboratoire d'Hygiène.

NOUVELLES DE FRANCE

Académie de Chirurgie de Paris

L'élection du bureau de l'Académie de Chirurgie de Paris a eu lieu à la séance du 5 décembre 1945. Il sera ainsi constitué:

Président: M. Basset; vice-président: M. Brocq; secrétaire général: M. Leveuf; secrétaires annuels: MM. Quénu et Boppe.

Jubilé du professeur H. Vincent

Le 5 janvier 1946, au Val-de-Grâce, a été célébré le Jubilé d'Enseignement du Médecin Général Inspecteur H. Vincent, professeur honoraire au Collège de France, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine.

Commémoration du cinquantième anniversaire de la découverte des rayons X

Le « Société d'Electroradiologie Médicale de France », la « Société Française d'Electrothérapie et de Radiologie », ont commémoré vendredi, le 14 décembre 1945, à la Maison de la Chimie de Paris, le cinquantième anniversaire de la découverte des Rayons X par Wilhelm Conrad Roentgen.

Les recherches médicales en U. R. S. S.

L'Académie des sciences médicales, en Russie, a multiplié les efforts pour rétablir les institutions d'hygiène et les services médicaux dans les régions dévastées par la guerre. Des spécialistes collaborent à cette tâche. De nouveaux instituts de recherches médicales s'attaquent aux problèmes essentiels, et les anciens instituts sont agrandis.

Le fait que 70% des blessés de guerre aient récupéré leur aptitude physique témoigne de la haute valeur des médecins soviétiques. Aucune épidémie n'a éclaté, en dépit du mouvement des troupes et du déplacement des civils. Le professeur Kirkov-Kekcheyev signale ces résultats dans le Bulletin de l'U.R.S.S.

Association internationale de la presse médicale

L'Association Internationale de la Presse Médicale désire publier, en 1946, un bulletin bibliographique des nouveautés médicales éditées dans le monde entier. Le bulletin sera envoyé gratuitement aux directeurs des périodiques de médecine dans le but de les tenir au courant de la production éditoriale scientifique médicale universelle.

Le Bureau de l'Association Internationale de la Presse Médicale est constitué de Messieurs Hans Spatz, président; S. Sprigge (Londres), vice-président; W. P. Bowers (Boston), Enrico Branco Ribeiro (Sao Paulo), Rafael A. Bullrich (Buenos-Ayres), Paul Carnot (Paris), Ricardo Horno Alcorta (Saragosse), E. Hesse (Leningrad), J. Kleeberg (Jérusalem), Snatosh Kumar Mukkerii (Calcutta), V. Jedlicka (Prague), James L. Maxwell (Shangaï), Waclaw Moraczewski (Lwow), Nicola Pende (Rome), C. V. Rijnberg (Amsterdam), K. Takeuchi (Nagasaki), P. Tomescu (Bucarest), tous directeurs.

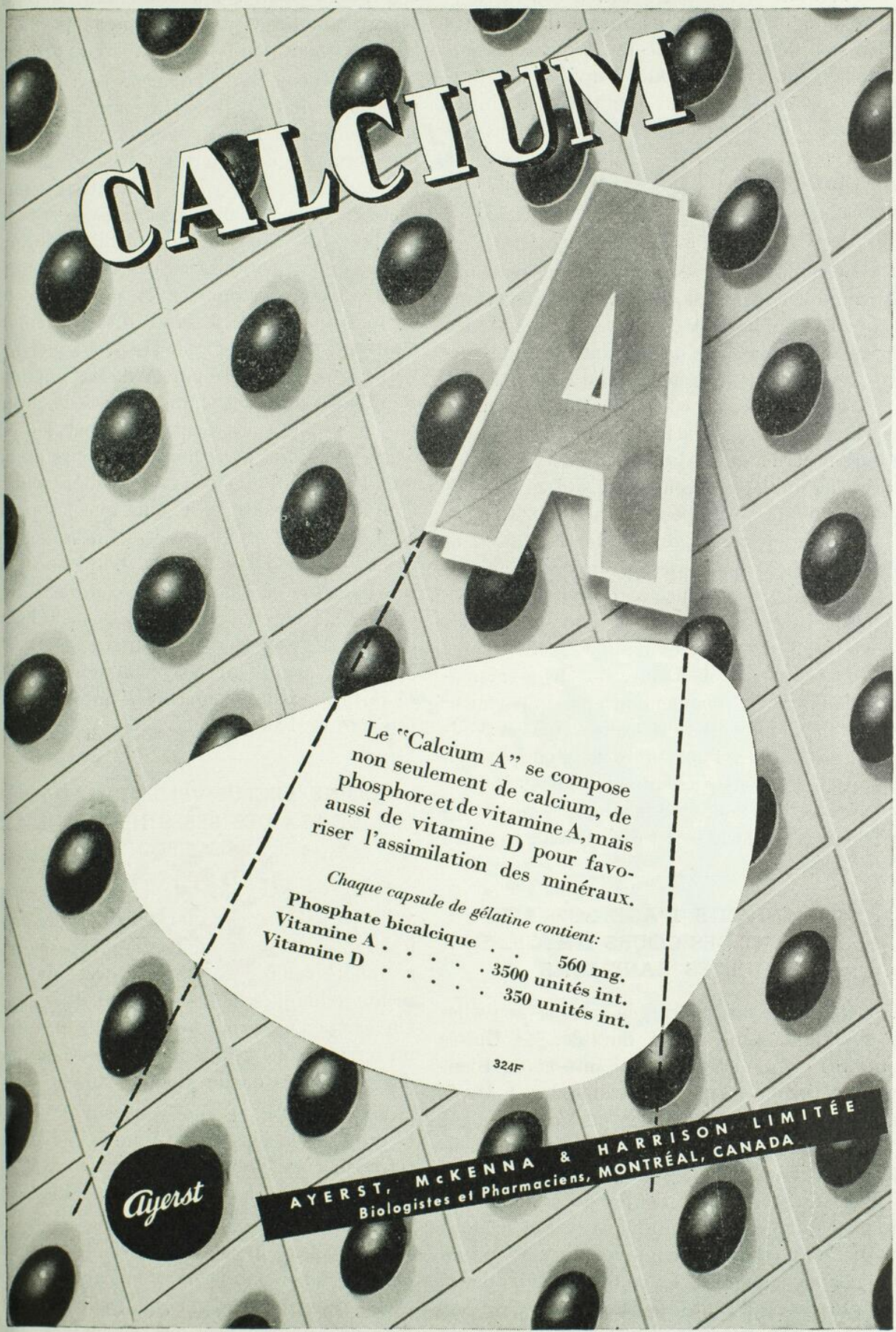
Les secrétaires généraux sont: Guido Guida (Rome), A.-L. Pierra (Paris) et Santo Vanasia (Milan).

Le trésorier est Benno Schwabe (Bâle).

INSPECTION DE PLUS DE 4,800 ÉTABLISSEMENTS

Confiscation de 8,172 lbs d'aliments impropres à la consommation.

Plus de 4,800 établissements ont reçu, au cours de décembre, la visite des inspecteurs sanitaires du ministère de la Santé et du Bien-Etre social que dirige l'honorable Dr J.-H.-A. Paquette. Par suite de l'augmentation régulière du nombre des comtés provinciaux qui tiennent à bénéficier des avantages que procurent à la population le


CALCIUM
A
Le "Calcium A" se compose non seulement de calcium, de phosphore et de vitamine A, mais aussi de vitamine D pour favoriser l'assimilation des minéraux.
Chaque capsule de gélatine contient:
Phosphate bicalcique . . . 560 mg.
Vitamine A . . . . . 3500 unités int.
Vitamine D . . . . . 350 unités int.
324F
Ayerst
AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE
Biologistes et Pharmaciens, MONTRÉAL, CANADA

Unités sanitaires, une amélioration considérable de la santé publique se manifeste dans toutes les régions. Soixante-deux comtés, qui représentent une population globale d'environ un million sept cent mille âmes, profitent des Unités sanitaires. Il ne faut pas oublier dans l'appréciation de ces chiffres que nos grandes villes telles que Montréal, Verdun, Québec, Westmount, Outremont, Lachine, Sherbrooke, possèdent leur propre bureau de santé.

La surveillance des aliments et de ceux qui les manipulent constitue un chapitre important de l'hygiène publique. Par l'entremise des Unités sanitaires, le ministère de la Santé et du Bien-Etre social assure la protection de la population contre les dangers de contamination. Les denrées alimentaires, par exemple, sont l'objet d'une inspection périodique. Au cours de décembre, les inspecteurs du département ont visité les établissements suivants: 191 boulangeries, 1,028 épiceries, 444 restaurants, 1,326 boucheries, 124 marchés publics, 16 beurreries et fromageries, 168 laiteries publiques, 85 usines de pasteurisation, 435 vacheries et laiteries du producteur. Ils ont confisqué 8,172 livres d'aliments impropres à la consommation. A mesure que les agglomérations humaines augmentent en importance comme en nombre, il faut exercer une surveillance plus grande. Pour vivre longtemps et en bonne santé, soyons prudents et modérés à toute heure et en tout lieu. Que la propreté règne autour de nous! C'est le secret d'une bonne hygiène.

12,301 ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE BÉNÉFICIENT DES COURS D'HYGIÈNE DES UNITÉS SANITAIRES

Soucieux d'assurer aux générations nouvelles les avantages d'une santé durable, les Unités sanitaires du ministère de la Santé et du Bien-Etre social, que dirige l'honorable Dr J.-H.-A. Paquette, consacrent à la puériculture une grande partie de leur travail. Inculquer à l'enfance les principes de la vie saine et de l'hygiène la plus efficace, tel est l'objet de cette propagande si utile à la nation. Dans ce but, chaque semaine de nombreuses cliniques de puériculture sont tenues dans les différents comtés de la province dotés d'Unité sanitaire. Au cours de décembre, par exemple, 6,037 nourrissons ont été examinés au cours des cliniques régulières, tandis que les visites à domicile permettaient aux hygiénistes de faire l'examen de 6,161 bébés.

L'enseignement de l'hygiène se fait ainsi indirectement; le travail des officiers médicaux, non seulement tient les mères de familles au courant des dernières découvertes de la science et des meilleures méthodes de prévention, mais les renseigne sur la santé générale de leurs petits. La prévention, on le sait, facilite l'éliminations des maladies évitables et des troubles qui peuvent affecter l'organisme et nuire directement ou indirectement à la santé. Les hygiénistes du ministère de l'hon. Dr J.-H.-A. Paquette ne se bornent pas à cette partie de la puériculture. Pour faire suite aux cliniques et à la protection des bébés, ils surveillent également les enfants d'âge scolaire et préscolaire. Au cours de décembre, 12,301 enfants d'âge préscolaire ont bénéficié de cet avantage. Tandis que les plus âgés au nombre de 16,846 assistaient à 552 conférences d'hygiène préventive. L'hygiène doit entrer dans toutes les demeures, concourir au bien-être social des collectivités et, selon le beau mot d'un hygiéniste, « en nous instruisant des soins à prendre pour tenir notre organisme en santé, se faire l'auxiliaire du travail intellectuel et de la santé de l'âme. »

ORIGINE EXCLUSIVEMENT CANADIENNE DE 97.4 DES BÉBÉS NÉS DANS LE QUÉBEC

Dans un pays dont la population se renouvelle périodiquement par l'arrivée de nouveaux habitants, l'analyse démographique permet de se rendre compte de l'origine des différents éléments ethniques qui composent la population. On sait qu'un groupe d'individus vivant dans un territoire déterminé n'augmente que par suite des naissances ou de l'immigration.

Par exemple, si l'on veut savoir quelle est la province la plus canadienne du pays, on peut retrancher et établir la proportion des enfants nés de mères canadiennes dans telle ou telle province.

Le Québec, à cet égard, semble compter le plus grand nombre de nouveau-nés d'origine exclusivement canadienne. En effet, le pourcentage des enfants légitimes et viables, dont

HYPER PROSTAL

(AMPOULES BUVABLES)

CHALONE TESTICULAIRE PROSTATOLYTIQUE

LS

TRAITEMENT SCIENTIFIQUE

DU PROSTATISME — DE LA POLLAKIURIE — DE LA SÉNILITÉ PRÉCOCE

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — — MONTRÉAL

mères sont nées au Canada, atteint en 1943, dans cette seule province, 97.4 p. c. C'est une augmentation sur les trois années précédentes. Voici d'ailleurs comment se répartissent dans chaque province les nouveau-nés de cette catégorie:

Provinces	1943	1942	1941	1940
Québec	97.4	97.2	97.1	96.7
Prince-Edouard	95.8	95.4	96.6	95.6
Nouveau-Brunswick	95.5	95.3	95.5	95.0
Nouvelle-Ecosse	91.9	92.8	92.3	91.8
Ontario	87.0	86.4	85.6	83.8
Manitoba	85.8	85.3	83.7	81.8
Saskatchewan	83.3	81.7	79.6	77.1
Colombie	81.6	79.1	77.6	
Alberta	77.5	75.7	73.4	

De tels chiffres indiquent que la majité de la population du Québec est d'origine exclusivement canadienne. Les bébés québécois dont la mère n'est pas née au Canada représentent 2.6 p. c. de tous nos nouveau-nés, tandis qu'en Alberta ce groupe constitue 22.5 pour cent des naissances survenues en cette province en 1943. En 1940, ce pourcentage dépassait le quart et atteignait 29.2 p. c. Dans le Canada tout entier, en 1943, 90.0 p. c. des bébés devaient le jour à des mères nées au pays, 4.1 à des mères d'origine britannique et 5.9 à des mères d'une autre nationalité.

INTERNES DEMANDÉS

L'hôpital Saint-Luc, de Montréal, demande des médecins désireux de faire de l'internat dans ses divers services. L'hôpital Saint-Luc possède 456 lits, est accepté par le Conseil d'Internat de l'Association Médicale Canadienne, reconnu par l'American College of Surgeons et peut offrir à ses internes des conditions de local de premier ordre.

Salaire: $75 par mois pour la première année; $100 par mois l'année suivante.

Envoyer demande par écrit au Docteur Harold I. Tétreault, hôpital Saint-Luc, 1058, rue Saint-Denis, Montréal, P.Q.



quand les mains commencent de trembler

Il est possible de donner du soulagement symptomatique d'une façon prompte et prononcée aux malades qui vous consultent et qui sont atteints de la maladie de Parkinson comme conséquence de l'encéphalite et de la paralysie agitante—l'une et l'autre représentant des états progressifs et affligeants—en leur administrant les tablettes "Rabellon," composé spécialement préparé d'alcaloides de belladonne.

L'amélioration générale se produit en forme d'une rigidité musculaire réduite, d'un progrès en parlant, d'une salivation diminuée et d'une attitude plus optimiste dans l'esprit du malade.

Comme résultat de la composition etalonnée des trois alcaloides de belladonne, il est possible de contrôler l'action thérapeutique des tablettes "Rabellon" et d'éviter des doses trop fortes—même pendant un traitement étendu. Sharp & Dohme (Canada), Ltd., Toronto 5, Ontario.

Chaque tablette "Rabellon" contient:	
Hydrobromure d'hyoscyamine	0.4507 mg.
Sulfate d'atropine . . .	0.0372 mg.
Hydrobromure de scopolamine	0.0119 mg.

Fourni dans des flacons contenant 100 tablettes divisées au quart.

Tablettes "RABELLON"

SHARP & DOHME

Composé d'Alcaloides de Belladonne

PRATIQUÉE CHEZ SOI OU AILLEURS

L'ÉPREUVE "ÉCLAIR"

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

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

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

Galatest — POUR LA RECHERCHE DU SUCRE DANS L'URINE

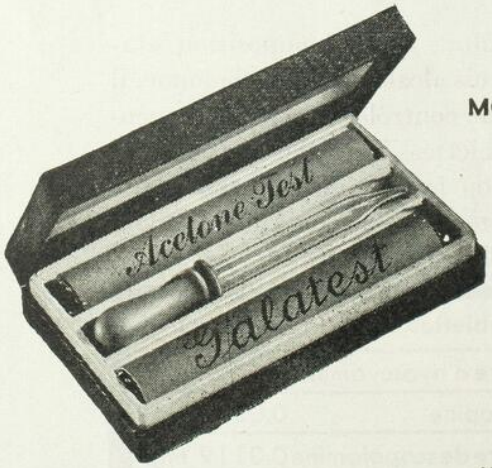
Réactif à l'Acétone (DENCO) — POUR LA RECHERCHE DE L'ACÉTONE DANS L'URINE

LA MÊME SIMPLE MÉTHODE POUR LES DEUX ÉPREUVES

1. UN PEU DE POUDRE



2. UN PEU D'URINE



MODIFICATION DE COULEUR INSTANTANÉE

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

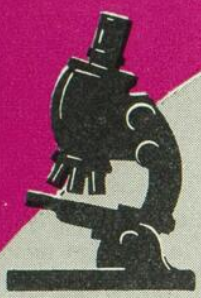
Accepté pour publicité dans le "Journal of the American Medical Association".

NOTICES DESCRIPTIVES SUR DEMANDE

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

153 ouest, rue Lagauchetière, Montréal

VERATRITE



DANS
L'HYPERTENSION



1,000 PREUVES

IRWIN NEISLER & CO., DECATUR, ILLINOIS.

REPRÉSENTANT AU CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

MÉDICAMENTS DE MARQUE

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — — MONTRÉAL

LABORATOIRES CH. COUTURIEUX

18, avenue Hoche — PARIS

LANTOL

Rhodium colloïdal électrique, ampoules de 3 cc. contenant rhodium colloïdal 0.0003 gm., et or colloïdal 0.00003 gm.

tous états infectieux, septicémies, provoque une hyperleucocytose intense et durable, qui, lors d'un emploi conjoint, contrebalance et intensifie l'action des sulfamidés, tout en y ajoutant son action propre.

1 à 4 ampoules par jour, selon température et état général, intramusculaires ou veineux.

PANGLANDINE

extraits grandulaires associés (forme comprimés et gouttes pour enfants), hypophyse, thyroïde, surrénales, parathyroïde, thymus, rate, moelle rouge, foie, pancréas, duodénum, ovaires, suc orchitique, prostate.

tous états endocriniens chez l'enfant: retards physiques et intellectuels, asthénies, surmenage scolaire, syndromes adiposo-génitaux. Chez l'adulte: insuffisance ovarienne ou sénilité précoce, asthénies générales.

comprimés: 2 à 8 par jour, 3 semaines par mois. (ou 40 à 160 gouttes).
Enfants: 10 à 100 gouttes, selon l'âge.

GLÉSION

levurine extractive (procédé Couturieux) 0.17, étain colloïdal 0.07, ext. bardane 0.08, soufre colloïdal 0.04 gms par comprimé.

furonculose et infections staphylococciques, abcès, anthrax, acné, folliculite, abcès dentaires, pyorrhée, ostéomyélite, suppurations diverses.

attaque: 10 à 20 comprimés par jour. Entretien: 4 à 8 par jour. Prendre par 4 comprimés toutes les 4 heures.

ZYMION

levurine extractive 0.10, soufre 0.05, étain 0.03, manganèse 0.02, lithium colloïdal 0.01 gms par comprimé.

traitement des diverses formes du rhumatisme, avec ou sans association de salicylates, selon le cas.

4 à 6 comprimés par jour, entretien.
10 à 20 lors des crises, sans inconvénient.

Agents au Canada:

Laboratoires Jean Olive

200, rue Vallée — MONTRÉAL

Littérature et échantillons médicaux sur demande.

Chaque époque a eu
son symbole pour le **FER**



4000 av. J.-C. Egypte

2000 av. J.-C. Chine

500 av. J.-C. Rome

Aujourd'hui . . .

COMPRIMÉS FESOFOR — efficaces, pratiques et peu coûteux — thérapeutique ferreuse classique pour les anémies dues à une insuffisance de fer. Chaque comprimé contient 3 grains de sulfate ferreux anhydre, correspondant à environ 5 grains de sulfate ferreux officinal.

COMPRIMÉS FESOFOR

SMITH, KLINE & FRENCH CORPORATION INTER-AMÉRICAINE, PHILADELPHIE ET MONTRÉAL 1
CONCESSIONNAIRES POUR LE CANADA, THE LEEMING MILES CO., LTD., MONTRÉAL 1

ANATOXINE STAPHYLOCOCCIQUE

POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS STAPHYLOCOCCIQUES LOCALES

L'Anatoxine Staphylococcique est un antigène spécifique recommandé pour le traitement et la prophylaxie de certaines formes d'infections staphylococciques locales, telles que furoncles, orgelets, acné pustuleuse et abcès staphylococciques migrateurs récurrents des tissus mous et des os. L'anatoxine peut être administrée en 8 doses sous-cutanées à intervalles de cinq à sept jours.

PRÉSENTATION

L'Anatoxine Staphylococcique est présentée par les Laboratoires Connaught dans une boîte contenant une fiole de 2 cc. d'anatoxine diluée (Concentration A) et une fiole de 2 cc. d'anatoxine non diluée (Concentration B). La Concentration A est une dilution au quart de la Concentration B, et elle est destinée à servir pour les quatre premières injections. Les deux fioles ensemble contiennent une quantité suffisante d'anatoxine pour la série de 8 injections.

COMMODITÉ D'ADMINISTRATION

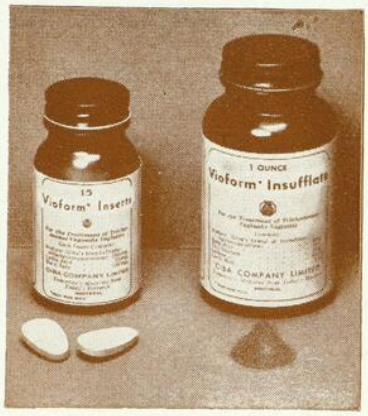
Par le fait que le produit peut servir directement tel quel, sans autre dilution, il est d'un emploi commode pour le médecin. Des études de laboratoire ont démontré que cette anatoxine diluée demeure stable et conserve toute son efficacité.

LABORATOIRES CONNAUGHT

Université de Toronto Toronto 5, Canada

VIOFORME

Les comprimés et la poudre VIOFORME* (Inserts et Insufflations) procurent une guérison généralement rapide de la vaginite à trichomonas. Mais pour écarter tout foyer d'infection, il importe aussi de traiter comme il convient les états pathologiques tels que la cervicite chronique et les affections des glandes de Skene et de Bartholin. En cas de récidives, on examinera le mari pour s'assurer s'il est porteur de trichomonas vaginalis et on instituera le traitement nécessaire.



NUPERCAINAL

Onguent analgésique et antiprurigineux possédant une action prolongée, le NUPERCAINAL* rend de précieux services toute l'année durant: il soulage promptement la douleur et les démangeaisons et, grâce à ses propriétés émollientes, accélère la guérison.



•

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE

MONTRÉAL

*Nom déposé

CIBA

Nos recherches d'aujourd'hui: la médecine de demain

De tous les sites enchanteurs de l'est du Canada, nos côtes offrent au touriste un trajet des plus intéressants, agrémenté de vues d'une beauté impressionnante et variée. La vignette ci-contre peint, dans une féerie de couleurs et de lumière, la merveilleuse perspective propre aux paysages du littoral de l'Atlantique: l'océan, les montagnes, avec une échappée sur la haute mer.

Une entreprise CANADIENNE dotée d'une organisation mondiale de recherche scientifique



GYNÉCOGÈNES CIBA

•

*Ces préparations de stéroïdes naturels et de leurs dérivés peuvent être employées comme traitement de substitution en présence d'insuffisance hormonale ou à titre d'inhibiteurs lorsqu'il y a surproduction de gonadotropine hypophysaire. En pratique courante, les principales indications sont: la ménopause, la vulvo-vaginite sénile et juvénile, la dysménorrhée essentielle, l'engorgement mammaire et l'aménorrhée. CIBA propose au praticien trois produits qui répondent à ses besoins: l'**OVOCYLINE**,* la BEN-OVOCYLINE* et la **DI-OVOCYLINE.****

OVOCYLINE

L'a-oestradiol Ciba, destiné à l'administration orale ou cutanée, dans les cas bénins de déséquilibre endocrinien. Pour obtenir un effet local, on emploiera avec avantage l'onguent OVOCYLINE. Par voie orale—0.1 à 1 mgm. trois fois par jour, dans les cas de peu de gravité ou comme adjuvant à l'administration intramusculaire de composés plus puissants. Par voie cutanée—1 à 5 Gm. par jour, en application directe sur la région intéressée.

BEN-OVOCYLINE

Le benzoate d'a-oestradiol Ciba, indiqué dans les affections exigeant une action immédiate et énergique, par exemple dans le traitement de l'aménorrhée par la méthode de Zondek.

DI-OVOCYLINE

Le dipropionate d'a-oestradiol Ciba, oestrogène puissant exercant une action supérieure, aux mêmes doses, à celle de l'a-oestradiol et de certains de ses dérivés. Alors que l'oestradiol et le benzoate d'oestradiol demandent un traitement intense et de longue durée, la DI-OVOCYLINE, par suite de son action puissante et persistante, permet d'allonger les intervalles des injections, d'où économie de temps et d'argent. 1 mgm. par semaine constitue, de l'avis de la majorité des médecins, la dose moyenne d'entretien.

•

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE

MONTRÉAL

*Nom déposé

DIÉNOESTROL B.D.H.

LE NOUVEL OESTROGÈNE SYNTHÉTIQUE

COÛT MINIME — ABSENCE DE TOXICITÉ — GRANDE EFFICACITÉ

LE Diénoestrol B.D.H. est l'heureux aboutissement de recherches depuis longtemps poursuivies dans le but de découvrir une substance oestrogène synthétique dont l'administration absolue ne serait plus restreinte à cause du prix élevé de l'hormone naturelle, ou encore en raison des nausées occasionnées par les anciens oestrogènes synthétiques mal supportés par les sujets sensibles.

On peut se procurer le Diénoestrol B.D.H. à une fraction du prix de l'hormone naturelle. Ce produit peut être prescrit sans crainte même aux malades réfractaires à d'autres oestrogènes synthétiques.

N. B. - Le Diénoestrol B.D.H. représente la substance oestrogène la plus efficace connue. En changeant du Stilboestrol au Diénoestrol B.D.H., on peut présumer que 0.3 mg. de Diénoestrol B.D.H. équivaut à environ 1.0 mg. de Stilboestrol.

Le Diénoestrol B.D.H. est offert en comprimés de 0.1 mg. et 0.3 mg., en flacons de 100, 500 et 1000.

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LIMITED

TORONTO, CANADA

Succursales à Montréal, Winnipeg et Vancouver.

No 116F

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
- ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
- ŒUVRES SOCIALES
- VACCINATION **GRATUITE** CONTRE LA TUBERCULOSE PAR LE BCG
- PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

COQUELUCHE - DIPHTÉRIE

—VACCIN COQUELUCHEUX SIMPLE—

—VACCIN COQUELUCHEUX associé AVEC L'ANATOXINE— DIPHTÉRIQUE purifiée

Bacilles coquelucheux, H. pertussis, en Phase I — 15,000 millions par cm³.

Culture sur milieu de formule améliorée dans nos laboratoires.

Suspensions bactériennes remarquables par leur homogénéité,

uniformité,

valeur expérimentalement éprouvée.

Anatoxine diphtérique (20 unités au cm³) purifiée de 50% de son azote initial.

D'absorption rapide et quasi indolore.

PURETÉ - SÉCURITÉ - EFFICACITÉ

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal, Montréal, P.Q., Zone 26

(sans but lucratif)



THÉRAPEUTIQUE ACIDE DES ULCÈRES GASTRIQUES

Les radiographies ci-dessus sont typiques des 200 cas traités à la suite de diagnostics positifs d'ulcères du duodénum.

Dans 61% des cas: Absence de l'ulcération en 3 semaines.
Dans 29% des cas: Disparition de l'irrégularité du duodénum en 6 semaines.
Dans 9% des cas: Après six mois, disparition complète de toute évidence radiologique.
Dans 1% des cas: Dégénérescence maligne.

DANS TOUS LES CAS: RAPIDE DISPARITION DES SYMPTÔMES.

ULCAPS contient des acides Aminés essentiels, des acides Balsamiques et leurs éthers respectifs, de la Chlorophylle dans une base adoucissante à noyau cholestérol.

Anglo-CANADIAN DRUG Company LIMITÉE

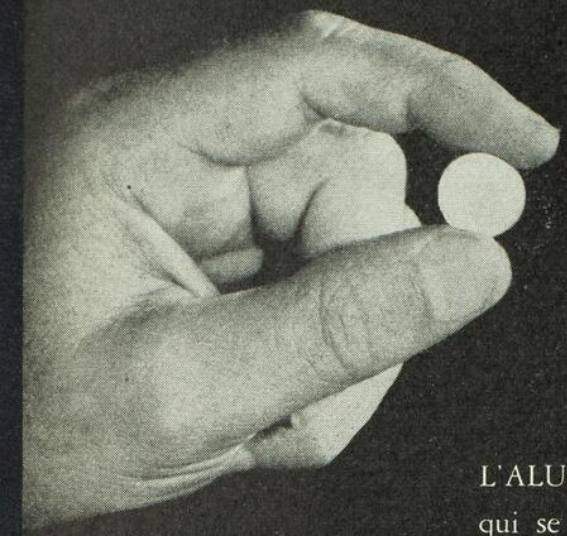
OSHAWA **MONTRÉAL**

MANUFACTURIERS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX

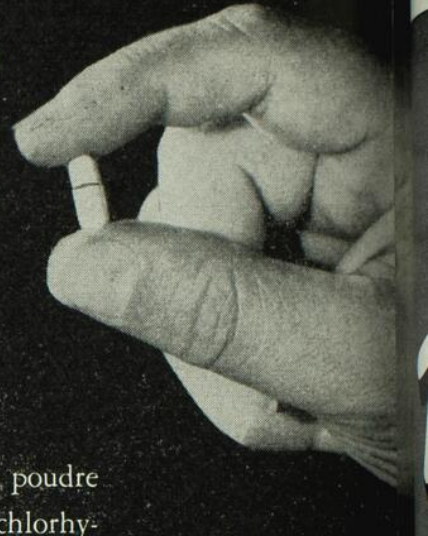
DISTRIBUTEURS:

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

Lequel?



Aussi commode l'un que l'autre, c'est vrai, mais les capsules d'ALUMINOID ont fait preuve d'une efficacité beaucoup plus étendue que l'hydrate d'alumine en comprimés couramment employé aujourd'hui.



Pourquoi?

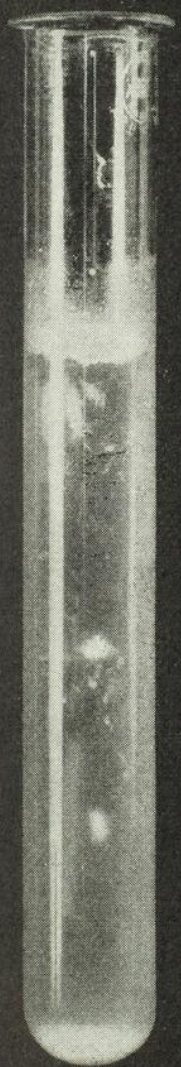
L'ALUMINOID est de l'hydrate d'alumine en poudre qui se peptise immédiatement dans l'acide chlorhydrique décinormal, produisant un sol opalescent et très fluide d'alumine colloïdale dont les particules sont si fines qu'il reste stable pendant des semaines et des mois. Ce sol traverse un papier filtre très fin.

On reconnaît généralement qu'il est d'importance primordiale d'avoir un produit vraiment colloïdal pour obtenir un soulagement rapide et prolongé dans le traitement des ulcères peptiques et de l'hyperacidité gastrique. Ci-contre est représentée une expérience très simple que n'importe quel médecin peut faire. Elle démontre clairement que l'ALUMINOID est vraiment à l'état colloïdal et que les comprimés ordinaires d'hydrate d'alumine ne le sont pas.

En outre, l'ALUMINOID neutralise (physiquement) l'acide chlorhydrique par adsorption en surface, action qui tend à réduire les effets constipants qui résultent souvent de la thérapeutique par l'hydrate d'alumine.

Echantillons médicaux sur demande

Documentation s'enverra à la demande



Déposez un comprimé d'hydrate d'alumine dans une éprouvette d'HCl N/10. triturez et agitez vigoureusement. Notez qu'il ne se disperse pas et se dépose rapidement.



Videz une capsule d'ALUMID dans une éprouvette d'HCl(10 et agitez vivement. Notez q produit un sol colloidal ele démontrant que la dispersi complète.

Chatham

FISHER & BURPE, LTD.

Distributeurs exclusifs au Canada

WINNIPEG, MANITOBA

Un produit de CHATHAM PHARMACEUTICALS, INC. Newark 2, N. J., U. S. A.

Au Canada on peut l'acheter dans les Pharmacies. Vendu en boîtes de 48 capsules.

Hypertose

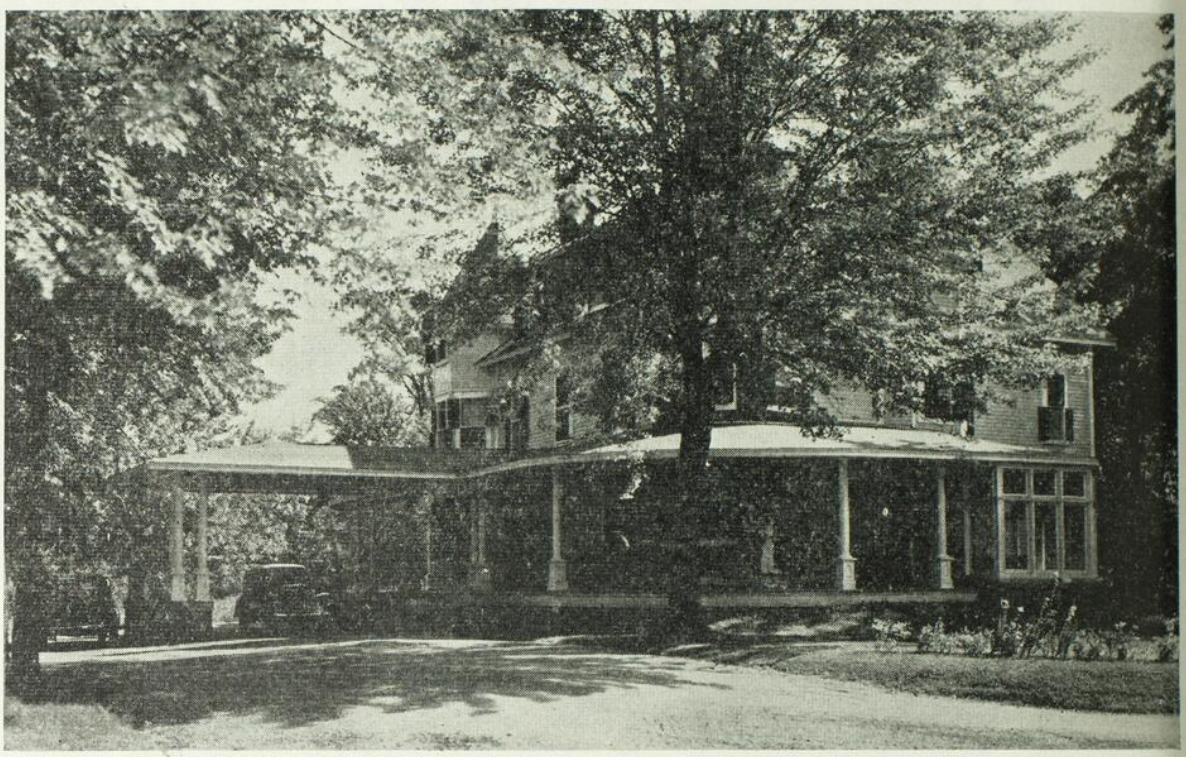


Soulagera

les symptômes habituels
de
l'hypertension artérielle

Laboratoires DESAUTELS Laboratories
LIMITÉE MONTREAL CANADA LIMITED

SANATORIUM PRÉVOST



Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Grand parc boisé de 600,000 pieds carrés. Tennis et jeux. Chambres confortables. — Cuisine soignée.

ÉTABLISSEMENT CONSACRÉ
AU **TRAITEMENT INDIVIDUEL**
DES AFFECTIONS DU SYSTÈME
NERVEUX

par deux médecins spécialistes et un personnel hospitalier de grande expérience. - Cures de repos. - Régimes. - Physiothérapie. - Traitements spéciaux des toxicomanies. - Pyrétothérapie. - Electro-chocs.

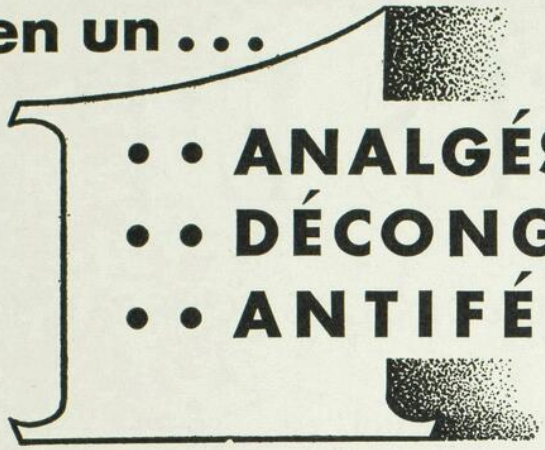
•

Direction médicale confiée aux docteurs Jean Saucier et Roma Amyot, professeurs agrégés de neurologie à l'Université de Montréal et spécialistes agréés par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

•

4455 ouest, Boulevard Gouin **Téléphone: BYwater 2405**

Tout en un . . .



. . ANALGÉSIQUE
. . DÉCONGESTIF
. . ANTIFÉBRILE

. . . par une application locale

NUMOTIZINE

L'EMPLÂTRE DE KAOLIN MÉDICINAL

Dans le traitement d'affections inflammatoires, les avantages d'une application de ce cataplasme amélioré sont multiples.

L'effet local est d'adoucir la région enflammée et, en accroissant la circulation sanguine, d'evacuer les déchets de l'inflammation.

Systématiquement, Numotizine exerce l'action antifébrile, très connue, du gaiacol et du créosote. Ces effets sont produits sans l'irritation gastrique qui accompagne, si souvent, l'administration de médicaments par voie digestive.

Indications:

Citons, parmi les principaux cas pour lesquels Numotizine est recommandée:

AFFECTIONS DE LA POITRINE
GONFLEMENTS DE GLANDES
FURONCLES
FOULURES
CONTUSIONS
MORSURES D'INSECTES

FORMULE

Gaiacol U.S.P. . . . . 2.6 Salicylate de Méthyle U.S.P. 2.6
Créosote de Hêtre U.S.P. . . . . 13.02 Formaline 2.6
C. P. Glycérine et Silicate d'Aluminium 1000 parts

NUMOTIZINE, INC., 900 NORTH FRANKLIN STREET, CHICAGO, U. S. A.

Fabriqué au Canada et distribué par:

WINGATE CHEMICAL CO., LTD., 378 ouest, rue Saint-Paul, Montréal

ANTISEPSIE

Ses caractères essentiels

'Comme antiseptique universel, "Dettol" est 'excellent, car le praticien peut l'employer à 'la surface de la peau, dans la blessure ainsi que 'sur ses instruments.'*

*Wakeley, C.P.G. *The Practitioner* (1942), *149*, 50

Cette citation résume une opinion qui se répète dans de nombreux rapports techniques, publications scientifiques et manuels parus au cours des derniers dix ans. Elle mérite que l'on s'y arrête.

Ce n'est pas que 'Dettol' soit unique lorsqu'on considère séparément l'une ou l'autre des qualités essentielles, ou au moins désirables, que doivent présenter les antiseptiques. Ainsi, il n'est pas le seul à être mortel pour un grand nombre de bactéries pathogènes, y compris le streptocoque pyogène, le staphylocoque aureus, le bacille typhique et le colibacille; même, mis à l'épreuve contre ces organismes, certains antiseptiques montrent un coefficient phénol plus élevé. Plusieurs substances, comme 'Dettol' peuvent conserver un pouvoir bactéricide élevé en présence de sang, de pus et d'autres agents de contamination. Les uns sont sans toxicité, même à pleine concentration bactéricide; les autres peuvent s'employer sans causer de douleur ou sans meurtrir la peau, aussi bien lorsqu'il s'agit d'une application faite à même la chair vive qu'à la surface de celle-ci; d'autres encore n'entravent pas le processus naturel de la cicatrisation ou conservent leur stabilité à toutes les températures de traitement et en toutes dilutions; il en est certains, enfin, qui s'emploient sans laisser de taches, qui sont d'usage agréable et d'une odeur plaisante.

Ce qui *est* spécial à 'Dettol', c'est qu'il réunit dans une très haute mesure *toutes* ces qualités que doit avoir un antiseptique idéal d'usage courant. Et c'est à cette remarquable combinaison de qualités que 'Dettol' doit la situation qu'il occupe présentement comme antiseptique préféré à tous les autres soit sur le champ de bataille, soit sur les chantiers, soit dans les postes de secours, soit à l'usine et au foyer, et ce, par tout l'Empire britannique.

Pour le médecin de pratique générale et pour le chirurgien, pour l'obstétricien et la garde-malade, pour le patient et celui qui le transporte, pour la stérilisation de la peau et des plaies ou des instruments; pour tous les cas de pratique qui demandent un antiseptique efficace et sûr; pour la grande chirurgie comme pour les petits accidents—l'antiseptique de choix, c'est 'Dettol'.

RECKITT & COLMAN (CANADA) LIMITED, DIVISION PHARMACEUTIQUE, MONTRÉAL

LA CRÈME OBSTÉTRIQUE 'DETTOL'

L'agent antistreptocoque:—'Dettol'; concentration: —30%; dans un véhicule spécialement adapté à la pratique courante de l'antisepsie en obstétrique.

Les propriétés essentielles

Les spécialistes en obstétrique ont trouvé que la meilleure technique est celle qui comporte l'usage de 'Dettol' liquide et de la crème obstétrique 'Dettol'. Ce sont deux préparations non toxiques, non irritantes et qui agissent rapidement dans la destruction du streptocoque hémolytique, cause de la plupart des infections puerpérales.

Les avantages spéciaux en obstétrique

Toutefois la crème obstétrique 'Dettol' a certains avantages spéciaux en obstétrique. Elle est prête à être employées à la bonne concentration—soit: 30% de 'Dettol' dans un véhicule approprié; on peut l'appliquer librement sur la peau de la patiente et sur les membranes muqueuses et elle demeure en place.

Les usages de la crème 'Dettol'

La crème obstétrique 'Dettol' se prête particulièrement aux applications sur la vulve de la patiente, sur les cuisses et les mains. En faisant la toilette de la patiente que l'on prépare à une opération obstétricale, on devrait enduire de crème 'Dettol' le périnée, les lèvres et le vestibule. On devrait aussi toujours en appliquer une couche sur les gants chirurgicaux avant toute intervention dans le vagin ou l'utérus. Si le travail se prolonge, on devrait l'utiliser périodiquement pour le redésinfection des gants du médecin et de la garde-malade.

Bref, la crème obstétrique 'Dettol' est une préparation agréable et un bactéricide effectif particulièrement adapté aux besoins de la pratique obstétricale.

RCKITT & COLMAN (CANADA) LTD., DIVISION PHARMACEUTIQUE, MONTRÉAL
CR4-FU

EDITIONS BEAUCHEMIN

HENRI DE KERILLIS

DE GAULLE DICTATEUR

BEAUCHEMIN

L'un des principaux buts de guerre des Alliés — sinon le principal — est la destruction des régimes politiques issus de l'aventure et de la force. Autrement dit, c'est la restauration des principes et des institutions démocratiques.

Or, la France s'est retrouvée, au lendemain de la Victoire, avec le gouvernement du Général de Gaulle qui s'est désigné lui-même, s'est imposé au peuple, et qui ne possède aucune racine légale ni aucun fondement démocratique.

L'auteur de "De Gaulle Dictateur", journaliste réputé, député républicain nationaliste de la Seine, dénonce le déconcertant et dangereux paradoxe. Mais surtout, il explique comment il s'est produit, à l'aide de témoignages et de documents ignorés du public, en révélant des faits qui sont demeurés jusqu'ici le secret des Chancelleries, il porte devant l'attention mondiale l'histoire de la "Conquête du Pouvoir nouveau" par le gaullisme.

"La vérité, écrit M. Henri de Kérillis, peut parfois soulever quelque émotion, mais elle est la grande lumière sans laquelle la pauvre intelligence humaine vogue à la dérive."

C'est pourquoi, s'attaquant à ce qu'il appelle une grande mystification et une grande légende, nées dans les tourbillons furieux de la Révolution universelle, il nous présente le Général de Gaulle actionné pendant toute la guerre par des influences violemment antidémocratiques, violemment antiaméricaines et antianglaises, et finalement détruisant la IIIe République française pour lui substituer une IVe République de structure fasciste.

Un fort volume in-8, de 448 pages

PRIX: l'exemplaire, **$2.00** par la poste, **$2.15**

EN VENTE CHEZ TOUS LES LIBRAIRES

1 Suppositoire par jour est la médication — unique et suffisante — à employer dans les...

AMYGDALITES aiguës

PHARYNGITES



SUPPOSITOIRES

LARYNGOBIS

PRESENTATION:

Boites de 2 suppositoires (enfants et adultes)

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

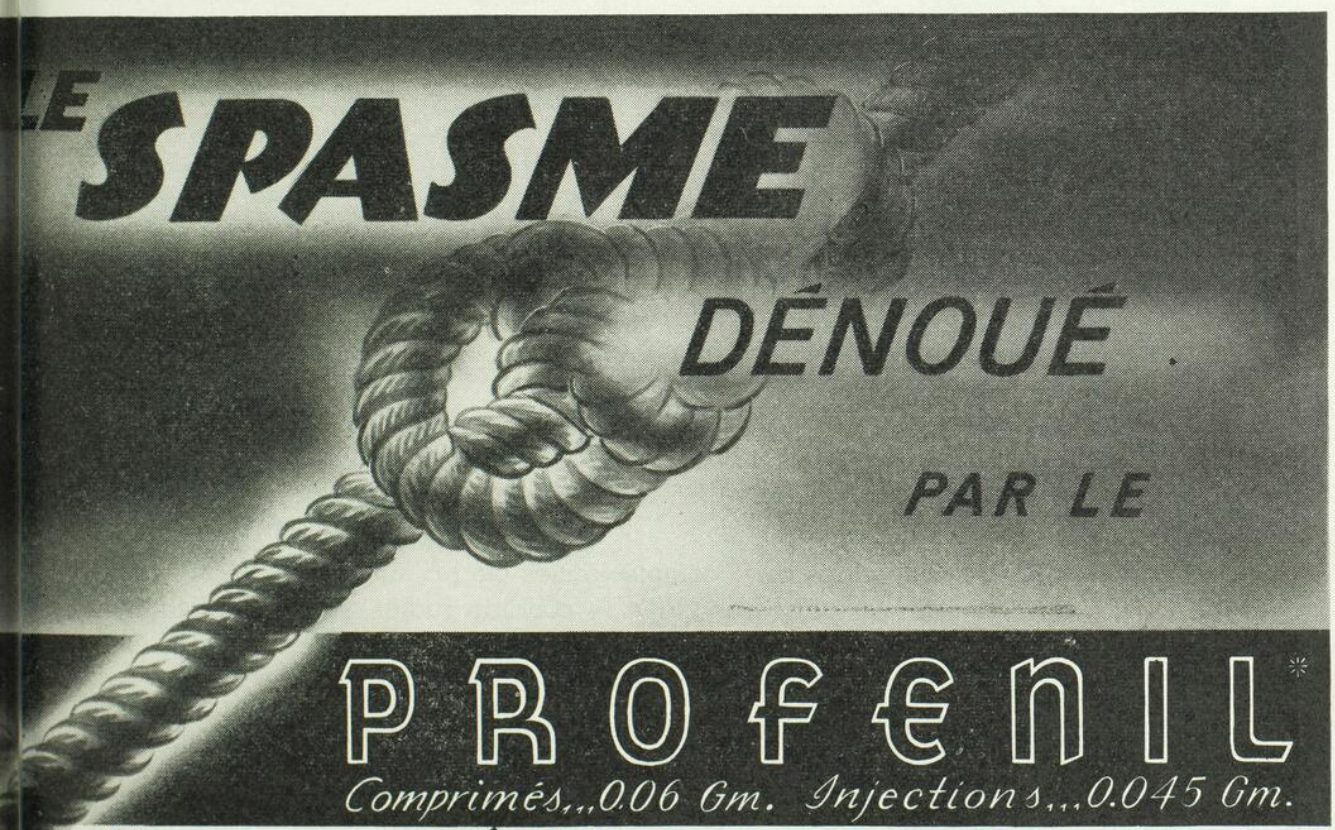
POSOLOGIE:

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

LABORATOIRES Lafayette LTÉE

Agents Exclusifs: GRAVET LTÉE, 1410-Wolfe, Montréal

LE SPASME DÉNOUÉ PAR LE



PROFENIL*

Comprimés...0.06 Gm. Injections...0.045 Gm.

* bis-gamma-phénylpropyléthylamine

RELÂCHEMENT DU SPASME DU MUSCLE LISSE

LABORATOIRES Lafayette LTÉE

Agents exclusifs — GRAVET LTÉE
1410 rue Wolfe — Montréal

PIPÉRAZINE MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE"

2 à 4 cuillerées à café par jour.

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY

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

RHINAMIDE

Affections des Fosses Nasales du Rhino-Pharynx

Composition: Sulfanilamide — Ephédrine — Ultracaïne.

Propriétés: Solution antiseptique et décongestive des fosses nasales du Rhino-Pharynx et de leurs annexes.

Indications: Obstruction nasale, coryzas, rhinites simples et purulentes, pharyngites, écoulements d'oreilles, otites sinusite (maxillaire et frontale).

Mode d'emploi: Instillations avec compte-gouttes cinq à six fois par jour dans les narines, ainsi que dans le conduit auditif, suivant l'affection, à raison de 4 à 5 gouttes par instillation. Egalement en pulvérisations. Toujours suivre les indications du médecin.

Présentation: Flacon compte-gouttes de 30 cc.

Laboratoires A. BAILLY

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

Comparez

l'état avancé du fonctionnement automatique des

STERILISATEURS "AMERICAN" POUR LES PETITS INSTRUMENTS

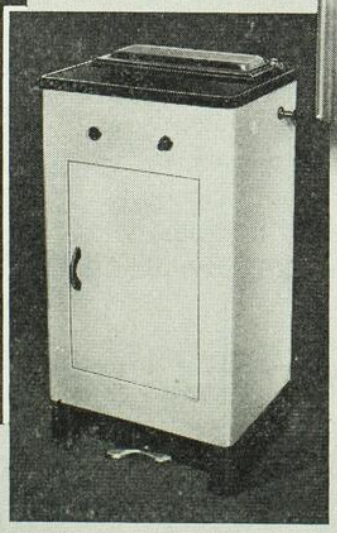


Appliqué à ces stérilisateurs supérieurs pour le cabinet privé du médecin, le terme "automatique" comprend tout. Il signifie non seulement contrôle automatique de température pendant le fonctionnement intermittent; il inclut la sûreté PERMANENTE au moyen de l'interruption due au bas niveau d'eau . . . 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 selection de modèles de cabinet, bellement achevés, sujets à leur disponibilité.

COMMANDEZ AUJOURD'HUI ou demandez-nous les brochures descriptives.

AMERICAN STERILIZER COMPANY

Erie, Pennsylvania

DESIGNERS AND MANUFACTURERS OF SURGICAL STERILIZERS, TABLES AND LIGHTS

1896



1946

SANATORIUM de BLOIS

50e année d'existence

Maison de repos, de régime et de convalescence

AFFECTIONS NERVEUSES EN GÉNÉRAL

Maladies de l'estomac et de l'intestin, surmenage, troubles de la nutrition, neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.). Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violets, etc., etc.

MÉDECIN-DIRECTEUR: . . . **Dr Charles de BLOIS**

DIRECTEUR-ADJOINT: . . . **Dr Georges de BLOIS**

MÉDECINS CONSULTANTS:

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr Charlemagne BARIBEAU, Trois-Rivières; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières; Dr Benoît JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. VEILLEUX (Radiologiste), Trois-Rivières.

PRIX MODÉRÉS—Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

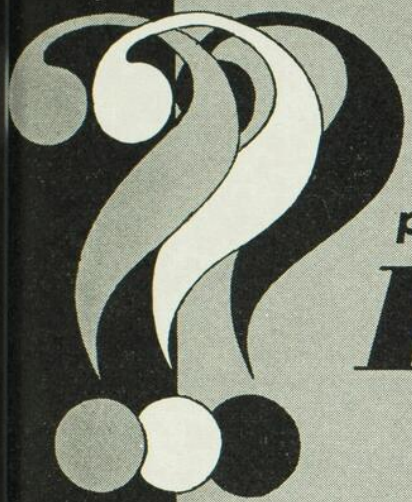
Pour renseignements supplémentaires et réservations: s'adresser par lettre, télégramme ou téléphone au Directeur:

PROSPECTUS ILLUSTRÉ SUR DEMANDE

Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.

SANATORIUM de BLOIS

Téléphone 3420 **225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.**



pourquoi les comprimés d'

ESTINYL

dans la ménopause

PARCE QUE les symptômes sont enrayés en quelques jours au moyen d'un seul comprimé de 0.05 mg. d'ESTINYL (éthinyl œstradiol) tous les jours ou tous les deux jours.

PARCE QUE l'ESTINYL est bien toléré—Les nausées et les vomissements sont rares, et les malades éprouvent une sensation de bien-être qui les aide à traverser cette période de transition.

PARCE QUE l'ESTINYL est un produit économique, à la portée des malades qui ont besoin d'un œstrogène puissant provenant de sources naturelles.

LE NOM ESTINYL EST DÉPOSÉ AU CANADA

SCHERING

Schering CORPORATION LIMITED

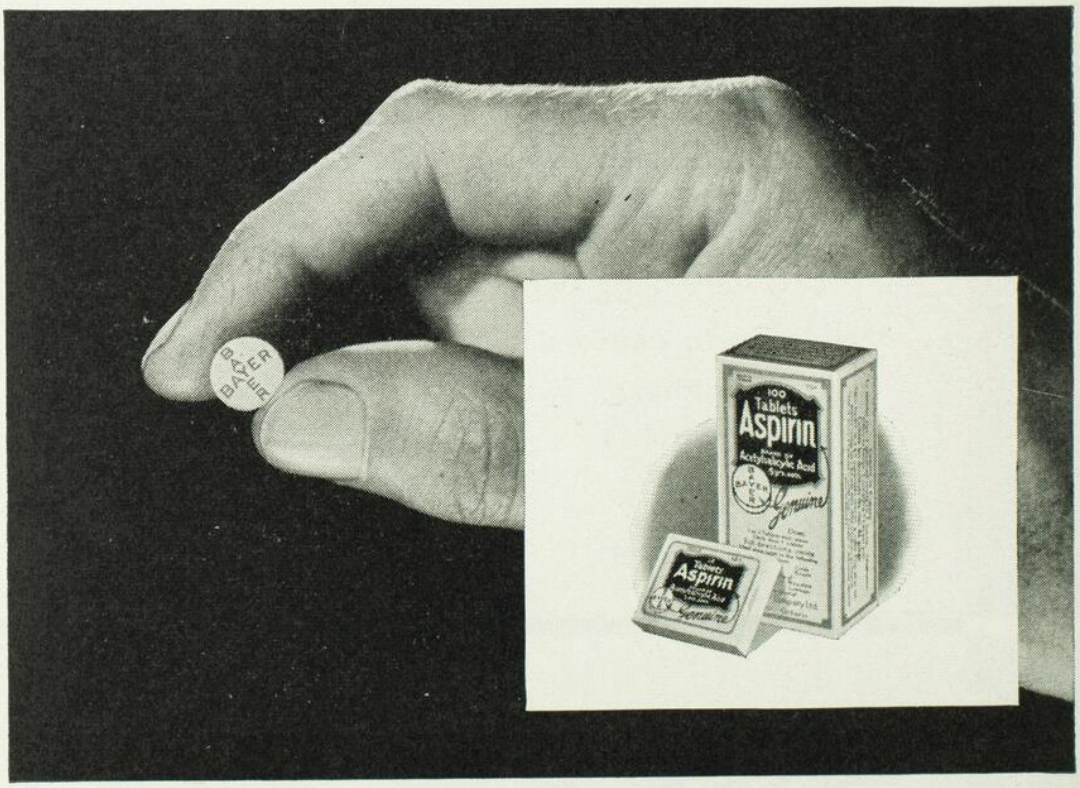
MONTRÉAL 1, P.Q.

L'Aspirin est bien connu et généralement considéré comme l'une des drogues analgésiques les plus sûres, et probablement la plus sûre.

Employé tous les jours par des milliers de gens sans aucun effet nuisible, l'on peut dire que l'Aspirin est un des analgésiques les moins toxiques.

L'Aspirin, pris avec discernement, peut être administré pendant de longues périodes de temps sans que son efficacité thérapeutique soit diminuée.

ASPIRIN



ONODIUM

H^{16} O N^4
ANTISEPTIQUE
GÉNITO-URINAIRE

OMICIDE

...nt effectif des vo-
...ments simples ou in-
...cile de la grossesse.

LACTO-BIOS

...ain en poudre de
...entlactiques concentrés
... sélectionnés.

VEINASE

...ctie du système circu-
...re: varices, oedèmes,
...bite hémorroïdes, trou-
...les à la ménopause.

CARDINE

...ulai de la respiration
...le circulation. Solution
...hyla de l'acide py-
...ne-carboxilique à 25%.

...abratoire

...NAROIS

Montréal

CROISSANCE DIFFICILE

PERTE D'APPÉTIT | AMAIGRISSEMENT

ANÉMIES SYMPTOMATIQUES

HEMO-VITOL

Secondera avec avantage la cure parentérale.

CONTIENT À L'ONCE:

Chlorure de thiamine	1500 U.I.
Riboflavine	1875 gammas
Extrait de foie	1.625
Sérum frais de cheval	40 gouttes
Hémoglobine	0.389
Glycérophosphate de soude	0.260
Peptone	0.130

POSOLOGIE

Une cuillerée à thé à prendre dans un peu d'eau aux repas.

FORTIFIANT ET TONIQUE NERVIN DE VALEUR

TONISEDINE

RÉGÉNÉRATEUR DE LA NUTRITION
RÉGULATEUR DU CŒUR
ANTISPASMODIQUE

ÉTATS NÉVROPATHIQUES:

insomnie, surmenage, dyspepsie nerveuse, dépression nerveuse et nervosisme durant ménopause.

CONTIENT À L'ONCE:

Crataegus	0.972	Chlorure de thiamine	500 U.I.
Passiflore	0.972	Glycérophosphates de chaux	0.518
Salix alba	0.972	de soude	1.036
Valériane	0.972	de manganèse	0.065
Méthylarsinate soude	0.004	Pepsine, pancréatine et diastase.	

POSOLOGIE:

Une ou deux cuillerées à thé avant les repas et au coucher.

BIS KAM OIL

Hyperchlorhydrie — Affections de l'estomac.

1 à 3 cuillerées de poudre délayées dans de l'eau froide

HEMOSTYL du Dr Roussel

(Ampoules et sirop)

Anémies. Convalescence. Allaitement.

1 à 2 ampoules dans ¼ de verre d'eau par jour ou 1 cuillère à soupe de sirop avant les repas.

TAXOL

Rééducateur physiologique de l'intestin.

2 à 4 comprimés avant le repas du soir. (Dose moy., 2 comprimés.)

NEURINASE

Sédatif et hypnotique sans accoutumance.

1 à 2 tablettes au coucher.

ALEPSAL

Epilepsie. Convulsions (Non dépressif).

Comprimés dosés à 0 Gr. 015 et à 0 Gr. 10.

INOTYOL

Affections de la peau. Démangeaisons. Brûlures.

Applications journalières.

PLURIGLANDINE

Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

VEINATONE

Affections veineuses.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

ARTICHOBYL

Maladie du foie. (Action très douce.)

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

J. EDDÉ Limitée

Edifice New Birks, **MONTRÉAL**



QUIÉTUDE POUR LA FEMME

Personne ne peut mieux comprendre l'état d'esprit d'une femme que son propre médecin. Il sait parfaitement bien que la période menstruelle peut provoquer des troubles nerveux ou aggraver de telles perturbations déjà existantes. Aujourd'hui — en raison de l'appel pressant pour le travail féminin — tous les moyens pouvant fournir plus de confort et de bien-être à la femme, durant son travail, méritent une attention spéciale de la part du médecin.

Il n'y a probablement aucune méthode plus efficace que le tampon vaginal exclusif Tampax pour procurer à la femme plus de bien-être physique et de tranquillité morale, tout en améliorant l'hygiène menstruelle.

C'est pourquoi Tampax s'adapte si bien *in situ* . . . Ce tampon élimine les bourrelets extérieurs . . . empêche la possibilité d'odeurs désagréables provoquées par la décomposition de l'écoulement sanguin . . . empêche l'irritation et le prurit vulvaire occasionnés par l'usage de serviettes . . . et permet une plus grande liberté dans la pratique des sports et autres exercices physiques.

Les résultats de recherches récentes[1, 2, 3], chez des milliers de cas, confirment le fait que Tampax répond bien à tous les besoins de l'hygiène moderne — offrant une protection sûre et tout à fait suffisante. Un fait très important aussi (comme le faisait remarquer un gynécologue), c'est qu'avec Tampax « plusieurs patientes déclarent pouvoir oublier qu'elles sont menstruées et que les ennuis qu'elles éprouvaient autrefois au moment de leurs menstruations n'existent plus »[1].

(1) West. J. Surg., Obst. & Gynec., 51:150, 1943; (2) Clin. Med. & Surg., 46:327, 1939; (3) Am. J. Obst. & Gynec., 46:259, 1943.

TAMPAX

PUBLICITÉ ACCEPTÉE PAR "THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION".

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LIMITED
Brampton, Ont.

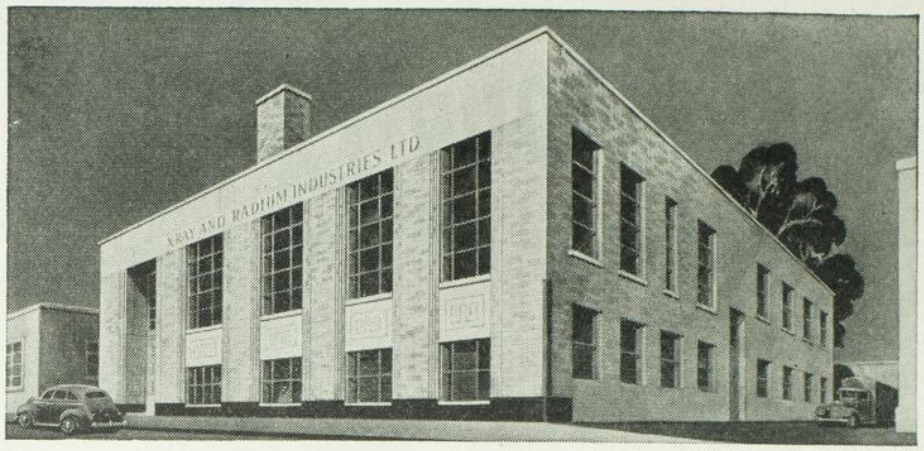
Auriez-vous l'obligeance de m'envoyer des échantillons de Tampax sous leurs trois formes d'absorption?

Nom .....

Adresse .....

Ville .....

P 6-9



261 Davenport Road, Toronto 5

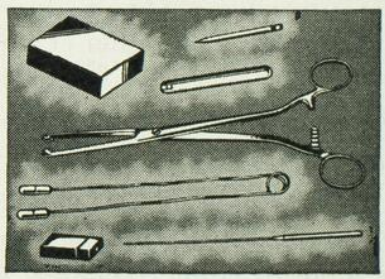
Siège Social, avec laboratoires modernes et toutes les facilités pour assurer tout le service nécessaire, grâce à un personnel expert et nombreux : techniciens, chimistes, ingénieurs.

*X-RAY AND RADIUM INDUSTRIES, LTD.

Parce que notre organisation a joué un rôle si important dans le développement des applications thérapeutiques et industrielles du Radium, nous avons augmenté notre personnel technique afin d'être en mesure de fournir un service compétent et rapide pour l'équipement de radiumthérapie aussi bien que de rayons X.

Applicateurs et Accessoires Perfectionnés pour la Manipulation du Radium

La gravure représente quelques-uns des nombreux item spécialement étudiés pour la radiumthérapie moderne, qui comprennent des récipients pour aiguilles, tubes et plaques. Nous fabriquons aussi des accessoires modernes d'après les spécifications médicales reconnues, tels que protecteurs, cabinets, pinces et écrans.



CATALOGUE À DATE ENVOYÉ SUR DEMANDE

Pour satisfaire aux besoins du corps médical, nous avons compilé un catalogue de Radium médical et des accessoires les plus perfectionnés. Nous serons heureux de l'envoyer aux médecins sur demande. Ecrivez dès aujourd'hui pour recevoir votre exemplaire.

*Anciennement . . . **RADIUM LUMINOUS INDUSTRIES LTD.**

TORONTO, ONTARIO

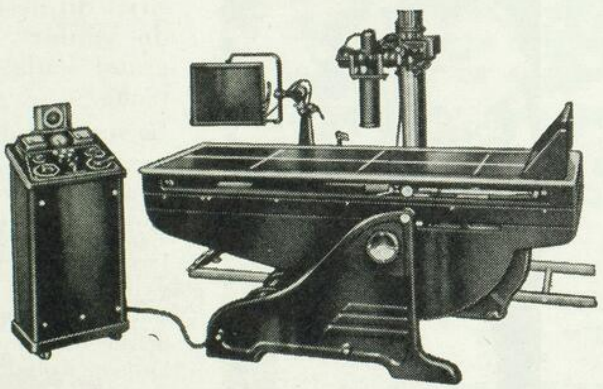
X-RAY and RADIUM INDUSTRIES Ltd.

Annonce un service complet dans tout le Canada, de vente et d'entretien de l'

EQUIPEMENT RADIOLOGIQUE

KELEKET

X-Ray and Radium Industries Ltd. offre maintenant un service d'entretien et de pièces de rechange, rapide et efficace, d'un bout à l'autre du Canada et à Terre-Neuve. Notre expérience dans le domaine de la radiographie nous permettra d'accorder au corps médical une attention rapide pour assurer le fonctionnement efficace de l'Equipement Keleket. Nous invitons cordialement ceux qui ne se sont pas servis de l'Equipement Keleket de le faire.



L'Equipement Radiologique de marque Keleket comprend les appareils les plus modernes pour la thérapeutique profonde et pour le diagnostic, des appareils combinés fluoroscopiques et radiographiques, des laminagraphes, en un mot, ce qu'il faut pour toutes les applications des rayons X. La grande variété d'appareils permet au médecin de choisir celui ou ceux qui conviennent le mieux à ses besoins particuliers. Quand on achète l'Equipement Keleket on est assuré d'avoir ce qu'il y a de mieux en fait de perfectionnements et de qualité.

Notices descriptives illustrées envoyées sur demande. S'adresser à

X-RAY and RADIUM INDUSTRIES LTD.
261 DAVENPORT RD. TORONTO 5

Succursale à Montréal: 313, IMM. DOMINION SQUARE, MONTRÉAL 2, P. Q.

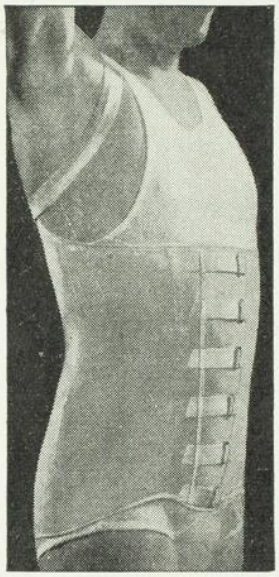
Dans les cas

d'Arthrite vertébrale

les orthopédistes prescrivent le

SUPPORT DORSAL SPENCER

pour obtenir EXACTEMENT le support requis



Support dorsal Spencer, dessiné spécialement pour l'homme et la femme photographiés. De fortes courroies s'ajustent en avant dans des boucles à fermeture automatique (tel qu'illustré ci-dessus), ce qui permet un ajustement indépendant en divers points. Si nécessaire, il peut y avoir un laçage au dos (illustré à droite). Ce support ne cède ni ne glisse sous la tension.

Comme chaque support Spencer est dessiné individuellement pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient en particulier, il procure n'importe quel degré de fermeté que le médecin puisse désirer. Sur l'ordonnance de celui-ci, le support peut être fait rigide. De même, quand le médecin veut réprimer le mouvement à un certain endroit, le support est fait pour immobiliser cette partie.

Le système de dessin individuel Spencer nous permet de garantir qu'un Spencer ne perd jamais sa forme. Cela est très important car un support qui s'étire déjoue le but dans lequel il fut prescrit.



Les dessinateurs de notre maison vous évitent toute inquiétude au sujet du dessin, de l'ajustement et du confort, ce qui constitue un grand soulagement à votre lourde tâche.

Le support dorsal Spencer est assez confortable pour être porté pendant le sommeil, si un support est requis la nuit comme le jour.

Les supports Spencer se font aussi pour seconder votre traitement dans les cas de fracture des vertèbres, spondylolisthésis, hernie du disque intervertébral, cyphose, lordose, scoliose, ostéoporose, troubles sacro-iliaques ou sacro-lombaires, viscéroptose ou néphroptose, hernie (inopérable ou s'il y a lieu de différer l'opération), obésité, trouble prénatal ou consécutif aux couches ou à une intervention chirurgicale.

Pour atteindre une marchande de supports Spencer, consultez le bottin du téléphone sous « Corsetière Spencer » ou écrivez-nous directement.

SUPPORTS *DE DESSIN INDIVIDUEL* **SPENCER**

pour l'abdomen, le dos et les seins

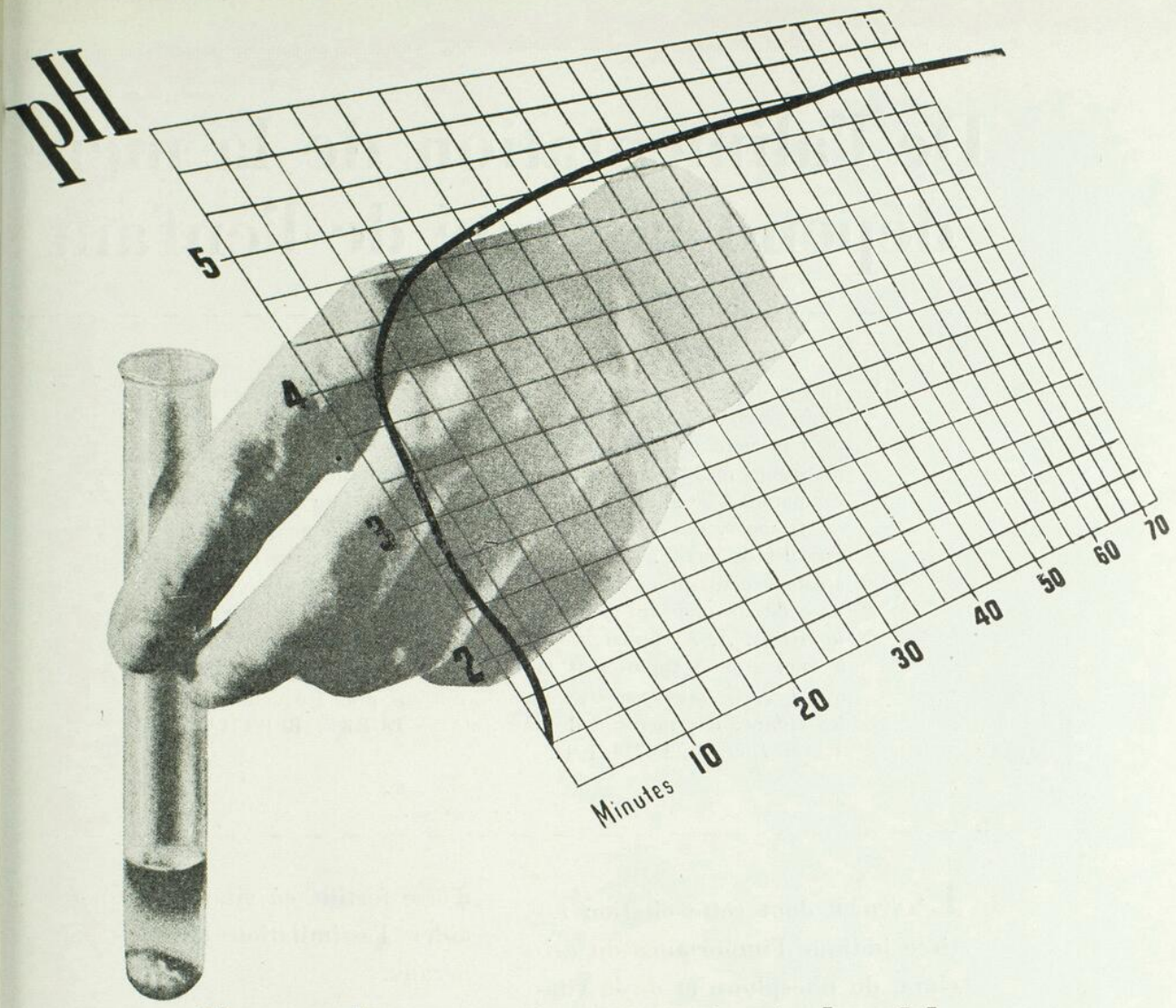
SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED
Rock Island, Québec.
Aux Etats-Unis: Spencer, Incorporated, New Haven, Connecticut.
En Grande-Bretagne: Spencer (Banbury) Limited, Banbury, Oxon.

Veuillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

..... M.D.

Adresse .....

..... 151-3-46



Un soulagement prompt et durable

L'action prompte, sûre et durable du SYNTROGEL *Amélioré* "Roche" en fait un médicament de choix pour le traitement de l'hyperacidité gastrique et de la flatulence. En absorbant et en neutralisant l'excès d'acide, le SYNTROGEL "Roche" ramène le pH gastrique au neutre et l'y maintient sans danger d'alcalose ou de formation d'acide après coup. Le SYNTROGEL *Amélioré* "Roche" provoque ainsi un prompt soulagement des malaises dus à l'hyperacidité et aux spasmes gastriques.

1 à 2 comprimés une heure après les repas.

Flacons de 50 et 250 comprimés.

Syntrogel
'ROCHE'

HOFFMANN-LA ROCHE, LIMITÉE MONTRÉAL

De l'alimentation de la mère dépend la santé de l'enfant

« Plusieurs études prénatales récentes, faites sur un grand nombre de femmes, . . . ont démontré l'importance, tant pour l'enfant que pour la mère, de l'alimentation pendant la grossesse . . . On étudia un groupe de 120 femmes mal nourries, de condition pauvre . . . les comparant à 90 femmes . . . à qui on avait fourni du lait, des œufs, du fromage, des oranges, des tomates, du germe de blé et des capsules de vitamine D . . . La fréquence des fausses couches, des accouchements prématurés, des enfants mort-nés, et des décès avant l'âge de six mois fut nettement plus élevée parmi les mères mal nourries . . . A l'apparence du bébé à six mois, on pouvait voir à quel groupe appartenait la mère. Les maladies, tant bénignes que graves, étaient apparemment beaucoup plus fréquentes chez les enfants des mères mal nourries. » — BURKE, BERTHA S.: *J. Am. Diet. A.*, 20:735, 1944.

L'ARTICLE dont cette citation est tirée indique l'importance du calcium, du phosphore et de la vitamine D pendant la grossesse, aussi bien pour protéger la mère que pour fournir à l'enfant à venir les éléments nécessaires à l'élaboration d'une ossature et d'une dentition saines.

Il est reconnu que le Lait Evaporé Carnation est une excellente source des principes nutritifs du lait, et il offre en plus l'avantage d'être fortifié en vitamine D pour aider l'assimilation des sels minéraux.

Nous invitons Messieurs les Médecins à demander la brochure « Diète appropriée aux Futures Mamans », contenant des conseils utiles pour la mère et des recettes de mets appétissants renfermant beaucoup de lait et convenant tout spécialement pendant la grossesse. — S'adresser à Carnation Co., Limited, Toronto, Ontario.

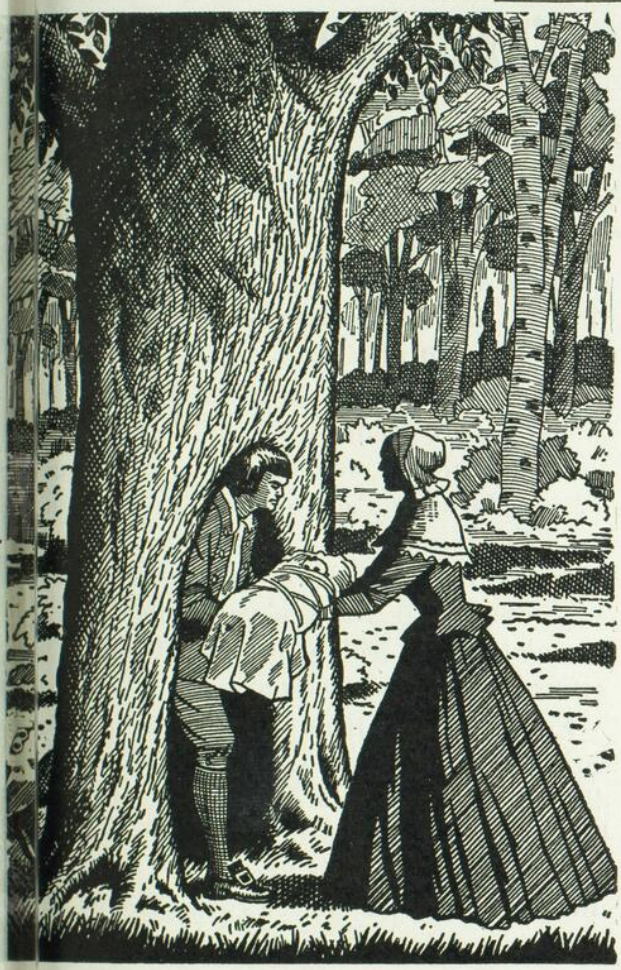
Lait 

Carnation

Produit dans le Québec

"provenant de vaches bien nourries"

Erreurs disparues et autres qui survivent



UN NFANT affligé d'hernie, au dire des guérisseurs de ancien temps, devait être passé à travers une ouverture placée à la base d'un frêne pour que l'hernie disparaisse. On prétendait que cette méthode avait occasionné de nombreuses "guérisons" et cela s'explique car, comme vous le savez, les hernies ombilicales chez les bébés ont souvent tendance à se guérir d'elles-mêmes.



AUJOURD'HUI, une erreur qui est encore très répandue, c'est que les aliments en boîtes ont besoin d'être cuits. Le fait est que par suite du procédé qu'ils subissent au cours de la mise en boîtes, les aliments se trouvent cuits à fond et n'ont besoin d'être réchauffés qu'à la température désirée.

CANCO **AMERICAN CAN COMPANY**

MONTRÉAL HAMILTON TORONTO VANCOUVER

IS-PRÉCIEUX LIVRE DE RENSEIGNEMENTS



Pour votre commodité, le Laboratoire de Nutrition du Bureau des Recherches scientifiques de l'American Can Company a compilé une suite de faits sur les besoins alimentaires, les aspects nutritifs des conserves alimentaires, les procédés de la mise en conserve, etc. Une bibliographie de rapports scientifiques y est ajoutée. Un exemplaire vous sera adressé sur réception du coupon ci-contre.

107 PAGES DE RENSEIGNEMENTS AUTHENTIQUES AVEC TABLE DES MATIERES POUR Y REFERER FACILEMENT

American Can Company,
Medical Arts Building, Hamilton, Ontario.

Veuillez envoyer gratuitement un exemplaire de votre livre "Aspects Nutritifs des Conserves Alimentaires" à

Nom.....

Adresse.....

Ville.....Province.....



Les bébés ont un droit de

PRIORITÉ...

•

Il existe présentement une rareté de savon Baby's Own. C'est pourquoi nous prions ceux qui s'en servent ou qui le recommandent de garder pour les bébés le savon Baby's Own.
75 années de recherches scientifiques et les recommandations de dermatologistes et de médecins en général ont contribué à faire de Baby's Own le savon le plus pur et le plus doux qui soit pour la peau délicate des bébés. En outre, comme pour le savon, un contrôle rigoureux aux laboratoires, une attention méticuleuse dans le choix des ingrédients et une fabrication soignée de l'huile et de la poudre Baby's Own, sont une garantie que ces produits peuvent aussi être recommandés avec une entière confiance.

Baby's Own

SAVON • HUILE • POUDRE

POUR LA TOILETTE DE BÉBÉ

Des Études Cliniques Démontrent Pourquoi All-Bran Facilite l'Exonération Normale

• De récentes études cliniques de diver aliments ayant pour but de comparer leur teneurs en cellulose et leurs effets sur l'exo nération alvine, ont indiqué que les ancienne théories, basées sur des considérations analy tiques, ne sont plus tenables.

L'analyse n'a pu fournir l'explication de effets laxatifs produits par All-Bran Kellogg On a maintenant démontré que la cellulos du son favorise l'action symbiotique d'un flore bienfaisante qui aide à produire de matières fécales molles et spongieuses, facile à éliminer. All Bran n'agit donc pas pa stimulation du côlon lui-même, mais pa activation de son *contenu*.

En outre, All-Bran n'agit pas par ab sorption d'eau, et il ne provoque pas un dilatation exagérée du côlon. Il ne balaie pa le contenu de l'intestin et ne gêne pas l digestion normale. Des tirés à part * d'étude cliniques récentes, dont les conclusions sont résumées ci-dessus, seront envoyés sur de mande. S'adresser à la Kellogg Company o Canada, Ltd., London, Ontario.

* En anglais seulement.

Un Aliment Laxatif





Présentation Moderne de

CLINITEST

POUR L'ANALYSE QUALITATIVE DU SUCRE DANS L'URINE

NÉCESSAIRE EN PLASTIQUE: Tout ce qu'il faut pour faire l'analyse se trouve emballé d'une façon compacte dans un bel étui durable en Plastique Tenite. L'étui contient un flacon de 36 comprimés, une éprouvette, un compte-gouttes, une échelle des couleurs et une feuille d'instructions avec espace en blanc pour l'inscription des analyses.
Prix de détail: . . . . . **$2.25** chacun.

COMPRIMÉS DE RECHANGE: Flacons de 36 comprimés avec couvercle vissé, et feuille d'instructions avec espace en blanc pour l'inscription des analyses. Prix de détail: **.75** chacun.

NÉCESSAIRE DE LABORATOIRE: Pour usage dans le laboratoire ou le bureau du médecin. Contient suffisamment de comprimés pour 180 analyses, six tubes ou éprouvettes, trois compte-gouttes, un porte-tubes et une échelle des couleurs avec instructions détaillées. Prix de détail: . . . . . **$5.00** chacun.

Commandez CLINITEST, dans ces NOUVEAUX emballages, chez votre fournisseur de produits pharmaceutiques ou d'accessoires chirurgicaux.

La sûreté de la méthode CLINITEST a été établie par des données expérimentales et par son emploi extensif dans les laboratoires médicaux et de cliniques. Pour recevoir le livret intitulé: "Méthode Clinitest employant des Comprimés pour l'Analyse Qualitative du Sucre dans l'Urine", des renseignements sur CLINITEST et sur sa composition chimique, adressez-vous aux Concessionnaires exclusifs pour le Canada:

FRED. J. WHITLOW & CO. LTD.
165 DUFFERIN STREET, TORONTO

UN PRODUIT DE

AMES COMPANY, INC.
ELKHART, INDIANA - U.S.A.

PAVERAL

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

. . COQUELUCHE . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande

AGENTS CANADA DRUG CO. MONTREAL

BETUL-OL

Marque déposée

Une solution à 2% de chloro-menthol dans l'ester méthylique du radical salicylique.)

En flacons de 1, 2 et 16 onces.

UN ANALGÉSIQUE CONTRE-IRRITANT POUR LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

BETUL-OL est préparé exclusivement à l'usage de la profession médicale par

THE LEEMING MILES COMPANY LIMITED

1004, boulevard Saint-Laurent Montréal

A messieurs les médecins:

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES

ARTHUR HIRBOUR

est tout indiquée pour la préparation de vos ordonnances

℞

NOUS N'EMPLOYONS QUE LES PRODUITS CHIMIQUES SUPÉRIEURS.

40 ANNÉES D'EXPÉRIENCE COMME PHARMACIE PROFESSIONNELLE.

Angle SAINT-DENIS et DE MONTIGNY — Téléphone: LAncaster 7356 — MONTREAL

À VOTRE DISPOSITION

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

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Actif, plus de $300,000,000

518 bureaux au Canada
60 succursales à Montréal

J.-O. GIROUX

Optométriste-Opticien

Membre diplômé de l'A.E.P.O. de Paris

LUNETTES, LORGNONS
VERRES OPHTALMIQUES

Assisté d'optométristes et opticiens diplômés

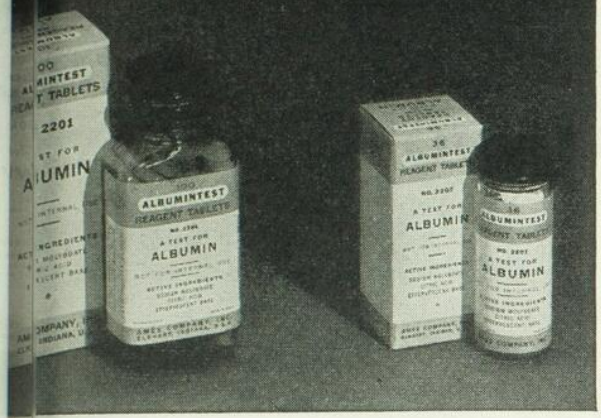
Pour rendez-vous
PLateau 5151, Local 29

BUREAUX CHEZ

Dupuis Frères LIMITÉE

MONTRÉAL

ouncing ALBUMINTEST



Méthode Facile à Base de Comprimés pour faire l'Analyse Qualitative de l'Albumine

NON TOXIQUE • NON CORROSIF SANS CHAUFFAGE

Albumintest permet de faire, d'une façon facile et sûre, l'analyse de l'albumine. Les médecins, techniciens de laboratoires et fonctionnaires des services d'hygiène publique peuvent le porter avec facilité et en toute sécurité.

S'applique aux deux méthodes d'analyse — rapide et cernes.

MODE D'EMPLOI — Faites tomber 1 Comprimé Albumintest dans 4 cc. d'eau — les solutions peuvent être diluées en n'importe quelle quantité et rester stables pendant 30 jours.

En flacons de 36 comprimés, se vendent 90c, et 100 comprimés, se vendent $1.50 (prix de détail).

Demandez chez votre fournisseur de produits pharmaceutiques ou d'articles chirurgicaux.

Compagnon de Clinitest — Méthode à Base de Comprimés pour l'Analyse Qualitative du Sucre dans l'Urine.

Concessionnaires exclusifs pour le Canada:
J. WITLOW & CO. LTD., 165 Dufferin Street, TORONTO 1

UN PRODUIT DE
MIS COMPANY, Inc.
ELKHART, INDIANA, U. S. A.

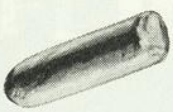
Sûr



Sensé

* Ne voulant pas révéler, même à un médecin, la présence d'une affection rectale quelconque — et redoutant trop souvent une intervention chirurgicale — ceux qui souffrent d'hémorroïdes souffrent souvent en silence. Quand l'intervention chirurgicale n'est pas nécessaire, l'Anusol offre un traitement thérapeutique sûr, sensé et efficace.

ANUSOL



SUPPOSITOIRES HÉMORROÏDAUX

L'Anusol soulage la douleur et le malaise et, en amollissant le contenu du rectum dont il lubrifie le passage, il facilite l'évacuation alvine qui se fait sans douleur. Les Suppositoires Anusol diminuent la congestion, contrôlent l'hémorragie, calment et protègent les tissus traumatisés, encouragent la cicatrisation. Leur action est raisonnablement efficace.

Le Cachet d'Excellence

OMNIS ORBIS
WARNER
ESTABLISHED 1856

WILLIAM R. WARNER & CO. LTD.
727 KING ST. W., TORONTO

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

Salons mortuaires: 4156, rue Adam. 1926, rue Plessis.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

WYANOÏDS

pour

HÉMORROÏDES

Memorandum —

pour les gens oublieux . . .

CUPREX *est décidément meilleur*

dans la PHTIRIASE

Il est parfois difficile de se débarrasser des poux de tête, du corps ou du pubis — mais jamais si vous employez Cuprex.

Ordinairement une application suffit pour enrayer ces parasites — même les œufs. Cuprex est efficace et non collant.

Rappelez-vous que Cuprex est fabriqué exclusivement pour le traitement de la phtiriase.

UN PRODUIT DE MERCK

DANS TOUTES LES PHARMACIES

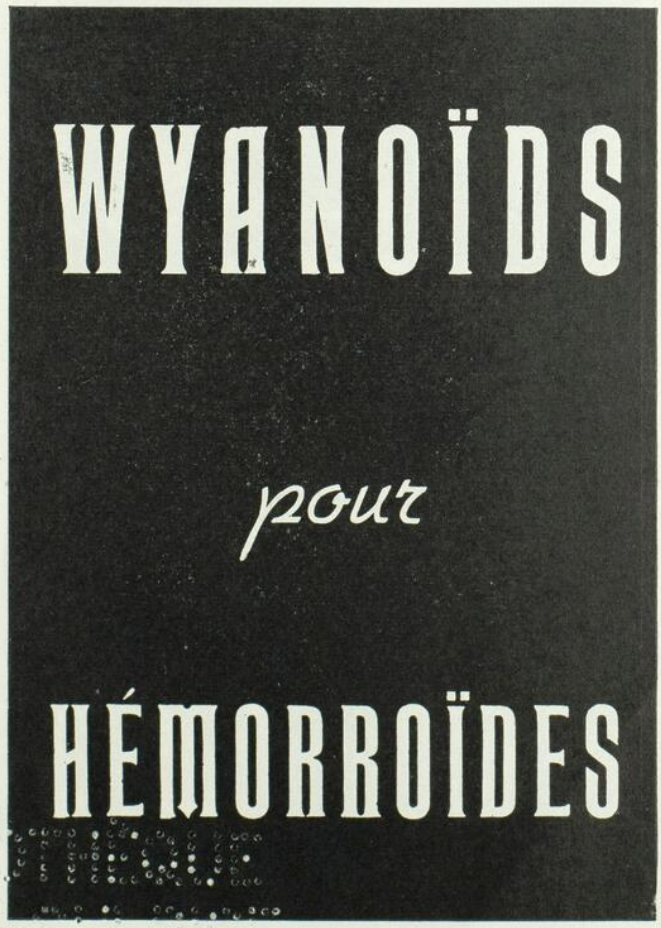
TABLE DES ANNONCEURS

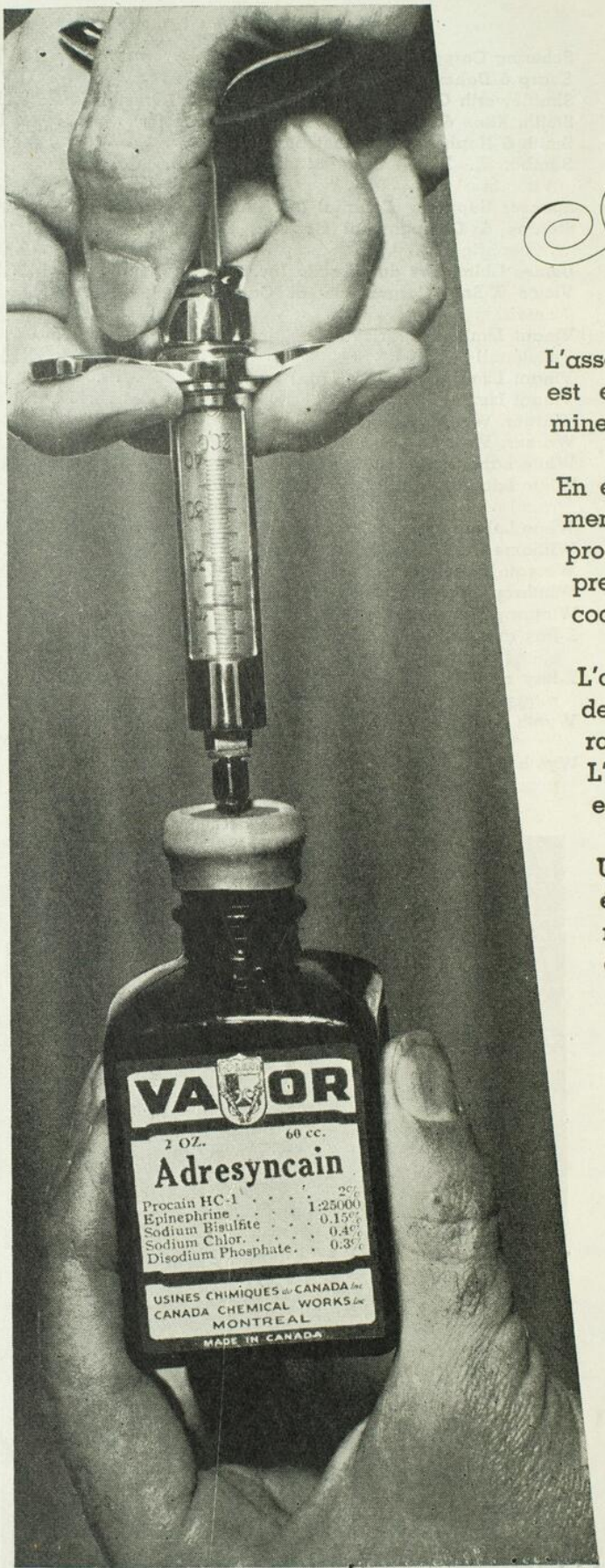
Pages

oratories Ltée . . . . . XXXIX-XL
Can Co. (Erreurs disparues et autres qui :) LXXVIII
Sterilizer Company (Stérilisateurs "American") LXVI
pany, Inc. (Clinitest) LXXX
pany, Inc. (Albumintest) LXXXII
rdian Drug Co. (Ulcaps) LVI
ch Drug Cie (Vi-Mi-Caps) XLII
Kenna & Harrison Ltée ("Cillenta") II
Kenna & Harrison Ltée (Calcium A) XLVI
Kenna & Harrison Ltée (A l'époque de la méno- se) I
nadienne Nationale LXXXI
pany Ltd. (Aspirin) LXIX
g Houses (Canada) Ltd. (Diénoestrol B.D.H.) . . LIV
Wellcome & Co. (Ephédrine 'Vaporole') XXI
ug Co., Ltd. (Pavéral) LXXX
Tampax Corporation Ltd. (Tampax) LXXII
Co. Limited (Lait évaporé Carnation) LXXVII
Charbonneau, Ltée (Glycamin) XVI
Charbonneau, Ltée (Rectocrine) XXVI
harmaceuticals, Inc. (Aluminoid) LVII
emical Manufacturing Company, The (Gala- —Réactif à l'acétone) XLIX
emical Manufacturing Company, The (Anti- gine) XIII
emical Co., Ltd. (Médicaments de choix rtaines affections spécifiques) XXXVIII
mitée (Bis Kam Oil) — (Hemostyl du Dr Rous- — Taxol) — (Neurinase) — (Alepsal) —(Inotyol) ndine) — (Veinatone) — (Artichobyl) LXXI
nd Company (Canada) Ltd. 1ère page de la couverture
Carles E. & Co. . . . . XVII-XVIII-XIX-XX
D. (Opticien) LXXXI
arton, Inc. (Veratrite) L
arton, Inc. (Uroprazine) XLV
arton, Inc. (Hyper-Prostal) XLVII
a Roche Ltée (Syntrogel) LXXVI
mk W., Ltd. (Maltlevol) XXXI
Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de (Coqueluche — Diphtérie) LV
mpany of Canada, Ltd. (All-Bran) LXXIX
s Connaught (Anatoxine staphylococcique) . . . LIII
s Desbergers-Bismol (Oestrilin en comprimés) 4e page de la couverture
s du Dr P. Astier (Arhéol) III
s Désautels (Hypertose) LVIII
s Jean Olive (Lantol) — (Panglandine) — (Glé- — (Zymion) LI
s Lafayette (Suppositoires Laryngobis) — (Pro- LXIV
s Poulenc Frères (Pénicilline) 2e page de la couverture
Marois (Hemo-Vitol) — (Tonisedine) LXX
Agencies, Reg'd. (Ertron) . . . . . XIV-XV
boratories Inc. (Polligènes Lederle) XI
iles Company Limited, The (Betul-Ol) LXXX
auchemin Ltée LXIII
lson & Co. of Canada Ltd. (Oleum phum) . . . . . 3e page de la couverture
., Ltd. (Pyridium) V
., Ltd. (Cuprex) LXXXIII
x & Cie Ltée (Total Magnésien) IX
non et Monty LXXXIII
Moore Ltd. (Aminocrans) XXV
(Utilisée dans les installations industrielles) . . IV
, Inc. (Numotizine) LX
d'ordonnances Arthur Hirbour, La LXXXI
rnrick (Canada) Ltd. (Protonucléine) XXXVI
oleman (Canada) Ltd. (Dettol') . . . . . LXI-LXII
ères (Gynexyl) XLI
de Blois (50e année d'existence) LXVII
Prévost LIX

Pages

Schering Corporation Ltd. (Estinyl) LXVIII
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. ("Rabellon") XLVIII
Shuttleworth Chemical Co., Ltd., The E. B. (Orestol E.B.S.) XLIV
Smith, Kline & French Co. (Comprimés Fesofor) LII
Smith & Nephew Ltd. (Elastoplast) XXXV
Squibb, E. R. & Sons of Canada Ltd. (Capsules de Vitamines) VII
Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) . . LXXV
Stearns & Company of Canada, Ltd. Frederick (Néo- Synephrine) XXIII
Usines Chimiques du Canada Inc. (Adrésyncaïn) . . . LXXXV
Victor X-Ray Corporation of Canada, Ltd. (Pour vous servir) LIX
Vinant Limitée (Spartoval) — (Sparto-Camphre) — (Gé- nisténal) XXXII
Vinant Limitée (Biestrine Lafa) XXXIV
Vinant Limitée (Pipérazine Midy) — (Rhinamide) LXV
Warner, Wm. R., Ltd. (Anusol) LXXXII
Warner, Wm. R., Ltd. (Pères de la médecine canadienne) XLIII
White Laboratories of Canada Ltd. (Otomide) XXVII
White Laboratories of Canada Ltd. (White's sulfathiazole gum) XXXIII
White Laboratories of Canada, Ltd. (Dillard's Aspergum) XXXVII
Williams Co. (Canada) Ltd., The J. B. (Baby's Own) . . LXXIX
Wingate Chemical Co. Ltd., The (Cédilanide) XXII
Winthrop Chemical Company, Inc. (Chlorure de Zephiran) XXIV
Winthrop Chemical Company, Inc. (Devegan) XXVIII
X-Ray and Radium Industries Ltd. (Applicateurs et Acces- soires perfectionnés pour la manipulation du radium) . LXXIII
X-Ray and Radium Industries Ltd. (Equipement radiolo- gique Keleket) LXXIV
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (B-Plex) — (Amphojel) XXIX-XXX
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Wyanoïds pour hémorroïdes) . . . . . LXXXIII-LXXXIV





Adrésyncaïn

L'association de procaïne et d'épinéphrine est excellente pour nombre d'opérations mineures.

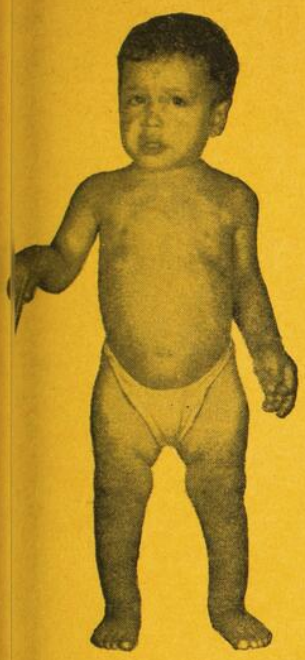
En effet, avec un degré de toxicité infiniment moindre que celui de la cocaïne, la procaïne possède un pouvoir anesthésique presque aussi énergique que celui de la cocaïne.

L'addition d'épinéphrine permet, en outre, de localiser l'anesthésie au champ opératoire et d'en augmenter la durée. L'injection est indolore et l'anesthésie est obtenue presque immédiatement.

Un grand nombre d'anesthésiques ont été proposés à la profession médicale, mais Adrésyncaïn demeure encore un des meilleurs à cause de sa puissance anesthésique et de sa faible toxicité.

VALOR

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC. MONTREAL







DES CAS SEMBLABLES S'OBSERVENT dans nos CONTRÉES

Le rachitisme grave existe encore — même sous des climats ensoleillés

L'alimentation infantile, si riche aujourd'hui en vitamine D, porte à croire à la disparition du rachitisme. Cependant, le rachitisme, même déformant, se rencontre encore: en sont une preuve irréfutable les trois cas contemporains représentés ci-haut, provenant de trois régions différentes des Etats-Unis. Deux d'entre eux ont toutefois bénéficié de plus que la moyenne d'heures de soleil nécessaire. Ces trois sujets n'ont reçu aucun antirachitique pendant les deux premières années de leur existence. *Il est donc évident que le soleil n'a pas empêché le rachitisme.* Dans d'autres cas de rachitisme, l'huile de foie de morue fut administrée d'une façon insuffisante et seulement durant les mois de l'hiver.

L'OLEUM PERCOMORPHUM

combat le rachitisme d'une façon simple, efficace et économique

Cette puissante source de vitamines A et B naturelles, employée régulièrement dès les premières semaines après la naissance, empêchera non seulement un tel stigmate de rachitisme, illustré ci-dessus, mais encore d'autres vices de conformation apparents du squelette pouvant entraver une bonne santé. Quels sont les parents qui ne seraient pas heureux d'acheter cette protection! Et cependant, la dose prophylactique moyenne de l'Oleum Percomorphum coûte moins d'un sou par jour. En outre, puisque l'Oleum Percomorphum se mesure en gouttes, il est facile de l'administrer et les nourrissons l'acceptent volontiers. C'est une assurance de l'administration régulière de la vitamine D.

UNE NÉCESSITÉ IMPOSÉE PAR LA GUERRE

L'Oleum Percomorphum 50% est maintenant connu sous le nom d'Oleum Percomorphum 50% avec Viostérol. Son efficacité demeure la même, c'est-à-dire qu'il contient 60,000 unités de vitamine A et 8,500 unités de vitamine D par gramme. Il est constitué d'huile de poissons percomorphes, de viostérol et d'huile de foie de poissons, source principale de vitamines A et D. Au moins 50% du contenu de ces vitamines est tiré d'huile de foie de poissons percomorphes (tout particulièrement du "Xiphias gladius", du "Pneumatophorus diego", du "Thunnus thynnus", du "Stereolepis gigas" et autres espèces du même genre).

MEAD JOHNSON & COMPANY OF CANADA Limited, BELLEVILLE, ONT.

OESTRILIN EN COMPRIMÉS

DESBERGERS

Hormones Oestrogéniques NATURELLES par voie buccale

DEUX FORMULES

Simple:

ESTROGÈNES NATURELS
CONJUGUÉS (d'origine chevaline)
0.65 mgm.
PAR
COMPRIMÉ

Avec Phénobarbital:

ESTROGÈNES NATURELS
CONJUGUÉS (d'origine chevaline)
0.65 mgm.
PHÉNOBARBITAL
½ gr.
PAR COMPRIMÉ

FLACONS
25 et 100 COMPRIMÉS

INDICATIONS:

PERTURBATIONS DE LA MÉNOPAUSE

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL

388 ouest, rue Saint-Paul - Montréal

Pharmaciens *Chimistes* *Biologistes*