Tome 77 — Numéro 1

MONTRÉAL, JANVIER 1948

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull

les 6, 7, 8, 9 septembre 1948

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

SECRÉTARIAT
128, rue Sainte-Anne
Québec

BIBLIOTHÈQUE SAINT-SULPICE

Éprouvés sur tous les points

L'objectif principal des empaquetages Lilly est de protéger les produits qu'ils renferment. Avant d'être mis sur le marché, on étudie avec soin toutes les conditions auxquelles les produits peuvent être exposés. Afin d'assurer une plus grande protection, les matériaux d'emballage qui entrent dans la fabrication des contenants sont soumis à des épreuves de laboratoire contrôlées, simulant les conditions extrêmes de température, d'humidité et d'altitude pouvant être encontrées. Les laboratoires de recherches Lilly s'efforcent sans cesse à développer des contenants nouveaux qui, tout en étant d'un emploi facile, conservent aux préparations pharmaceutiques et biologiques Lilly leur fraîcheur initiale.

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

Le nouvel antihistaminique Poulenc

NÉO-ANTERGAN

a révélé de nouveaux aspects du traitement étiologique des

ÉTATS ALLERGIQUES

- La presse médicale du Canada, de France, de Grande-Bretagne et des Etats-Unis, relate les résultats favorables obtenus avec le Néo-Antergan dans l'urticaire, la maladie sérique, le prurit, l'asthme, la fièvre des foins, l'anaphylaxie et les dermatites atopiques.

- L'étude comparative de différents antihistaminiques faite par Friedlaender et collaborateurs souligne l'activité plus grande du Néo-Antergan, tandis que celle de Sherrod et collaborateurs sur la toxicité de ces mêmes médicaments reconnaît que le Néo-Antergan semble être le produit le moins toxique.

- Pour mieux s'adapter à la grande diversité des cas d'allergie, le Néo-Antergan se présente maintenant sous quatre formes :

Ampoules. Chaque ampoule de 2 cc. contient 0 gr. 05 de Néo-Antergan et s'injecte par voie intramusculaire profonde ou par voie intraveineuse.

Dragées. Dosées à 0 gr. 05 et à 0 gr. 10. Mode d'emploi : 1 à 6 dragées par jour, de préférence aux repas.

Élixir. De saveur agréable, convient particulièrement aux enfants. Chaque cuillerée à thé (4 cc.) contient 0 gr. 02 de Néo-Antergan.

Pommade. A 2% dans un véhicule gras soluble dans l'eau et rapidement absorbé par la peau. S'emploie en application locale et comme adjuvant au traitement par voie buccale.

Documentation et échantillons sur demande

POULENC

MONTREAL

Si vous desirez obtenir

STREPTOMYCINE

Toxicité réduite à un minimum

Puissance contrôlée et uniformisée

Minimum de douleur

Niveau de pureté accru

Exigez la

STREPTOMYCINE COMPLEXE CHLORURE DE CALCIUM MERCK

MERCK

Merck & Co. Limited

CHIMISTES FABRICANTS • MONTRÉAL • TORONTO • VALLEYFI

SOMMAIRE

•

BULLETIN

Albert LeSAGE
La confiance 3

• • •

Jacques LÉGER
La médication antihistaminique 5

François DUVALIER
La valeur de la pénicilline dans le traitement du pian en Haïti 17

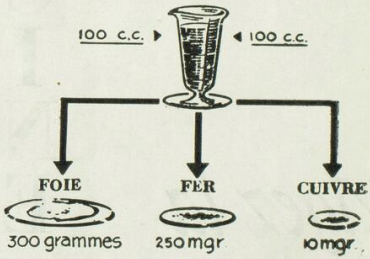
RECUEIL DE FAITS

Albéric MARIN
Le rhinophyma et son traitement 28

Jean-Marc LESSARD
Maladie de Hodgkin à localisation osseuse 31

HEMOGENE

. . . contient tous les facteurs importants concourant à la formation du sang:



Anémie secondaire

. . . Il est indiqué dans tous les cas où est déréglé le mécanisme hématopoïétique:

Grossesse, Lactation, Etats Hémorragipares, Convalescence, Régimes Restrictifs et Dons de Sang.

. . . Seul le foie, pris régulièrement, en association avec le fer- et le cuivre comme catalyseur - préviendra la naissance et entravera le développement de l'anémie secondaire.

LABORATOIRES Lafayette LTÉE

1410, rue Wolfe, Montréal

TRAITEMENT DE LA MUQUEUSE GASTRO-INTESTINALE
IRRITÉE, ENFLAMMÉE OU ULCÉRÉE

STOMALUMINE

Hydrate d'alumine colloïdal
Extrait de Belladone



AEROPHAGIE
DYSPEPSIES
HYPERCHLORHYDRIE
ULCÉRATIONS
GASTRIQUES et DUODENALES
COLITES, DIARRHÉES
et leurs conséquences.

• • •

Croquer 6 à 9 comprimés par jour, à distance des repas.

LABORATOIRES DE LA STOMALUMINE, PARIS, FRANCE

Fabricants et concessionnaires au Canada

ROUGIER FRÈRES - 350, rue Le Moyne - MONTRÉAL

Spécialités de Prescription Médicale

SOMMAIRE
(Suite)

MOUVEMENT MÉDICAL

Jules ARCHAMBAULT
Préparations "liquides" et "solides" de pénicilline dans l'huile et la cire 34

Léon LONGTIN
Anesthésies de longue durée 36

Léonard LEGAULT
Anesthésie en chirurgie orthopédique 40

REVUE GÉNÉRALE

Alphonse BERNIER
L'histopathologie du sein 44

Victor BROSSEAU
Diagnostic clinique de la tuberculose par le médecin traitant 49

Pour le traitement de L'ARTHRITE

COMPOSÉ d'"OSTOFORTE"
(S.E.C. No. 671 "Frosst")

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

" OSTOFORTE "
(S. E C. No. 651 " FROSST ")
Chaque capsule contient 50,000 unités int. de vitamine D.

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

FORMULE :

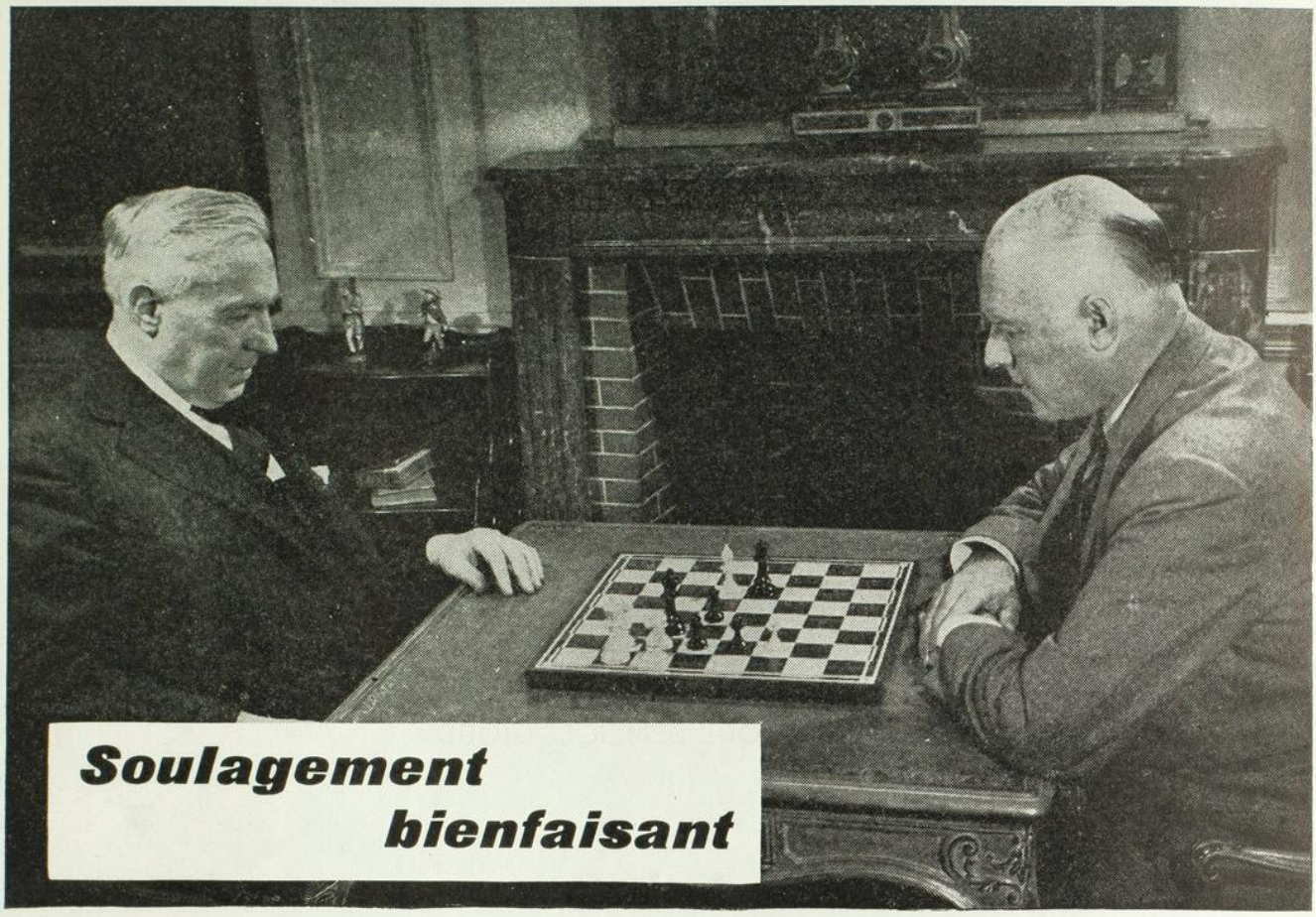
	Dans chaque capsule	*Dans la dose quotidienne moyenne (4 capsules)*
Vitamine D	50,000 unités int.	200,000 unités int.
Vitamine A	1,666 unités int.	6,664 unités int.
Vitamine B_1 (chlorhydrate de thiamine)	0.67 mg.	2.67 mg.
Riboflavine (vitamine B_2)	1.00 mg.	4.00 mg.
Niacine (acide nicotinique)	6.67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

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

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

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DE PROGRESSION DANS LA PHARMACEUTIQUE



est la réponse caractéristique de la Pyridiumthérapie

Le soulagement symptomatique rapide que confère le Pyridium est extrêmement agréable au malade souffrant de symptômes urinaires douloureux tels que : douleur, mictions impérieuses et fréquentes nycturie et ténesme.

L'administration *per os* du Pyridium à la dose de 2 comprimés trois fois par jour, soulagera rapidement ces symptômes chez un grand nombre de malades ambulants, leur permettant ainsi de continuer des activités normales sans malaises appréciables.

L'effet primordial du Pyridium est essentiellement local; il agit directement sur la muqueuse du tractus génito-urinaire. Le Pyridium ne comporte aucune action sédative centrale ni narcotique.

On peut administrer le Pyridium à doses thérapeutiques avec une sécurité quasi complète pendant toute l'évolution d'une cystite, d'une pyélonéphrite, d'une prostatite ou d'une urétrite.

DOCUMENTATION SUR DEMANDE.

PYRIDIUM

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

MERCK & CO. LIMITED

Fabricants chimistes

MONTREAL - TORONTO - VALLEYFIELD

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

SOMMAIRE

(Suite)

ÉDITORIAL

Pierre SMITH

A propos du soixantenaire de l'appendicectomie 52

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

P.-E. ROLLAND

La prévention des maladies contagieuses 55

Jules-A. BRIEN

Empoisonnements alimentaires 60

VARIÉTÉS

Gabriel NADEAU

L'eau de la reine de Hongrie 65

Gaston BAISSETTE

La vie médicale 69

J.-Ed. DORION

Nos organismes professionnels 71

CHRONIQUE SÉMÉIOLOGIQUE

Roméo BOUCHER

Ochronosis 72

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1879 74

ANALYSES 76

MÉDECINE

La streptomycine (76). **Dermite eczématiforme due à la pyribenzamine** (77). **Emploi du bal dans le saturnisme** (77).

PHTISIOLOGIE

Silicose latente et tuberculose (78). **L'alcool comme désinfectant du bacille tuberculeux** (78).

CARDIOLOGIE

Le flutter auriculaire. A propos de 50 observations (79). **Bloc auriculo-ventriculaire complet chez les moins de quarante ans** (80).

SOCIÉTÉS 81

Société Médicale de Montréal: séance du 4 novembre 1947 (81).

Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec: séance du 17 octobre 1947 (83); séance du 7 novembre 1947 (84).

Réunion scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 1er mai 1947 (85); séance du 29 mai 1947 (91).

NÉCROLOGIE 98

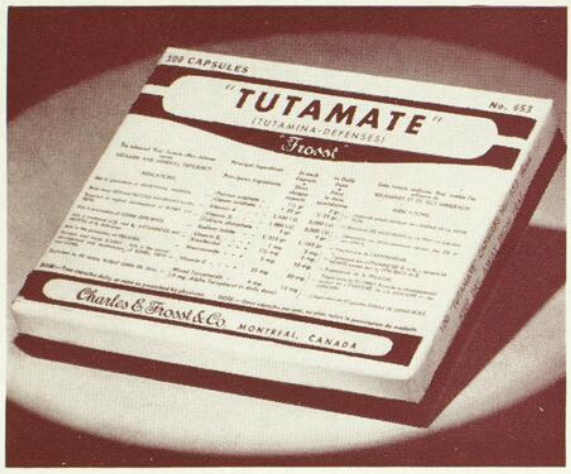
NOUVELLES 100

REVUE DES LIVRES 110

"Tutamate"

MARQUE "Frosst" DE

VITAMINES MULTIPLES et de SELS MINÉRAUX



INDICATIONS

PROPHYLAXIE DE L'ACCOUCHEMENT AVANT TERME DE LA POLYNÉVRITE CAUSÉE PAR L'AVITAMINOS B_1, DE L'ANÉMIE DE LA NUTRITION, DU RACHITISME, DE LA CARIE DENTAIRE, DE LA TÉTANIE RATTACHÉE À UNE CARENCE DE VITAMINE D, DE L'HYPOIODEMIE, ET DE L'AVITAMINOSE C.

Formule améliorée

TENEUR EN FER DOUBLÉE

Principaux ingrédients:	*Dans chaque capsule*	*Dans la dose quotidienne*	*Médication adjuvante:*
Sulfate ferreux (exsic.)	1½ grains	3 grains	prophylaxie de l'anémie de la nutrition.
Sulfate de cuivre	1/25 grain	2/25 grain	
Vitamine A	2500 un. int.	5000 un. int.	—accroît la résistance aux agents infectieux.
Vitamine D	1000 un. int.	2000 un. int.	prophylaxie du rachitisme, de la carie dentaire, de la tétanie rattachée à une carence de vit. D.
Phosphate de calcium	2 grains	4 grains	
Iodure du sodium	1/325 grain	1/162 grain	—prophylaxie de l'hypoiodémie.
Vitamine B_1	1 mg.	2 mg.	traitement des symptômes de l'avitaminose B_1 et B_2, y compris la névrite causée par l'avitaminose B_1; prévient le développement de ces affections.
Riboflavine (vitamine B_2)	1.5 mg.	3 mg.	
Niacinamide	5 mg.	10 mg.	—prophylaxie de la pellagre.
Acide ascorbique (vitamine C)	25 mg.	50 mg.	—prophylaxie du scorbut.
Tocophérols mixtes	6 mg.	12 mg.	prophylaxie de l'accouchement prématuré.

DOSE: 2 capsules par jour, après les repas.
PRESENTATION: boites de 50, 100 et 250 capsules.

Frosst
DEPUIS 1899

"Kondremul"

MARQUE "Frosst" DE L'ÉMULSION DE CHONDRUS



EMULSION SUPERIEURE D'HUILE MINÉRALE, DU TYPE COLLOÏDAL

Destinée au traitement de la CONSTIPATION FONCTIONNELLE

Laxatif efficace et bénin, ingéré sans répugnance, le Kondremul s'écoule facilement hors du flacon et se mélange bien avec l'eau ou le lait. Il n'entraîne la formation d'aucune habitude nocive. L'emploi du carragaheen (***chondrus crispus***) comme colloïde émulsionnant et protecteur, produit une émulsion stable où l'huile finement divisée, est tenue en suspension, et qui résiste à la dilution, à la digestion, et à l'action de la température. Le Kondremul se mêle étroitement au contenu de l'intestin et forme des selles molles, évacuées sans effort. Le suintement anal, toujours gênant, est l'exception.

Présenté de 3 façons

"KONDREMUL" additionné de v. B_1

Emulsion de goût agréable, contenant 55 p.100 d'huile minérale et 200 unités internationales de vitamine B_1 par once fluide. Peut être employée comme régulateur de l'intestin chez l'enfant comme chez l'adulte.

Flacons de 16 onces fluides.

"KONDREMUL" et CASCARA SAGRADA

Unit aux effets du Kondremul les propriétés toniques et laxatives de l'extrait (non amer) de la *cascara sagrada*.

Flacons de 16 onces fluides.

"KONDREMUL" et PHÉNOLPHTALÉINE

Laxatif et régulateur. Contient 2.2 grains de phénolphtaléine par cuillerée à soupe.

Flacons de 16 onces fluides.

Nous serons heureux de vous envoyer gratuitement, sur demande, un flacon, de format ordinaire et du genre désiré, pour usage domestique.

DOSE:

ADULTES: 1 cuillerée à soupe, matin et soir. Diminuer la dose à proportion de l'amélioration obtenue.

ENFANTS: 1 ou 2 cuillerées à thé, au coucher, suffisent généralement.

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES

Quelques faits concernant la *fluidité* de la PÉNICILLINE dans le véhicule huile-cire

Si la pénicilline dans le véhicule huile-cire doit être employée une fois par jour, l'essentiel du point de vue thérapeutique est de maintenir constante la concentration sanguine durant 24 heures.

Tant pour atteindre ce but que pour être aisément injectable, il importe que le véhicule ne soit ni trop visqueux ni trop fluide . . . que les cristaux de pénicilline aient la dimension, la forme et la densité voulues . . . que le contenant soit bien adapté à son usage. Les points suivants ont aussi leur importance:

1. Dans les fioles à doses multiples, le mélange doit être assez fluide pour permettre une aspiration facile, une mesure précise de la quantité aspirée et une injection sans difficulté.

2. Dans toute préparation d'une certaine fluidité cependant, la pénicilline a tendance à se séparer. A moins que le contenant n'offre le volume suffisant et l'espace d'air adéquat pour réaliser, par agitation, une nouvelle suspension de la pénicilline déposée, il est à craindre que l'on ne puisse maintenir pendant 24 heures la concentration sérique et que, en définitive, on n'injecte trop ou trop peu de pénicilline.

3. Dans les cartouches à dose individuelle, la pénicilline en suspension dans son véhicule huile-cire doit posséder une consistance légèrement plus solide. Sinon, lorsque la pénicilline se dépose on risque de ne pas arriver à reconstituer la suspension, par agitation, parce que (a) le volume du contenant est trop faible et (b) la cartouche ne possède pas d'espace d'air libre.

4. Le mélange de consistance un peu plus élevée s'injecte facilement à dose exacte et avec un minimum de malaise pour le patient. A la température ambiante il est suffisamment fluide. D'autre part, chaque cartouche renferme une dose totale de 1 c.c. (300,000 unités), ce qui élimine la nécessité de mesurer.

Squibb, fidèle à sa ligne de conduite de toujours présenter ses produits sous la forme la plus pratique, a créé deux formes de Pénicilline G dans un véhicule huile-cire; chacune d'elles adaptée à sa destination propre, de formule et de consistance adéquates.

Pour l'administration commode de doses individuelles, au domicile du patient, à la consultation et en cas d'urgence:

PÉNICILLINE G SQUIBB DANS L'HUILE-CIRE

Fluidité parfaite à la température ambiante, présentée en cartouches à double compartiment: utilisable indifféremment avec une seringue ordinaire B-D* ou avec la seringue B-D* à injection unique.

* Nom déposé de Becton, Dickson & Co.

Pour les injections en série, à la clinique, à l'hôpital ou au bureau, la nouvelle fiole de 10 c.c.:

PÉNICILLINE G LIQUIDE SQUIBB DANS L'HUILE-CIRE

Nouvelle suspension obtenue immédiatement; facilité d'injection; aucune difficulté d'aspiration.

Pour documentation, s'adresser à

E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA LIMITED

36-48 CALEDONIA ROAD • TORONTO

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Fondée en 1872

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Maurice Roch, Genève.

Professeur Pierre Masson

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE.

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Pierre Smith

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

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

BUREAU DE COLLABORATION

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

SPÉCIFIQUE DES TOUX REBELLES

Dioniforme

Bromoforme • Dionine • Thiocol
Belladonne • Aconit
Terpine

COMPOSÉ À LA FOIS BALSAMIQUE, SÉDATIF, ANTICATARRHAL ET ANTISPASMODIQUE PRÉSENTÉ SOUS UNE FORME PRATIQUE PERMETTANT L'EMPLOI PROLONGÉ SANS CRAINTE D'INTOLÉRANCE GASTRIQUE

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS À MESSIEURS LES MÉDECINS SUR DEMANDE À

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE
MONTRÉAL CANADA

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

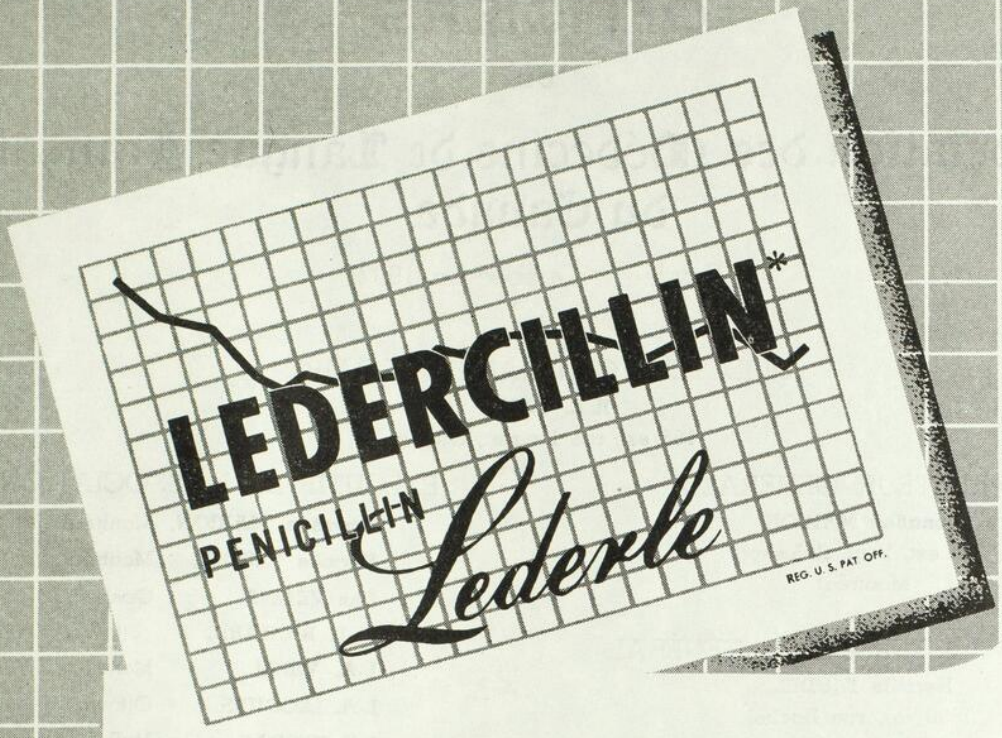
MM. R. Amyot, D. Marion, J.-A. Vidal.

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.



La rapidité avec laquelle la pénicilline, administrée à doses idoïnes, entraîne la défervescence dans des affections considérées autrefois comme ayant un pronostic extrêmement grave, est devenue de nos jours un fait bien banal en soi. Cependant, pour assurer le succès de la thérapie par la pénicilline, il est essentiel de prévoir un traitement d'entretien durant un laps de temps suffisant, de façon à rendre improbable une recrudescence de l'activité des germes pathogènes. C'est à cette fin que les comprimés LEDERCILLIN *Lederle*, à base de pénicilline, sont exceptionnellement utiles et c'est pourquoi ils ont été accueillis avec tant de faveur par le corps médical.

Présentation : LEDERCILLIN, pénicilline **Lederle**

Comprimés : Flacon de 25 comprimés, dosés à 50,000 Unités chacun
Comprimés : Flacon de 12 comprimés, dosés à 100,000 Unités chacun
Losanges : Flacons de 25 et 250 losanges, dosés à 5,000 Unités chacun
Onguent : Tube de 1 once
Onguent ophtalmique : 6 tubes de ⅛ once
Pénicilline G. sodique cristallisée *Lederle*
Fioles de 200,000 et 500,000 Unités

* Enrg. U.S. Pat. Off.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
North American Cyanamid Limited
7335, boulevard Saint-Laurent, Montréal 14, Qué.

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

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

•

COMITÉ DU XIXe CONGRÈS

A.-L. RICHARD, président.

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

•

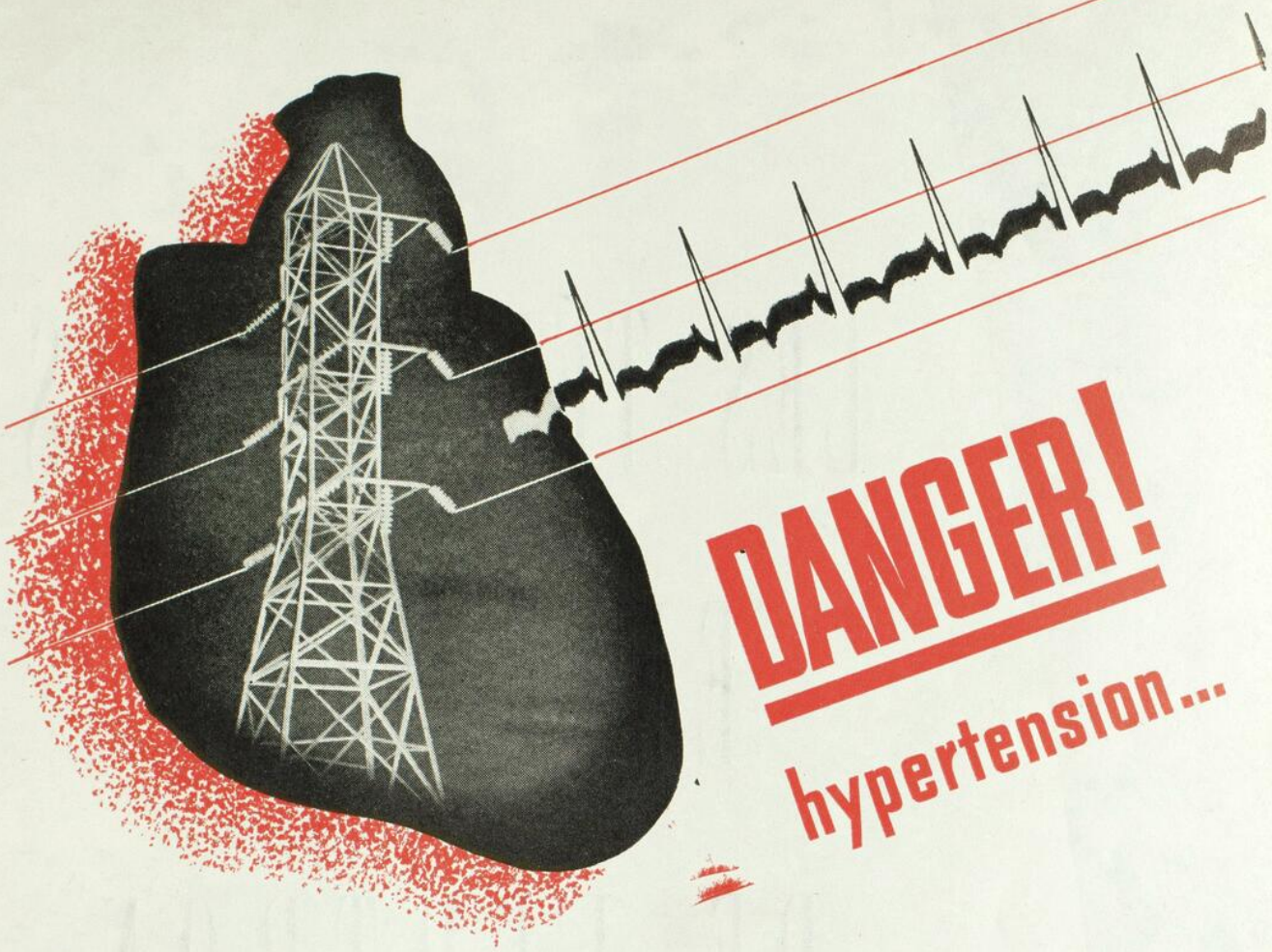
ANCIENS PRÉSIDENTS

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

•

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal . . 1950
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q. 1948
BAILLY, Roland, St-Pie de Bagot, P. Q. 1948
BEAUCHEMIN, L.-O. Calgary, Alberta 1950
BELIVEAU, P., Méthégan, N.-E. 1948
BIBAUD, B., Valleyfield, P. Q. 1948
BLAIN, Emile, 3464, St-Denis, Montréal 1948
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec . . 1948
BOHEMIER, Anatole, 3425, rue St-Hubert, Montréal . 1948
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal . . . 1950
BROUSSEAU, L.-P., Malartic, P. Q. 1950
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec 1948
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal . 1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1950
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1950
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec . . 1948
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. 1948
DUBE, Edmond, 6055, St-Denis, Montréal 1950
GAUTHIER, C.-A., 53½, St-Louis, Québec 1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. 1950
JOANNETTE, Albert, Ste-Agathe-des-Monts, P. Q. . . . 1948
LACHANCE, Wilfrid, Chicoutimi, P. Q. 1948
LACHARITE, Vilmer, St-Célestin, P. Q. 1948
LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa 1950
LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H. 1948
LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal 1948
LEMIEUX, J.-R., 17, Ste-Ursule, Québec 1948
MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville Saint-Laurent, P. Q. 1948
MICHAUD, R., Moose Jaw, Saskatchewan 1950
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River 1948
MORRISSETTE, Pierre, St-Georges, Beauce, P. Q. . . . 1948
PELLETIER, A., Winchendon, Mass. 1950
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1950
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1950
POWERS, A., 11, Front, Hull, P. Q. 1950
RIOUX, J.-Emile, Ste-Anne-des-Monts, P. Q. 1950
SMITH, Pierre, 300, carré St-Louis, Montréal 1948
SORMANY, Albert, Edmunston, N.-B. 1950
TANGUAY, R., Sudbury, Ont. 1950
TETRAULT, Adélard, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. 1950
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. 1950
VIAU, Horace, 467, Rideau, Ottawa 1950



DANGER!

hypertension...

Comme un fil chargé à haute tension l'état d'hypertension représente un danger *latent* plus grave encore que le danger immédiat. L'anxiété, les soucis, l'excitabilité nerveuse sont autant de menaces qu'il faut éviter à tout prix.

Après que les analyses ont été faites, les résultats vérifiés et le diagnostique confirmé,

'Theoba' 'Tabloid'

Il ne suffit pas que le médecin se contente de recommander à son patient d'être calme et de se détendre.

Des mesures *actives* s'imposent.

Dans le passé, de nombreuses thérapies expérimentales ont été tentées dans l'hypertension.

Cependant le traitement de choix aujourd'hui peut en somme se résumer en deux mots: *Diurétiques, Sédatifs.* 'Tabloid', 'Theoba' qui joint dans un même produit l'action *Diurétique* de la théobromine à l'action *Sédative* du phénobarbital, fournit une réponse satisfaisante et convenable au problème du médecin.

Chaque produit contient:

Théobromine, 5 grs. (0.324 Gr.)
Phénobarbital ½ gr. (0.932 Gr.)

S'obtient aux pharmacies d'ordonnances en flacons de 100 et 500. Littérature fournie sur demande.

BURROUGHS WELLCOME & CO. (The Wellcome Foundation Ltd.) **MONTRÉAL**

'Theoba' et 'Tabloid' marques de fabriques enregistrées

LES TÉMOIGNAGES EN FAVEUR DE L'ERTRON PRÉDOMINENT

Un relevé de tous les rapports publiés sur l'influence de l'Ertron, complexe stéroïde, Whittier, dans l'arthrite chronique, révèle qu'une amélioration marquée a été constatée dans 82.2% de tous les malades traités *.

Quel autre traitement pour l'arthrite peut atteindre un tel record ?

Si vous avez lu « A Report to the Medical Profession », vous conviendrez que la prédominance des témoignages est en faveur de l'Ertron.

Si vous n'avez pas reçu cette importante brochure, nous vous en enverrons un exemplaire sur demande.

* Analysis of " A Report to the Medical Profession."
30 investigateurs
852 cas d'arthrite chronique observés de 6 mois à 4 ans.

ERTRON



Chaque capsule contient 5 milligrammes de produits d'activation titrés biologiquement à une activité antirachitique de cinquante mille unités internationales.

Concessionnaires pour le Canada :

Laurentian Agencies, Registered
Montréal 1, P. Q.

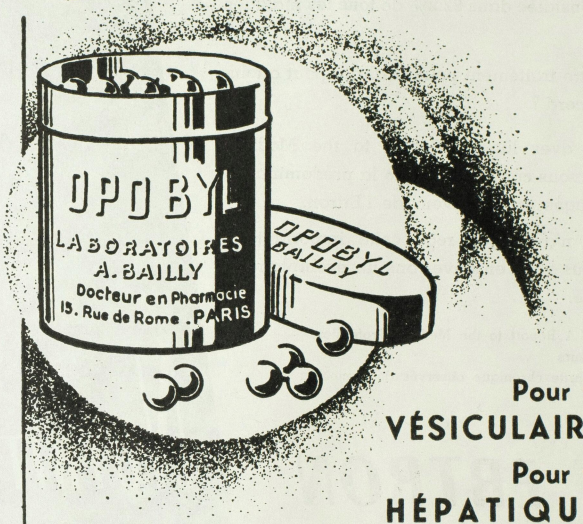
Complexe Steroïde

ERTRON est le nom déposé d'un produit fabriqué par Nutrition Research Laboratories

NUTRITION RESEARCH LABORATORIES

CHICAGO

OPOBYL



Pour vos
VÉSICULAIRES
Pour vos
HÉPATIQUES

OPOBYL
associe

L'OPOTHÉRAPIE BILIAIRE ET HÉPATIQUE
A LA MÉDICATION VÉGÉTALE HABITUELLE

Hépatites et Cirrhoses
Cholécystites et Ictères
Troubles digestifs et Constipation
Hépatisme latent

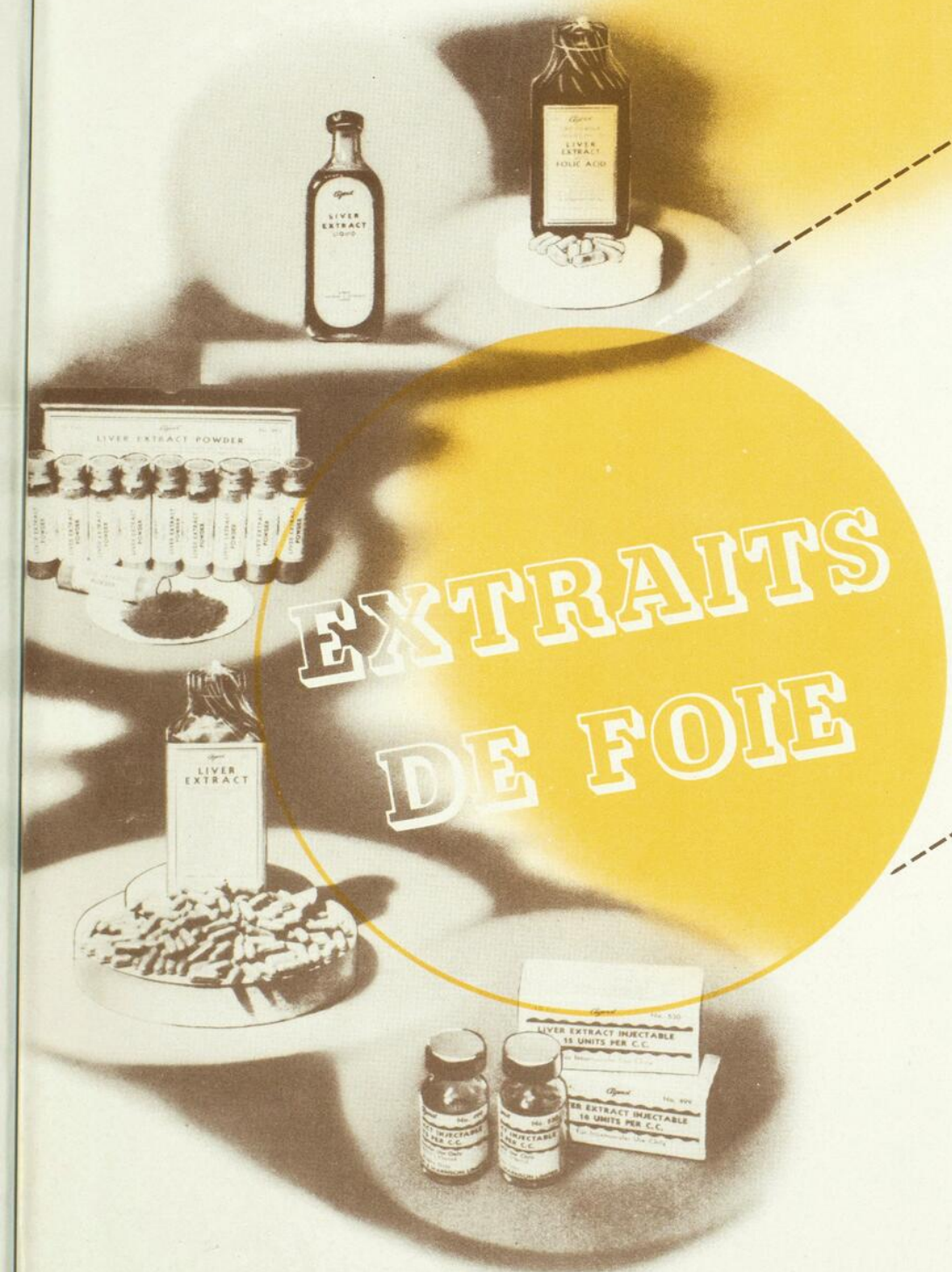
Agents
pour le Canada:
VINANT Ltée
200, rue Vallée.
MONTRÉAL

Laboratoires A. BAILLY, 15, Rue de Rome, PARIS-8e

TRAITEMENT INDIVIDUEL

DE L'ANÉMIE PERNICIEUSE

Ayerst



EXTRAITS DE FOIE

CINQ DIFFÉRENTES PRÉPARATIONS

CAPSULES AVEC ACIDE FOLIQUE

No 351—Chaque capsule renferme l principe anti-pernicieux provenant de ¾ once de foie frais, ainsi que ½ mg. d'ac de folique. Bouteilles de 100.

LIQUIDE

No 936—Chaque cuillerée à soup renferme le principe anti-pernicieux pro venant de ¼ livre de foie frais. Bouteille de 10 onces.

POUDRE

No 915—Chaque flacon renferme l principe anti-pernicieux provenant de ½ livre de foie frais. Boites de 10 flacons

CAPSULES

No 350—Chaque capsule renferme l principe anti-pernicieux provenant de ½ once de foie frais. Bouteilles de 200.

INJECTABLE

No 499—Chaque cc. renferme au moin 10 unités. Ampoules de 1 cc. (boites d 25 et 100) et flacons de 10 cc. avec cap sule de caoutchouc.

No 530—Chaque cc. renferme au moin 15 unités. Flacons de 10 cc. avec cap sule de caoutchouc.

F2232

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE

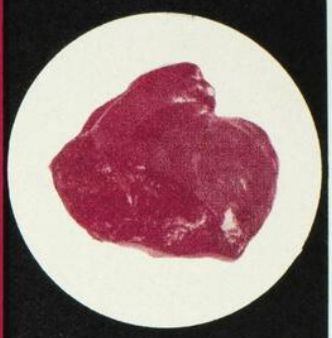
Anémies secondaires

"Béminal"

avec fer et foie

(No 816)

Sels ferreux, extrait de foie et facteurs de la vitamine B—éléments de choix pour le traitement optimum des anémies par carence de fer—présentés sous forme de capsules. Le "Béminal" avec Fer et Foie est bien toléré et préparé pour se désagréger rapidement dans l'estomac et assurer un haut degré d'absorption et d'utilisation.



Chaque capsule renferme:

Sulfate ferreux desséché.... 194 mg. (3 grains)
Foie concentré
équivalent de 5 grammes de foie frais
Chlorure de thiamine..... 1 mg.
Riboflavine..... 2 mg.
Niacinamide..... 10 mg.
Pyridoxine..... 0.5 mg.
d-pantothénate de calcium.. 1.84 mg.
et d'autres facteurs de la vitamine B provenant de 150 mg. de levure de bière soumise à des procédés spéciaux.

Ayerst

"BÉMINAL"
facteurs de la vitamine B

Avec Vitamine C
Concentré
Injectable
Granulés
Composé
Injectable (desséché)
Liquide
Comprimés

PRATIQUÉE CHEZ SOI OU AILLEURS

L'ÉPREUVE "ÉCLAIR"

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

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

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

Galatest — POUR LA RECHERCHE DU SUCRE DANS L'URINE

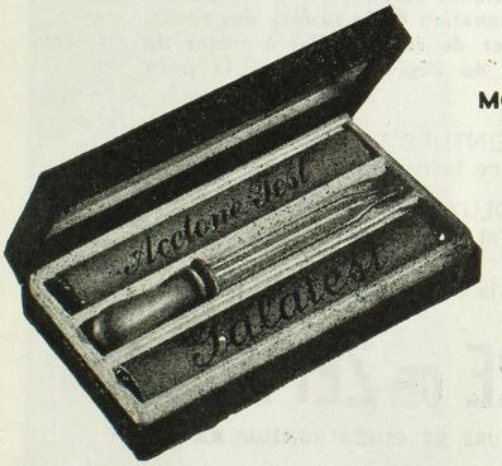
Réactif à l'Acétone (DENCO) — POUR LA RECHERCHE DE L'ACÉTONE DANS L'URINE

LA MÊME SIMPLE MÉTHODE POUR LES DEUX ÉPREUVES

1. UN PEU DE POUDRE



2. UN PEU D'URINE



MODIFICATION DE COULEUR INSTANTANÉE

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

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

NOTICES DESCRIPTIVES SUR DEMANDE

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

286 ouest, rue St. Paul, Montréal



POUR L'ANTISEPSIE CHIRURGICALE

Le Chlorure de Zephiran est un germicide d'une grande efficacité bactéricide et bactériostatique. Dilué selon les indications, il est non irritant et très peu 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.

Présentation: TEINTURE 1:1000 colorée, ne tache pas.

SOLUTION AQUEUSE 1:1000 et concentrée à 12.8%.

Demandez la brochure descriptive.

ZEPHIRAN, marque de commerce enregistrée aux Etats-Unis et au Canada

CHLORURE DE ZEPHIRAN

MARQUE DU CHLORURE DE BENZALKONIUM RAFFINÉ

ACCEPTED COUNCIL ON PHARMACY AND CHEMISTRY AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Winthrop-Stearns INC.

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

Winthrop Chemical Company, Inc. et Frederick Stearns & Company sont maintenant fusionnés et connus sous le nom de Winthrop-Stearns Inc.

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

SCHERING BAT ENCORE LA MARCHE



PRIX RÉDUITS DE 25%

PRANONE - PROLUTON

Anhydro-hydroxyprogestérone Progestérone

L'espoir d'être mère ne doit pas être abandonné par les femmes qui, dans le cours ordinaire des choses, se croyaient privées des joies de la maternité... grâce à l'emploi judicieux de la progestérone, certains enfants naîtront qui autrement n'auraient jamais vu le jour.

PROLUTON

Administré promptement dans les cas d'avortement habituel ou de menace d'avortement aide à rendre à terme le fœtus des femmes dont une déficience lutéinique compromet la grossesse.

PROLUTION (progestérone) : ampoule de 1 cc. contenant 1, 2, 5 et 10 mg.

Boîtes de 3, 6 et 50 ampoules.

Fioles de 10 cc. chaque cc. contenant 25 mg.

PRANONE (anhydro-hydroxyprogestérone) une forme modifiée de l'hormone lutéinique, efficace par voie buccale, peut être substitué au Proluton lorsque l'administration orale doit être recommandée.

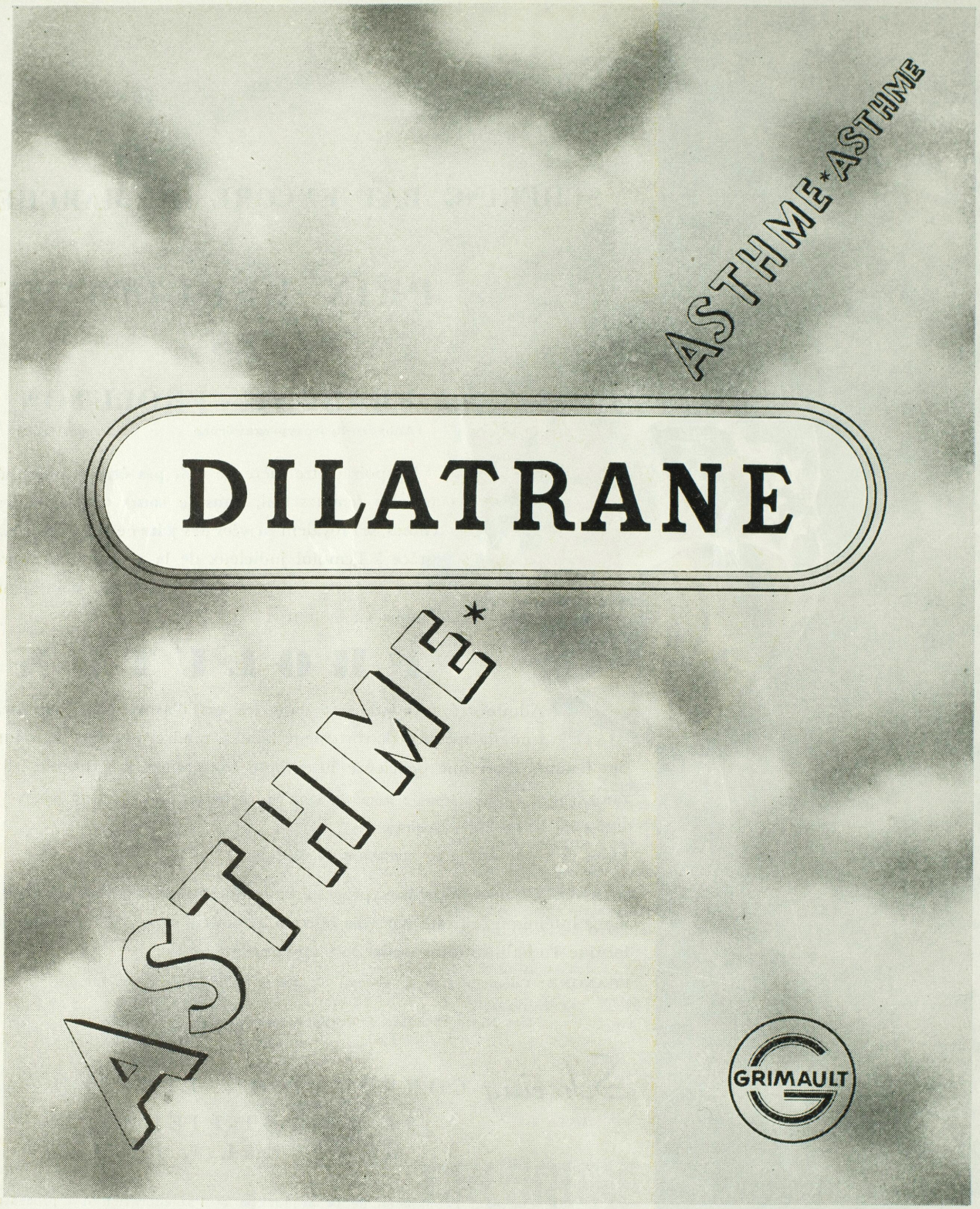
PRANONE: Comprimés de 5, 10 mg. — Boîtes de 20, 40, 100 et 250.

Les Noms Proluton & Pranone sont déposés au Canada.

Schering CORPORATION LIMITED

137 RUE ST-PIERRE,
MONTREAL 1, P.Q.

*De nouveau, l'expansion de la production et l'amélioration des procédés techniques permettent à Schering de réduire considérablement le prix des hormones.



PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE LA CRISE

Comprimés à action rapide — Dragées à action lente

3 à 6 comprimés ou dragées par jour

LABORATOIRES GRIMAULT

51, rue François 1er, Paris

Agent pour le Canada : LUCIEN MASSON, INC., Montréal.

D.H.E. 45

Dihydroergotamine "Sandoz"

... pour la Migraine

Indication

LA CRISE AIGUË: "Our clinical experience with ... D.H.E. 45, in treatment of 120 patients who had migraine, indicates that it is a safe and efficient preparation to use in aborting acute attacks of headache."

Horton, B. T., Peters, G. A. and Blumenthal, L. S.; Proc. Staff Meet., Mayo Clin. 20: 241 (July 11) 1945.

Efficacité

SOULAGEMENT RAPIDE: "... dramatic relief from migraine symptoms can be obtained within 20 to 30 minutes following intramuscular administration of ... D.H.E. 45."

Friedman, M. D., and Friedman, D. A.: Ohio State M.J. 41: 1099 (Dec.) 1945

Tolérance

PAS DE RÉACTIONS SECONDAIRES: "We found that dihydroergotamine was completely free from toxic or side reactions in the series of patients treated."

Dannenberg, T.: Permanente Foundation Medical Bulletin 4: 97 (July) 1946.

POSOLOGIE: 1 à 2 c.c. par voie i.m., s.c. ou i.v. Répéter une heure plus tard si nécessaire. 15 à 20 gouttes 3 fois par jour.

FORMES THÉRAPEUTIQUES: Ampoules à 1 c.c. (1 mgm.). Boîtes de 6 ampoules. Gouttes à 0.2%. Flacons de 15 c.c.

Littérature et échantillons à la disposition du Corps Médical

SANDOZ

Département Pharmaceutique Sandoz

THE WINGATE CHEMICAL COMPANY LTD.

378 ouest, rue St. Paul, Montréal, P.Q.

48-1F

SUPPOSITOIRES
AMYG-BIS

UN SEUL SUPPOSITOIRE - JAMAIS PLUS DE DEUX

▲

Amygdalite

Laryngite

Dysphagie

Naso-Pharyngite

▼



▲

Gingivostomatite

Angine de Plaut-Vincent

Adénopathie

▼

Heptadiencarbonate de Bismuth — Succinate de Benzyl et Sodium
Vitamine "C" — Phénylsemicarbazide.

Deux formules: Enfant — Adulte
Présentation : Boîte de 2 et de 12 suppositoires

Echantillons sur demande
à Messieurs les Médecins seulement.

Spécialité des Laboratoires

ASGRAIN & HARBONNEAU Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL

Acides Aminés 10%

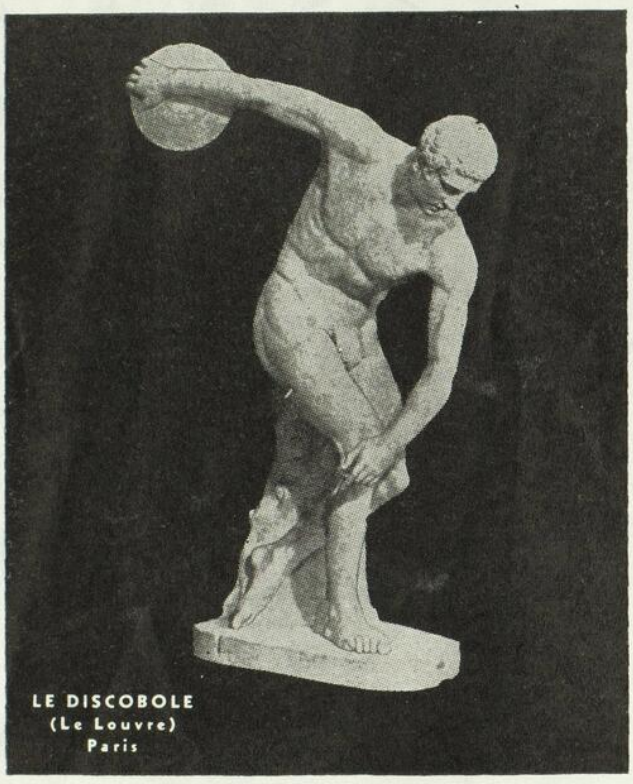
COMPLEXE B – VITAMINE C – GLYCÉPHOSPHATES

HYDRATES DE CARBONE 30%

L'ÉLIXIR-TONIQUE

GLYCAMIN

ÉQUILIBRE



LE DISCOBOLE
(Le Louvre)
Paris

PARFAIT

LES DISQUES

DISCAMIN

Acides Aminés 33⅓%

COMPLEXE B – FOIE – VITAMINE C – CUIVRE – FER – MANGANÈSE

HYDRATES DE CARBONE 60%

▼

Echantillon et littérature sur demande à Messieurs les Médecins seulement.

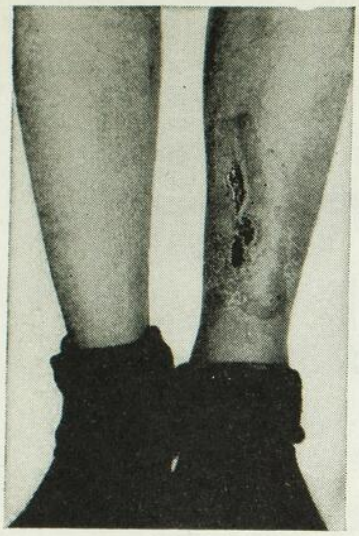
▼

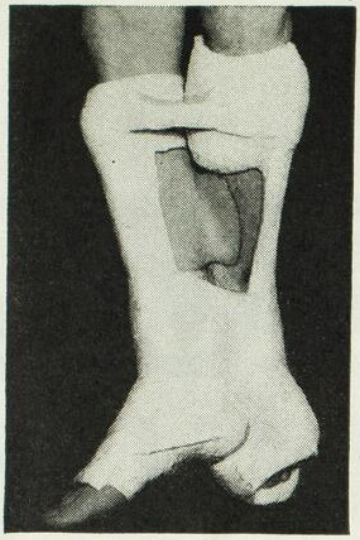
SPECIALITÉS DES LABORATOIRES

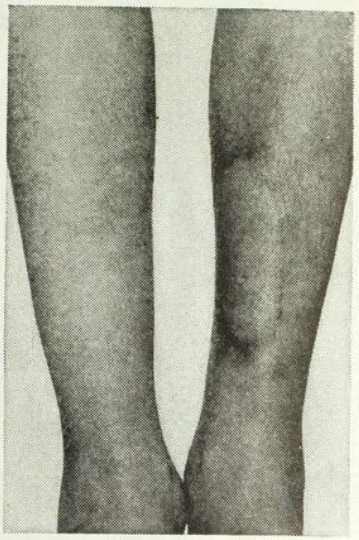
ASGRAIN & HARBONNEAU Limitée

"UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL"


ENTERYDINE
Corrigera
l'engorgement chronique du foie
Laboratoires DESAUTELS Laboratories
LIMITÉE MONTREAL CANADA LIMITED





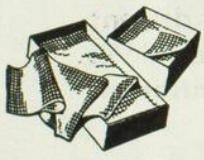


ULCÉRATION POST-TRAUMATIQUE

persistante de la peau

Greffe par lambeau prélevée sur la jambe opposée et contention par le Gypsona

FICHE MÉDICALE. — Le patient, âgé de 34 ans, s'est fracturé la jambe en sautant d'un bateau à un autre. Il y avait fracture intéressant l'extrémité inférieure du tibia de la fibule de la jambe gauche. Celle-ci a été tenue dans le plâtre pendant environ huit mois, et ensuite dans l'Elastoplast pendant à peu près un mois. Au cours de ces dix mois il y eut de nombreux séquestres au siège de la fracture. Après que tout le reste fut guéri, l'ulcère persistait à la jonction des tiers médian et inférieur de la face interne de la jambe. Le patient fut hospitalisé le 30 octobre. On constata que tout autour de l'ulcère la peau était de mauvaise qualité sur une distance d'au moins 2 pouces. On fit l'excision radicale de l'ulcère et de la peau en mauvais état. On greffa par suture sur la plaie un lambeau prélevé sur le mollet de la jambe opposée. Celle-ci fut recouverte de lambeaux taillés au microtome et pansée au tulle gras (Jelonet). Le patient fut chaussé de bottines de plâtre Gypsona, qui furent ensuite reliées l'une à l'autre par des bandes plâtrées au Gypsona. Au bout de trois semaines on enleva le plâtre et trois jours plus tard on sectionna le lambeau. En deux mois la greffe était complètement cicatrisée et le patient recevait son exeat. Les détails et les gravures de ce cas sont authentiques. T. J. Smith & Nephew Ltd., de Hull, Angleterre, sont heureux de publier cet exemple typique parmi bien d'autres où leurs produits ont été employés avec succès, estimant que les résultats authentiques de ce genre sont d'intérêt général.



Le Jelonet (tulle gras) est un pansement de gaze imprégnée de pétrolatum avec 1 pour cent de Baume du Pérou. Il est indiqué comme pansement pour les greffes de peau et pour le traitement des blessures, brûlures, etc. Il est présenté stérilisé prêt à servir immédiatement, en boîte contenant une bande continue de 8 verges ou des carrés de 3 ¾ pouces de côté.

Les bandages plâtrés au Gypsona font prise rapidement et sont prêts à servir immédiatement. Ils se vendent en bandes de 3 verges par 2, 3, 4, 6 et 8 pouces. Le Gypsona se vend aussi en coupons pour attelles.
Le Jelonet, le Gypsona, l'Elastoplast et l'Elastocrêpe sont des produits de T. J. Smith & Nephew Ltd., Hull, Angleterre.



SMITH & NEPHEW LIMITED

378 ouest, rue Saint-Paul, MONTRÉAL 1, P. Q.

PIPÉRAZINE MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE"

2 à 4 cuillerées à café par jour.

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY - PARIS

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

SALICYLATE DE SOUDE *du Docteur Clin*

Nouvelle présentation: **CAPSULES GLUTINISÉES** GR. 50

Ne se dissociant qu'en milieu intestinal et n'ayant aucun effet gastralgisant. Forme indiquée au cours des **traitements salicylés prolongés,** quand il devient souvent utile de varier la présentation du salicylate, afin de le faire mieux accepter à certains malades, et également lors des **traitements d'entretien,** à petites doses de Salicylate.

Echantillons médicaux sur demande.

Laboratoires CLIN, COMAR & CIE — PARIS

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



LA FAÇON WELLCOME DE RÉGLER UN

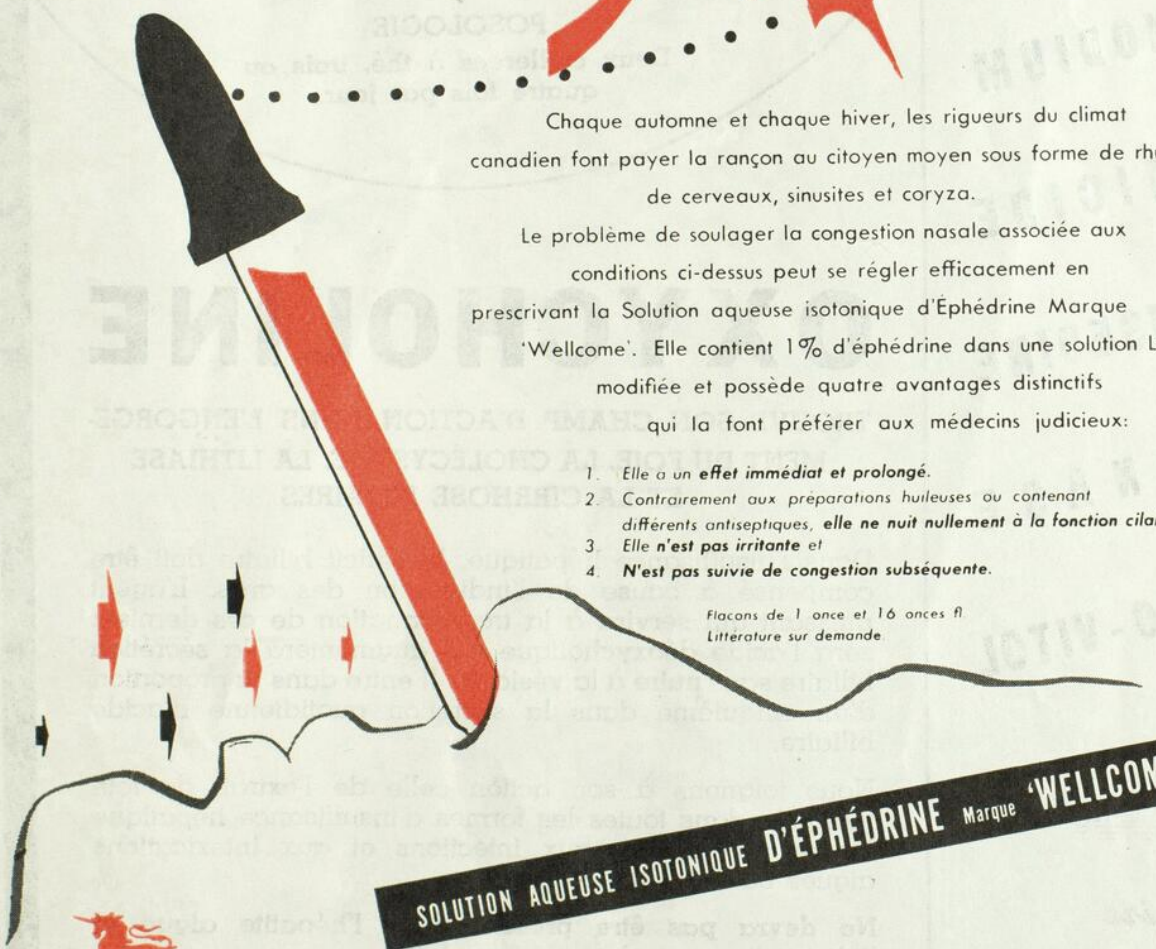
PROBLÈME SAISONNIER

Chaque automne et chaque hiver, les rigueurs du climat canadien font payer la rançon au citoyen moyen sous forme de rhumes de cerveaux, sinusites et coryza.

Le problème de soulager la congestion nasale associée aux conditions ci-dessus peut se régler efficacement en prescrivant la Solution aqueuse isotonique d'Éphédrine Marque 'Wellcome'. Elle contient 1% d'éphédrine dans une solution Locke modifiée et possède quatre avantages distinctifs qui la font préférer aux médecins judicieux:

1. *Elle a un* ***effet immédiat et prolongé.***
2. *Contrairement aux préparations huileuses ou contenant différents antiseptiques,* ***elle ne nuit nullement à la fonction cilaire.***
3. *Elle* ***n'est pas irritante*** *et*
4. ***N'est pas suivie de congestion subséquente.***

Flacons de 1 once et 16 onces fl
Littérature sur demande



SOLUTION AQUEUSE ISOTONIQUE D'ÉPHÉDRINE Marque 'WELLCOME'

BURROUGHS WELLCOME & CO. (The Wellcome Foundation Limited) Montréal

AMINO-VITOL contient les ingrédients indispensables à être administrés dans les déficiences protéiniques, les anémies symptomatiques, l'amaigrissement, et la perte d'appétit ainsi que durant les diètes sévères.

AMINO-VITOL, contenant 10% d'acides aminés, pourra être prescrit dans l'hypoprotéinémie. L'extrait de foie et le fer combattront la déglobulisation et les vitamines B stimuleront l'appétit et arrêteront l'amaigrissement.

AMINO-VITOL

CONTIENT PAR 100 C.C.:

Acides Aminés avec Tryptophane	10 grms
Extrait de foie	5.417 grms
Hémoglobine	1.296 grms
Glycérophosphate de soude	0.864 grms
Peptone	0.434 grms
Sérum frais de cheval	134 gouttes
Chlorure de thiamine "B_1" par c.c.	0.158 mgms
Riboflavine "B_2" par c.c.	0.062 mgms

POSOLOGIE
Deux cuillerées à thé, trois ou quatre fois par jour.

MONODIUM

VOMICIDE

TONISEDINE

VEINASE

HEMO-VITOL

OXYCHOLINE

TROUVE SON CHAMP D'ACTION DANS L'ENGORGEMENT DU FOIE, LA CHOLÉCYSTITE, LA LITHIASE ET LA CIRRHOSE BILIAIRES

Dans l'insuffisance hépatique, le déficit biliaire doit être compensé à cause de l'indigestion des gras. L'agent puissant qui servira à la transformation de ces derniers sera l'acide déoxycholique qui augmentera la sécrétion biliaire sans nuire à la vésicule. Il entre dans la proportion d'un cinquième dans la sécrétion quotidienne d'acide biliaire.

Nous joignons à son action celle de l'extrait de foie indiquée dans toutes les formes d'insuffisance hépatique légère secondaires aux infections et aux intoxications aiguës ou chroniques.

Ne devra pas être prescrit dans l'hépatite aiguë et l'obstruction complète des conduits.

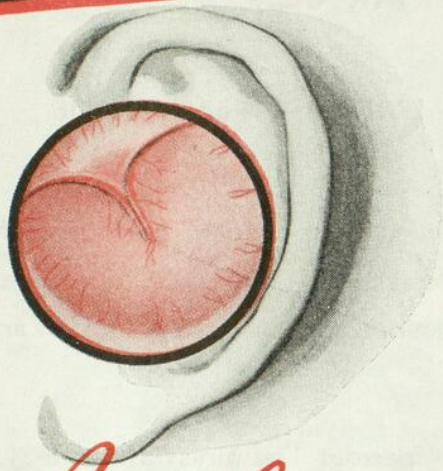
POSOLOGIE: Un à deux comprimés deux ou trois fois par jour, après les repas.

Laboratoire

MAROIS

Montréal

Médicaments de Choix
CONTRE CERTAINES AFFECTIONS SPÉCIFIQUES



Auralgan

contre l'OTITE MOYENNE AIGUË

Symptômes:

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

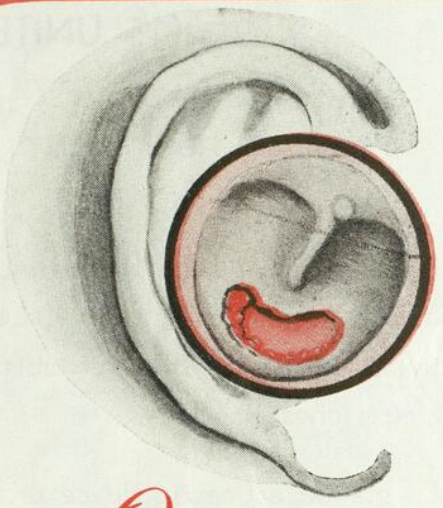
Traitement:

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

Effets:

Régression de la congestion, analgésie, bactériostase.

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



Otosmosan

contre l'OTITE MOYENNE SUPPURANTE CHRONIQUE

Symptômes:

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

Traitement:

Otosmosan.

Formule:

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

Effets:

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

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

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.

Montréal • New-York 13 • Londres

EXTRAIT HÉPATIQUE INJECTABLE

(15 UNITÉS PAR CC.)

POUR LE TRAITEMENT DE L'ANÉMIE PERNICIEUSE

L'activité de l'Extrait Hépatique Injectable, préparé et fourni par les Connaught Medical Research Laboratories, est exprimée en unités et déterminée par les résultats véritables obtenus dans le traitement de l'anémie pernicieuse chez l'homme.

La grande efficacité de ce produit permet l'administration de faibles doses à des intervalles moins rapprochés.

En raison de la faible proportion de solides dans le produit, il est rare que l'on observe un malaise ou des réactions locales après injection.

PRÉSENTATION

L'Extrait Hépatique Injectable (15 unités par cc.), préparé dans les Connaught Medical Research Laboratories, se présente en boîtes contenant des fioles *individuelles* de 5-cc., et en boîtes contenant *cinq* fioles de 5-cc. Le plus grand format est destiné aux hôpitaux et aux cliniques; cependant les médecins peuvent aussi en bénéficier.

CONNAUGHT MEDICAL RESEARCH LABORATORIES

University of Toronto Toronto 4, Canada

L'ABC pour l'injection de la Pénicilline

a Placez le flacon de Pénicilline préparée avec l'huile et la cire Bristol dans l'une ou l'autre des seringues spéciales.

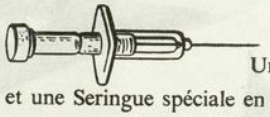
b Introduisez l'aiguille dans le muscle et, à l'aide du mécanisme aspirateur ingénieux vous pourrez vous assurer de ne pas avoir piquer une veine.

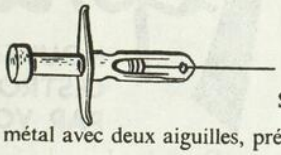
c Tournez le flacon et injectez. Vous avez maintenant injecté une quantité suffisante de Pénicilline dont le degré de concentration demeurera stable pendant 24 heures.

Chaque flacon de Pénicilline Bristol contient 300,000 unités par c.c. de Pénicilline "G" sodique crystallisée dans l'huile et la cire (formule Romansky). Ces flacons ne s'emploient qu'à l'aide de l'une ou l'autre des deux seringues spéciales suivantes: 1. La seringue spéciale B-D en plastique qui ne s'emploie qu'une fois laquelle est pré-stérilisée et qu'on jette après usage. 2. La seringue spéciale B-D en métal qu'on peut employer de nouveau après l'avoir nettoyée et stérilisée en quelques minutes.



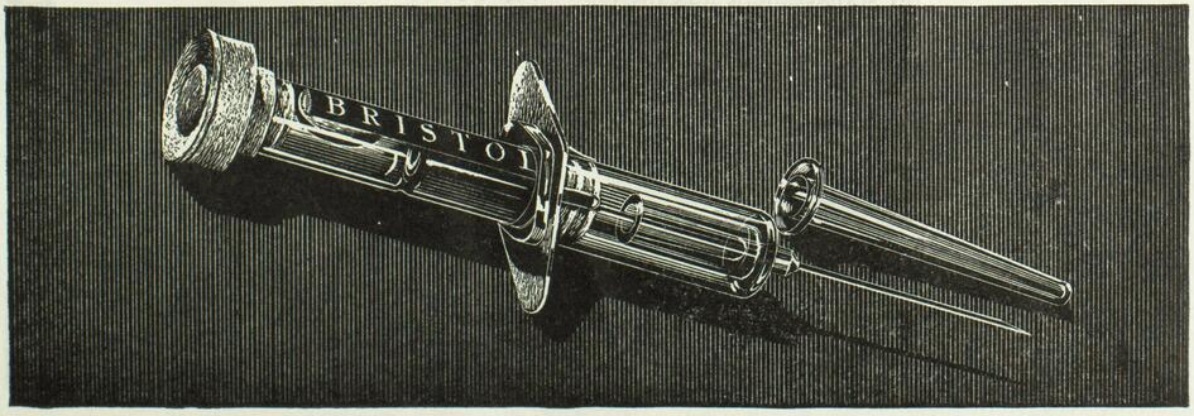
La Pénicilline Bristol dans l'huile et la cire est présentée en boites de un ou de cinq flacons.


Un flacon de Pénicilline et une Seringue spéciale en plastique qu'on jette après usage présenté dans un empaquetage pratique.


Seringue spéciale en métal avec deux aiguilles, présentée dans un cartonnage commode.

Bristol

LABORATORIES OF CANADA LTD., 286 OUEST, RUE ST. PAUL, MONTREAL



INDIQUÉ DANS LA MÉNOPAUSE



Méprane

NOUVEL ŒSTROGÈNE ACTIF PAR VOIE BUCCALE

Des études cliniques* récentes ont démontré que le Méprane soulage efficacement l'émotivité exagérée, la mélancolie, les crises de larmes soudaines et l'insomnie, aussi bien que les bouffées de chaleur et autres symptômes ménopausiques. Ainsi donc, on peut maintenant, grâce à cette nouvelle thérapeutique, apporter un soulagement aux ménopausées. Les réactions désagréables sont pour ainsi dire inexistantes.



Posologie: Traitement d'attaque—1 comprimé t.i.d. après les repas; traitement d'entretien—1 à 2 comprimés par jour.

Présentation: Boîtes de 30, 100, 500 et 1000 comprimés de 1 mg. (1/65 de grain), emballés individuellement.

* Lin, H. A. C.: Amer. Jl. Ob. & Gyn. pp. 296-300, août, 1947.

REED & CARNRICK (CANADA) LTD.
TORONTO, ONTARIO, CANADA



PAINTED BY FEDERIÇO

Carillonnez la fin de l'ancienne



Carillonnez l'arrivée de la Nouvelle

Imaginez la joie des parents dont l'enfant, longtemps victime du *petit mal*, est maintenant complètement débarrassé de ses crises et se trouve aussi normal que les autres enfants. Grâce au Trimédone, récemment découvert et mis au point par les Laboratoires Abbott, cette perspective encourageante peut maintenant être envisagée par une forte proportion des victimes souffrant de crises de la triade du *petit mal*. Les effets de la Trimédone sont frappants, ainsi que l'attestent de nombreux rapports cliniques — témoin, les résultats d'une étude récente représentés dans le tableau ci-contre.* Au sujet de l'emploi de la Trimédone, le rapport publié déclare: "C'est nettement le médicament de choix dans le traitement de la triade du *petit mal*." On peut maintenant se procurer la Trimédone sous forme des nouveaux Comprimés *Dulcets* de 0.15 gramme — qui sont de petits carrés aromatisés à la cannelle et ressemblant à des bonbons — aussi bien qu'en Capsules de 0.3 gramme. Pour une notice explicative, s'adresser aux Laboratoires Abbott, Limitée, Montréal 9.

Effet de la Trimedone dans 166 cas d'attaque de la Triade du Petit Mal

AMÉLIORÉ		NON-AMÉLIORÉ	
31% SANS ATTAQUE			
32% AMÉLIORÉ + ¾		SANS CHANGEMENT	13%
20% AMÉLIORÉ — ¾		AGGRAVÉ . .	4%

*Lennox, W. G. (1947), Tridione in the Treatment of Epilepsy, J.A.M.A., 134:138-43, May 10.

TRIMEDONE

(Anciennement Tridione)

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 76 :

MM. Allard (Eugène) ; Amyot (Roma) ; Arcand (Arthur) ; Archambault (Jules) ; Archambault (Paul-René) ; Baillargeon (Bernard) ; Beaudry (Maurice) ; Beaudoin (Robert) ; Beaulieu (David) ; Beauregard (J.-M.) ; Bégin (B.-H.) ; Bédard (Onésime) ; Bélanger (Emile) ; Bélisle (Louis-Philippe) ; Bélisle (Maurice) ; Bernier (Alphonse) ; Bernier (Jacques) ; Bertrand (A) ; Bertrand (Claude) ; Bigue (Germain) ; Bisson (Christophe) ; Bohémier (Charles) ; Bois (Elphège) ; Bonnier (Maurice) ; Boucher (Roméo) ; Boulanger (J.-B.) ; Bourdon (C.-A.) ; Bourgeois (Paul) ; Bourgoin (Louis) ; Bourque (Jean-Paul) ; Brahy (Jules) ; Cabana (L.-P.) ; Cauchon (Roland) ; Caumartin (Paul) ; Chabot (Cécile) ; Champoux (Roger) ; Chaput (Yves) ; Charest (F.) ; Charest (G.) ; Charland (Richard-A.) ; Chartier (Aimé) ; Chiray (M.) ; Cholette (Albert-M.) ; Choquette (L.-P.-E.) ; Côté (Chs-E.) ; Cousineau (Georges) ; D'Argencourt (Guy) ; Dargis (Jean) ; Darjet (Raymond) ; David (Paul) ; Débré (Robert) ; Demers (F.-X.) ; Deshaies (Georges) ; Desjardins (Edouard) ; Desranleau (Jean-Marc) ; Desrochers (J.-E.) ; Doré (Réal) ; Dubé (Louis-Félix) ; Dufault (Paul) ; Dufresne (Roger-R.) ; Dufresne (Origène) ; Dumas (Paul) ; Durocher (Juliette) ; Fauteux (Mercier) ; Foley (A. R.) ; Fortier (Cap. Jean) ; Fortier (De la Broquerie) ; Fortier (Maurice) ; Frappier (Armand) ; Frénette (Olivier) ; Garceau (Eugène) ; Gariépy (Urgel) ; Gaudet (Richard) ; Gauthier (Bernard) ; Gauthier (Gérard) ; Gauthier (Herman) ; Giroux (Maurice) ; Grandbois (Jean) ; Grégoire (Fernand) ; Grignon (Jean) ; Groulx (Adélard) ; Hallé (Jules) ; Hébert (Auguste) ; Hudon (Fernando) ; Hutton (D. V.) ; Jacques (André) ; Jarry (J.-A.) ; Julien (Lucien) ; Jutras (Albert) ; Kourilsky (Raoul et Simonne) ; Lacerte (Jean) ; Ladouceur-Dupuis (Paule) ; Laliberté (Brigitte) ; Langlois (Marcel) ; Lapierre (Gaston) ; Lapointe (J.-H.) ; Larochelle (J.-Louis) ; Latraverse (Valmore) ; Laurendeau (Rémus) ; Laurier (Yvon) ; Lauzé (Simon) ; Lauzer (Rosaire) ; Lavergne (J.-N.) ; Leblond (Wilfrid) ; Lecours (J.-Antonio) ; Lecours (Raymond) ; Lefebvre (Lucien) ; Lefrançois (Charles) ; Legault (Jean-Paul) ; Legresley (Louis-P.) ; Lemieux (Jean-M.) ; Lépine (Edgar) ; Lépine (Pierre) ; Leriche (René) ; LeSage (Albert) ; LeSage (Jean) ; Letondal (Paul) ; Lévesque (Georges-Henri, O.P.) ; Little (J. L.) ; Longpré (Daniel) ; Longtin (Léon) ; Lussier (Jacques) ; Maranda (E.) ; Marchand (J.-C.-A.) ; Marin (Albéric) ; Marion (Pierre) ; Marois (Paul) ; Masson (Pierre) ; McCormick (W. J.) ; Meunier (Pierre) ; Miliet (J.-A.) ; Morax (Pierre V.) ; Morissette (Léopold) ; Noël (J.-O.) ; Olivier (Jacques) ; O'Neil (Cap. John) ; Ostiguy (Marcel) ; Panet-Raymond (Jean) ; Panneton (Philippe) ; Paquet (Adrien) ; Paradis (Bernard) ; Piette (Jean) ; Pilon (J.-L.) ; Pinsonneault (Georges) ; Plichet (André) ; Plouffe (Adrien) ; Poirier (Paul) ; Poulin (Gonzalve, O.F.M.) ; Pouliot (Ant.) ; Robert (Paul) ; Robillard (E.) ; Roland (Gérard) ; Rousseau (Benoît) ; Rousseau (Marie) ; Saint-Martin (Maurice) ; Saint-Martin (Théo.) ; Sanche (Hector) ; Saucier (Jean) ; Simard (Raymond) ; Simard (René) ; Sirois (Jean) ; Smith (Henri) ; Smith (Pierre) ; Sterlin (André) ; Sudré (René) ; Sylvestre (J.-Ernest) ; Sylvestre (Lucien) ; Tassé (Léo) ; Thébaud (Jules) ; Thibaudeau (Roland) ; Tremblay (J.-Napoléon) ; Trudel (Hermile) ; Trudel (Marc) ; Turcot (R.) ; Vaillancourt (Pierre) ; Vallée (Louis-Ivan) ; Vallery-Radot (Pasteur) ; Verschelden (Marcel) ; Vézina (Norbert) ; Vidal (J.-A.).

136967

Pour la guérison de la paralysie générale s'offraient deux chemins: le chemin rationnel et le chemin empirique.

Le premier était ouvert depuis le temps où la présomption de Fournier, de Jessen et Esmarch et d'autres savants sur la nature syphilitique de la paralysie générale était confirmée par les découvertes de Schaudinn, Bordet-Wassermann et Noguchi.

Mais la réalisation thérapeutique de cette notion fut une série de désillusions, même après qu'Ehrlich avait trouvé dans les arsénobenzols des armes si vigoureuses contre la syphilis. Si on en peut dire autre chose aujourd'hui, j'en parlerai plus tard.

Le chemin empirique était ouvert depuis qu'on pouvait observer qu'au cours de la paralysie générale arrivaient des rémissions inattendues, qui étaient souvent assez complètes et quelquefois, quoique très rarement, d'une longue durée, et que précédaient souvent des maladies infectieuses intercurrentes.

Cela pouvait suggérer l'idée de se servir de cet avis fourni par la nature, et d'en faire un traitement. Moi, comme aussi d'autres, j'ai fait cette proposition déjà en 1887, *et dès lors j'ai caractérisé la malaria comme une maladie propre à ce but. Je ne me suis pas borné à faire une proposition; j'ai procédé à son exécution.*

Mais puisqu'il pouvait sembler trop risqué de provoquer chez un malade encore une autre maladie, je tâchais d'imiter la maladie infectieuse en appliquant, à partir de 1900, *systématiquement aux paralytiques, non les microbes de la maladie infectieuse, mais leurs produits, les toxines ou les vaccins.*

De cette manière, je parvins à essayer la tuberculine, les vaccins des staphylocoques, des streptocoques, de la fièvre typhoïde. L'effet de ces expériences n'était pas mauvais, si on regardait seulement le nombre et même le degré des rémissions obtenues. Mais la durée des rémissions n'était pas satisfaisante; les rechutes étaient nombreuses, les rémissions de longue durée étaient rares.

Cela m'encouragea, en 1917, *à recourir à ma proposition de* 1887 *et d'inoculer à nombre de paralytiques la malaria tierce.*

Cette méthode de traitement réussit; les rémissions devenaient plus fréquentes, plus complètes et plus durables qu'après quelque autre méthode de traitement. La malariathérapie se répandit vite, et je crois qu'on peut dire qu'elle est aujourd'hui la méthode la plus généralement admise de traitement de la paralysie générale.

(Wagner Jauregg)

BULLETIN

1948

LA CONFIANCE

Voici un mot qui joue un rôle essentiel dans la vie. Il s'adresse à chacun de nous parce qu'il constitue le mobile de nos actes, soit dans notre vie intérieure, soit dans notre participation à la vie commune, privée ou publique.

Je dis « vie intérieure » pourquoi?

Parce que la confiance est un appel à la *conscience,* le tribunal suprême de tous nos actes.

Comment nous orienter en face des problèmes multiples que nous devons résoudre, chaque jour, qu'il s'agisse de nos intérêts particuliers, des intérêts généraux ou de ceux qui nous ont associés à leur existence?

C'est, aussi, un sentiment qui incite à la *réflexion.* Celle-ci exige du *jugement* et un sens aigu de la *responsabilité;* elle pose des conditions rigoureuses à l'initiative individuelle et elle exclut toute idée spéculative sur la coopération d'autrui car elle en aperçoit tous les inconvénients sinon tous les risques.

Sans doute, dans certaines circonstances, elle peut se fondre dans une collectivité mais elle doit, quand même, fixer une limite à son pouvoir.

La *confiance individuelle* s'adresse à soi-même. Elle se révèle par une conception nette de ses devoirs envers les siens; c'est-à-dire la protection qu'on leur doit et les directives indispensables qu'ils attendent de nous: la *parole,* souvent; *l'exemple surtout!...*

Comment exiger, des autres, la probité, la ponctualité et la déférence si on néglige d'en donner l'exemple.

Cette règle engendre la confiance réciproque, indice certain de sécurité et de progrès.

Nous n'avons pas oublié avec quelle confiance les malades hospitalisés dans les salles de l'hôpital Notre-Dame suivaient nos avis, autrefois, sans la moindre récrimination, lorsque nous prenions la peine de nous adresser à leur bon sens ou à leur cœur, car ils en ont tous si on sait où il bat!... Ces braves gens étaient devenus nos juges car ils apprenaient, par eux-mêmes et sur place, la signification du mot: *conscience professionnelle.*

En vérité, nous avons appris, à notre tour, à les connaître, à les apprécier et à les aimer, car, en sus de tout le reste, ils se soumettaient volontiers aux exigences de l'enseignement; c'est quelquefois une longue et dure épreuve. Nous avions compris, qu'à leur confiance en nous, s'ajoutait un sentiment de reconnaissance qu'ils exprimaient par leur attitude et leur patience. Ces faits, quotidiens,

méritent un souvenir de la part de celui qui en fut, chaque jour, le témoin silencieux et bienveillant.

La *confiance en autrui* s'inspire de la même source, mais elle est fréquemment handicapée par des intérêts particuliers. Doit-on les sacrifier, même à une légitime ambition, pour conserver la confiance des uns et des autres? Voici un problème délicat où il est possible de s'entendre entre gens de bonne foi, pourvu qu'on sache faire certaines concessions compatibles avec la bonne entente. Je pourrais en citer des exemples. Je ne connais pas de situation, si imprévue et si imbriquée soit-elle, qui ne puisse être clarifiée par la *franchise,* cette qualité rare, faite de courage et d'abnégation écartant tout subterfuge en face d'un devoir à accomplir. N'oublions pas qu'il existe, dans l'ordre moral, aussi bien que dans l'ordre social, un certain nombre de principes universels, perpétuels, immuables, qui sont la base des devoirs, comme les axiomes généraux sont la base de la raison.

Ces notions générales s'appliquent à toutes les situations: aux *médecins,* dont on sait les responsabilités, en toutes circonstances, sans compter leur savoir et leur discrétion; aux *chefs de familles,* soucieux de donner, d'acquérir et de conserver; à *l'employé,* désireux d'accomplir sa besogne quotidienne, sans déméríter, en vue d'améliorer sa situation; enfin, à tous ceux que le travail intéresse et à qui l'avenir doit profiter.

Nous avons posé un principe au début de l'existence de notre journal: *la confiance.* Nous avons vécu des heures dures et pénibles dans le passé, mais nous avons réussi parce que nous avons cru les uns dans les autres. Ceux qui connaissent notre histoire savent quels sacrifices ont consentis nos fondateurs. Ceux qui ont participé à cette fondation ont réussi parce qu'ils ont eu confiance dans l'avenir de leur œuvre. Ils n'ont pas été déçus. Dès les débuts, ils ont adopté la formule que je viens d'énoncer: une probité de chaque instant; une vision nette de l'avenir; l'intérêt particulier soumis à toutes les exigences de l'intérêt général; le respect des règlements et d'autrui; le sens de la responsabilité, et le souci de servir efficacement et honorablement.

Ils ont voulu, ensemble, constituer un *caractère,* c'est-à-dire *l'énergie sourde et constante de la volonté;* je ne sais quoi d'inébranlable dans les desseins, de plus inébranlable, encore, dans la fidélité à soi-même et à ses convictions afin de mériter la *confiance,* ce gage indéfectible du succès.

Imitons leur exemple.

Tel est notre vœu pour « 1948 ».

Albert LeSAGE,
Rédacteur en chef émérite.

LA MÉDICATION ANTIHISTAMINIQUE

Les agents de synthèse

Jacques LÉGER,*

Institut de Médecine et de Chirurgie Expérimentales, Université de Montréal.

L'allergie est communément qualifiée d'affection ou d'un ensemble d'affections modernes.

S'il est vrai que nous sommes familiers depuis peu avec les phénomènes d'hypersensibilité, ces derniers n'en existaient pas moins il y a fort longtemps. Hippocrate pour sa part a noté des manifestations urticariennes ou digestives qu'il interprétait comme le résultat d'intolérance à certains aliments. Au 2e siècle A.D., Galien décrit des symptômes nasaux (on ne connaissait pas encore la rhinite allergique saisonnière), provoqués par un contact avec des roses (27). Des auteurs rapportent occasionnellement par la suite des cas d'asthme saisonnier, liés probablement aux pollens de certaines plantes.

Jusqu'au 20e siècle, quelques faits isolés, mais sans aucune explication. Vers 1900, C. Richet observe que des chiens peuvent succomber après une seconde injection de sérum d'anguille, administré en quantité insuffisante pour endommager un animal non préalablement injecté. Il obtient un résultat analogue avec un extrait de tentacules d'actinies (92). Richet donne à ce phénomène le nom d'anaphylaxie pour exprimer le contraire de prophylaxie.

Par la suite le terme allergie est créé pour définir chez l'homme, les mêmes manifestations d'hypersensibilité.

Une explication plausible de l'hypersensibilité (idiosyncrasie), serait que la réaction antigènes-anticorps, provoquerait dans certains tissus de l'organisme une irritation cellulaire qui donnerait lieu à la libération d'une substance toxique (22). Les propriétés pharmaco-dynamiques et le rôle physiopathologique de cette substance étant similaires à ceux de l'histamine, on a étiqueté cette substance, substance H. (« Histamine-like substance »).

L'histamine, ayant été découverte dans l'ergot de seigle (9), on se rend bientôt compte que ses propriétés physiologiques dont les principales sont: hypotension par vasodilatation capillaire, bronchospasme, effets cutanés, contraction des muscles lisses, peuvent être tenus responsables des manifestations anaphylactiques et allergiques (30). En 1925, Manwharing observe que le choc anaphylactique est suivi, chez le chien, par la libération dans le sang d'une substance histaminique d'origine hépatique (80). En 1926, Lewis et Grant montrent l'existence d'une substance histaminique au cours des accidents d'idiosyncrasie alimentaire observés en clinique humaine, et Lewis donne son nom à une triade cutané symptomatique de la réaction cutanée histaminique.

Si la libération d'histamine ou d'une substance toxique analogue, secondaire à la réaction humorale qui déclenche les phénomènes anaphylactiques n'est pas un fait toujours démontrable, l'importance de l'activité de l'histamine demeure évidente dans bon nombre de manifestations anaphylactiques et allergiques (3, 12, 25, 32, 41, 67, 94, 105, 134).

L'analogie des chocs histaminiques (120) et anaphylactiques (31, 96, 97, 100, 101, 103) et l'évidence du rôle joué par l'histamine au cours des phénomènes d'hypersensibilité chez l'homme (98) ont incité les chercheurs à trouver des substances qui s'opposeraient à l'action de l'histamine, l'objectif étant d'établir une méthode capable d'inhiber l'anaphylaxie de quelque origine spécifique puisse-t-elle

* Boursier du Conseil National des Recherches, Section Médicale.

être (41, 43). Il sembla un certain moment que l'histaminase apportait une solution au problème. Son efficacité à détruire l'histamine *in vitro* ne fut cependant pas suivie d'un succès thérapeutique satisfaisant (11, 102). Certains acides aminés, en particulier l'histidine (62, 108), l'arginine (1) et la cystine, ont une action inhibitrice de l'histamine *in vitro* (66, 69), de même l'adrénaline, l'éphédrine et l'atropine.

Mais l'action antagoniste ne comporte qu'une action accessoire de toutes ces substances qui doivent alors être employées à très fortes doses.

Histamine azo-protéine

Il faut signaler un autre épisode de la lutte entreprise par les chercheurs en vue de mettre au point une méthode qui permettrait d'inhiber une substance dont la libération résulterait de l'union d'anticorps et d'antigènes.

La désensibilisation à l'histamine elle-même ayant été décevante, on expliqua que cet échec pouvait tenir au fait que l'histamine n'est pas antigénique (33). Elle fut donc associée chimiquement à diverses protéines (45), dont celle de sérum de cheval, l'histamine faisant, dans ce complexe, rôle d'haptène.

L'histamine azo-protéine procure au cobaye une protection contre le choc anaphylactique (23, 33, 45, 122), sans prévenir cependant le choc histaminique (23). Le fait que chez l'homme, l'histamine azo-protéine diminue la responsivité cutanée à l'histamine est discuté (33), toutes les expériences ne confirmant pas les résultats obtenus par Cohen (24).

Dans l'urticaire (25, 122) et l'œdème angio-neurotique (25, 33), la médication semble efficace, mais il est permis de douter fortement de sa valeur, dans le rhume des foins (25, 61), la rhinite allergique, la migraine et l'eczéma (33).

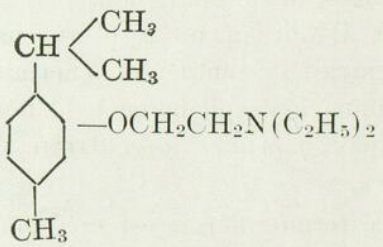
A tout événement, une période de plusieurs mois est nécessaire avant que l'histamine azo-protéine n'apporte une immunité suffisante et ce traitement comporte un fort risque de réactions importantes (33), dont le choc anaphylactique (122). Voilà deux motifs suffisants pour inciter à la circonspection. La majorité des auteurs recommandent d'ailleurs l'attente avant de porter un jugement définitif sur la valeur de l'histamine azo-protéine (38, 122).

Agents antihistaminiques de synthèse

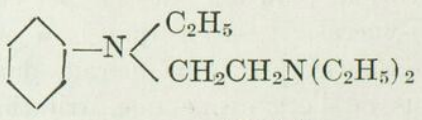
Nous entendons actuellement par substances antihistaminiques, un nombre restreint de composés synthétiques qui ont été l'objet de recherches au cours de la dernière décade et dont l'intérêt réside dans un parallélisme entre leurs actions antagonistes vis-à-vis l'histamine et l'anaphylaxie.

Etant donné que cette étude porte sur des agents thérapeutiques, je vais omettre de mentionner un nombre considérable de composés dont la valeur ne leur a pas mérité d'application en clinique humaine.

Le premier antihistaminique de synthèse à proprement parler fut la Thymoxy-éthyl-diéthylamine ou 929 F (16) bientôt suivi d'un dérivé de phényls éthylène-diamines, dénommé 1571 F, ces deux substances mises au point par D. Bovet et Mademoiselle A.-M. Staub en France (119).



929 F.



1571 F.

La lettre F signifie que ces composés font partie de la série de E. Fourneau dont les travaux ont suscité l'intérêt pour les recherches ultérieures. Le 929 F, et le 1571 F, ne

sont mentionnés ici que pour leur intérêt historique, leur activité étant très inférieure à celle des produits plus récents. De plus, bien qu'inhibant le choc anaphylactique et augmentant la résistance à l'histamine chez le cobaye, ces deux substances étaient suffisamment toxiques pour n'avoir aucune valeur clinique.

En 1942, B.-N. Halpern prépare le N-diméthyl-aminoéthyl N-benzylaniline, mieux connu sous l'étiquette 2,339 R.P. et vulgarisé sous le nom d'Antergan (57).

En 1944, Bovet, Horclois et Walthert synthétisent le N-pméthoxybenzyl-N-diméthyl-aminoéthyl-α-aminopyridine ou 2.786 R.P. connu sous le nom de Néo-antergan. (17).

Par la suite le Bénadryl (76), la Pyribenzamine (81), l'Antistine (86), le 3015 et le 3277 (58), l'Hétramine (44), la Théphorin (72) et le AH 42 (107) sont les substances antihistaminiques les mieux connues qui allongent la liste des nouveaux groupes d'amines de synthèse.

Les recherches effectuées avec les antihistaminiques de synthèse portent sur:

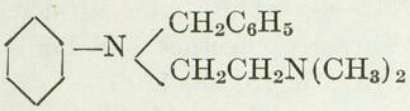
— leur antagonisme envers l'histamine,
— leur activité antianaphylactique,
— et leur action sur les phénomènes allergiques.

La non-tolérance du cobaye vis-à-vis de l'histamine (57), la sensibilité de l'intestin isolé (55, 113) — et de l'appareil respiratoire (2, 18, 21, 57) du cobaye à l'histamine ou à l'allergène sensibilisant, et une réaction œdémateuse du rat au blanc d'œuf (69, 115) sont quelques-uns des faits expérimentaux qui permettent de mettre en valeur les propriétés pharmacologiques des substances antihistaminiques. Il n'est pas du ressort de cet article d'expliquer davantage des méthodes expérimentales.

ANTERGAN (2339 R. P.)

(N phényl-N'benzyl — N-diméthyléthylène diamine)

Dès 1942, B.N. Halpern (57), décrivait plusieurs substances antihistaminiques dont la plus active était le 2339 R.P. ou Antergan.



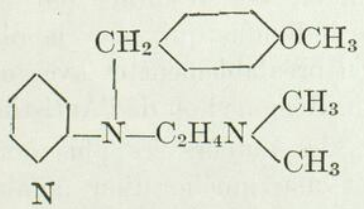
Cette dernière protégeait le cobaye et le chien du choc anaphylactique. Son action protectrice vis-à-vis l'histamine était mise en évidence sur l'intestin isolé du cobaye suivant la méthode de Schultz-Dale, et par la prévention du bronchospasme de l'animal soumis à un aérosol d'histamine. L'injection sous-cutanée de 5mgs/Kg protégeait le cobaye contre 40 doses mortelles d'histamine (57). Le médicament permettait également au lapin sensibilisé de supporter impunément d'assez fortes doses d'antigènes (74) et atténuait les manifestations allergiques expérimentales (10).

Clinique. L'Antergan fut le premier agent antihistaminiques de synthèse à mériter l'épreuve clinique. Les résultats furent remarquables d'efficacité. Pellerat, Perrault, Goutet (54) rapportèrent des succès thérapeutiques dans environ un tiers de tous les cas d'asthme observés par eux. Des résultats variés furent obtenus dans la dermatite artificielle, les eczémas localisés et d'autres dermatoses prurigineuses dont le prurit anal et vulvaire (56). La médication s'est avérée assez efficace dans l'œdème de Quincke, le rhume des foins (15), certains urticaires (51), mais un très grand nombre de patients traités éprouvaient des symptômes désagréables de toxicité: nausées, vomissements, insomnie (51), hyperthermie et rash (15). Sa toxicité manifeste a fait rayer l'antergan de la thérapeutique.

NÉO-ANTERGAN (2786 R. P.)

(N-p-méthoxybenzyl-N-diméthylaminoéthyl-α-aminopyridine).

Le néo-antergan a été synthétisé par Bovet, Horclois et Walthert (17).



La nature périphérique de l'antagonisme du 2,786 R.P. vis-à-vis l'histamine, est démontrée dans les essais effectués sur l'intestin isolé du cobaye (17, 18, 38, 130).

La protection assurée à l'animal auquel on administre une dose régulièrement toxique d'histamine (0.4. mg/Kg) est remarquable (130). 3 mg/Kg administrés au cobaye permettent l'injection d'une dose d'histamine 80, 100 et même 125 fois supérieure à la dose mortelle (18, 48, 54, 89, 106).

La même dose protège du choc anaphylactique (18, 38, 54).

Le néo-antergan inhibe la bronchoconstriction; la dose efficace capable d'augmenter la résistance du cobaye à l'histamine administrée en aérosol (H. en concentration à 2% environ) est 1 γ/Kg en injection intraveineuse (18, 38, 130).

Chez le chien, en plus de protéger des accidents anaphylactiques (18. 54), le néo-antergan diminue l'hyperméabilité des capillaires cutanés provoquée par une injection intradermique d'histamine (13); par le même mécanisme, il s'oppose à l'hypotension histaminique laquelle paraît liée à une vasodilatation prépondérante dans les domaines splanchniques et cutanés (18). Chez le rat 4 mgs inhibent de façon significative la réaction œdémateuse à la protéine de blanc d'œuf (68, 70).

Clinique. — Dans le rhume des foins saisonnier, Feinberg rapporte que 65% de ses patients ont bénéficié du médicament, la statistique étant plus élevée pour la rhinite vasomotrice non saisonnière. (38). Mon expérience avec le néo-antergan est celle-ci: de 20 patients souffrant du rhume des foins, 17 (85%) ont été soulagés à peu près complètement, les autres ayant tout de même été améliorés d'au moins 60% de leurs malaises. Fait à noter, ces résultats ont été obtenus chez des individus qui, pour la plupart, avaient reçu préalablement et avec des succès douteux, du Bénadryl ou de l'Antistine.

Dans l'asthme, les auteurs les plus optimistes rapportent une amélioration notable dans un tiers des cas (54, 91), Feinberg (38) parle d'action favorable dans un cas sur cinq.

Chez une petite fille de quatre ans, une dragée de 0.10 g. a réussi à plusieurs reprises à enrayer une crise nocturne d'asthme. Une cuti-réaction positive à la laine, a permis par la suite d'éliminer le contact avec la substance antigénique.

Les asthmes où le bronchospasme est l'élément prédominant semblent être de bonnes indications: plus il y a d'exsudation, moins peut-on prétendre au succès (54). L'asthme qui accompagne le rhume des foins répond favorablement.

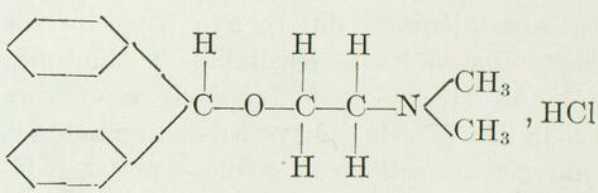
Il ne faut pas perdre de vue que toutes les affections asthmatiques ne sont pas des manifestations allergiques.

Dans l'urticaire, l'eczéma, la gale, le zona (116), l'action du néo-antergan est plus nette sur le prurit que sur la dermatose elle-même (56).

BÉNADRYL

(B-diméthylaminoéthyl benzohydryl ether hydrochloride)

Le bénadryl a été synthétisé par Loew et ses collaborateurs (76) et présente la formule chimique:



Les études pharmacologiques sur ce composé ont mené aux conclusions suivantes: l'injection intraveineuse (10 mg/Kg) à des chiens sensibilisés préalablement à du sérum de cheval diminue la sévérité du choc anaphylactique lors de l'injection déclenchante (126); le bénadryl protège similairement d'une injection intraveineuse d'histamine (126).

A la dilution de 1/50 millions, le composé est efficace pour l'inhibition des effets spasmogéniques de l'histamine sur le muscle de l'intestin (77). Administré à des cobayes

soumis à un aérosol ou à une injection intraveineuse de 0.4 mg/Kg d'histamine (ce qui entraîne normalement la mort des animaux par broncho-constriction), il protège contre une crise d'asthme expérimental. Son activité serait deux à quatre fois plus grande que celle des premiers composés 929 F et 1571 F (49, 76, 125).

Si le composé est injecté dans la cavité péritonéale, la dose requise d'histamine intrapéritonéale est 1/30 à 1/60 de la quantité nécessaire pour faire succomber 50% des cobayes. Les uns affirment (78), d'autres nient (19) que le bénadryl protège le cobaye du choc anaphylactique. Il ne modifie pas l'hyperchlorydrie histaminique, pas plus qu'il ne protège de l'ulcère histaminique (gastrique ou duodénal) provoqué chez le chien (50). Dans l'épreuve de la réaction œdémateuse au blanc d'œuf chez le rat, le bénadryl a le même seuil d'activité que le néo-antergan, soit 4 mgs (68, 70).

Clinique. — Le bénadryl administré par voie buccale exerce une légère inhibition sur les papules de Lewis (produites expérimentalement) (26, 34, 46).

Ce sont les patients atteints de rhume des foins et d'urticaire qui bénéficient surtout du bénadryl comme d'ailleurs de toutes les substances antihistaminiques (36, 123). Des rapports indiquent que 75 à 85% des cas de rhume des foins sont améliorés par l'emploi du bénadryl (20, 63, 118. 124). Il se trouve même des auteurs qui laissent entendre que l'emploi du bénadryl dans le traitement du rhume des foins, éliminerait la nécessité de la désensibilisation présaisonnière chez beaucoup de malades (60). Feinberg observe pour sa part qu'environ 50% de ses cas de rhumes des foins sont aidés (38). Les résultats dans la rhinite vasomotrice non-saisonnière sont très variables.

L'asthme bronchique n'est pas une indication de choix du bénadryl (63, 85). Les asthmes bronchiques compliqués d'une infection, non seulement ne sont pas améliorés mais peuvent même être aggravés par cette médication (73, 123). Il n'en reste pas moins que certains asthmatiques chez qui il est possible de déclencher une bronchoconstriction par l'administration parentérale d'histamine, peuvent être protégés de cette bronchoconstriction s'ils ont préalablement reçu des substances antihistaminiques dont le bénadryl (28). Il est permis de déduire de ces observations que la médication antihistaminique pourrait s'avérer efficace quand il s'agit d'asthme d'origine histaminique, mais qu'une forte proportion des syndromes asthmatiques seraient d'autre nature.

Dans l'urticaire, les résultats sont encourageants (20). Le bénadryl serait efficace dans le traitement des symptômes de la plupart des cas d'urticaire (26, 75) et d'œdème angioneurotique (110), ainsi d'ailleurs que dans le soulagement du prurit accompagnant certaines affections cutanées. (8, 37, 46, 53).

S'il faut en croire certains rapports, ces résultats seraient spectaculaires, des patients atteints d'urticaire aiguë, voyant leur prurit disparaître en quelques minutes (88).

Nous pouvons retenir que cette médication peut enrayer un accès au début, alors qu'à l'état de chronicité, la mesure est palliative plutôt que curative (29, 88, 110).

Dans l'urticaire (128), et l'œdème angioneurotique (109), dus à l'administration de pénicilline sous différentes formes, l'emploi de bénadryl donne des résultats satisfaisants (92). Tyson rapporte un succès thérapeutique dans un cas d'urticaire chronique causée par de l'hypersensibilité au soleil (121).

Dans la céphalalgie histaminique, le « nénière », l'allergie au froid (cold allergy) et la maladie du sérum, les résultats restent discutés (85, 87, 91, 129).

Les eczémas atopiques peuvent voir l'élément prurigineux rétrocéder, favorisant ainsi souvent une amélioration de la lésion elle-même (73). Un cas de maladie de Stevens Johnson (stomatite ulcéreuse et coryza) devrait sa guérison au bénadryl (112).

Les principales actions pharmacologiques

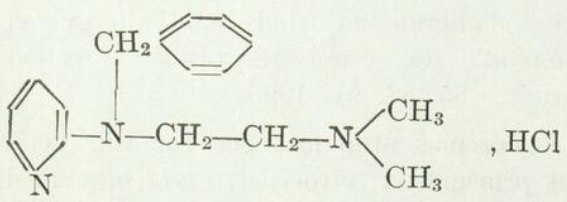
de ce composé sont: supprimer la bronchoconstriction produite par l'histamine ou le choc anaphylactique, prévenir le spasme des muscles lisses et diminuer les effets vasodilateurs de l'histamine (79).

Toxicité. — Les manifestations de toxicité possibles sont nombreuses; somnolence, étourdissements, sécheresse de la bouche, pollakyurie, nervosité, malaise général, (fatigue), douleurs musculaires, engourdissement, palpitations, photophobie, malaise épigastrique, nausées, légère incoordination des mouvements, confusion, désorientation, douleurs névritiques et même état de choc. Des auteurs sont d'avis que très rarement ces manifestations de toxicité sont suffisantes pour modifier le cours du traitement. (85). Mais là encore, l'accord n'est pas parfait (73) et plusieurs recommandent la prudence dans le dosage et une étroite surveillance des malades durant le traitement, (7, 14), car des réactions inusitées sont possibles (52, 111, 127). La somnolence, qui est le malaise observé le plus fréquemment (et a déjà été tenu responsable d'un accident chez un conducteur de camion) (117), peut être atténuée par l'emploi concomitant de benzédrine si, cela va de soi, les doses ne doivent pas être trop souvent répétées (6, 65).

PYRIBENZAMINE («Ciba 63»)

(N.N diméthyl-N'-benzyl-N' (α-pyridyl-éthylène- diamine)

Mayer et ses collaborateurs (81), présentaient en 1945 un homologue du Néo-Antergan, la Pyribenzamine —



3.5 mg de ce composé injecté dans la veine de chiens sensibilisés au sérum de cheval diminuent de moitié la fréquence de choc anaphylactique (132). Il exerce également une protection significative sur le bronchospasme histaminique (133).

1 mg/kg confère au cobaye une protection complète contre le choc anaphylactique (81). La pyribenzamine exerce également une action frénatrice sur le choc provoqué par un aérosol d'histamine.

Dans l'épreuve de Schultz-Dale, 0.02 γ/ml ajouté au liquide du bain, peuvent empêcher le spasme de l'anse iléal produit par 0.2 à 1γ/ml d'histamine (81).
25-50γ inhibent toute contraction survenant normalement dans le poumon perfusé du cobaye à la suite d'une injection intratrachéale de 50γ d'histamine (95).

L'action antagoniste de la pyribenzamine vis-à-vis la toxicité de l'histamine chez le cobaye est à mi-chemin entre celles du bénadryl et du néo-antergan. Si 3 mg/kg sont administrés en injection intrapéritonéale avant l'injection d'histamine, 15 mg/kg de cette dernière substance sont alors nécessaires pour causer la mort de 100% des cobayes. La dose mortelle devient donc 37 fois ce qu'elle était chez les animaux non traités (82). A la dose de 5 mg/kg en injection sous-cutanée ou intraveineuse, la pyribenzamine élève la dose mortelle d'histamine de 60 à 120 fois la normale (49).

En aérosol au cobaye, la pyribenzamine en dose infime prévient le choc anaphylactique; ceci suggère que le médicament pourrait être employé sous forme d'aérosol en clinique humaine et à des doses suffisamment petites pour écarter le danger des effets toxiques secondaires (83). Le composé a permis de prévenir l'œdème sous-cutané du rat, secondaire à l'injection intrapéritonéale de blanc d'œuf, à la même dose que le néo-antergan et le bénadryl (71).

Clinique. — Administrée à l'homme par voie buccale, la pyribenzamine diminue la surface des réactions cutanées histaminiques, et diminue (4) également la réactivité cutanée chez des sujets allergiques (46). Elle peut aussi prévenir des réactions systémiques à de fortes doses d'antigènes (5).

Le rhume des foins est grandement amélioré par l'emploi de la pyribenzamine; l'écoulement nasal, l'éternuement, le picotement des yeux diminuent dans la grande majorité des cas. Feinberg rapporte un bénéfice notable dans 82% des cas (38, 40, 42), le soulagement étant cependant plus marqué chez les patients ayant eu recours à un traitement de désensibilisation.

Dans la rhinite non-saisonnière, Arbesman voit un mieux dans 72% des cas (5). Il ne semble pas que la rhinite vasomotrice intrinsèque ait aucune chance de bénéficier du traitement.

En ce qui a trait à l'asthme, on peut s'en tenir aux remarques faites lorsqu'il était question du néo-antergan et du bénadryl. L'asthme qui accompagne le rhume des foins demeure la seule indication certaine .

Urticaire:— Certains affirment que les urticaires chroniques aussi bien qu'aiguës sont améliorées par la pyribenzamine. De même qu'avec les autres agents antihistaminiques, le prurit est plus sûrement éliminé que la lésion elle-même (5, 38); les mêmes constatations sont faites en ce qui concerne les dermaties atopiques. Le produit est efficace dans le dermographisme ainsi que dans les lésions urticariennes dues aux barbituriques.

Les prurits anaux et vulvaires peuvent être symptomatiquement contrôlés (42). Mayer suggère que le dosage de Pyribenzamine requis pour le traitement efficace d'allergie de l'épiderme est plus élevé que pour les manifestations allergiques d'autres tissus (84). Feinberg recommande d'employer le produit sous forme d'onguent à 2% pour le soulagement de dermatoses prurigineuses (39).

Toxicité.— Les effets toxiques secondaires sont sensiblement les mêmes que ceux du bénadryl; mais il arrive apparemment plus rarement que la médication doive être suspendue à cause de leur intensité (5). Des éruptions cutanées ont déjà été attribuées à la pyribenzamine (35). Friedlander et Friedlander observent des manifestations de toxicité (étourdissements, nausées et vertiges) dans 27% d'une série de 200 cas (47).

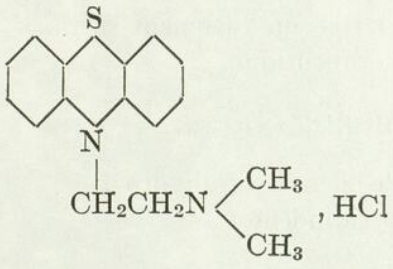
Des auteurs ont administré la pyribenzamine durant une période de temps prolongée, à l'animal aussi bien qu'à l'homme, sans noter d'effets toxiques. (64, 95). Un cas isolé de granulocytopénie d'origine pyribenzaminique probable est cependant rapporté (131).

3015 R. P. et 3277 R. P.

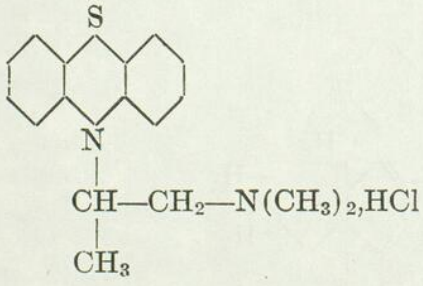
En 1946, B.-N. Halpern réussissait à protéger le cobaye avec un nouveau composé contre 1200 à 1500 doses mortelles d'histamine (38, 58).

Il s'agissait d'une nouvelle série chimique de corps doués de propriétés antihistaminiques puissantes: les dérivés de la thiodiphénylamine.

Le 3015 R.P. (Chlorhydrate de diméthyl aminoéthyl-N-thiodiphenylamine) protégeant le cobaye contre 500 doses mortelles et le 3277 R.P. (chlorhydrate de [(diméthyl-lamino-2' méthil, 1') éthyl 1'] N-dibenzo-p-thiazine) contre 1200 à 1500 doses mortelles, il semblait qu'un immense pas venait d'être effectué si l'on se rappelle les propriétés antihistaminiques des autres préparations employées à date.



Chlorhydrate de diméthyl-aminoéthyl-N-thiodiphenylamine ou 3015 R.P.



Chlorhydrate de [(diméthyl-amino-2' méthyl, 1') éthyl 1']-N-dibenzo-p-thiazine ou 3277 R.P.

Mais la différence d'activité sur le bronchospasme déterminé par l'inhalation d'aérosols d'histamine et sur la contraction de l'intestin isolé du cobaye s'est avérée bien inférieure à ce qu'avait laissé prévoir leur pouvoir antitoxique vis-à-vis l'histamine (58, 104, 130).

A noter cependant que l'action de ces composés est apparemment plus prolongée que celle de tous les autres composés connus (59).

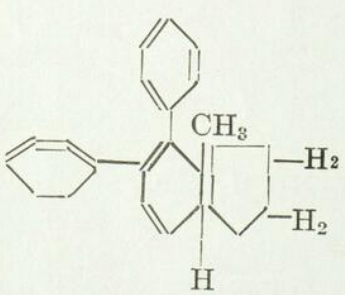
Sur la réaction œdémateuse à la protéine de blanc d'œuf chez le rat, le 3015 et le 3277 se sont montrés actifs à la dose de deux milligrammes démontrant dans cette épreuve, une activité deux fois plus grande que le bénadryl, la pyribenzamine, le néo-antergan et la théphorin (71).

Guichardot a employé ces composés dans un service de dermatologie (56), chez des patients dont la sensibilité cutanée à l'histamine était exagérée: dans les dermites artificielles, les névrodermites, les prurigos, les eczémas variqueux, l'urticaire, la maladie de Duhring-Brocq, le prurit de la gale, et il observe du soulagement de l'élément prurigineux. Le 3015 et le 3277 R.P. ont encore été trop peu employés cliniquement pour qu'il soit possible de porter un jugement définitif sur leur valeur thérapeutique.

THEPHORIN (Nu 1534)

(2 méthyl-9-phényl-tétrahydro-1-pyridindène)

La « Théphorin » a été synthétisée par Winner et Plate et décrit par Lehmann et ses collaborateurs (72). Sa formule chimique est la suivante:



L'anse intestinale isolée du cobaye ne se contracte pas avec 0.2γ de phosphate d'histamine en présence de 0.01γ de Nu 1534.

0.5 mg/kg de théphorin protège 50% des cobayes exposés à un aérosol d'histamine (0.4 mg par litre d'air) alors que 98% des animaux non traités succombent.

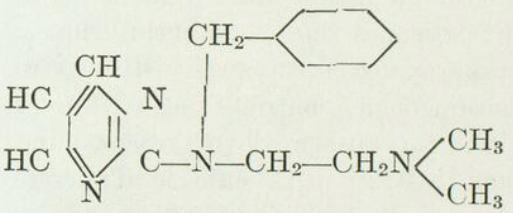
5 mg/kg en injection intrapéritonéale protègent le cobaye contre 10 à 12 doses fatales d'histamine en injection intracardiaque et protègent également du choc anaphylactique.

La théphorin inhibe le bronchospasme histaminique chez le chat .

Chez le rat, dans le test de la réaction œdémateuse au blanc d'œuf (69), nous n'avons obtenu que 30% de positivité, lorsque 4 mg. étaient injectés à des animaux (20 rats) de 120 grammes.

HÉTRAMINE

Le N.N. diméthyl, N' benzyl N' (α-pyrimidil) éthylène-diamine a été synthétisé par H.-L. Friedman et A.-T. Tolstoouhov des laboratoires de « Pyridium Corporation » et décrit en 1946, par H. Feinstone et ses collaborateurs (44).



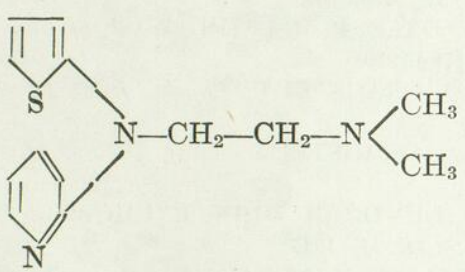
In vitro, le produit inhibe de façon très active la contraction histaminique d'une anse isolée d'intestin de cobaye. 1/16γ d'hétramine empêche la contraction musculaire provoquée par 1γ d'histamine .

Chez l'animal, le choc histaminique est prévenu avec 4 mg/kg d'hétramine administrés en injection intrapéritonéale 30 minutes avant une injection intracardiaque de 0.85 mg/kg d'histamine. Quant au choc anaphylactique (au sérum de cheval), il est prévenu à un taux de 50% avec 5 mg/kg en injection intrapéritonéale. L'asthme expéri-

mental chez le cobaye est également inhibé avec 2.5 mg/kg d'hétramine en injection intrapéritonéale administrés avant d'exposer l'animal à un aérosol d'histamine Nous n'avons pas eu l'occasion d'expérimenter avec l'hétramine et les rapports nous manquent encore pour en apprécier la valeur clinique.

AH 42

[N (α-pyridil) N (α-thényl) (N' N') diméthyl-éthylènediamine hydrochloride]. Enfin, un autre composé était décrit récemment, à la réunion de « Federation of American Societies for Experimental Biology » tenue en mai dernier à Chicago, le AH 42 (107).



0.002 microgrammes par cc. inhibent la contraction de l'anse intestinale de cobaye provoquée par 0.005 microgr./cc. d'histamine base, dans une proportion de 75%

Encore chez le cobaye, 5 mg/kg de AH 42 en injection intrapéritonéale permettent aux animaux de supporter 60 fois la dose mortelle d'histamine en injection intraveineuse. La même dose en injection sous-cutanée protège du choc anaphylactique.

En ce qui concerne l'hétramine, la théphorin, et le AH 42, la compilation de résultats d'essais cliniques manque.

Discussion.

Les substances antihistaminiques constituent un groupe d'amines de synthèse lesquelles exercent expérimentalement chez l'animal (le cobaye est l'animal de choix) un antagonisme vis-à-vis des effets toxiques et physiologiques de l'histamine.

Cet antagonisme est de nature périphérique et résulte d'un phénomène de compétition au niveau des récepteurs cellulaires (18).

Ces agents de synthèse ont fait voir des horizons nouveaux (82), et ils ont fait réaliser à la thérapeutique antiallergique un progrès appréciable. Le patient, en particulier celui qui souffre du rhume des foins est redevable aux antihistaminiques d'une amélioration de son état qui ne peut certes pas le laisser indifférent. Pour le médecin, ces substances sont une arme précieuse qui lui font oublier bien des dilemmes passés et lui redonne confiance pour l'avenir.

Si cette médication connaît des échecs, il ne faut pas perdre de vue que l'histamine, bien qu'étant un facteur important dans les manifestations d'hypersensibilité, n'y joue cependant pas un rôle exclusif (105). Ces agents sont une thérapeutique purement symptomatique, qui n'élimine pas le mécanisme causal (114), et à laquelle, il faut songer lorsque l'allergène déclenchant ne peut être supprimé.

Ils n'excluent pas le traitement par désensibilisation auquel ils devraient servir de complément. Ils trouvent encore leur raison d'être dans la prévention de réactions systémiques occasionnées parfois par les épreuves diagnostiques de cuti-réaction chez les individus hypersensibles. Ces réactions sont aussi à craindre au cours de la désensibilisation à doses croissantes.

La toxicité des préparations connues à date limite il est vrai leur usage. Les progrès réalisés en ce sens par la Pyribenzamine et le Néo-antergan, font entrevoir cependant la possibilité de substances mieux tolérées, plus puissantes, et probablement efficaces dans un plus grand nombre de cas.

Un fait singulier reste à noter: la différence d'activité des différentes substances antihistaminiques vis-à-vis de l'action toxique de l'histamine chez l'animal, vis-à-vis des effets de l'histamine sur les muscles lisses, ne retrouve pas son parallèle dans l'usage de ces substances en clinique. L'observation

expérimentale chez le cobaye, d'une protection contre 6 doses mortelles d'histamine par le bénadryl, 35 doses mortelles par la pyribenzamine, 100 par le néo-antergan et 1200 par le 3277, n'implique pas une telle courbe en ce qui a trait à la valeur thérapeutique de ces agents.

Les antihistaminiques de synthèse ont un effet purement momentané, en modifiant la réactivité des effecteurs vis-à-vis de l'histamine. Ils sont sans action sur le comportement futur de l'organisme.

Il faut espérer que le problème des manifestations de l'hypersensibilité sera un jour solutionné de façon plus radicale.

BIBLIOGRAPHIE

1. D. ACKERMANN, H. MAUER: Extr. *Bulletins Inst. Pasteur,* **44**: 241, 1946.
2. H. L. ALEXANDER, W. B. BECKE, J. A. HOLMES: *J. of Immunol.,* **11**: 175, 1926.
3. H. L. ALEXANDER: *Clinics,* **5**: 331, 1946.
4. C. E. ARBESMAN, G. F. KOEPF, G. E. MILLER: *J. All.,* **17**: 203, 1946.
5. C. E. ARBESMAN, G. F. KOEPF, A. R. LENZNER: *J. All.,* **17**: 275, 1946.
6. Harry L. ARNOLD jr.: *Arch. Dermat. and Syphilology,* **54**: 71, 1946.
7. S. B. BAREFOOT, K. A. RILEY, B. H. KUHN: *North Carol. Med. J.,* p. 150, mars 1946.
8. BAREFOOT et al.: *J.A.M.A.,* **131**: 868, 1946.
9. G. BARGER, H. H. DALE: *J. Chem. Soc. London,* **97**: 2592, 1910.
10. M. BECK: *Thèse Berne,* 30 janvier 1946.
11. BEST et McHENRY: *Can. M. A. J.,* **43**: 1940.
12. W. B. BLANTON: *Clinics,* **5**: 299, 1946.
13. M. BONVALLET, Ph. DECOURT: *C. R. Soc. Biol.,* **138**: 224, 1944.
14. M. C. BORMAN: *J.A.M.A.,* **133**: 394, 1947.
15. W. H. BORST: *Chemical abstracts,* **40**: 4793, 1946.
16. D. BOVET, A. M. STAUB: *C. R. Soc. Biol.,* **124**: 547, 1937.
17. D. BOVET, R. HORCLOIS, F. WALTHERT: *C. R. Soc. Biol.,* **138**: 99, 1944.
18. D. BOVET, F. WALTHERT: *Suppl. Ann. Pharmac. Franc.,* 2e année, no 4, sept.-déc. 1944.
19. B. CAMPBELL, I. D. BARONOFSKY, R. A. GOOD: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.,* **64**: 281, 1947.
20. *Can. Med. J.,* éditorial, **54**: 59, 1946.
21. J. C. CASTILLO, E. J. De BEER: *Fed. Proceedings,* **6**: 315, 1947.
22. C. F. CODE: *Ann. Allergy,* **2**: 457, 1944.
23. G. S. COFFIN, E. A. KABAT: *J. of Immunol.,* **52**: 201, 1946.
24. M. B. COHEN, H. J. FRIEDMAN: *J. Allergy,* **15**: 245, 1944.
25. M. B. COHEN, H. J. FRIEDMAN: *J. Allergy,* **18**: 7, 1947.
26. M. B. COHEN, M. J. FRIEDMAN, J. ZONIS, M. BURKE, L. E. ABRAM: *J. of Allergy,* **18**: 32, 1947.
27. Leo H. CRIEP: *Essentials of Allergy,* p. 4. Lippincott pub., 1945.
28. John B. CURRY: *J. of Clin. Invest.,* **25**: 792, 1946.
29. A. C. CURTIS, B. B. OWENS: *Arch. Dermat. Syph.,* **52**: 239, 1945.
30. H. H. DALE, P. P. LAIDLAW: *J. of Physiol.,* **41**: 1179, 1910.
31. Carl O. DRAGSTEDT: *Physiol. Rev.,* **21**: 563, 1941.
32. Carl A. DRAGSTEDT: *J. of Allergy,* **16**: 69, 1945.
33. H. D. DUNDY, B. ZOHN, R. CHOBOT: *J. of Allergy,* **18**: 1, 1947.
34. H. ELIAS, T. H. McGAVACK: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.,* **61**: 133, 1946.
35. Ervin EPSTEIN: *J.A.M.A.,* **134**: 782, 1937.
36. C. H. EYERMANN: *J. of Allergy,* **17**: 210, 1946.
37. S. M. FEINBERG, S. J. FRIEDLAENDER: *J. of Allergy,* **16**: 296, 1945.
38. S. M. FEINBERG: *J.A.M.A.,* **132**: 702, 1946.
39. S. M. FEINBERG, T. B. BERNSTEIN: *J.A.M.A.,* **134**: 874, 1947.
40. S. M. FEINBERG: *Allergy in Practice,* 1946.
41. S. M. FEINBERG: *J. of Allergy,* **17**: 217, 1946.
42. S. M. FEINBERG, S. FRIEDLAENDER: *Am. J. Med. Sciences,* **213**: 58, 1947
43. F. S. M.: *J. of Allergy,* **15**: 302, 1944.
44. H. FEINSTONE, R. D. WILLIAMS, B. RUBIN: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.,* **63**: 158, 1946.
45. N. FELL, G. RODNEY, D. E. MARSHALL: *J. Immunol.,* **47**: 237, 1943.
46. S. FRIEDLAENDER, S. M. FEINBERG: *J. of Allergy,* **17**: 129, 1946.
47. A. S. FRIEDLAENDER, S. FRIEDLAENDER: *J. Lab. and Clin. Méd.,* **31**: 1350, 1946.
48. S. FRIEDLAENDER, S. FEINBERG, A. R. FRIEDLAENDER: *J. Lab. and Clin. Med.,* **32**: 47, 1947.
49. S. FRIEDLAENDER, S. FEINBERG, A. R.

FEINBERG: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, **62**: 65, 1946.
50. S. R. FRIESEN, I. D. BARONOFSKY, O. H. WANGENSTEEN : *Proc Soc. Exper. Biol. and Med.*, **63**: 29, 1946.
51. R. FRONCHTMAN: *Med. Clin.*, **7**: 385, 1946.
52. J. GEIGLER, Z. ROSENFELD, D. HARTMAN: *J.A.M.A.*, **133**: 392, 1947.
53. L. C. GOLDBERG: *J. Invest. Dermat.*, **7**: 301, 1946.
54. Roger GOUTET: *Thèse* (Paris, Jouve et Cie, éd., 1946).
55. M. GUGGENHEIM, W. LOEFFER: *Bioch. Zt.*, **72**: 303, 1946.
56. Paul GUICHARDOT: *Thèse* (Lyon Louis Moulin, 1946).
57. B. N. HALPERN: *Arch. Intern. Pharmodynamie et Thérapie*, **68**: 369, 1942.
58. B. N. HALPERN, R. DUCROT: *C. R. Soc. Biol.*, no 11/12, 361, 1946.
59. B. N. HALPERN: *J. of Allergy*, **18**: 263, 1947.
60. David HARLEY: *The Lancet*, no 6414, p. 158, 1946.
61. S. HEBALD, R. A. COOKE, L. M. DOWNING: *J. of Allergy*, **18**: 16, 1947.
62. P. HOLTZ, K. CREDNER: *Hoppe Seyler's Zeitscher-physiol. chem.*, **280**: 1-9, 1944.
63. G. A. KOELSCHE, L. E. PRICKMAN, H. M. CARRYER: *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, **20**: 432, 1945.
64. G. F. KOEF, C. E. ARKESMAN, C. MUNAFO: *J. of Allergy*, **17**: 271, 1946.
65. *Lancet*, éditorial, **251**: 800, 1946.
66. S. W. LANDAU, L. N. GAY: *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, **74**: 55, 1944.
67. S. W. LANDAU: *Clinics*, **5**: 467, 1946.
68. Jacques LEGER, Geo. MASSON, L. PRADO: *Rev. Can. Biol.*, **6**: no 2, 1947.
69. Jacques LEGER, Geo. MASSON, L. PRADO: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, **64**: 366, 1947.
70. J. LEGER, G. MASSON, L. PRADO: *Am. Soc. of Med. Sc.*, sous presse.
71. J. LEGER: Résultats non publiés.
72. G. LEHMANN, E. HAGAN, G. BARBAROW: *Fed. Proc.*, **6**: 350, 1947.
73. S. J. LEVIN: *J. of Allergy*, **17**: 145, 1946.
74. A. LEYA: *C. R. Soc. Biol.*, 11/12, 191, 1946.
75. F. W. LYNCH: *Arch. Dermat. and Syph.*, **55**: 101, 1947.
76. E. R. LOEW, M. KAISER, V. MOORE: *J. Pharmacol. and Exp. Ther.*, **83**: 120, 1945.
77. E. R. LOEW, R. MILLAN, M. E. KAISER: *J. Pharm. and Exp. Ther.*, **86**: 229, 1946.
78. E. R. LOEW, M. E. KAISER: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, **58**: 235, 1945.
79. H. F. MacINNIS: *Can. Med. Ass. J.*, **55**: 476, 1946.
80. MANWAHRING, HOSEPIAN, ENRIGHT, PORTER: *J. Immunol.*, **10**: 567, 1925.
81. R. MAYER, Ch. P. HUTTRER, C. R. SCHOLZ: *Science*, **102**: 93, 1945.
82. R. MAYER: *J. of Allergy*, **17**: 153, 1946.
83. R. L. MAYER, D. BROUSSEAU, P. C. EISMAN: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, **64**: 92, 1947.
84. R. L. MAYER: *J. Invest. Dermat.*, **8**: 67, 1947.
85. T. W. McELIN, B. T. HORTON: *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, **20**: 417, 1945.
86. MEIR et BRAHN: *J. Suisse Me.*, **76**.
87. V. A. NOTIER, G. M. ROTH: *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, **21**: 170, 1946.
88. P. A. O'LEARY, E. M. FARBER: *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, **20**: 429, 1945.
89. J. PELLERAT: *Gaz. Méd. de France*, **53**: 137, 1946.
90. J. PERRAULT: *Gaz. Méd. de France*, **51**: 195, 1944.
91. J. C. PETERSON, L. K. BISHOP: *J.A.M.A.*, **133**: 1277, 1947.
92. D. M. PILLSBURY, H. P. STEIGER, T. E. GIBSON: *J.A.M.A.*, **133**: 1255, 1947.
93. PORLIER, C. RICHET: *C. R. Soc. Biol.*, **54**: 170, 1902.
94. F. RACKEMANN: *Arch. of Int. Med.*, **77**: 700, 1946.
95. B. RENNICK, CHESS, HAYS, MATHIESEN, MAYER, YONKMAN: *Fed. Proc.*, **4**: 133, 1945.
96. ROCHA E SILVA M.: *Arch. Int. Med.*, 1942.
97. ROCHA E SILVA M.: *Arch. Path.*, **33**: 384, 1942.
98. ROCHA E SILVA M.: *J. of Allergy*, **15**: 399, 1944.
99. ROCHA E SILVA M.: *J. Pharmacol. and Exp. Ther.*, **80**: 399, 1944.
100. B. ROSE, J. S. L. BROWNE: *J. Immunol.*, **41**: 403, 1941.
101. Bram ROSE: *J. Immunol.*, **42**: 161, 1941.
102. Bram ROSE: *J. Allergy*, **12**: 441, 1941.
103. Bram ROSE: *Camsi Journal*, **11**: oct. 1946.
104. Bram ROSE: Communication personnelle.
105. Bram ROSE: *Am. J. of Med.*, nov. 1947, sous presse.
106. J. ROSE, A. FEINBERG, S. FRIEDLAENDER, S. FEINBERG: *J. Allergy*, **18**: 149, 1947.
107. L. W. ROTH, R. K. RICHARDS, I. M. SHEPPERD: *Feder. Proc.*, **6**: 366, 1947.
108. S. L. RUSKIN: *Am. J. Digest. Dis.*, **11**: 209, 1944.
109. David SCHEINBERG: *J.A.M.A.*, **132**: 78, 1946.
110. L. W. SCHAFFER, CARRICK, ZACKHEIM: *Arch. Dermat. and Syph.*, **52**: 243, 1945.
111. S. SCHARTZBERG, D. WILLERSON: *J. A. M. A.*, **133**: 393, 1947.
112. C. B. SCHOEMPERLEN: *Canad. Med. Ass. J.*, **56**: 73, 1947.

113. W. H. SCHULTZ: *J. Pharm. and Exp. Ther.*, **1**: 549, 1909; **2**: 221, 1910.
114. W. A. SELLE: *Texas Reports on Biol. and Med.*, **4**: 435, 1946.
115. Hans SELYE: *Endocrinology*, **21**: 169, 1937.
116. J. SIGWALD: *La Presse Méd.*, **18**: 25 nov. 1944.
117. B. SLATER, F, NATHAN: *J.A.M.A.*, **132**: 212, 1946.
118. S. M. SPENCER: *The Sat. Evening Post*, 26 avril 1946.
119. A. M. STAUB: *Am. Inst. Pasteur*, **63**: 400 et 485, 1939.
120. C. T. SUDEN: *Am. J. Physiol.*, **108**: 416, 1934.
121. W. G. TYSON: *J. Invest. Dermat.*, **7**: 209, 1946.
122. E. URBACH, P. M. GOTTLIEB: *Allergy*, 2e éd., Grune & Stratton, N. Y., 1946.
123. G. L. WALDBOTT: *J. Allergy*, **17**: 142, 1946.
124. C. H. A. WALTON, KRISTJANSSON, J. A. MacDONALD: *Can. Med. Ass.*, **56**: 162, 1947.
125. J. A. WELLS, H. B. BULL, H. C. MORRIS, C. A. DRAGSTEDT: *J. of Pharmacol.*, **85**: 122, 1945.
126. J. A. WELLS, H. C. MORRIS, C. A. DRAGSTEDT: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, **61**: 104, 1946.
127. H. R. WEIL: *J.A.M.A.*, **133**: 393, 1947.
128. R. R. WILCOX: *Brit. Med. J.*, 732, 1946.
129. H. L. WILLIAMS: *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, **20**: 434, 1945.
130. Charles A. WINTER: *Fed. Proc.*, **6**: 228, 1947.
131. B. B. WYNDAHAM, M. B. OWENS: *J.A.M.A.*, **134**: 454, 1947.
132. F. F. YONKMAN, HAYS, RENNICK: *Fed. Proc.*, **4**: 144, 1945.
133. F. F. YONKMAN, E. OPPENHEIMER, B. RENNICK, E. PELLET: *J. Physiol. and Exp. Ther.*, **89**: 31, 1947.
134. H. ZINSSER, J. F. ENDERS, L. D. FOTHERGILL: *University Principles and Application in Medicine and Public Health*, 5e éd. (7e imp.), décembre 1946. The McMillan Co., N. Y.

LA VALEUR DE LA PÉNICILLINE DANS LE TRAITEMENT DU PIAN, EN HAÏTI

François DUVALIER,

Ex-Chef du Centre d'Entraînement AntiPianique, de Gressier,
Ex-Directeur Général du Département de la Santé Publique de la République d'Haïti,
Directeur de la Campagne AntiPianique,
Membre de l'« American Public Health Association ».

A l'éminent et sincère Ami des masses haïtiennes, le docteur James H. Dwinelle, Organisateur de la Campagne Antipianique de 1943.

GÉNÉRALITÉS.

Dans des travaux antérieurs, nous avons considéré au double point de vue médical et social l'endémie pianique qui atteint 85% de la population rurale dans la communauté haïtienne. L'œuvre réalisée par l'Institut des Affaires Inter-Américaines a été mise en relief ainsi que les résultats obtenus par l'utilisation des métaux lourds. Nous avons montré que l'incidence géographique faisait du pian une maladie essentiellement des districts ruraux et montagneux. Nous avons également fait ressortir que la race blanche était presque aussi susceptible d'être atteinte que la race noire avec une évolution clinique identique dans les deux races.[1] Le sexe n'y joue aucun rôle, au contraire du facteur âge sur lequel tous les observateurs sont d'accord pour déclarer que la maladie est acquise dans l'enfance dans la majorité des cas, avec une proportion de 60%. Ce qui est une preuve de la nature non vénérienne de cette infection, dit le Dr James H. Dwinelle, et une évidence de l'inexistence de toute possibilité de transmission congénitale ou héréditaire.[2] Evidence aussi que le pian et la syphilis sont deux entités différentes. Du point de vue épidémiologique, le rôle de l'« Hippelates Pallipes » a été envisagé comme agent vecteur ou de transmission probable et sous l'angle étiologique celui du « Treponema pertenue ». Nous ne rappelerons point ici les aspects cliniques de la maladie décrits dans presque tous les manuels de médecine tropicale. Et enfin nous nous sommes efforcé, dans notre exposé de la question, de brosser le sombre tableau du pian en fonction du formidable problème d'Hygiène Publique, dans un pays où les 90% du peuple sont alourdis du poids de l'analphabétisme sanitaire et de l'analphabétisme tout court. Nos observations nous ont amené aux mêmes conclusions que V. Pardo-Castello, de la Havane, quant à la persistance de la positivité du sang même après un traitement arsenical vigoureux.[3] Ce fait essentiel n'a pas manqué de retenir l'attention du Colonel Charles R. Rein qui ne dissimule pas son désappointement quand il écrit: « I am terribly disappointed in the serologic response in many of these patients. I had really believed that most of these patients would have become seronegative by the end of the third month. From present indications I doubt very much whether any of the strongly positive patients will ever become negative with the amount of penicillin they received. »[4]

L'année 1944 a marqué dans l'histoire du pian en Haïti. C'est au mois de décembre de cette année, que débuta la magnifique expérience réalisée pour la première fois avec la pénicilline dans le traitement du pian chez les masses rurales haïtiennes. D'éminentes personnalités médicales des Etats-Unis du Nord vinrent en Haïti jeter les bases de ce

1. A consulter: V. Pardo-Castello qui a étudié l'évolution du pian sur 227 blancs et 273 nègres dans l'île de Cuba. *Archives de Dermatologie et syphilologie,* **40**: 762 (30 nov.) 1939.

2. James H. Dwinelle: « Use of Penicillin. » *Yaws in Health and Sanitation Division,* décembre 1946, no 105, 25 Washington, D.C.

3. V. Pardo-Castello: « Le Pian — 500 cas observés à Cuba. » *Archives de Dermatologie et Syphilologie,* **40**: 762 (30 nov.) 1939.

4. Charles R. Rein: « Correspondance — 24 mai 1945. » *Archives de la M. S. A. en Haïti.*

travail, qui devait s'étendre sur une période de plus d'une année. Ce furent le Lt. Col. Thomas H. Sternberg, « Director General Venereal Disease Control Division of the Office of the Surgeon General »; le Lt. Col. Charles R. Rein, « Chief, Division of Serology, Army, Medical Center, War Department ». L'expérience a été conduite, pour la plus grande partie, sous la supervision du Dr James H. Dwinelle et achevée par nous sous l'administration du Major Edwin L. Dudley, l'actuel Chef de la Mission Sanitaire Américaine en Haïti. Cette investigation scientifique a pu se réaliser grâce à la collaboration entre la Division d'Hygiène et de Sanitation, Office du Coordinateur des Affaires Inter-Américaines et l'Office du « Surgeon General » de concert avec l'« Army Epidemiological Board and Venereal Disease Control Division, Preventive Medicine Service ». Elle a pris fin au mois de juin 1946. [5]

Ce n'est pas la première fois que la pénicilline a été utilisée dans le traitement du pian. Dans la littérature en question, il est infiniment intéressant de noter les expériences de Tompsett et Kauer chez les Mélanisiens, de Witehill et Austrian chez les naturels des îles Fidji, de Hill et Macpherson, en Afrique et, enfin, la dernière en date, réalisée par le Dr Robert M. Mein, chez les caboclos, du Brésil, et qui parvint à de suggestives conclusions que nous discuterons plus loin, parce qu'elles confirment en tout point notre opinion en la matière.

L'expérience faite en Haïti a établi l'accord qui existe entre les chercheurs quant à la rapidité avec laquelle est obtenue la guérison clinique par la pénicilline.

TABLEAU I

Total de pénicilline administré aux malades selon l'âge.

Age par groupes	5 ans et Au-dessus	De 6 à 12 ans	De 13 ans à 16 ans	Au-dessus de 17 ans	Total
Série A	13	60	41	86	200
Total de pénicilline administré aux malades hospitalisés en 4 jours	1.200.000 U.O.	1.200.000 U.O.	1.200.000 U.O.	1.200.000 U.O.	
Série B	—	74	27	50	151
Total de pénicilline administré aux malades ambulants en 2 jours	:	600.000 U.O.	900.000 U.O.	1.200.000 U.O.	
Série C	—	56	35	58	149
Total de pénicilline administré aux malades ambulants en 1 jour	:	600.000 U.O.	900.000 U.O.	1.200.000 U.O.	
Nombre total de patients	13	190	103	194	500

*
* *

Traitement du pian par la pénicilline.

Pendant une période de 6 mois, allant de décembre 1944 à mai 1945, 500 paysans haïtiens, porteurs de lésions primaires et secondaires, furent traités par la pénicilline. Pour la commodité du travail, ils ont été divisés en 3 séries: A, B, C (voir table 1). [6]

Série A.

Dans ce groupe, 200 pianiques internés à

5. A consulter: « Progress Report in the Evaluation of Penicillin in the Treatment of yaws (cooperative Research Project with the office of the Surgeon General, United States, Army), by François Duvalier, Medical officer, 1er juillet 1946. » *Archives de la M. S. A. en Haïti.*

6. Dr James H. Dwinelle, *loco citato.*

l'Hôpital Général Haïtien, reçurent des soins du 15 décembre 1944 au 3 février 1945. On administra à chacun de ces malades un total de 1,200,000 unités Oxford de pénicilline-sodium, pendant une période de 4 jours, soit 30 injections intramusculaires de 40.000 unités toutes les trois heures le jour comme la nuit.

Série B.

Du 16 mars au 24 avril 1945, 151 malades ambulants furent soignés au Centre Anti-Pianique de Grand Goave. Chaque adulte reçut une dose totale de 1.200 000 unités Oxford de pénicilline-calcium diluées dans de l'huile de pistache et de la cire d'abeille et réparties en 2 injections intramusculaires de 600.000 chacune, à interva'le de 24 heures.

Série C.

Du 2 au 8 mai 1945, un groupe de 149 patients ambulants reçurent, à la Clinique de Grand Goave, un total de 1.200.000 unités Oxford de pénicilline-calcium diluées dans de l'huile de pistache et de la cire d'abeille (4.8% beeswax by weight — 300.000 U. O. per cc.) à raison de deux injections intramusculaires de 600.000 unités, à 12 heures d'intervalle.

Dans ces deux dernières séries, le dosage pour les enfants a été contrôlé en fonction de l'âge et du poids. Ceux de 6 à 12 ans recevaient 600.00 U. O. Ceux de 13 à 16 ans recevaient 900.000 et, enfin, les adolescents de 17 ans et au delà, 1.200.000 U. O.

MISSION SANITAIRE AMÉRICAINE — CONTRÔLE DU PIAN EN HAÏTI

Ref.: Chef de Section — Nom..... Chef de Quartier — Nom.....

C-1

Nom..... Adresse..... Couleur..... Age.... Sexe..... Date.....
Père..... Age; M. Pian ..... Mère ..... Age; M. Pian.....
Frères (Age; M. Pian) .....
Sœurs (Age; M. Pian) .....
Symptômes .....
M. Pian..... Siège..... Durée..... Cicatrice.....
Secondaire {Epars / Floride..... Durée..... Siège.....
.....
Condylome..... Durée..... Siège.....
.....
Crabe {Humide..... Durée.....Paume..... / Sec .....
Ulcère..... L. Osseuse..... Gangosa..... Goudou..... Dactylite..... L. de Sabre.....
Nodules Juxta Articulaires..... MM..... Engorgement des Art..... Synovite.....
Onyxis..... Latent..... Evidence de syphilis ..... Sang.....
Traitement antérieur..... L. Ter. Cut.....
Remarques .....
.....
.....
.....
.....

Examen clinique et sérologique.

L'observation complète de chaque malade a été prise avant le traitement. Une enquête sanitaire et épidémiologique s'efforça de dépister l'existence ou non d'autres membres de la famille atteints de pian. Lorsqu'un membre quelconque de la famille du malade en observation se trouvait dans le cas, celui-ci était contraint de le conduire à un Centre de prophylaxie antipianique en vue d'empêcher qu'il ne serve de foyer éventuel de réinfection ou de contamination. L'examen physique s'est strictement limité à une investigation dermato-

logique et à la recherche de lésions pianiques au niveau des muqueuses, lésions qualifiées de rareté clinique et même niées par certains auteurs latins, mais que le Dr James H. Dwinelle et nous avions observées en Haïti, tout au début de la campagne antipianique. Au point de vue sérologique, le sang des 500 malades recueilli a été expédié à la Division de Sérologie, « Army Medical Center », Washington, D.C., et soumis à une série de tests: « Kline Diagnosis, Kline Exclusion, Boerner-Jones-Lukens, Mazzini, Kahn et Ko mer ».

Voici un modèle de carte qui a servi à la rédaction des observations des malades:

Les observations quotidiennes mensuelles ou trimestrielles des patients sont portées au verso de cette carte. Un grand tableau préparé pour chaque série (A, B, C) donne des informations individuelles complètes concernant le numéro d'ordre du malade, l'âge, le sexe, son état social, la période ou stade de la maladie, le siège de la lésion primaire, le début et la durée du Maman-pian; le siège et la durée de la période secondaire, le traitement antérieur reçu, les résultats du « Kahn test » avant et après le traitement; les observations cliniques pendant (série A) et après le traitement et, enfin, la quantité de pénicilline utilisée.

Les examens clinique et sérologique ont paru amplement suffisants à l'établissement d'un bon diagnostic. Le « Dark-Field », pratiqué sur un grand nombre de patients, a montré la présence du spirochète dans 100% des cas.

Evolution clinique.

Du point de vue clinique, les résultats obtenus ont été merveilleux. Les douleurs articulaires disparaissent en 24 ou 48 heures et les lésions plantaires deviennent moins douloureuses dans les 48 ou 72 heures. La cicatrisation des lésions primaires commence dans les 24 heures. La couche épithéliale prolifère autour de la périphérie des lésions qui présentent une croûte protectrice au troisième ou au quatrième jour. Les patients qui sont retournés un mois après le traitement étaient complètement guéris. On pouvait noter, ce qui est normal, quelques lésions d'origine bactérienne. Ces lésions guérirent dans la suite spontanément.

Toxicité.

Aucune réaction toxique importante n'a été enregistrée au cours du traitement. D'une façon générale, on peut dire que 75% des 200 malades de la série A ont présenté une élévation thermique allant de 100 à 104° F. Elévation de température se montrant dans les 2 ou 8 heures qui suivirent le début du traitement, pour revenir à la normale dans les 10 ou 12 heures après. Environ 33% des malades présentèrent une élévation thermique secondaire de courte durée, les 3e, 4e et 5e jours de leur traitement. La plupart d'entre eux ont eu à faire de la température immédiatement après la première injection de pénicilline. Cette réaction fébrile d'Herxheimer semble indiquer, dit le Dr James H. Dwinelle, que la pénicilline a détruit un grand nombre de spirochètes.[7]

*

* *

Ceux-là seuls, qui ont lu nos publications antérieures sur le pian, peuvent réaliser la somme d'efforts et de volonté soutenue, qu'il a fallu déployer, pour conduire cette expérience qui marque une étape dans l'histoire du pian en Haïti. Médecins américains et médecins haïtiens se sont montrés magnifiques de dévouement et à la hauteur de la tâche. La collaboration intelligente d'un de nos plus brillants statisticiens et spécialistes en matière administrative, Me. Félix Jn-Louis, contribua efficacement à la réussite de cette entreprise. Et il faudrait mentionner également le nom de notre aide médical, Hodelin René, qui poussa son dévouement jusqu'au sacrifice et n'hésita pas de faire, en pleine saison pluvieuse, l'ascension à dos d'animal, des plus hautes montagnes d'Haïti, en vue de recueillir sur place, tantôt tous les mois, tantôt tous les 3 mois, le sang des pauvres paysans illettrés

7. « Use of Penicillin in Yaws », by James H. Dwinelle — *Health and Sanitation Division*, décembre 1946, 25 Washington, D.C.

des sections rurales éloignées ou isolées. Cet aspect de la question revêt, pour nous, autant de valeur que le côté purement scientifique de cette expérience réalisée sur une population, dont les 90% sont d'authentiques analphabétiques, dans un pays essentiellement montagneux, possédant peu ou prou de routes de pénétration. On essaya de faire face autant que possible à ces obstacles susceptibles de décourager les chercheurs les plus convaincus, au point d'arriver à obtenir le pourcentage ci-après de patients devant être vus et examinés mensuellement ou chaque trimestre:

Séries	*Mois*	*Pourcentage de Malades*
A	1er	84.50%
	2ème	79.00%
	3ème	72.00%
	4ème	68.50%
	5ème	78.00%
	6ème	84.50%
	7ème	76.00%
	8ème	76.00%
	9ème	73.00%
	10ème	61.00%
	11ème	74.00%
	12ème	91.00%
B	3ème	72.80%
	6ème	60.40%
	9ème	54.00%
	12ème	100.00%
C	3ème	—
	6ème	43.00%
	9ème	68.00%
	12ème	100.00%

RÉCIDIVE ET RÉINFECTION.

Parmi les 500 malades traités, l'on a enregistré 17 cas de réinfection et 2 cas de lésions secondairement infectés, dont l'un était un cas typique de gale (voir tableau III). Nous disons réinfection et non récidive parce qu'aucune enquête sanitaire ou épidémiologique n'a pu être menée dans les sections rurales ou ces cas ont été signalés. Ces malades ont-ils été contaminés une nouvelle fois par le contact des nombreux cas de pian qui se trouvaient dans leur entourage immédiat? Il y a tout lieu d'admettre cette thèse, en se basant sur l'état mental de ces populations qui vivent dans l'ignorance complète des notions les plus élémentaires d'hygiène individuelle ou collective. Cependant pour les cas de crabe relevés, on peut avancer qu'il s'agit plutôt de récidive, quand on se rappelle que les lésions plantaires sont classées dans les dernières lésions de la période secondaire par les auteurs anglo-saxons [8] et dans le tertiarisme pianique par certains chercheurs latins. [9] Le « Darkfield » pratiqué sur quelques-unes de ces lésions, par le soussigné, a été positif, sauf dans un cas de lésions plantaires sèches, qui d'ordinaire ne se prêtent pas à de parei's procédés de recherche (série B). Probablement, le pourcentage de réinfection est plus élevé qu'on ne le pense, eu égard à l'état d'analphabétisme sanitaire des masses rurales haïtiennes. Nous apportons ici notre témoignage personnel, puisque jusqu'à l'heure actuelle, nous continuons à recevoir parfois dans les cliniques antipianiques, des cas c'assiques de réinfection parmi les 500 paysans traités par la pénicilline, il y a 4 ans. Nous aimons mieux réserver notre opinion en la matière jusqu'à plus amples informations. D'autant que H. N. Cole, Samuel Ayers III, J. H. Barr, Thomas Genatios, B. Held, W. W. Murphy, Don R. Printz et James Strauch et leurs collaborateurs (Cleveland) [10], qui ont fait une étude sur la fréquence des récidives consécutives au traitement de 730 cas de syphilis par la pénicilline, pensent qu'il est encore trop tôt de prendre des conclusions sur la valeur de la pénicilline dans le traitement de la syphilis. Ils croient que de plus larges doses, associées à un arsenic trivalent ou la fièvre thérapeutique, doivent être utilisées. Ils insistent sur le fait que les récidives peuvent être connues à l'avance et contrôlées en suivant rigoureusement les malades et en pratiquant chaque mois des tests sérologiques

8. E. R. Stitts: *Diagnosis and Treatment of Tropical Deseases*, 5 éd., P. Blakiston's Sons & Co., Philadelphie, 1929.

9. Dr Ludwik Anigstein: *Exploration médicale au Libéria.*

10. N. Cole et collaborateurs: *Ohio State M. J.*, **42**: 595, juin 1946.

pendant une année après obtention d'un résultat négatif. [11]

TABLEAU III

Distribution des cas de réinfection dans les 3 séries.

	Série A	*Série B*	*Série C*
Lésions secondaires	7	2	4
Lésions plantaires ou crabe		2	2
Lésions secondairement infectées		2	

Investigations sérologiques.

D'une façon générale, le résultat sérologique obtenu est inversement proportionnel à celui observé au point de vue clinique. Autant la guérison clinique a été rapide et manifeste, autant le sang est demeuré fortement positif avec parfois quelques légères réductions dans le degré de positivité. L'aspect séro'ogique de l'expérience constitue une ombre au tableau de succès et doit incliner tout investigateur à la plus stricte réserve. Cependant, les 17 cas de réinfection et de récidive n'ont présenté rien de particulier au point de vue sérologique. Dans les séries B et C, seulement un seul patient a présenté un Kahn négatif; 3 autres ont eu un Kahn négatif avant même tout traitement. Des 200 malades de la série A, seulement 105 ont montré un Kahn négatif. Les sérums étaient encore plus hautement positifs en fonction du «Kline Exclusion», du Boerner-Jones-Lukens, du Mazzini et du Kolmer, ces tests étant beaucoup plus sensibles que le Kahn.

« Ces résultats sérologiques, dit James H. Dwinel'e, portent à croire qu'il est infiniment plus difficile de modifier le degré de positivité du sang dans le pian que dans la syphilis, quand le traitement est institué à la même période clinique, dans les deux maladies. » [12] Notez que le Dr Robert M. Mein, qui vient de tenter une expérience au Brésil, ne pense pas autrement. Sur 138 cas traités, 3 seulement ont pu devenir séronégatifs. Sous le même angle d'idées, V. Pardo Castello ne déclare-t-il pas que les réactions positives sérologiques dans le pian sont persistantes. Même après la disparition de toutes les lésions et le plus vigoureux traitement par l'arsphénamine et les composés de bismuth, ces réactions demeurent positives chez un grand nombre de patients.

Liquide céphalo-rachidien.

L'examen du liquide céphalo-rachidien a été pratiqué avant le traitement chez 10 malades de la série A; aucune modification de la formule cellulaire et du test de Sandy. Une série de tests fut réalisée à l'« Army Medical Center ». On observa une courbe anormale avec l'or colloïdal. Des réactions hebdomadaires positives et douteuses ont été obtenues dans l'utilisation du test quantitatif de complément de fixation de Kolmer. Charles R. Rein, ancien Chef de la Division de Sérologie, « Army Medical Center », pense qu'il n'est pas possible de dire si ces trouvailles peuvent être mises au bénéfice du système nerveux central ou si elles représentent de fausses réactions techniques positives dues à la mise en tube du liquide céphalo-rachidien. Il déclare en outre, que les malades qui font de la syphilis secondaire active présentent ordinairement des réactions similaires avec l'or colloïdal et les tests de complément de fixation. Toutes les autres investigations comprenant la protéine totale, la globuline et le Kline ont donné des résultats négatifs. [13]

Ces données se rapprochent de celles de l'éminent chercheur cubain, V. Pardo-Castello. Dans sa magnifique étude sur 500 cas de pian observés à Cuba, il prétend que le système nerveux ne semble pas être intéressé dans le pian, du moins au point de vue clinique. Cependant, dans 25 cas où le fluide spinal a été examiné, on observa les changements suivants: des valeurs expressives pour la globuline ont été trouvées dans 13 cas, une augmentation du nombre des éléments avec un

11. N. Cole: *loco citato.*

12. James H. Dwinelle: « Use of Penicillin in Yaws. » *loco citato.*

13. Albert J. Sheldon: « Monthly Report on the Evaluation of Penicillin in the Treatment of Yaws. » Juin 1945. *Archives de la Mission Sanitaire Américaine en Haïti.*



Fig. 1. — Lésions secondaires au niveau des lèvres avant traitement. 26 février 1945. (Collection de la M.S.A.)

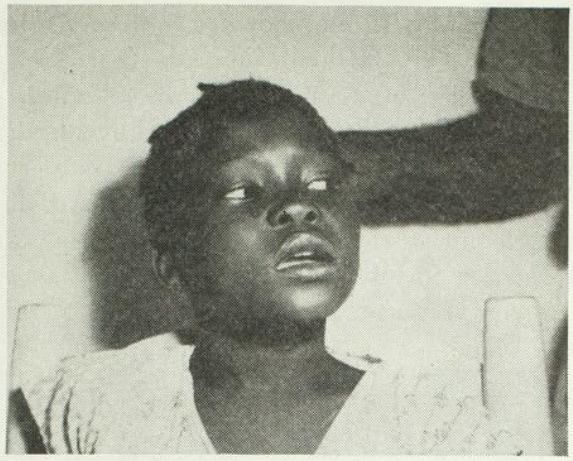


Fig. 2. — Lésions secondaires au niveau des lèvres après traitement. 3 mars 1945. (Coll. M.S.A.)

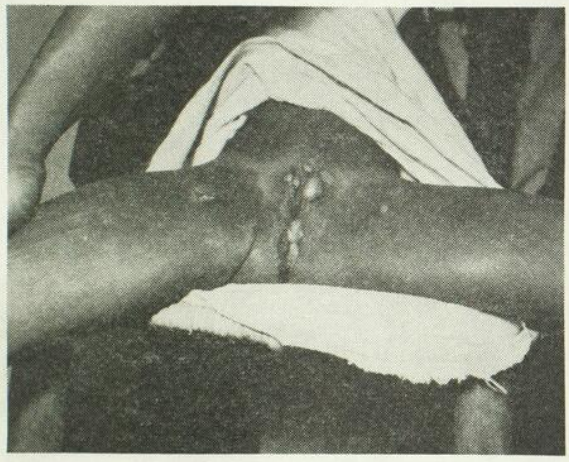


Fig. 3. — Lésions secondaires. Parties génitales. Avant traitement. 26 février 1945. (Coll. M.S.A.)



Fig. 4. — Lésions secondaires. Parties génitales. Après traitement. 3 mars 1945. (Coll. M.S.A.)

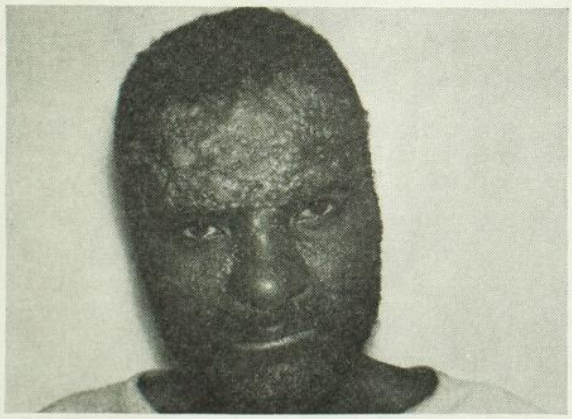


Fig. 5. — Lésions secondaires à la face. Avant le traitement. (Coll. M.S.A.)

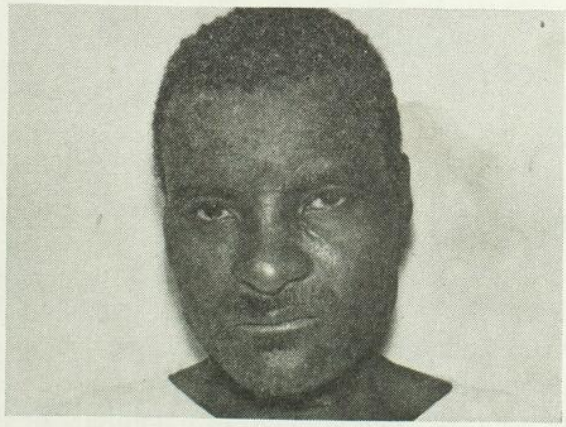


Fig. 6. — Lésions secondaires à la face. Après traitement. (Coll. M.S.A.)

maximum de 11 lymphocytes; l'épreuve standard de Kahn a donné une réaction positive dans 6 cas, et l'épreuve à l'or colloïdal, de Lange, a montré une courbe syphilitique dans 13 cas. Dans un cas où il y avait une éruption secondaire étendue chez un enfant de 6 ans, le fluide spinal a donné une épreuve de Kahn fortement positive et une courbe syphilitique typique.[14]



Fig. 7. — Lésions secondaires à la face. Avant le traitement, 26 février 1945. (Coll. M.S.A.)



Fig. 8. — Lésions secondaires à la face. Après le traitement, 3 mars 1945. (Coll. M.S.A.)

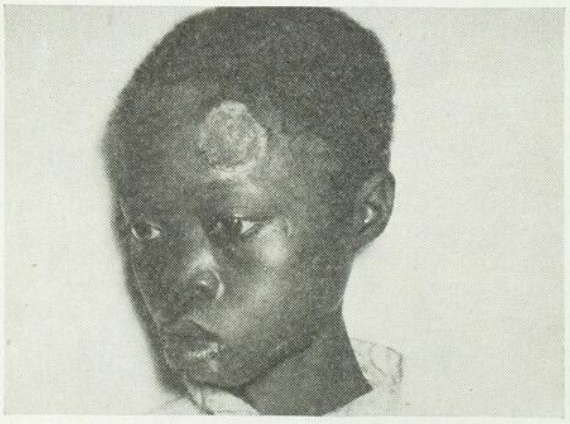


Fig. 9. — Lésions primaire et secondaire à la face. Avant le traitement. (Coll. M.S.A.)



Fig. 10. — Lésions primaire et secondaire à la face. Après le traitement. (Coll. M.S.A.)

INVESTIGATIONS HISTO-PATHOLOGIQUES.

Une série de biopsies a été pratiquée sur les patients de la série A à 24 heures ou à 2 heures d'intervalles après traitement. Au point de vue histo-pathologique, nous nous sommes personnellement fait nôtre l'opinion de V. Pardo-Castello: la structure histologique du pian est similaire à celle de la syphilis. Il est possible, cependant, de différencier les lésions précoces du pian de celles du stade correspondant de la syphilis. La prolifération énorme de l'épithélium avec la formation de masses papillomateuses est typique, les lésions vasculaires ne sont pas marquées comme dans la syphilis précoce et l'infiltration cellulaire du corrium est plus solide. Le seul diagnostic possible qui ne puisse être complètement exclu est celui des manifestations condylomateuses de la syphilis. Dans le pian, le S. pertenue peut-être montré en grandes quantités entre les cellules épithéliales de la couche de Malpighi. La structure historique des lésions avancées ne peut être distinguée de celle des

14. V. Pardo-Castello: *loco citato.*

lésions correspondantes de la syphilis. L'infiltration plasmocytique avec endopérivascularite est la lésion typique dans le pian aussi bien que dans la syphilis. [15]

Les examens au Dark field furent faits, d'abord avant tout traitement, puis à des intervalles d'une heure après le début des injections de pénicilline. Aucun spirochète n'a pu être décelé après 12 heures, les malades en observation ayant reçu, à ce moment-là, un total de 160.000 U. O., réparties en 4 injections de 40,000 U. O. [16] Ce temps varie plus ou moins avec certains auteurs, variation due peut-être à de nombreux facteurs. Mein, qui a expérimenté au Brésil, déclare n'avoir pas retrouvé de spirochète après 18 heures; Whitehill et Austrian, après 16 heures, chez les naturels des îles Fidji; Tompsett et Kauer, après 24 heures, chez les Mélanésiens, et enfin, Lorgren, qui étudia la maladie chez un marin blanc, dans l'île de Samoa, parvint aux mêmes résultats observés en Haïti (12 heures).

Conclusions.

1° La dose de 1.200.000 U. O. de pénicilline dans le traitement du pian est manifestement insuffisante, eu égard au grand nombre de cas de réinfection parmi les 500 sujets sous expérience, que nous continuons à recevoir au cours de l'actuelle campagne antipianique.

2° Considérée du point de vue hygiène publique pure, l'expérience réalisée avec la pénicilline sur les paysans haïtiens, ouvre de nouvelles perspectives d'avenir quant à la possibilité de réduire l'incidence de la maladie sous les tropiques.

3° La pénicilline sous forme huileuse permet de réaliser la cure clinique en un ou 2 jours chez des patients ambulants. Condition qui rend moins difficile ce problème sanitaire dans les contrées où le succès de la lutte contre le pian est étroitement lié à l'évolution de la mentalité des populations alourdies par cette endémie.

4° Cependant, tout enthousiasme doit être mesuré « si l'on se laisse guider par le nombre et la fréquence des rechutes et des réactions sérologiques positives de façon persistante ».

5° Nous partageons entièrement le point de vue des chercheurs qui pensent que l'association de la pénicilline à l'action des métaux lourds est beaucoup plus efficiente, plus économique et plus scientifique que l'utilisation de la pénicilline seule.

6° Il serait infiniment intéressant de tenter dans le pian l'expérience thérapeutique recommandée par Paul A. O'Leary, dans le traitement de la syphilis au début:

a) Mapharsen, 0.04 cgrs, par voie intraveineuse, chaque jour, pendant 4 jours;

b) au 5e jour, 40.000 unités de pénicilline, par voie intramusculaire, toutes les 3 heures, jusqu'à 2.400.000 unités;

c) au 13e jour, administration de bismuth subsalicylée (0.1 cc.) par voie intramusculaire, tous les 5 jours, jusqu'à 20 injections.

Une autre thérapeutique encore plus idéale et plus pratique est celle recommandée par E. M. Laurie et ses collaborateurs, qui consiste à administrer 3 injections intramusculaires de 60.000 unités, à une heure d'intervalle, pendant 5 jours consécutifs. Ce qui donne un total de 9.000.000 d'unités, à raison de 1.800.000 unités de pénicilline par jour. Les auteurs prétendent avoir obtenu la négativité du sang en moins de 20 semaines.

Malheureusement, ces procédés idéaux sont absolument inutilisables dans la présente campagne antipianique en Haïti, à cause des facteurs d'ordre géo-physique, social et économique qui constituent, pour le paysan haïtien, de lourds « impedimenta » et handicapent son ascension vers des conditions de vie meilleures. Malgré qu'il en ait, et dans l'état actuel du problème, une cure de 2.400.000 U. O. de pénicilline, sous forme huileuse, réalisée en 2 jours et suivie d'une cure au mapharsen et au bismuth subsalicylée, en injections hebdomadaires pendant 18 semaines, constituerait, en fonction même du stade de civilisation des masses haïtiennes, une étape sérieuse vers l'éradication du pian des communautés rurales. Puisqu'enfin, sortir les masses de l'ornière où

15. V. Pardo-Castello: *loco citato.*
16. Albert J. Sheldon: *loco citato.*

elles croupissent depuis plus d'un siècle, s'efforcer de leur donner le sens de la personnalité collective, est sans nul doute la plus belle tâche de réhabilitation sociale à laquelle font face les leaders conscients de la seconde République de l'Hémisphère Occidental, tâche éminemment colossale et émouvante parce que bien au-dessus des maigres ressources de ce malheureux pays, tâche qui a déjà retenu l'attention des élites populaires nord-américaines et sollicite une aide soutenue du Gouvernement des Etats-Unis et des Sociétés philanthropiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ludwik ANIGSTEIN: « Exploration médicale au Libéria. » Société des Nations. *Bulletin de l'organisation d'Hygiène*, Genève, **6**: (fév.) 1937.
2. Oscar W. BETHEA: *The* 1946 *year Book of General Therapeutics*. The Year Book Publishers Incorporated, Chicago, nov., 1945 — août 1946.
3. E. BRUMPT: *Précis de Parasitologie, Paris*. Masson et Cie, éditeurs, 1922.
4. C. S. BUTTLER: « The Medical Needs of the Republic of Haiti at the present time. » *U. S. Navy Medical Bulletin* 24, no 2 Washington, 1926.
5. H. D. CHAMBERS: *Yaws (Framboesia Tropica)*, London, et Lt/D. A. CHURCHILL, 104 Gloucester Place, Portman Square, 1938.
6. H. N. COLE et collaborateurs: « Relapse during Penicillin Therapy of Syphilis. » *Ohio State Med. Journal*, **42**: 595 (juin) 1946.
7. COMMITTEE on Medical Research and the U.S. Public Health Service: « Treatment of Early Syphilis with Penicillin. » *J.A.M.A.*, **131**: (25 mai) 1946.
8. François DUVALIER: « Progress Report on the Evaluation of Penicillin in the Treatment of yaws (Cooperative Research Project with the office of the Surgeon General, United States Army). » *Archives de la Mission Sanitaire Américaine en Haïti*, 1946.
9. François DUVALIER: « Monthly Report on yaws Activities in Haiti. » *Archives de la Mission Sanitaire Américaine en Haïti*, 1946.
10. François DUVALIER: « Les réalisations de la Mission Sanitaire Américaine en Haïti. » *Le Soir*, 2 décembre 1943.
11. François DUVALIER: « Contribution à l'étude du Pian en Haïti. » *L'Union Médicale du Canada*, **74**: 781 (juin) 1945.
12. James H. Dwinelle et collaborateurs: « Preliminary Report on Evaluation of Penicillin Treatment of yaws. » *American Journal of Tropical Medicine*, **26**: 391 (3 mai) 1946.
13. James H. Dwinelle: « Use of Penicillin in yaws. » *Health and Sanitation Division*, Washington, D.C., **105**: 2 (déc.) 1946.
14. G. M. FINDLAY et collaborateurs: « Penicillin in yaws and Tropical ulcer (correspondance). » *Nature*, 795-796 (23 déc.) 1944 — cité par le Dr James H. Dwinelle, *loco citato*.
15. KOLODNY, MAWELL, HAND, DENHOFF, ERIC: « Reaction in Penicillin Therapy. » *J. A. M. A.*, **130**: 1058 (20 avril) 1946.
16. Félix Le DANTEC: *Pathologie Exotique*. Tome II.
17. Robert LOFGREEN: « Yaws treated with Penicillin. Report of case. » *U. S. Naval Med. Bull.*, **43**: 1025, 1944 — cité par Dwinelle, *loco citato*.
18. E. M. LOURIE et collaborateurs: « Ambulatory Treatment of Early Syphilis with Penicillin. » *Lancet*, **2**: 696 (1er déc.) 1945.
19. S. A. MATSUMOTA: « Experimental Syph. and Framboesia. » Monograph. instit. Dermatosyph, Universitas Imperialis, Kyoto.
20. Robert M. MEIN: « Study the possibility of using Penicillin and Melarsen oxide in the Treatment of yaws. » Tiré d'un Rapport non imprimé adressé par le Dr Robert M. Mein au Dr Oswaldo José Da Silva, directeur du Programme de l'Amazone du Servicio Especial de Saude Publica du Bresil, 6 septembre 1946.
21. W. L. MOSS et C. H. BIGELOW: « Yaws an Analysis of 1,046 cases in Dominican Republic. » *John Hopkins' Hosp. Bull.*, **33**: 43 (fév.) 1922.
22. NEISSER, BAERMANNAND, HALBERSTADTER: « Experimentelle Versuche and Framboesia Tropica and Aften. » *Munch. Med. Wochenchr.*, **43**: 1337. Quoted Turnerand Chambers, quoted in *Archiv. fur Schiffs and Tropen Hyg.*, Bd, 10 Heft, 1906.
23. NOGUCHI: « Reinkucturen von pathogenen spir. pallida und spir. pertenuis. » *Munch. Med. Wochenschr.*, **26**: 407 (fév.) 1911.
24. Paul A. O'LEARY: « Penicillin in Treatment of Syphilis. » *Mayo Clinic — North America*, **30**: 895 (juillet) 1946.
25. Oliver S. A. ORMSBY: *Practical Treatise on Diseases of the Skin*, Leard Febinger, édit., Philadelphie, 1937.
26. Robert P. PARSON: *History of Haitian Medicine*, New-York, 1930.
27. George C. PAYNE: « Rapport sur le Pian » —

non imprimé. *Archives du Service de la Santé Publique de la République d'Haïti,* 1924.

28. POWELL: « Framboesia — History of its introduction in to India, with Personal observation of over 200 Initial Lesions. » *Proc. Royal Soc. Medicine,* Part III, **16**: 400 (fév.) 1923.

29. J. Numa RAT: *Framboesia: Its Nature and Treatment.* Waterloo & Sons, édit., Londres, 1891.

30. Charles R. REIN: « Correspondance. » *Arch. de la Mission Sanitaire Américaine en Haïti,* 1945.

31. SAUNDERS, CHAMBERS et FERREIRA : *Report of the Jamaica yaws commission Covt.* Printing office, 1935.

32. Otto SCHOLL: « Experimental yaws. » *The Phil. Journ. of Science,* **35**: 290 (mars) 1928.

33. SELLARS, Andrew WATSON et collaborateurs: « Investigation concerning yaws. » *The Phil. Journ. of Science,* **22**: 302 (mars) 1923.

34. L. W. SHAFFER: *Penicillin Therapy of Gonorrhea and Syphilis — Summary — Notes personnelles.* Department of Health, Detroit University of Michigan, E. U., 15 juin 1945.

35. Albert J. SHELDON: « Interval Report on the Evaluation of Penicillin in the Treatment of yaws. » *Archives de la Mission Sanitaire Américaine en Haïti,* juin 1945.

36. H. S. STANNUS: *Yaws — Syphilis.* Paper presented at Empire Soc. Hygiene — p. 577. Year Book, 1936.

37. E. R. STITTS: *Diagnosis and Treatment of Tropical Diseases.* P. Blakiston's Sons & Co., éd., Philadelphie, 1929. — *U. S. Navy M. Bull.,* 226-801, 1928.

38. TOMPSETT, Ralph RAND, Geo. L. KAWER: « Penicillin Treatment of Early Syphilis. » *Amer. J. Trop. Med.,* **25**: 275, 1945.

39. Thomas B. TURNER: « The resistance of yaws and syphilis Patients to Re-inoculation with yaws spiro choetes. » *A. M. J. Hyg.,* **23**: 431, 1936.

40. T. B. TURNER et G. M. SAUNDERS: *Annual Report,* Jamaica yaws Commission, 1934.

41. R. WHITEHILL et R. AUSTRIAN: « Treatment of Primary and Secondary yaws with penicillin. » *Bull. Johns Hopkins Hosp.,* **75**: 232, 1944.

RECUEIL DE FAITS

LE RHINOPHYMA ET SON TRAITEMENT

Albéric MARIN, F.R.C.P. (C).

Le rhinophyma est l'aboutissement final de lésions qui, compliquant la rosacée, s'installent progressivement ou par poussées pour devenir définitives.

Il est beaucoup plus fréquent chez l'homme. Ainsi, les neuf cas que nous avons eu l'occasion de traiter étaient tous des hommes. Le rhinophyma avait atteint chez eux son plein épanouissement vers l'âge moyen de 55 ans.

Cette affection est le résultat de l'hypertrophie monstrueuse des glandes sébacées. Cette hypertrophie s'accompagne d'une prolifération du tissu conjonctif interstitiel, plus ou moins marquée selon les sujets, et d'une dilatation variqueuse des vaisseaux cutanés. Se guidant sur les signes histologiques prédominants, Vidal et Leloir ont distingué une forme glandulaire (acné hypertrophique) et une forme télangiectasique fibreuse (rhinophyma). En réalité, on peut observer des variétés intermédiaires entre ces deux types extrêmes. (1) Certains de nos cas offraient autant de prolifération conjonctive que d'hypertrophie sébacée. Ceci, du reste, n'a aucune espèce d'importance quant à la conduite du traitement.

L'évolution de cette affection se passe habituellement de la façon suivante. Un individu souffrant de séborrhée de la face et parfois du cuir chevelu (trois de nos malades étaient totalement chauves et deux l'étaient partiellement), qui le plus souvent a fait de l'acné au temps de son adolescence, fera un début de rosacée vers la trentaine. On notera alors de la rougeur de la partie antérieure du masque: le menton, la partie médiane du front, le nez et les régions des joues qui l'avoisinent (non les surfaces latérales), sont le siège de poussées érythémateuses plus ou moins accusées. Ces poussées peuvent n'apparaître qu'après les repas pour ne durer que peu de temps, ou persistent durant des jours, des semaines.

Au bout de quelques années de ce processus (si aucun traitement n'est intervenu), la peau est devenue érythémato-cyanotique et épaissie. Elle est sillonnée de télangiectasies nombreuses. Elle est criblée de vastes pores, en entonnoir, où l'on peut introduire la pointe d'un stylet. L'expression en fait jaillir des filaments de substance caséiforme, d'odeur fétide. Des pustules, de petits abcès se montrent sans cesse qui contribuent à l'épaississement du tégument.

Le nez augmente de volume progressivement pour atteindre en 10-15 ans des proportions monstrueuses. Souvent des saillies lobulées, parfois pédiculées, se surajoutent à cette énormité. La consistance de cette masse varie selon l'abondance de la prolifération fibreuse interstitielle ou du développement gigantesque des glandes sébacées. Ce dernier donnera une consistance mollasse, tandis que la prédominance du tissu conjonctif causera de l'induration.

On note habituellement à l'origine de cette affection des fautes d'hygiène alimentaire, souvent associées à des troubles gastro-intestinaux, hépatiques. L'abus du thé, du café, surtout des graisses, a un effet marqué sur son évolution. De toute antiquité le rhinophyma a été attribué à des excès d'alcool. En réalité, il survient aussi souvent chez des abstèmes que chez des ivrognes. Des neuf cas que nous avons observés, trois étaient des tempérants, deux buvaient modérément, l'un était un ivrogne.

1. Voir la note du docteur Louis-Charles Simard.

Le traitement des cas de rosacée consiste dans la suppression des graisses, de l'alcool. Localement, des savonnages fréquents, l'application de lotions soufrées, sont recommandés. L'utilisation de la cryothérapie donne souvent des résultats remarquablement rapides. Dans certains cas, quelques séances de radiothérapie superficielle, légèrement filtrée, deviennent un excellent adjuvant, amenant la rétrocession des phénomènes congestifs et des folliculites. On a conseillé dans le passé des scarifications, de l'ignipuncture. L'électrolyse ou l'électro-dessiccation sont de mise pour obturer les télangiectasies.

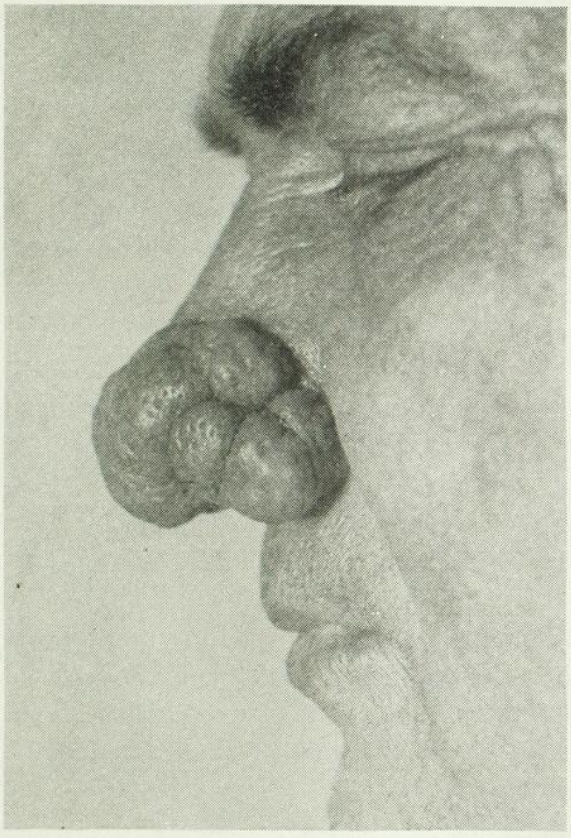


Fig. 1.

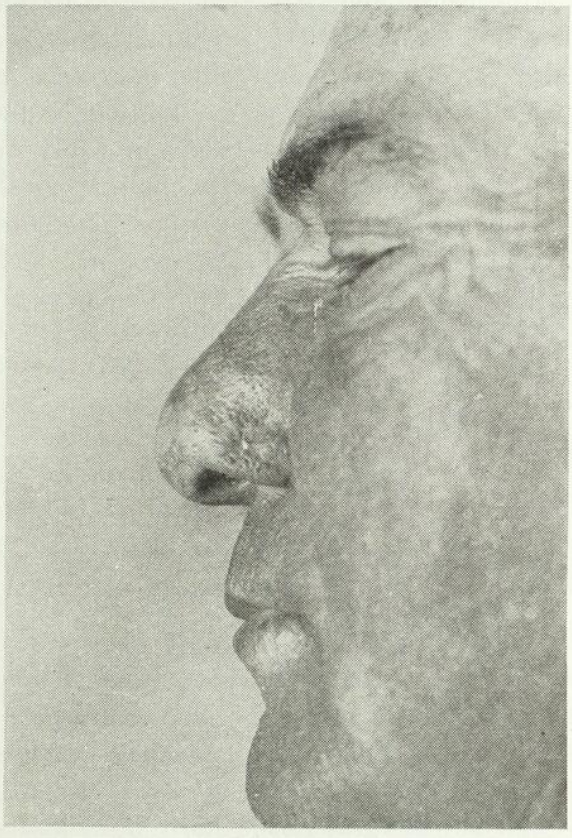


Fig. 2.

Lorsque le rhinophyma est définitivement constitué, l'acte chirurgical ou électro-chirurgical seul peut y remédier. C'est en définitive le procédé d'Ollier: la décortication. Certains la font au bistouri ou aux ciseaux, assurant l'hémostase par des points d'électrocoagulation çà et là et de la compression. D'autres feront toute l'opération avec le bistouri endothermique (cutting current, surgical endothermy). La première méthode expose moins au danger de détruire trop de tissus. En excisant les masses qui déforment le nez, en « sculptant » celui-ci, l'opérateur doit être des plus prudents aux ailes narinaires et à la pointe du nez, régions où l'on peut facilement enlever trop largement et provoquer l'échancrure définitive des narines ou des brides cicatricielles, ou une plage cicatricielle de la pointe.

Si l'excision a été plutôt conservatrice, un épiderme *normal* se reforme; car il subsiste, après l'opération, des restes de glandes sébacées qui constituent autant d'îlots d'épidermisation. La réparation est totale environ huit semaines après l'intervention. Comme deux de nos cas ont présenté, quelques mois après le guérison, des poussées de folliculites

et d'hyperhémie qui ont bien répondu à la radiothérapie, nous croyons bon de donner celle-ci préventivement par quelques séances d'un rayonnement superficiel, légèrement filtré. La cryothérapie nous a aussi aidé à faire disparaître un érythème résiduel.

Nous présentons ici le résumé succinct de l'observation du dernier malade que nous avons traité.

Observation.

Monsieur Joseph H. A....., âgé de 62 ans, présente, en mars 1947, un rhinophyma considérable. Vers la quarantaine, il aurait commencé de faire de la rosacée qui s'est accentuée de plus en plus. Vers 47-48 ans, il a noté que son nez a commencé d'augmenter progressivement de volume. Ce développement aurait continué jusque vers l'âge de 56-57. Il lui semble que, depuis, l'état en soit à peu près stationnaire.

Son état général est relativement bon. Il est gros mangeur et obèse. Il est tempérant total depuis une vingtaine d'années.

Le tiers inférieur du nez est un peu allongé. Il est surtout élargi; il montre presque trois fois sa largeur normale et déborde les sillons naso-géniens. La surface en est irrégulière et bosselée. Des lobules de taille irrégulière sont bien dessinés, particulièrement du côté gauche où l'hypertrophie est plus marquée. On y voit de nombreux pertuis d'où l'expression fait sourdre des filaments sébacés. De nombreuses télangiectasies sillonnent la difformité. Les régions avoisinantes des joues sont épaisses, érythémateuses et offrent des papulo-pustules. (Voir photos.)

Il est opéré le 25 mars par le bistouri et ciseaux. L'hémostase est assurée par quelques pointes d'électro-coagulation et par la compression. Quelques séances de Rayons X sont données durant la réparation. Deux mois après il est guéri. Les résultats sont satisfaisants quoiqu'une petite plage cicatricielle s'étale à la pointe du nez.

L'examen anatomo-pathologique a montré la prédominance du tissu conjonctif.

NOTE SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU RHINOPHYMA

Depuis Vidal et Leloir, — cités par les dermatologistes français, mais sans référence bibliographique exacte, — on reconnaît dans le rhinophyma deux types fondamentalement différents: la variété glandulaire ou acné hypertrophique, et la forme fibro-vasculaire ou angiectasique fibreuse. Dans la première, la lésion consiste en une hyperplasie et une hypertrophie des glandes sébacées; tellement abondantes parfois qu'elles prennent l'aspect d'un volumineux adénome sébacé. Les glandes occupent alors tout le derme qu'elles doublent ou triplent d'épaisseur; les lobes glandulaires ne sont séparés les uns des autres que par de minces cloisons conjonctives qui les engainent. Ici encore apparaissent des canaux excréteurs sébacés dilatés, remplis de sécrétion grasse et de cellules cornées desquamées.

Dans la forme angiectasique fibreuse, la lésion est caractérisée par une multiplication du tissu conjonctif, et des vaisseaux sanguins et lymphatiques. On trouve également çà et là des foyers d'infiltration inflammatoire chronique.

Il existe cependant des cas dans lesquels ces deux types lésionnels sont associés, où sur un fond de sclérose richement vascularisé apparaissent des foyers d'hyperplasie sébacée.

Dans les cas du Dr Marin que j'ai eu l'occasion d'examiner, il existe presque toujours une semblable association des deux genres de lésions. Tantôt l'hypertrophie et l'hyperplasie glandulaires prédominent, tantôt la sclérose est la plus importante modification; mais même ici on peut toujours trouver quelques canaux excréteurs dilatés et des foyers d'adénomatose sébacée.

Le rhinophyma peut sans doute se présenter cliniquement sous deux formes différentes, mais on peut se demander s'il y a lieu de le diviser, du point de vue histo-pathologique et même du point de vue pratique, en deux entités différentes. Les variations cliniques et histologiques sont probablement dues à plusieurs facteurs: l'âge de la lésion d'abord, mais surtout les petites infections locales répétées qui, par les infiltrations inflammatoires qu'elles entraînent, sont essentiellement sclérogènes.

L.-C. SIMARD.

MALADIE DE HODGKIN À LOCALISATION OSSEUSE [1]

Jean-Marc LESSARD,
Assistant du Service d'Orthopédie, hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Les nombreuses affections du rachis posent très souvent aux médecins plus d'un problème, tant par leur diagnostic que par leur traitement. L'exposé magistral, paru dans « l'Union Médicale » du mois d'août 1945, nous en montre tous les aspects et toute la complexité. Complexe pour le médecin, il l'est davantage encore pour l'expert, pour l'orthopédiste qui devra apprécier à sa juste valeur l'incapacité restante, établir la relation entre la lésion et le traumatisme. En effet, si le traumatisme est souvent invoqué à l'origine d'une douleur lombaire, celle-ci peut bien être due à une poussée d'ostéomyélite subséquente ou à un foyer tuberculeux qui s'est réveillé, ou bien encore à une tumeur développée à l'endroit qui fut le siège du traumatisme, et que l'on découvre plus tard.

Il nous a été donné d'observer, dans le service d'orthopédie de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, un de ces cas. Voyons plutôt l'histoire clinique.

Observation.

Il s'agit d'un homme en parfaite santé, âgé de 24 ans et pesant 160 livres qui, le 3 juin 1942, à l'occasion d'un effort considérable pour soulever une pièce de fer, ressent une très forte douleur à la région lombaire, douleur qui l'oblige à cesser son travail. Douleur sans irradiation aux membres inférieurs toutefois. Trois jours plus tard, il reprenait l'ouvrage. Il se plaint encore de douleurs au dos, surtout à l'occasion d'effort et principalement la nuit. Il travaille ainsi durant neuf mois.

Au mois d'août 1942, un nouveau symptôme apparaît sans qu'on y attache d'importance, un prurit léger, fugace, sans lésion cutanée.

En avril 1943, l'intensité des douleurs s'étant accrue, le patient retourne à la Commission des Accidents du Travail, qui fait prendre une radiographie de la colonne lombaire. Le rapport fait mention d'une fracture ancienne à la troisième vertèbre lombaire, fracture en voie de consolidation. On le réfère à un médecin qui accorde une incapacité partielle temporaire de 50% jusqu'en janvier 1944, alors que l'incapacité permanente est fixée à 10%. A ce moment, le patient pèse 170 livres.

Entre temps, il avait été examiné par un dermatologiste qui n'avait pu établir la relation entre la fracture et le prurit dont se plaignait le malade.

En mars 1944, les douleurs deviennent plus fortes et on constate l'apparition de symptômes généraux, amaigrissement et perte d'appétit. Il continue cependant de travailler jusqu'en mai 1944. A ce moment, il remarque une tuméfaction à la région lombaire droite, tumeur qui augmente de volume. En même temps, les douleurs sont plus fortes et s'irra-

1. Travail présenté à la réunion mensuelle de la Société d'Orthopédie de Montréal, tenue à Québec, à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, le 18 octobre 1947.

dient aux membres inférieurs. Le prurit est devenu presque continu et très intense.

Au mois de novembre, apparaissent, à la région inguinale, de chaque côté, de petits ganglions durs et non douloureux. Il est admis à l'hôpital le 14 novembre 1944.

Nous nous trouvons en présence d'un individu amaigri, au facies pâle et se plaignant de douleurs lombaires mais surtout d'un prurit très intense, sans lésion cutanée. Il pèse 120 lbs. Le cœur et les poumons sont normaux, le bord inférieur du foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt. La rate n'est pas palpable mais percutable sur deux travers de doigt. Les réflexes cutané-abdominaux et crémastériens sont abolis. Aux membres inférieurs, ils sont vifs sans autre particularité. L'examen du dos permet de constater une contracture importante des masses lombaires, plus marquée à droite: présence d'une masse dure, faisant bomber la masse lombaire droite, de la grosseur d'un pamplemousse. La masse n'est pas douloureuse et se délimite assez bien. Elle ne semble pas venir du rein droit ni de la fosse iliaque droite. Les mouvements de la colonne sont très limités.

Le 17 novembre 1944, une biopsie est faite à la région inguinale droite. Voici le rapport du pathologiste:

« Il s'agit d'une maladie de Hodgkin au début de son évolution. »

La formule sanguine n'offre de particulier qu'une augmentation des globules blancs qui se chiffrent à 19,500 (monocytes 8%, lymphocytes 7%, polynucléaires 83%).

L'évolution fut fatale comme dans tous les cas, malgré quatre séries de traitements radiothérapiques, présentant successivement des métastases à la colonne dorsale, aux côtes, au sternum, aux poumons. Il est mort le 23 août 1946, soit 50 mois après le traumatisme.

* * *

Les tumeurs osseuses ne sont pas chose rare. A la colonne vertébrale, cependant, on rencontre surtout des métastases d'un épithélioma de la prostate ou du sein le plus souvent. Les tumeurs primitives du rachis sont beaucoup moins fréquentes. Schlesenger n'en a trouvé que 107 cas sur 35,000 autopsies. Antoni, pour sa part, signale 12 cas de tumeurs primitives sur près de 7,000 autopsies. La proportion est encore bien moindre si on parle de maladie de Hodgkin.

C'est en 1832 que Thomas Hodgkin rapporta 7 cas d'un nouveau syndrome auquel il ne donna pas de nom tout d'abord. Il fallut attendre la publication par Wilks, en 1865, de 15 autres cas semblables que ce dernier appela maladie de Hodgkin.

Sternberg en 1898, et Reed en 1902 contribuèrent beaucoup à spécifier cette maladie, et le premier a même laissé son nom à la cellule qui est le signe anatomo-pathologique de la maladie de Hodgkin, la cellule de Sternberg. Cependant, s'il fallait en croire le Dr Symmers, la cellule décrite par Sternberg l'aurait été 20 ans plus tôt par un anglais Greenfield; mais, comme il le fait remarquer, le fait n'est pas unique dans l'histoire de la médecine.

La pathogénie est encore bien discutée. Certains, comme Sternberg, en ont fait une forme atypique de tuberculose. Pour Reed, il s'agirait d'un granulome infectieux de cause inconnue. Parson et Poston ont observé, en examinant des ganglions de malades atteints de Brucellose, les caractéristiques de la maladie de Hodgkin. Goldman, pour sa part, a pu relever quatre cas de traumatisme à l'origine d'un Hodgkin.

Que dire des causes prédisposantes: la maladie atteindrait de préférence les hommes dans une proportion de 70%. L'âge est ordinairement entre 20 et 30 ans. Le plus jeune cas rapporté, par Priesel et Winkelbauer, est un nourrisson de 4½mois et le plus vieux était âgé de 76 ans. La race blanche serait plus souvent atteinte que les autres et surtout que la race noire.

La maladie de Hodgkin peut se manifester de plusieurs façons: soit par une adénopathie, un prurit, de la dyspnée ou des signes généraux. Les manifestations osseuses ne sont pas aussi fréquentes. Burger et Lehman les ont observées

4 fois sur 54 cas. Goldman, lui, parle de 6.6% de manifestations osseuses. Craver et Copeland sont allés jusqu'à 15%. Comme dans le cas que nous avons observé, la colonne vertébrale en est le siège le plus fréquent. Puis, dans un ordre décroissant, le pelvis, les côtes, le fémur et le sternum. Il est intéressant de noter que notre patient a développé, au cours de l'évolution de sa maladie, des métastases au pelvis, à la colonne dorsale, aux côtes puis au sternum.

Que dire de l'image radiologique? On n'a pas décrit de caractères radiologiques bien précis. Le plus souvent, elle ressemble à celle d'une métastase; parfois elle est proliférante, ce qui est le cas ici, comme l'indique le rapport de notre radiologiste en date du 15 novembre 1944. « Aspect d'une tumeur proliférante à L 111. »

Un écrasement vertébral ne fut constaté qu'une fois parmi les cas observés par le docteur Goldman.

Il va sans dire que le pronostic dans la localisation osseuse est, comme pour les autres, fatal, à plus ou moins brève échéance.

La survie moyenne, toujours d'après Goldman, serait de 33 mois environ. Les cas de Burger et Lehman ont survécu 36 mois. 5% de ces malades auraient eu une survie de plus de 5 ans. Craver va jusqu'à 17% et Gilbert jusqu'à 34% de survie de 5 ans.

Notre malade a vécu 50 mois après l'intervention des premiers signes.

Le seul traitement qui puisse faire différer l'issue fatale est la radiothérapie profonde, le radium et autres s'étant avérés d'un effet moindre.

Il semble donc que notre malade ait présenté le syndrome d'une maladie de Hodgkin à lòcalisation osseuse primitive bien avant l'atteinte ganglionnaire. Ce fait a été signalé par Krumbhaar.

L'histoire clinique rapportée ici fut intéressante à plusieurs points de vue:

1. D'abord la maladie. Un syndrome de Hodgkin à localisation osseuse primitive, sans réaction ganglionnaire au début.

2. La difficulté du diagnostic. Cette lésion a été confondue avec une fracture en voie de consolidation. L'histoire du traumatisme nous y incitait.

3. Le problème légal qu'il pose. Est-ce qu'on peut en faire un accident du travail? Le traumatisme a été cité par Goldman à l'origine de la maladie de Hodgkin. Est-ce qu'on pourrait le considérer comme cause aggravante ou plutôt déclanchante? En fait, il a été accepté.

En terminant, il est permis de se demander qu'elle aurait été la survie si le traitement radiothérapique avait été institué dès 1942.

BIBLIOGRAPHIE

Hôpital du Sacré-Cœur — *L'Union Médicale,* **74**: août 1945.

SYMMERS: *J.A.M.A.,* **128**: 25 août 1945.

GOLDMAN: *J.A.M.A.,* **114**: 27 avril 1940.

Ovid MEYER: *J.A.M.A.,* **117**: 23 août 1941.

BURGER et LEHMAN: *Arch. of Surgery,* **43**: nov. 1941.

R. LESSARD: *Laval Médical,* février 1945.

New York State M. Journal, avril 1945.

MOUVEMENT MÉDICAL

PRÉPARATIONS "LIQUIDES" ET "SOLIDES" DE PÉNICILLINE DANS L'HUILE ET LA CIRE

Jules ARCHAMBAULT,
Sérologiste en chef et consultant au Ministère de la Santé,
Division des Maladies Vénériennes.

Le traitement de la syphilis par la pénicilline est devenu possible en clientèle, dans un grand nombre de cas, grâce à l'emploi de véhicules qui retardent l'absorption de la pénicilline, en plus qu'ils en assurent la conservation à la température de la chambre.

La seule préparation, jusqu'ici reconnue comme pouvant maintenir l'action thérapeutique de la pénicilline durant 24 heures, répond à la formule de Romanski, où la pénicilline calcique G, de préférence cristallisée, est incorporée à l'huile additionnée de 4.8% de cire d'abeille et dosée à 300,000 unités par c.c. (E. Moore, « Penicillin in Syphilis » pages 29 et 161.)

Les statistiques de E. Thomas, J. Stokes, N. Ingraham, et alii ont démontré qu'une injection quotidienne de 600,000 unités de pénicilline dans l'huile et la cire, répétée durant huit jours consécutifs, produit des résultats comparables à ceux que l'on obtient avec 60 doses de 40,000 unités de pénicilline en solution aqueuse, administrées toutes les trois heures. Ceci pour les syphilis récentes et pour la syphilis de la femme enceinte traitée avant le septième mois de sa grossesse. (Cf. Union Médicale, Tome 76, pages 1199 et suivantes, octobre 1947.)

Cette préparation de pénicilline, d'huile et de cire mise au point par Romansky et Rittman, est aujourd'hui d'usage courant et donne d'excellents résultats. Elle présente, cependant, l'inconvénient d'être solide à la température de la chambre et de ne pouvoir être injectée sans un chauffage préalable à 65°C. ou 140°F., pendant les quelques minutes qu'il faut pour liquéfier le produit. En dépassant ce degré de température, on s'exposerait à diminuer l'action de la pénicilline, danger évitable mais dont il faut tenir compte.

Sans aucun doute, une préparation plus « fluide » se recommandera d'emblée, s'il est démontré qu'elle maintient dans le sang, aussi bien que la préparation « solide », un niveau décelable de pénicilline durant 24 heures, à la suite d'une seule injection de 300,000 unités de pénicilline.

La recherche de ce niveau, dans le sang de 252 malades injectés de préparations diverses de pénicilline, a fait l'objet d'une communication récente de Romansky, Welsh, Dowling et autres à une assemblée du « National Institute of Health », tenue à Washington le 24 septembre 1947, à laquelle j'eus le privilège d'assister.

Des préparations de pénicilline G cristallisée et amorphe, dans l'huile et la cire, sous les formes solides et liquides, ont été fournies par 11 manufacturiers; chacun de ces produits dosé à 300,000 unités de pénicilline par c c. En une seule injection intramusculaire, 300,000 unités de pénicilline furent administrées à 252 patients hospitalisés au « Gallinger Municipal Hospital », et des échantillons du sang de chacun furent prélevés aux 12e, 16e, 20e et 24e heures après l'injection.

Pour déceler la présence de pénicilline dans le sang, on eut recours à deux techniques. La première, une modification de la technique Rammelkamp, pratiquée au « Walter Reed General Hospital » « Antibiotic Section Laboratory », révèle un minimum variant de 0.039 à 0.078 unité de pénicilline par c.c. de sérum. La seconde, celle du « Bacillus sub-

tilis », employée à la Division du Contrôle de la Pénicilline du « Food and Drug Administration », est plus sensible et mesure jusqu'à 0.03 unité de pénicilline par c.c. Par cette dernière méthode, la présence de pénicilline fut démontrée dans une proportion plus élevée d'échantillons de sang.

En analysant les constatations faites sur le sang, Romansky en arrive aux conclusions suivantes, la plupart illustrées sur les graphiques I et II.

1. Les préparations de pénicilline G cristallisée, dans l'huile et la cire, se montrent supérieures aux préparations de pénicilline amorphe, lorsque les conditions du milieu sont les mêmes.

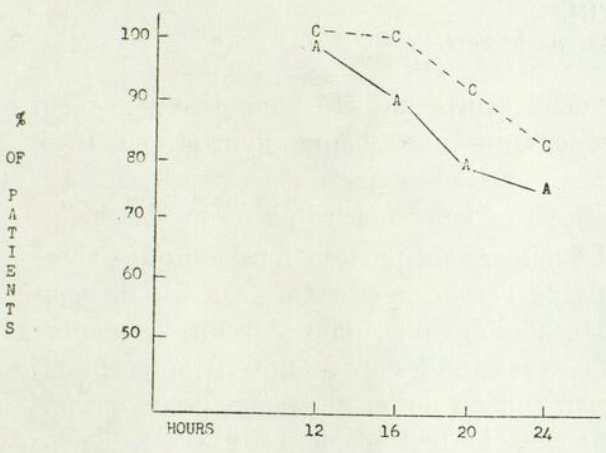


FIGURE 1

COMPARISON OF THE PERCENTAGE OF PATIENTS WITH MEASURABLE BLOOD CONCENTRATION OF PENICILLIN FOLLOWING A SINGLE INTRAMUSCULAR INJECTION OF 300,000 UNITS OF CRYSTALLINE AND AMORPHOUS PENICILLIN IN OIL AND WAX ("SUBTILIS" TECHNIQUE)

2. Dans un milieu « solide », la pénicilline G cristallisée donne de bons résultats, quelle que soit la grosseur des cristaux. Avec la pénicilline amorphe, il faut s'en tenir aux particules de gros volume.

3. Dans un milieu « liquide », la pénicilline donne d'aussi bons résultats que dans un milieu « solide », à la condition que 50% de son poids total soit composé de particules mesurant 50 microns ou plus. Les préparations liquides, où prédominent de petites particules de pénicilline cristallisée ou amorphe, sont nettement inférieures aux préparations solides.

Il est à noter que des variations considérables dans les résultats obtenus furent observées avec les produits fournis par divers manufacturiers, même avec des lots différents provenant d'une même source.

Dans la préparation des milieux liquides, la formule Romansky n'a pas été modifiée, quant à ses constituants et à leurs proportions relatives. Seul l'état physique du produit diffère, en ce qu'il reste fluide à la température de la chambre, c'est-à-dire au-dessous de 43.3°C. ou 100°F.

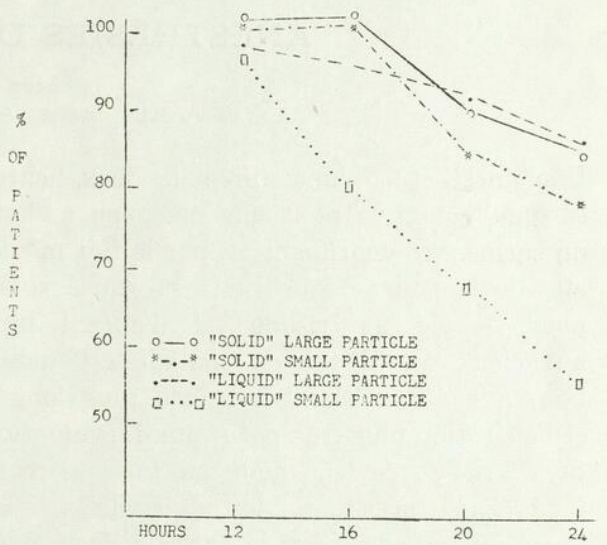


FIGURE 2

PERCENTAGE OF PATIENTS WITH MEASURABLE CONCENTRATION OF PENICILLIN IN THE BLOOD FOLLOWING THE INJECTION OF 300,000 UNITS OF VARIOUS TYPES OF PENICILLIN IN OIL & WAX

Dans l'administration des préparations liquides, aussi bien que des solides, l'emploi de seringues et d'aiguilles parfaitement sèches est de rigueur.

Ajoutons qu'à la même séance tenue à Washington le 24 septembre, il a été fait rapport de constatations démontrant la possibilité de retarder l'absorption de la pénicilline en lui associant d'autres produits, entre autres la pectine. Par son pouvoir hygroscopique, la pectine absorberait rapidement l'eau des

tissus, pour former un noyau gélatineux protecteur autour de la pénicilline dont l'absorption serait, du fait, ralentie. L'expérimentation ultérieure de tels produits en révélera la valeur.

Conclusion.

Les préparations actuellement en usage de pénicilline G cristallisée dans l'huile et la cire, de consistance « solide », suivant la formule originale de Romansky, donnent d'excellents résultats. Leur emploi nécessite un chauffage préalable qui ne doit pas dépasser 145° ni être trop prolongé.

Les préparations qui restent « liquides » à la température de la chambre offrent l'avantage d'une administration plus facile. Aussi bien que les préparations solides, elles réussissent à maintenir, chez plus de 85% des malades, un niveau décelable de pénicilline durant les 24 heures qui suivent l'injection de 300,000 unités. On n'administrera pas moins de 600,000 unités, comme dose quotidienne, dans le traitement de la syphilis.

Une condition essentielle à l'efficacité des préparations « liquides » est que 50% du poids de la pénicilline, qui s'y trouve incorporée, soit composé de gros cristaux, c'est-à-dire de cristaux mesurant 50 microns et plus.

ANESTHÉSIES DE LONGUE DURÉE [1]

Léon LONGTIN,
Anesthésiste à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Une anesthésie, d'une durée de deux heures et plus, constitue pour une personne malade un surmenage déprimant et, par le fait même, elle devient un risque pour sa santé sinon pour sa vie. Le risque est d'autant plus audacieux que l'état du malade est moins bon, que l'anesthésie doit être plus longue et l'opération plus traumatisante. L'évaluation de ce risque revient pour un fort pourcentage à l'anesthésiste qui doit apprécier la résistance du malade, faire la tare de l'acte opératoire: durée, perte de sang, relâchement requis, site de l'opération, ajouter à cela l'anesthésie et ses inconvénients et estimer en pourcentage, si l'on veut, les chances que le malade peut avoir de subir l'épreuve avec succès.

La fréquence de ces anesthésies, d'une durée de deux heures et plus, est assez considérable pour qu'il vaille la peine de s'y attarder quelques instants. En 1945, à l'Hôtel-Dieu de Montréal, nos statistiques en anesthésie révèlent que 306 anesthésies de plus de deux heures ont été administrées, ce qui fait environ une chaque jour et, en 1946, 291. En 1947, le nombre de ces sortes d'anesthésies s'annonce encore plus considérable.

L'influence de plus en plus marquée chez-nous de l'école américaine de chirurgie nous porte à croire que, dans l'avenir, le nombre de ces anesthésies ira plutôt en augmentant. Apparemment, le facteur temps ne retient pas beaucoup l'attention de cette école. Est-ce qu'elle le considère comme secondaire ou même négligeable tant au point de vue chirurgical qu'au point de vue anesthésique? Je ne saurais dire. Est-ce que la chirurgie, là-bas, ainsi que l'anesthésie ont atteint un degré de perfection tel qu'on puisse les prolonger impunément? Je ne sais non plus..... Ce que nous constatons, c'est que les élèves qui ont fréquenté cette école nous reviennent avec ces mêmes opinions sur le facteur temps, en chirurgie; apparemment, ils sont mus par un engrenage tournant à la même vitesse que celui qui animait leurs maîtres. Puis, naturellement, ils entendent que nous, leurs anesthésistes, je ne sais de quelle école, nous continuions l'anesthésie jusqu'à la fin de

1. Communication aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1947.

l'opération et cela sans nuire aux malades: à nous de nous rapprocher de leur perfection.

Quels sont donc les problèmes que posent ces anesthésies prolongées? Quels sont leurs plus fréquents ennuis et les plus à craindre? Puis, quelles sont les précautions à prendre?

Nous avons dit tantôt qu'une opération et une anesthésie, d'une durée de deux heures et plus, constituaient pour un malade une épreuve d'endurance, mais cette épreuve est pénible surtout pour les trois systèmes suivants: cardio-vasculaire, respiratoire et nerveux. Il s'impose donc de s'assurer, avant l'opération, de l'état de santé de ces trois systèmes, d'une façon particulière, pour bien connaître la résistance du sujet.

Pour l'appareil respiratoire, si la clinique n'est pas complètement satisfaite, il faut faire faire une radiographie pulmonaire ou au moins une scopie. Quant au système cardio-vasculaire, tous les malades dépassant la soixantaine et qui doivent être soumis à une semblable épreuve, méritent d'avoir un électro. A part cette catégorie, tous les malades chez qui on a décelé des petits signes d'insuffisance cardiaque: orthopnée, dyspnée d'effort, œdème intermittent des membres inférieurs etc., doivent être préparés soigneusement par le repos et les médicaments appropriés. Les examens du sang: la glycémie, l'azotémie, l'hémoconcentration renseigneront sur le choix en qualité et en quantité de la thérapie intraveineuse à instituer; la numération globulaire et le taux d'hémoglobine indiqueront jusqu'à quel point il faudra enrichir l'atmosphère en oxygène pour avoir une hématose adéquate; le taux de la prothrombinémie devra être corrigé de façon à ne pas exposer le malade à une perte de sang exagérée; la courbe de la pression artérielle et de la vitesse du pouls, durant les jours qui précèdent l'opération, peut donner des renseignements précieux au moment de l'opération à cause des variations cosidérables que présentent certains malades et cela dans un court espace de temps.

A l'examen de système nerveux, il faut faire le dépistage de toute lésion nerveuse y compris les troubles mentaux, car en plus d'attirer notre attention pour ne pas aggraver ces lésions par l'anesthésie, les notes que vous aurez mises sur le dossier avant l'opération seront précieuses pour réfuter les accusations portées contre l'anesthésie après l'opération si une récidive survenait. Sans compter que l'existence d'une lésion nerveuse antérieure peut modifier le choix de l'anesthésique.

Connaissant donc chez un sujet, sa résistance et ses points faibles, quelles sont les éventualités fâcheuses à craindre dans ces circonstances? La plus fréquente est, sans contredit, la chute de la pression artérielle; ensuite, le choc opératoire peut se rencontrer et enfin la défaillance cardiaque. Quelles sont les précautions à prendre pour prévenir autant que possible ces éventualités, les déceler précocement s'il y a lieu et les combattre efficacement si elles sont présentes? Ces précautions, une fois le malade préparé adéquatement, se résument à deux: elles sont d'importance capitale: 1) avoir un appareil à pression artérielle au bras du malade; 2) avoir une aiguille d'un bon calibre dans une des veines du malade. La courbe de la pression artérielle et du pouls, enregistrée au cours de l'opération, nous laisse voir les tendances du malade au cours de l'opération et durant les premières heures qui la suivent, et nous signale l'approche du danger. L'aiguille dans la veine nous permet de livrer au malade la thérapie intraveineuse indiquée selon les besoins et prévient les difficultés et les ennuis de trouver une veine au moment d'une chute de pression artérielle, d'un choc ou d'une hémorragie. Une autre précaution commandée par la prudence et peut-être aussi par l'expérience, consiste à limiter la sédation préanesthésique chez ces malades, à cause de l'état de dépression qu'entraînent ces anesthésies prolongées: une sédation insuffisante peut facilement être corrigée tandis qu'une sédation trop généreuse ne peut pas

être corrigée et peut devenir la source de bien des inquiétudes et même d'ennuis sérieux.

Ces problèmes-là se posent et doivent être solutionnés pour tous les cas d'anesthésie prolongée indépendamment de l'agent ou de la technique employée. Il reste maintenant à décider du choix de l'anesthésie. Quoique en anesthésie, chaque malade soit un problème particulier, différent de celui du voisin, à un certain point de vue, nous pouvons, d'une façon générale, indiquer quel genre d'anesthésie convient le mieux à telle ou telle sorte de chirurgie, quitte ensuite à vérifier s'il existe des contre-indications pour un cas en particulier.

A l'Hôtel-Dieu:	Durée plus de deux heures				
	Rachi	*Générales*	*Mixtes*	*Total*	*%R*
En 1945	68	175	63	306	42.8%
En 1946	104	135	52	291	53.6%

Comme je le disais il y a un instant, il n'existe pas de loi prescrivant ou ordonnant telle sorte d'anesthésie dans telle sorte de chirurgie; il y a, tout au plus, des tendances, des habitudes à employer une sorte d'anesthésie plutôt qu'une autre dans telle ou telle chirurgie. Ainsi, pour nous, pour la chirurgie abdominale sous-diaphragmatique, à moins de contre-indications, nos préférences vont à la rachianesthésie et le plus souvent à la rachi à doses multiples. En voici les raisons: 1) La rachianesthésie procure un calme abdominal facilitant et abrégeant le travail du chirurgien, en protégeant les centres nerveux contre la dépression de l'anesthésie générale. 2) Elle diminue la fréquence et la sévérité du choc opératoire. 3) L'atélectasie et les complications pulmonaires sont également plus rares et moins graves, et cela probablement dû au fait que le malade conserve ses réflexes et sa coopération. 4) Les complications inhérentes au circuit fermé comme le « coup de chaleur opératoire » et le choc dû au cyclopropane sont évités. 5) Un certain nombre d'accidents, souvent très graves, accompagnant exclusivement l'anesthésie générale, sont également évités: ce sont les spasmes trachéo-bronchitiques, les inondations pulmonaires par régurgitations, les cyanoses et même les asphyxies par mauvaise position dans le lit au retour de la salle d'opération (elles peuvent être dues aussi au manque de soins ou à l'inexpérience du personnel à donner les soins d'urgence à ces malades); l'opéré sous rachianesthésie peut se défendre et requérir les soins nécessaires en plus d'être à l'abri de ces accidents qui ne manquent pas d'assombrir nos statistiques tous les ans.

Quand l'anesthésie générale est requise pour une opération de cette durée, nous préférons intuber le malade, employer le circuit fermé et l'absorption de CO_2. Le cyclopropane ou l'éther ou un mélange des deux demeurent les agents de choix; souvent le curare vient aider à donner le relâchement musculaire requis.

Nous reconnaissons à l'intubation intratrachéale certains avantages dans les cas d'anesthésie prolongée: elle permet un meilleur contrôle sur la respiration en cas d'apnée de quelque origine que ce soit, elle permet de maintenir l'anesthésie plus superficielle en maintenant un bon relâchement musculaire, elle facilite l'hyperventilation pulmonaire occasionnelle pour meilleure oxygénation et élimination de CO_2, et enfin, elle facilite une manœuvre nécessaire et salutaire après ces sortes d'anesthésies: je veux parler de l'aspiration bronchique postopératoire. Au cours d'une anesthésie prolongée, inévitablement les sécrétions bronchiques s'accumulent dans les bronches, puis, quand un tube est déjà dans la trachée, il devient très facile de les enlever.

Le plus grand inconvénient de ce genre d'anesthésie (circuit fermé et absorption de CO_2) est l'atmosphère d'étuve qui existe dans le circuit après un certain temps. De cet état de chose, peuvent résulter de sérieux ennuis pour le malade et même des accidents sérieux sont rapportés. La climatisation de cette atmosphère est facilement réalisable et s'impose dans ces circonstances; de ce fait

les anesthésies générales de longue durée deviennent moins risquées pour un malade et moins déprimantes.

La thérapie intraveineuse au cours des opérations doit servir à combler les pertes du malade: en qualité et en quantité. L'eau, le sel, le glucose, le plasma et quelquefois des globules rouges sont les éléments à administrer alternativement au cours de ces opérations, car le malade a besoin de chacun d'eux à des degrés différents. La vitesse d'injection est réglée sur les besoins du malade, besoins qui sont estimés par les pertes de sang et de liquide qu'il fait et traduit en partie par la courbe de la pression systolique et la vitesse du pouls.

Chez tous ces malades, à la fin de l'opération, il est indiqué de faire de l'hyperventilation pulmonaire, d'administrer une atmosphère riche en oxygène et de faire des aspirations bronchiques répétées. Même si la respiration semble libre, il est toujours surprenant de voir ce qui peut être aspiré dans les bronches: c'est la prévention de l'atélectasie pulmonaire et de ses conséquences qui sont toujours pénibles pour le malade. Exactement à cause de l'état de dépression ou se trouve un malade après une anesthésie d'une durée de deux heures et plus, il faut mettre tout en œuvre pour lui permettre la meilleure oxygénation possible; à notre avis, le nettoyage, au moyen d'un aspirateur courbe ou d'un petit tube de caoutchouc, du nez, de l'arrière-nez, du rhino-pharynx et du pharynx, facilite la circulation de l'air et peut éviter de sérieux ennuis aux malades.

Tous ces malades devraient pouvoir bénéficier de la salle de recouvrement ou de son équivalent: surveillance, thérapie intraveineuse, oxygénation, aspiration des voies respiratoires et cela, jusqu'au retour des réflexes et même de la conscience.

Un mot seulement de la tenue des dossiers et des statistiques.

Tenir un dossier: c'est enregistrer les actes posés et enregistrer l'état du malade à différents moments de l'opération et de l'anesthésie, ce qui oblige à ne rien faire à la légère, à justifier les actes, car ce n'est pas l'endroit ni le temps d'avoir des distractions. Habituellement, un malade surveillé de près, dont l'état est vérifié souvent, affiche une certaine tendance soit à la baisse, soit au statu quo et permet, non seulement d'étudier le cas, mais aussi de le traiter précocement au lieu d'être placé subitement devant un fait accompli: une baisse marquée; un dossier bien tenu rend service au malade, à l'anesthésiste et à toute la spécialité. Dans le cas où les suites opératoires sont moins heureuses, il n'est pas impossible que l'anesthésie soit tenue partiellement responsable sinon totalement responsable des ennuis survenus; c'est là que notre dossier opératoire peut nous fournir des arguments difficiles à réfuter si nous avons raison, et, dans l'autre alternative, il peut nous éviter de poser, dans des circonstances semblables, certains actes. En d'autres termes, il peut nous instruire nous et tous nos confrères.

Que dire des statistiques qui sont le résumé, le concentré des dossiers? On peut leur faire dire n'importe quoi, dit le dicton. Profitons-en, elles vont nous dire, plus franchement que quiconque, si nous nous améliorons d'année en année, si nous faisons les mêmes erreurs ou si nous en trouvons des nouvelles, etc.; elles vont nous désigner les endroits où il y a des améliorations à faire dans nos services, ce qui revient à dire qu'elles sont un stimulant pour l'amélioration personnelle, un recueil d'arguments pour persuader les confrères et une sorte de jurisprudence pour la spécialité.

ANESTHÉSIE EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE [1]

Léonard LEGAULT,
Anesthésiste à l'hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

La pratique de l'anesthésie dans un important centre de chirurgie orthopédique présente, sans aucun doute, un intérêt particulier: il n'y a peut-être pas un autre service chirurgical qui offre une telle diversité.

Les conditions déterminées par la qualité des malades et les interventions variées qu'ils ont à subir, vous obligent à faire appel à pratiquement toute la gamme des agents anesthésiques et aux méthodes multiples de les administrer.

Au cours des dix dernières années, dans un service de trois cents lits environ, nous avons rencontré des patients de tous les âges, à partir des nourrissons, en passant par l'enfant, l'adolescent et l'adulte, pour atteindre le vieillard.

Pour n'énumérer que quelques-unes des interventions, mentionnons les corrections de pieds bots, de luxation congénitale de la hanche ou de becs-de-lièvres et des paralysies obstétricales chez les tout petits; les séquelles rachitiques ou traumatiques ou de poliomyélite, les lésions d'ostéo-myélite ou d'ostéo-arthrite tuberculeuse chez les enfants ou les adolescents; les lésions multiples de la colonne vertébrale (mal de Pott, hernies discales, arthrite), les pseudarthroses et les fractures multiples chez l'adulte; chez le vieillard, les fractures si fréquentes du col du fémur, les lésions de gangrène diabétique, tous les troubles vasculaires, l'arthrite chronique. Bref, l'orthopédiste s'occupe d'un territoire dont les frontières semblent toujours reculer davantage.

Chacune de ces interventions chirurgicales offre une particularité, soit dans le choix de l'agent anesthésique, ou dans la technique de son administration au malade.

Quelle sera la durée de l'intervention? Le malade est-il en état de choc? Dans quelle position le malade sera-t-il placé sur la table d'opération (decubitus ventral dorsal ou latéral)? L'orthopédiste est parfois très capricieux sur ce point: son travail est souvent difficile, et il exigera que la position du malade facilite sa technique chirurgicale même si elle complique la tache de l'anesthésiste qui, lui, devra toujours s'adapter à ce qu'on lui demande.

En orthopédie, il faut tenir compte de l'état psychique du malade plus que dans tout autre service hospitalier: l'infirme est souvent un sujet à part, peu communicatif, gêné ou humilié de sa condition parce qu'il n'a pas toujours eu beaucoup de considération de son entourage; et le voilà tout à coup transporté dans un milieu hospitalier qu'il ne connaît pas et qu'il redoute un peu; l'anesthésiste saura, au moment de l'examen médical du futur opéré, se rendre compte de l'état de son cœur, de ses poumons, de ses reins, demander les examens de laboratoire nécessaires et profiter de cette visite pour le mettre en confiance et l'assurer de sa sympathie.

Plusieurs de ces grands infirmes auront à subir consécutivement parfois jusqu'à six ou sept interventions chirurgicales importantes et à intervalles assez rapprochés; il faut dès lors y penser dès la première opération, et prévoir une ligne de conduite adéquate pour ménager autant que possible le cœur, les reins et le foie de l'opéré.

Ces quelques brèves considérations nous ouvrent des horizons sur le vaste champ offert à l'anesthésiste d'un service de chirurgie orthopédique.

Un mot tout de suite de la médication pré-anesthésique employée dans notre service: chez les tout petits, nous employons généralement le Séconal administré par la

1. Communication aux Journées Médicales annuelles de la Société Médicale de Montréal, juin 1947.

voie rectale et l'atropine par voie hypodermique à doses graduées selon l'âge; nous sommes persuadés que les sécrétions bronchiques sont beaucoup moins abondantes, depuis que les opérés reçoivent, de façon routinière, cette prémédication préconisée par D. Leigh de Monréal.

L'adolescent et l'adulte reçoivent du Séconal ou du Nembutal par voie buccale, chez certains, une dose au coucher la veille de l'opération et une autre au réveil le lendemain; tous reçoivent à l'appel l'injection hypodermique soit de morphine et atropine, soit de sédaïne, soit de T.O.A.

Quels seront les agents anesthésiques le plus souvent employés? Disons immédiatement que tous y passent et mentionnons le chlorure d'éthyle, le vinethène, l'éther pur, le protoxyde d'azote, le pentothal, le cyclopropane, la rachi-anesthésie, les blocages du plexus brachial, l'anesthésie par réfrigération.

Ajoutons que seuls le chloroforme et la mixture éther-chloroforme ont été bannis de notre arsenal anesthésique, depuis au moins déjà sept ou huit ans.

Et maintenant, disons un mot de chacun de nos agents anesthésiques et quelques-unes des raisons qui en déterminent et le choix et la façon de les administrer.

Chez le nourrisson et les tout petits, soit jusqu'à l'âge de cinq ans environ, nous utilisons une méthode bien ancienne mais dont nous sommes encore bien satisfaits, à savoir, l'anesthésie avec masque ouvert entouré d'une serviette humide, par le chlorure d'éthyle ou le vinethène comme induction, et nous continuons avec l'éther pur en goutte à goutte: nous associons toujours l'oxygène pur par l'intermédiaire d'un simple tube de caoutchouc, glissé sous le masque et fixé sur la joue du malade par un diachylon; nous avons toujours, à portée de la main, un appareil à succion prêt à fonctionner en cas de nécessité.

Chez le patient de plus de cinq ans jusqu'au patient le plus âgé, nous utilisons, pour l'immense majorité des cas, le Pentothal en solution à 2½% comme induction de l'anesthésie et le cyclopropane; cette association jusqu'à maintenant nous semble très heureuse.

C'est à dessein que nous avons omis dans notre nomenclature des agents anesthésiques le curare; John B. Dillon, du « Los Angeles County Hospital », semble être très favorable au Curare associé au protoxyde d'azote pour les interventions orthopédiques, mais nous avons préféré, jusqu'à maintenant, réserver l'emploi du curare à la chirurgie abdominale.

Pendant l'anesthésie prolongée au cyclopropane, nous surveillons bien entendu les réflexes du patient, la courbe de son pouls et de sa respiration; mais nous attachons une importance capitale à la courbe de la tension artérielle, surtout chez les malades plus âgés qui présentent des signes d'artériosclérose; il n'y a aucun doute que le cyclopropane augmente la pression artérielle du sujet anesthésié, et parfois d'une façon alarmante. Il est également reconnu qu'à la fin de l'opération, le malade anesthésié par le cyclopropane va présenter une chute sérieuse de pression artérielle, chute assez importante pour que Robert D. Dripp, de Philadelphie, lui donne le nom de « cyclopropane shock ».

Nous avons donc l'habitude de surveiller étroitement la courbe de la pression artérielle, et si celle-ci monte à un niveau qui nous inquiète, nous cessons complètement ou en parti, l'emploi du cyclopropane pour lui substituer le protoxyde d'azote, et bientôt nous voyons la pression artérielle se rétablir à peu près à son niveau normal. D'ailleurs l'anesthésie par le pentothal associé au protoxyde d'azote, avec parfois une petite dose adjuvante de cyclopropane, nous donne d'excellents résultats en chirurgie orthopédique, qui n'exgige pas un degré aussi poussé d'anesthésie que la chirurgie abdominale.

Pour tous les cas où l'anesthésie est faite avec le cyclopropane ou le protoxyde d'azote, nous utilisons le masque de caoutchouc ordinaire si le malade est couché sur le dos, et, au besoin, obtenons un « air-way » satisfaisant avec la canule buccale ou, assez sou-

vent depuis un an, avec le petit tube naso-pharyngien que nous avons appris à affectionner beaucoup; mais en orthopédie il y a peut-être 50% des interventions où le patient est en décubitus ventral: systématiquement, nous utilisons alors la méthode endo-trachéale, la seule qui nous donne un sentiment de quiétude pour ces opérations souvent longues et laborieuses.

Le malade est toujours intubé sur la civière, avant de le transporter sur la table d'opération en position définitive: l'introduction d'un tube endo-trachéal devient rapidement une technique facile si on la pratique souvent; mais il est bon de savoir que la réussite est assurée dans les conditions suivantes :

1° Le malade doit être profondément anesthésié pour ne plus présenter des contractions de la glotte qui s'opposent à l'introduction du tube.

2° La position de la tête du malade est fort importante; elle doit être élevée, le maxillaire inférieur dirigé en avant et en bas sur le thorax abaissé; nos bons voisins nous ont été très utiles sur ce point à nos débuts.

Remarquons, cependant, qu'il est également possible d'intuber un malade sans l'endormir, si l'on a soin de bien anesthésier sa gorge par la pontocaïne à 2%, répandue avec un vaporisateur. Cette technique n'est cependant nécessaire qu'en chirurgie thoracique; bien que certains auteurs recommandent de le faire pour éviter l'irritation de la gorge et de la trachée, pendant les opérations prolongées.

Ajoutons qu'il nous a été donné l'occasion, à plusieurs reprises, de pratiquer l'intubation à l'aveugle par la voie endo-naso-pharyngienne et, avouons-le, à notre surprise et satisfaction le tube entrait très facilement dans la trachée, lorsque les deux conditions mentionnées plus haut étaient bien observées.

La rachi-anesthésie n'est pas très en faveur chez nous. Une raison bien simple s'y oppose généralement: il suffit de se rappeler que les orthopédistes font un grand emploi de la scie mécanique et manient avec vigueur un lourd marteau pour frapper l'ostéotome. J'imagine facilement les réactions de l'individu qui, même bien insensibilisé par la rachie-anesthésie, n'en est pas rendu sourd pour cela et qui entend le grincement de la scie ou les coups frappés sur l'ostéotome, quand ces instruments pénètrent dans ses os.

Cependant, nous employons la rachi-anesthésie de préférence à tout autre mode d'anesthésie, pour l'exérèse du disque intervertébral dans la hernie discale, et nous suivons la méthode de Gladys Nitikman de Montréal: le patient est couché en décubitus ventral sur une table d'opération spéciale, de telle sorte que sa tête et ses membres inférieurs son plus bas que son dos; la rachi-anesthésie est faite avec une solution légère de nupercaïne à 1/1500; la quantité injectée varie de 14c.c. à 18c.c. selon la longueur de la colonne du patient; il faut éviter de pratiquer la ponction lombaire à l'endroit de la hernie discale; il faut attendre quinze minutes avant de permettre au chirurgien de commencer son opération; le malade ne sera pas bougé puisqu'il est déjà en position favorable; la durée de l'anesthésie varie entre deux et trois heures, ce qui est presque toujours suffisant pour terminer l'intervention.

Un mot de l'anesthésie par réfrigération: cinq cas d'amputation du membre inférieur ont été effectués par cette méthode, dont quatre avec un résultat des plus satisfaisants.

Le blocage du plexus brachial a été pratiqué à plusieurs reprises et devient très en demande pour les longues opérations sur l'avant-bras ou la main:

Un mot en terminant de la banque de sang; admirablement organisée dans notre service. Elle nous rend depuis cinq ans des services inappréciables. Aucune intervention de longue durée, laborieuse et hémorragique n'est commencée sans qu'une transfusion sanguine ne soit instituée: il ne fait pas de doute que la transfusion est le moyen par excellence de prévenir le choc ou de le traiter s'il survient malgré tout. Le coût de la trans-

fusion sanguine est peu élevé, si l'on se rappelle qu'elle peut très souvent abréger la durée du temps d'hospitalisation .

Voilà, brièvement esquissé, le tableau du travail de l'anesthésiste dans un service de chirurgie orthopédique. Souhaitons que de plus en plus l'anesthésie soit pour le patient, non pas une occasion de frayeur mais bien la lumière dans la nuit, le phare dans la tempête, la consolation et le plus agréable souvenir de son séjour à l'hôpital.

BIBLIOGRAPHIE

1. John B. DILLON: « Choice of Anesthesia in orthopedic surgery. » *J. A. M. A.*, **133**: 829 (22 mars) 1947.

2. Robert D. DRIPP: « Immediate decrease in blood pressure. » *Anesthesiology,* janvier 1947.

3. Gladys NITIKMAN: « Spinal anesthesia for operation on the Vertebral Column. » *Anesthesia and Analgesia,* **25**: 52 (mars-avril) 1946.

4. Douglas SANDERS: « New Endotracheal Instruments. » *Anesthesiology,* janvier 1947.

REVUE GÉNÉRALE

L'HISTOPATHOLOGIE DU SEIN [1]

Alphonse BERNIER,
Chef de laboratoire, hôpital Saint-Luc (Montréal).

Il n'est pas possible, dans le temps alloué, de voir même à vol d'oiseau l'histopathologie du sein. Elle est trop complexe et trop difficile. J'omettrai donc toutes les lésions qui ne sont pas d'origine mammaire proprement dite. Il serait intéressant d'étudier les inflammations, spécifiques ou non, du sein. Mais je me confinerai à étudier, oh! combien brièvement! les lésions propres au sein, et encore cet exposé sera par trop succinct, trop incomplet. Evidemment, il va me falloir parler histologie, mais je ne donnerai que le strict nécessaire, je ne parle pas à des pathologistes, mais bien à des praticiens, à des chirurgiens. J'insisterai donc sur l'aspect macroscopique des lésions.

Le rapporteur précédent, le docteur Lamoureux, nous a parlé de la mastite scléro-kystique. C'est incontestablement la lésion la plus fréquente rencontrée au sein. C'est surtout une maladie apparaissant au voisinage de la ménopause. Il semble bien qu'elle reconnaisse une origine hormonale, l'hypersécrétion folliculinique la provoquerait.

Au point de vue pathologique, les lésions sont de trois ordres. Si l'on étudie le lobule mammaire dans la mastite scléro-kystique, on le verra soit diminué de volume, soit augmenté de volume, soit enfin kystique; et actuellement se basant sur l'aspect de cette entité mammaire qu'est le lobule, on divisera la maladie scléro-kystique en 3 formes:

1) La mastodynie.
2) L'adénose.
3) La forme kystique.

La mastodynie, ou le sein douloureux, est la forme la plus bénigne, pourrais-je dire, de la mastite scléro-kystique. Jamais elle ne donnera naissance à un cancer, mais par contre elle peut évoluer et se muer en les deux autres formes de la maladie de Reclus.

Les nodosités plus on moins volumineuses du sein, selon le moment du cycle menstruel, sont épaisses, dures non encapsulées, blanchâtres, fibreuses et prennent parfois l'aspect de petits fibroadénomes. De rares petits kystes sont notés.

Histologiquement, les lobules sont incomplètement développés et entre les tubes terminaux existe une hyperplasie du tissu conjonctif, assez marquée. Les tubules montreront un épithélium en métaplasie galactophorique. De plus on notera une frappante inégalité dans le volume des lobules. Cet arrêt du développement des lobules serait dû à une déficience du corps jaune.

La deuxième forme de la mastite scléro-kystique, celle où le lobule mammaire est en hyperplasie, est plus troublante. Elle fut étudiée surtout par Shimmelbush qui lui donna son nom. On l'appelle encore maladie microkystique par opposition à la troisième forme. Le sein est dur, fibreux, difficile à couper, le tissu adipeux est fortement diminué; on y voit de nombreux petits kystes, de petits adénomes et des papillomes.

Le microscope nous révèle que ces adénomes ou ces papillomes sont dus à une prolifération épithéliale de l'épithélium de revêtement des tubes terminaux.

Les acini, qui n'existaient pas ou n'étaient qu'ébauchés dans la forme précédente, sont ici au contraire bien en évidence. Ils sont en hyperplasie et souvent leurs cellules s'en

1. Communication aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1947.

détachent pour envahir le tissu conjonctif voisin; c'est ce que les auteurs anglophones appellent l'« epithelial spilling ». Et ce sont justement ces figures qui ont laissé plus d'un pathologiste rêveur devant sa coupe. Est-ce là une invasion néoplasique? Car les images ainsi produites ressemblent étrangement à celles d'un squirrhe, où l'on voit des traînées de cellules néoplasiques étouffées dans la sclérose.

De plus, les proliférations épithéliales intra-canaliculaires peuvent aussi en imposer pour un comédo-cancer, que nous étudierons plus loin.

Le pathologiste ne pourra trancher la question qu'en analysant ces cellules à un très fort grossissement. Les cellules cancéreuses seront plus volumineuses que celles de l'adénose de Shimmelbush; leurs noyaux seront plus apparents, hyperchromatiques ou vésiculeux. Surtout les mitoses y seront fréquentes. Les cellules néoplasiques poussent en masse et envahissent le stroma également en masse.

Mais il n'en reste pas moins que ces images d'« epithelial spilling » sont les plus troublantes que l'histologiste ait à considérer dans la pathologie du sein.

Enfin, une dilatation des tubules terminaux et des acini provoque l'éclosion de nombreux petits kystes qui ont donné son nom à la maladie.

Enfin la 3e forme, la forme kystique proprement dite. Si vous coupez le sein qui arrive de la salle d'opération, vous y noterez un gros kyste bleuté à contenu séreux, trouble. La paroi de ce kyste est lisse, et tout autour une constellation d'autres petits kystes. Le tissu conjonctif séparant ces kystes est scléreux, lardacé, et souvent hyalinisé. L'adipose y est aussi habituellement marquée.

Il sera intéressant d'étudier ce sein histologiquement. Les lobules seront irréguliers, parfois atrophiés, et souvent en involution. Les tubes dilatés formeront les kystes dilatés, formeront les kystes constatés à l'œil nu; ils contiennent de la sérosité. Souvent l'épithélium de ces kystes a disparu, et ils ne possèdent plus de revêtement propre. Si l'épithélium persiste, les cellules seront cubiques ou cylindriques. Dans les tubes terminaux ou dans les acini, on notera deux et parfois trois strates cellulaires, au lieu que normalement il ne devrait y en avoir qu'une seule. C'est la métaplasie galactophorique. Il existe aussi parfois une hyperplasie des cellules myoépithéliales, (cellules qu'on rencontre au niveau de la lame conjonctive délimitant les acini).

Certains kystes aussi diffèrent par leur revêtement épithélial qui est festonné; les cellules sont très acidophiles et offrent des grains acidophiles dans la partie supra-nucléaire. Elles sont plus volumineuses que les autres. C'est la métaplasie idrosadenoïde ou sudoripare, car le revêtement de ces kystes ressemble alors à celui des glandes sudoripares; mais est-ce à dire qu'il s'agit d'une métaplasie véritable? Non, il s'agit plutôt d'une métaplasie apparente, d'une altération physiologique de ces cellules due à une stimulation œstrogénique.

En somme, les lésions rencontrées dans la première et dernière forme de la maladie scléro-kystique sont des lésions qu'on rencontre normalement à la ménopause. Ici toutefois elles sont exagérées, et souvent prématurées.

Je vous ai décrit ces trois formes d'une façon schématique, mais n'allez pas croire qu'elles se rencontrent dans le sein d'une façon aussi simpliste, aussi schématique.

Il est en effet très rare qu'on retrouve ces formes à l'état pur. Elles sont le plus souvent associées et chevauchent les unes sur les autres.

Une coupe vous montrera un coin où la mastodynie l'emporte, tandis qu'ailleurs c'est l'adénose ou la maladie kystique qui domine. Il est un fait certain, c'est que les cancers du sein naissent souvent au beau milieu des lésions que nous venons de décrire. Les différentes dysplasies mammaires décrites plus haut sont un lit favorable à l'éclosion du cancer.

En effet, très souvent il y a coexistence d'un cancer du sein et d'une mastite scléro-kystique.

De plus, on peut reproduire expérimentalement le cancer du sein chez la souris, mais les lésions qui précèdent l'apparition du cancer, sont de l'ordre de la mastite scléro-kystique.

Les tumeurs du sein sont actuellement classées arbitrairement, pourrais-je dire. En effet, selon leur apparence, leur situation, on essaiera de les rattacher à telle ou telle partie de l'arbre glandulaire de la glande mammaire.

Nous aurons donc des tumeurs du mamelon, des canaux galactophores et des canalicules des lobules; certains iront même jusqu'aux tumeurs d'origine acineuse.

Sans répondre à la réalité histologique, cette classification a tout de même ses mérites. Elle permet d'abord une revue complète des tumeurs et ensuite elle souligne certaines formes cliniques dont l'allure est moins maligne que d'autres.

I — *Voyons d'abord les tumeurs du mamelon.*

Il peut y exister des adénomes bénins ou malins. Ces adénomes naissent des glandes sudoripares apocrines du mamelon.

Mais le cancer du mamelon le mieux connu est certainement la maladie de Paget. Cliniquement, la maladie de Paget se présente comme un eczéma du mamelon, qui persiste longtemps, est réfractaire à tout traitement par les topiques. Cette plaque eczémateuse se pigmente, s'ulcère et s'indure, et finalement le mamelon devient méconnaissable. Au microscope, les lésions sont pathognomoniques, faciles à reconnaître. La couche basale de l'épiderme montre de nombreuses cellules volumineuses vésiculeuses, qui ne semblent pas faire partie de l'épithélium. En effet, elles ne possèdent pas de filament d'union quand elles font leur ascension dans l'épiderme. C'est un genre de tumeurs que notre président connaît bien; il soutint autrefois une thèse sur cette tumeur où il démontrait que ces cellules viennent d'un cancer sous-jacent. En effet, on retrouve souvent des cellules semblables dans les canaux galactophores voisins du mamelon.

II — Notre classification nous amène ensuite aux *tumeurs issues des cellules de revêtement des canaux galactophores.* Les variétés non cancéreuses sont l'adénome simple ou papillaire, mais ces tumeurs doivent toujours être soumises au contrôle histologique.

L'adénome simple est fait de masses compactes de cellules galactophoriques, qui parfois laissent voir une différenciation acineuse. Souvent sur de l'adénose de shimmelbush, dans l'adénome papillaire, les cellules galactophoriques poussent des prolongements papillaires dans la lumière et aboutissent à une formation polypoïde compliquée, rougeâtre, très vascularisée. Cette vascularisation intense au moindre traumatisme saigne facilement, et nous aurons alors une petite hémorragie mamelonnaire qui signera la présence d'un papillome galactophongue. Ce dernier devient parfois cancéreux.

Les variétés cancéreuses sont l'épithélioma simple des cellules galactophoriques, qu'il soit de type compacte, tubuleux ou épidermoïde, et l'épithélioma papillaire.

Macroscopiquement, ce sont des tumeurs très dures au voisinage du mamelon. Le type solide, tout au moins sur la surface de coupe, à la pression fait surgir des nodules nécrotiques qui ressemblent à la substance chassée d'un comédon, d'où leur dénomination de comédo-cancers.

Le type solide ressemble à l'adénome décrit plus haut. Le canal galactophore est complètement rempli par des masses de cellules néoplasiques où ici on retrouvera des mitoses. Cette tumeur à l'état pur serait plutôt d'un pronostic favorable et guérirait par la simple mastectomie, mais elle émet souvent des prolongements cellulaires qui se perdent dans le stroma avoisinant, réalisant ainsi l'image du squirrhe. Ils donnent rarement des métastases.

Le type tubuleux, lui, diffère du précédent

en ce que les cellules néoplasiques subissent une metaplasie glandulaire, envahissant les tissus voisins.

L'épithélioma épidermoïde, lui, est une rareté. Ici les cellules subiraient une métaplasie malphigienne, et le cancer ressemblerait à un épithélioma de la peau. Ils sont très malins.

L'épithélioma papillaire d'origine galactophorique, c'est l'adénome devenu malin. Cette malignité s'observe par une activité mitotique absente dans l'adénome. De plus, l'adénome, jusque là quiescent, rompt la paroi du galactophore qui l'emprisonne et envahit le tissu conjonctif avoisinant.

III — Descendons toujours dans l'arbre mammaire; nous sommes rendus aux *petits canaux galactophores aux canalicules.*

Les tumeurs bénignes de cette catégorie sont très bien connues des chirurgiens. Ce sont des fibroadénomes. Ce sont des tumeurs bien limitées, toujours encapsulées, facilement extirpables. Le plan de clivage idéal atteint, elles sortent du sein, comme un noyau sort du fruit. A la coupe, elles sont dures, gris blanc, arrondies ou ovales; elles sont de consistance homogène, légèrement granuleuses, et, selon la variété, on notera des fentes linéaires ou arrondies.

En somme, dans le fibroadénome il se produit en excès ce qui se passe à la puberté dans toute la glande mammaire.

Aussi ces tumeurs suivent-elles souvent la puberté de quelques années seulement.

Il n'y a rien de bien remarquable; histologiquement la tumeur montre des canalicules plus ou moins déformés par des bosselures fibromateuses. Si ces dernières sont volumineuses, elles donnent le fibro-adénome intracanaliculaire, facilement reconnaissable à ses glandes à contours géographiques.

Les tumeurs malignes de ce groupe constituent la grande majorité des cancers du sein. L'épithélioma canaliculaire simple à l'œil nu ressemble au squirrhe, mais en fait au microscope on y décèle souvent des formations glandulaires étroites, étranglées dans le tissu fibreux.

La variété compacte des épithélioma canaliculaires à l'œil nu est blanc grisâtre, granuleuse, étoilée, crayeuse, alvéolaire. On l'appelle aussi parfois le cancer médullaire, à cause de sa ressemblance avec la moelle osseuse. Les cellules sont semblables à celles de la forme précédente, mais elles sont groupées en amas .

L'épithélioma canaliculaire muqueux à la coupe est gélatineux et assez bien circonscrit. Aussi est-il d'évolution lente. Les canalicules néoplasiques ici sécrètent du mucus; ce mucus peut dominer le tableau .

Enfin la forme squirrheuse, une des plus connues, se reconnaît assez facilement à l'œil; c'est en général une petite tumeur d'un centimètre de diamètre, blanchâtre ou jaune, de consistance très dure et mal délimitée; elle est plutôt étoilée. A la coupe, les bords ne s'affaissent pas et surplombent le tissu adipeux voisin qui, lui, s'affaisse. Cette tumeur s'accroît très lentement.

Le microscope montre surtout une sclérose marquée dans laquelle çà et là on retrouve des cellules néoplasiques assez bien différenciées à la file indienne. Cette sclérose joue sans doute un rôle protecteur dans la glande mammaire, mais si, par malheur, une métastase ganglionnaire s'installe, la sclérose n'est plus là pour arrêter l'envahissement.

IV — Nous voici enfin au faîte de l'arbre mammaire, *à l'acinus.* Il existe des tumeurs bénignes à configuration acineuse, ce sont des adénomes semblables à ceux déjà décrits.

La tumeur maligne est une tumeur volumineuse dure, bien circonscrite, habituellement dans la ½ inférieure du sein; elle est souvent hémorragique. Les cellules néoplasiques forment des acini, d'où le nom de la tumeur. Mais il n'est pas sûr qu'elles soient réellement d'origine acineuse, surtout si l'on conteste l'existence des acini dans le sein normal. Cette tumeur donne des métastases tardivement.

Il en va des tumeurs, qu'elles soient bénignes ou malignes, comme de la mastite scléro-kystique, avec ses trois modalités.

Cette classification, ai-je dit, est arbitraire. En effet, dans une coupe on peut avoir tous les échantillons morphologiques qu'on vient de décrire. C'est la prédominance d'un type sur les autres qui donnera son nom à la tumeur.

Il s'ensuit que la classification des tumeurs d'après leur malignité est chose délicate et aléatoire. Tout de même certains auteurs s'essayent au « grading » de ces tumeurs.

Feraient partie du grade 1 tous les adénocarcinomes bien circonscrits, le comédocancer, le cancer papillaire, le cancer canaliculaire muqueux et l'épithélioma acineux. En somme, feraient partie du grade 1 les épithéliomas bien différenciés ou bien circonscrits. 60% des cas survivent après cinq ans.

Le grade II comprendrait les cancers où les cellules sont groupées en amas bien limités par du tissu conjonctif. Les noyaux de ces cellules sont uniformes, et au centre d'un cytoplasme clair. 39% de survies après 5 ans.

Dans le grade III, les cellules néoplasiques sont disposées en cordons ou d affilée, mais elles forment encore des amas et par places se différencient en glandes imparfaites. C'est malheureusement la majorité des cancers infiltrants qui entrent dans cette catégorie (Paget et les épithéliomas épidermoïdes).

Le grade IV montre des cellules indifférenciées, en prolifération diffuse, le tissu fibreux qui les sépare est presque inexistant.

Que retenir de tout ceci? Qu'un grand nombre de cancers naissent sur des lésions préexistantes de mastite scléro-kystique. Que la morphologie des tumeurs du sein est très complexe, et surtout que tous les cancers du sein n'ont pas la même malignité; mais il n'existe qu'un moyen de la reconnaître, cette malignité: c'est un examen histologique sérieux. Quand vous serez fixé sur la malignité de votre tumeur, alors seulement, pourrez-vous instituer le traitement rationnel que vont discuter pour vous les docteurs Smith et Dufresne.

DIAGNOSTIC CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE PAR LE MÉDECIN TRAITANT [1]

Victor BROSSEAU,
Médecin du Sanatorium Saint-François (Sherbrooke).

Disons-le tout de suite, il s'agit du diagnostic de la tuberculose pulmonaire incipiens et modérément avancée sans excès, diagnostic dont patient et médecin n'ont qu'à se féliciter, et de celui de la pleurésie séro-fibrineuse, non pas entité morbide mais signe très important d'atteinte tuberculeuse sous-jacente possible. Quant à la tuberculose très avancée, c'est un arrêt de mort en général assez facile à prononcer pour ne pas insister.

Avec les facilités de radiographie et de bacilloscopie d'aujourd'hui, le diagnostic clinique n'a plus l'absolutisme d'autrefois; provisoire d'abord, il sélectionne les sujets suspects et recommandables pour examens de laboratoire, donne du sens aux ombres radiologiques, puis se mue en diagnostic final, s'il fait ses preuves jusqu'au bout. Qu'il partage son trône avec l'ampoule de Rœntgen et le microscope, soit, mais pas d'abdication.

Aucun symptôme nouveau d'importance depuis Hippocrate, ni signe physique depuis Laennec et encore rien de pathognomonique. Le diagnostic s'étaiera donc de données de nos devanciers.

Il est entendu que la tuberculose choisit des victimes surtout de quinze à trente-cinq ans, mais les âges extrêmes n'en sont point exempts. Pour ne pas faire fausse route, ne nous laissons pas influencer alors par l'âge du sujet qui rentre au bureau; pas plus par la profession, le titre de citadin, de campagnard. Une grande proportion de nos malades sont de la campagne environnante. Par la raideur des muscles, la stature, la conformation corporelle, l'épaisseur du tissu adipeux. Nous avions dernièrement une patiente de deux cent quarante livres.

Le type tuberculeux de roman, décharné, voûté, l'œil d'azur brillant, frangé de longs cils implorant les cieux, les pommettes rosées, crachant le sang de ses vingt-ans, « râlant ses derniers râlements », n'est pas si fréquent chez les très avancés et encore moins chez les autres. Une petite promenade dans nos corridors vous en convaincra.

« Tabula rasa » de préjugés, amorçons un questionnaire serré et méthodique. De première importance ce questionnaire, puisqu'un individu se présente souvent à son médecin sans signes physiques mais toujours avec des symptômes, motif de la consultation et objet de l'interrogatoire.

Les antécédents familiaux sont sans valeur à moins qu'ils ne révèlent des contacts tuberculeux suffisamment prolongés et intimes.

Les antécédents personnels peuvent fournir, d'intéressant, une histoire de ganglions cervicaux, une pleurésie, une pneumonie, une congestion pulmonaire, une bronchite, une grippe prolongée, qui ne furent peut-être qu'une attaque méconnue du bâtonnet rouge.

Les antécédents dévoilés, sus aux symptômes !

Les affections des voies respiratoires n'en ont pas de plus banal que la toux. D'autre part, la tuberculose en est rarement privée. L'absence permanente et dûment constatée de toux est un argument très fort contre son existence, écrit Rist. Un malade qui ne tousse pas n'est pas un phtisique, disait Lasègue. Cet axiome ne ment pas souvent.

Il n'y a pas non plus de type spécial de toux. Elle est productive ou non suivant qu'elle s'accompagne ou non d'expectorations. La toux vespérale, ordinairement sèche, mérite une mention car elle aide à mettre le doigt sur cette poussée de fatigue, de fièvre dont les lésions pulmonaires, même peu étendues mais actives, sont quotidiennement la cause chez

1. Travail présenté au Congrès Régional de Sherbrooke, le **14 juin 1947.**

nombre de sujets vers la fin de la journée.

Symptôme moins aristocratique, l'expectoration n'en est pas moins très appréciable à cause du bacille de Koch qu'elle peut héberger, clef du diagnostic.

Au point de vue macroscopique, grande variété d'aspect et rien de spécifique.

Les larges crachats purulents, étalés, circulaires que l'on qualifie de « nummulaires », qui aidaient jadis à faire le diagnostic, se rencontrant dans nombre de suppurations non tuberculeuses, n'ont pas plus de valeur que les autres.

A la destruction pulmonaire, s'associent dans la formation de l'expectoration, la bronchite secondaire, la bronchiectasie, la desquamation alvéolaire etc., autant de facteurs qui la rendent muqueuse, muco-purulente ou purulente.

Elle n'est pas toujours évidente, loin de là. On la déglutit pour plusieurs raisons: parce qu'on est trop jeune ou qu'on n'a pas le tour, que les particules sont très petites et non senties dans la bouche, par respect humain, etc...

Une sorte d'expectoration très importante est la sanguine. Il n'est pas rare que ce soit elle qui pousse chez son médecin la victime d'une tuberculose incipiens. La quantité de sang expectoré est très variable; mais même s'il ne s'agit que d'un crachat dont l'origine ne peut être retracée dans les voies aériennes supérieures, il y a impérieuse indication d'un profond examen pulmonaire.

Quant à la douleur thoracique, mieux vaut ne pas compter sur elle pour faire le diagnostic car, comme disait Louis, il y a cent ans: « Ce n'est pas le symptôme qui fatigue le plus les phtisiques .» Cependant, il ne faut pas lui enlever son grand mérite de nous annoncer une touche à la plèvre et croire à de la vulgaire névralgie.

De nos jours, la main du médecin et la sensation du malade ayant fait place au thermomètre. la fièvre est devenue un signe; mais symptôme si longtemps, elle a encore droit de cité comme tel.

Elle consiste essentiellement en une élévation pathologique de la température du corps. L'élévation de la température par la fatigue n'est donc pas de la fièvre, pas plus que l'élévation prémenstruelle physiologique oscillant généralement entre 99° et 99.3°

Rencontrée dans toutes les formes et toutes les localisations de la tuberculose, son absence fréquente ne doit pas nous en faire rejeter le diagnostic.

Les sueurs nocturnes, aussi bien diurnes, quand le patient dort dans le jour, perlent chez certains sans être avancés.

L'anorexie, l'amaigrissement ont leur importance, de même que la fatigabilité chez un individu jusque-là infatigable. Ne traitons pas à la légère du nervosisme, de l'irritabilité, de l'insomnie. Il y a peut-être anguille sous roche.

Les femmes nous offrent un autre symptôme dans leurs troubles menstruels. Ceux-ci peuvent être considérés comme un des premiers et des plus précoces de l'atteinte tuberculeuse. Les douleurs menstruelles en particulier, lorsqu'elles apparaissent chez une femme jusque-là indemne, seraient un bon indice.

Le questionnaire clos, reste l'exploration des signes de quelque utilité. Tâtons le pouls. Cette tachycardie inexpliquée n'est-elle pas la manifestation d'un début d'évolution tuberculeuse ? Pourquoi cette hypotension ?

Un œil bien ouvert pointera sur des ganglions ou des cicatrices de ganglions cervicaux, sur un hémithorax immobile, bombé, résultat d'une pleurésie actuelle, d'un état emphysémateux secondaire à ce qu'il faut trouver, rétracté à la suite d'une ancienne pleurésie.

La vue rassasiée, on empaume les deux sommets, comme fit M. A. Ruault, à la recherche de l'expansion inspiratoire retardée d'une tuberculose au début, de vibrations vocales augmentées au sommet gauche, où elles sont normalement moins fortes qu'au droit, à la recherche enfin de vibrations diminuées dans une pleurésie qui commence et abolies quand l'épanchement est assez considérable. La symphyse pleurale et le pneumothorax spontané peuvent fournir les mêmes constatations.

Fini le jeu de paumes, la cage percutée émet des sons qui, submats, peuvent témoigner d'une induration du sommet, d'un faible épanchement; qui mats, d'un épanchement abondant.

Auscultons, c'est l'heure. De tous les procédés d'exploration physique, l'auscultation nous fournit les signes les plus fiables quand il y en a. Le tube du stéthoscope conduit à l'oreille l'intimité du poumon aux prises avec le bacille de Koch. Sa respiration faible ou nulle dans l'épanchement pleural, dans le pneumothorax spontané. L'inspiration rude et l'expiration prolongée de son sommet. Les frottements de ses plèvres. Les râles sibilants et les très importants sous-crépitants et craquement apicaux, qu'il faille les sasser ou non par la toux.

Si, par hasard, il se glisse des souffles, acceptons-les, mais n'en exigeons pas. Contentons-nous du retentissement exagéré de la voix à défaut de bronchophonie et de pectoriloquie aphone. N'éliminons pas non plus une pleurésie avec épanchement parce qu'il manque le souffle et l'égophonie; le liquide est trop abondant peut-être et le parenchyme mauvais conducteur de son par défaut d'induration.

Voilà, croyons-nous, imparfaitement défilés, les principaux symptômes et signes qui doivent éveiller nos soupçons sur une tuberculose pulmonaire pas très avancée; symptômes et signes qu'il faut se donner la peine de rechercher, chaque fois qu'il y a indication, par un questionnaire et un examen physique sérieux. Y a-t-il présomption raisonnable, recourons aussitôt au laboratoire de bactériologie et de radiologie qui ajoutera de la solidité au diagnostic.

Il ne faut pas voir de la tuberculose partout, mais il faut en voir où il y en a et il faut en voir à temps, car du diagnostic précoce dépend la guérison. C'est une question de vie ou de mort pour le patient, de conscience pour le médecin.

Ce père, cette mère de famille qui se meurent de tuberculose, cette belle jeunesse qui dit adieu à un avenir prometteur, seraient à leur foyer, si un médecin avait fait un diagnostic précoce un an ou deux auparavant, si le traitement approprié avait dès lors été institué; n'entendez par là, ni le sirop de codéine, ni les vitamines.

BIBLIOGRAPHIE

RIST: *Les symptômes de la tuberculose pulmonaire.*

SERGENT: *L'exploration clinique médicale.*

Pierre BOURGEOIS, Mlle M. deJESENSKY et J. LAGAILLARDE: « La poussée menstruelle des tuberculeuses. » *Revue de la tuberculose,* **1**: janv. 1935.

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 77 — No 1 — Montréal, janvier 1948

À PROPOS DU SOIXANTENAIRE DE L'APPENDICECTOMIE

Le 8 mai 1886, à l'hôpital Roosevelt de New-York, un chirurgien audacieux, Richard Hall, opérait pour la première fois en Amérique du Nord, un cas d'appendicite.

La guérison du malade vint couronner cette prouesse chirurgicale. Cet heureux prélude enthousiasma le monde médical d'alors. Il lui fit entrevoir un immense horizon, riche de guérisons innombrables pour la multitude de malades que l'appendicite frappait annuellement et sans recours.

Les succès ultérieurs constants de l'appendicectomie, pratiquée pour la plus fréquente des lésions meurtrières de l'abdomen, justifièrent amplement les espoirs initiaux les plus optimistes.

Qui pourrait dire le nombre total de vies humaines sauvées, dans le monde entier, par cette opération pratiquée maintenant depuis 60 ans!

C'est donc à bon droit que nos collègues américains soulignent que 1946 est un soixantième anniversaire, dont la célébration glorifie un fait historique dont l'homme a lieu d'être fier.

Cependant, malgré la somme de connaissances que nous possédons maintenant sur ce chapitre de pathologie, et malgré les résultats merveilleux obtenus par le geste opératoire, les esprits médicaux en veilleuse n'auront de cesse que lorsque la compréhension totale de cette maladie aux manifestations cliniques polymorphes sera obtenue; que lorsque le grand public sera suffisamment averti de ses responsabilités; et que le traitement aura donné des résultats aussi entiers qu'il est humainement possible de désirer.

Effectivement, il ne se passe guère de mois sans que la littérature médicale n'apporte quelque étude instructive sur un ou plusieurs aspects de la question.

Tantôt un auteur attire l'attention sur un symptôme inédit, susceptible d'éclairer un diagnostic obscur. [1]

Tantôt l'appendicectomie est étudiée chez une catégorie de malades présentant un caractère psychosomatique particulier. [2]

D'autres fois, l'association de lésions organiques, pouvant expliquer la pathogénie ou influencer l'évolution de lésions appendiculaires, est mise en relief, avec observations cliniques et rapports anatomo-pathologiques à l'appui. [3]

Occasionnellement, c'est un article de fond qui analyse le travail et les résultats opératoires de grands hôpitaux pendant une longue période de temps. [4]

L'enseignement officiel ouvre parfois, sur la question, un chapitre nouveau: par exemple, celui de l'appendicite

1. L. L.. « Un signe accessoire d'appendicite aiguë. » *Presse Médicale,* 18 août 1947.
2. Smiley Blantom et Virginia Kirk: « Etude psychiatrique de 67 malades opérés d'appendicite. » (A psychiatric study of sixty-one appendicectomy cases.) *Annals of Surgery,* septembre 1947.
3. Simon Lauzé: « A propos de trois cas d'épithélioma du côlon et d'appendicite aiguë. » *L'Union Médicale du Canada,* octobre 1947.
4. Rudolph N. Schullinger: « Observations au sujet de la mortalité dans l'appendicite aiguë, dans un hôpital universitaire, 1916 à 1946. » (Observations on mortality from acute appendicitis at a University Hospital, 1916 to 1946.) *Annals of Surgery,* oct. 1947.

neurogène (Professeur Pierre Masson) dont les manifestations cliniques restent encore à préciser.

Les congrès scientifiques, périodiquement, inscrivent le sujet à l'ordre du jour. [5]

De grandes associations d'ordre économique et social, telles que certaines compagnies d'assurances, publient régulièrement, avec commentaires explicatifs, les taux de mortalité annuelle; et ces renseignements peuvent être de grande utilité lorsqu'il s'agit de faire le point. [6]

Les Bureaux d'Hygiène et les Services de Santé, vigies en alerte constante, observent et suivent les faits, relatent les méfaits et formulent les recommandations préventives appropriées. [7] Même la littérature de « Digest » affectionne le sujet et en parle... à sa façon. [8]

En parcourant la littérature médicale contemporaine, on est heureusement impressionné du fait qu'on y mentionne souvent une diminution progressive du taux de la mortalité appendiculaire dans les grands centres hospitaliers.

Schullinger, dans son étude portant sur 5,405 cas d'appendicite observés au cours des dix dernières années, relève un taux de mortalité de 3.55 pour cent, et ajoute que ce chiffre est sensiblement le même que celui observé dans d'autres hôpitaux et cliniques des Etats-Unis.

Parmi les chiffres que le Service de Santé a eu l'obligeance de nous communiquer, je ne citerai que ceux concernant la métropole: « Nombre et taux de mortalité par 100,000 de population causée par l'appendicite à Montréal en 1946: nombre 36; taux 3.6. »

Et on peut lire dans le *Bulletin des Statistiques* de la Compagnie Métropolitaine les remarques suivantes: « La mortalité due à l'appendicite a été réduite de moitié au cours des cinq dernières années et de près des trois quarts au cours de la dernière décade chez les détenteurs — canadiens et américains — de polices d'assurance. »

Schullinger mentionne au nombre des facteurs de mortalité que l'on rencontre encore le plus fréquemment : l'âge avancé, la concomitance de maladies cardio-vasculaires hypertensives, l'obésité, le diabète, l'appendicite évoluant anormalement, le diagnostic erroné, l'opération tardive, une technique fautive, les difficultés inhérentes à l'ablation appendiculaire, un drainage mal compris, une anesthésie mal choisie, la diffusion de l'infection péritonéale, la distension gastro-intestinale, le manque de collaboration médico-chirurgicale chez les malades âgés ou souffrant de lésions médicales associées.

D'après Donald C. Mullins, les trois quarts des morts par appendicite seraient dues à la négligence ou à l'ignorance des malades eux-mêmes. La sanction la plus urgente qui découle de ce dernier fait serait donc de continuer, de façon intense, l'éducation du grand public et surtout de lui enseigner que la colique abdominale exige l'exa-

---

5. Congrès International des Chirurgiens, Chicago, 1947. (12th Assembly and Convocation of the International College of Surgeons, U. S. Chapter, Chicago, 1947) — Donald C. Mullins: « Morts appendiculaires inutiles. » (Needless appendicitis deaths.)

6. Statistical Bulletin: Metropolitan Life Insurance Company, janvier 1947 — « Appendicitis Mortality Near Vanishing Point. »

7. Documents et chiffres concernant les taux de mortalité, fournis par le docteur Antoine-B. Valois, surintendant de la Division de la Démographie, Service de Santé, Montréal.

8. Reader's Digest, décembre 1947: « Opérations inutiles. » (Unnecessary operations.)

men d'un médecin averti, et non la traditionnelle purgation; et à plus forte raison, si la douleur abdominale persiste plus de cinq heures.

Les dernières années nous ont apporté, en outre, des substances médicamenteuses et des moyens adjuvants fort précieux: les sulfamidés, la pénicilline, la streptomycine, les solutions glucosées intraveineuses à 5%, les vitamines B et C, le plasma sanguin, le sang total, la décompression ou le drainage du conduit gastro-intestinal avec les appareils tels que le tube de Lévine, de Miller-Abbott.

Si l'on ajoute encore à ces moyens une meilleure éducation du public, une collaboration médico-chirurgicale plus fidèle, la compréhension raisonnée de toutes les contingences opératoires et postopératoires, on pourrait, d'après Collins, abaisser encore le taux de mortalité de 50% au cours des dix années à venir.

« Il y a de sérieuses raisons de croire qu'au cours des prochaines années, nous disent les statisticiens, l'appendicite ne sera plus qu'une cause infime de mortalité et que la science médicale et les Services administratifs de Santé fermeront un chapitre important de son histoire. »

Espérons-le ardemment. Et qui vivra... verra.

Pierre SMITH.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

LA PRÉVENTION DES MALADIES CONTAGIEUSES [1]

P.-E. ROLLAND,
Hygiéniste.

Je vous surprendrai, sans doute, en venant vous parler de la médecine d'Etat dans un travail intitulé: « La Prévention des Maladies Contagieuses ». J'ai moi-même été réellement surpris, à l'étude de cette question, de me voir forcé de reconnaître l'intervention de la médecine d'Etat dans le contrôle des maladies contagieuses, où les médecins se sont montrés impuissants. J'ai été encore surpris, en consultant les statistiques et les enquêtes de santé générale,(1) au Canada, comme aux Etats-Unis, de me voir, en face de l'impuissance des médecins, considérer l'intervention de l'Etat pour diriger les seryices médicaux, de telle sorte que tout le monde, riche comme pauvre, de la campagne comme de la ville, puisse jouir convenablement des bienfaits de la science médicale. J'ai encore été surpris en continuant mon travail de recherches, de voir cette idée d'intervention de l'Etat dans le domaine médical, prendre des proportions alarmantes et se répandre dans tous les milieux à un rythme réellement épidémique.

Aussi me sentant moi-même gagné par cette contagion, toujours en travaillant à la prévention des maladies contagieuses, j'ai cru plus urgent de chercher un remède préventif à cette intervention de l'Etat que les médecins, dans un système démocratique comme le nôtre, considèrent pire que les maux à traiter, et qui leur semble, une véritable maladie contagieuse.

En effet, si nous jetons un regard sur le monde, nous constatons que la classe médicale est actuellement en proie à une véritable épidémie de médecine d'Etat; épidémie qui menace notre continent américain, depuis l'avènement du Bill Wagner-Murray-Dingell aux Etats-Unis et du projet d'assurance-santé obligatoire au Canada. Il est donc grandement temps que les médecins qui ont charge de la santé du peuple, prennent conscience de leurs responsabilités et trouvent eux-mêmes une solution aux problèmes de l'heure, avant que les gouvernements soient forcés par les circonstances et l'opinion publique d'y prendre des décisions qu'ils considèrent préjudiciables à leur profession.

En Amérique, comme partout ailleurs, les médecins se sont presque tous opposés sinon aux principes du moins à l'application de ces plans (2). Mais le plus fort contingent à s'y opposer est bien l'A.M.A. qui groupe 127,000 membres. Cette association, en plus de s'y opposer catégoriquement pour les raisons que les médecins connaissent tous, y a apporté un programme de santé nationale en dix points. Elle y recommande surtout avec l'expansion des services médicaux et d'hospitalisation, déjà établis, le développement le plus complet des services de médecine préventive pour tous les Etats-Unis.

Déjà en 1922 (3), l'A.M.A. recommandait l'établissement d'organismes d'hygiène pour s'occuper, non seulement comme on le faisait alors, de salubrité publique et du contrôle des maladies contagieuses, mais aussi, d'hygiène maternelle, infantile et scolaire, du genre de nos Unités Sanitaires. (4) En 1942, cette même Association, après 20 ans d'établissement graduel de 1100 Unités, par le gouvernement américain, y revenait avec une résolution demandant l'expansion de ces services d'hygiène pour toute la nation.

C'est encore avec l'encouragement de cette Association que l'« American Public Associa-

1. Travail présenté aux Journées médicales annuelles de la Société Médicale de Montréal, mai 1947.

tion », en septembre dernier, réunissait sous les hospices de l'Université de Michigan, les autorités médicales intéressées pour étudier les possibilités d'établir 1197 nouvelles Unités Sanitaires pour desservir enfin tout le territoire américain. (5)

Voilà donc ce que pensent de ces Unités Sanitaires, le plus fort groupement indépendant de médecins aux Etats-Unis. Avec l'expansion des services médicaux déjà établis, l'encouragement des assurances d'hospitalisation, l'amélioration des conditions sociales, cette Association considère les services des Unités Sanitaires comme l'un des plus puissants moyens démocratiques pour faire face aux besoins de l'heure et répondre au défi de la médecine d'Etat.

Je viens donc aujourd'hui vous démontrer que les Unités Sanitaires, avec leur programme de médecine préventive, d'éducation sociale, peuvent, avec l'étroite collaboration de tous les médecins, devenir un préventif contre la médecine d'Etat dans la Province de Québec. Par médecine d'Etat, j'entends parler ici exclusivement et seulement du système de pratique de la médecine dirigé et contrôlé par la politique que l'A.M.A. considère comme une espèce de maladie, dont les maux, d'après le Dr Fishbein, rédacteur en chef du Journal de l'Association, seraient la destruction de l'initiative du service médical, inhibition à la recherche, abaissement des standards de l'enseignement médical, régimentation de la pensée et de l'action médicale, la rupture de la responsabilité entre le docteur et son patient, recrutement d'un million de fonctionnaires laïcs.

Par les Unités Sanitaires, je comprends non seulement les 62 Unités de par les 65 Comtés de la province mais aussi les admirables centres d'hygiène de la ville de Montréal, et les bureaux de santé bien organisés des quelques grandes municipalités indépendantes de la Province, de telle sorte que l'on puisse affirmer que 95% de la population de Québec est pourvu de services d'hygiène reconnus et recommandés non seulement par les spécialistes en hygiène, mais par des autorités indépendantes comme l'A.M.A.

Vous me permettrez de me borner à vous donner quelques explications sur les Unités Sanitaires de Comté dont je suis un directeur et qui, je crois sont les moins connues du public et des médecins de la région de Montréal. (6) Si nous consultons la Loi de l'Hygiène, nous y trouvons cette définition descriptive: l'Unité Sanitaire est un bureau de Santé en miniature composé d'un médecin-hygiéniste à temps complet, de 2 à 3 garde-malades, d'un inspecteur sanitaire, d'une secrétaire, avec les quartiers généraux dans la principale municipalité du Comté. Le choix du personnel reçoit la plus grande attention du Ministère qui est l'ordonnateur immédiat des Unités. Seulement des médecins avec diplôme en hygiène et des garde-malades diplômées en hygiène ou entraînées deux mois dans une Unité déjà organisée et qui ont subi après ce temps-là un examen de compétence en hygiène, peuvent en faire partie.

Les inspecteurs sanitaires sont pour la plupart des médecins vétérinaires munis d'un certificat d'inspection sanitaire ou qui ont reçu un entraînement acceptable dans un département de Santé de Ville. Qu'on me permette de passer sous silence l'historique des Unités Sanitaires, sujet qui mériterait en lui-même toute une conférence. Le financement des Unités? je vous dirai brièvement que les frais en sont en partie assumés par les municipalités au taux de .01½ à .02 par $100 d'évaluation et le reste par le gouvernement dans la proportion de 75% du coût total annuel.

Quand à leur situation juridique, elle est légalement établie par la Loi de l'Hygiène Publique Chap. 183. (Prière d'y référer pour en connaître ses limites légales). Pour leurs fonctions, dirigées par des aviseurs techniques et administratifs d'un Ministère provincial de Santé, elles se limitent aux 6 principes basiques de la médecine préventive:

1. Collection des statistiques en rapport avec les naissances, mariages, mortalités et maladies contagieuses.

2. Contrôle des maladies contagieuses comprenant la tuberculose et les maladies vénériennes.
3. Salubrité publique, comprenant le contrôle des approvisionnements d'eau, disposition des matières de vidanges, surveillance du lait, des aliments, des places publiques, et le maintien des conditions sanitaires dans les industries.
4. L'Hygiène maternelle, infantile et scolaire,
5. Education en hygiène individuelle et collective.
6. Disponibilités de centre de diagnostic et de laboratoires.

Depuis 1926, début de leur établissement, une par une dans des circonstances très difficiles, tous s'accordent à reconnaître que ces unités sanitaires conjointement avec les services d'hygiène de Montréal, ont joué un rôle très important (7) dans l'amélioration de la Santé publique, dans notre province. En effet (8), depuis 1926, le taux de mortalité générale par mille de population de 14.2 est descendu à 9.3 en 1945 et celui des 5 principales maladies contagieuses est diminué de 78%. Ainsi celui de la T.B. de 125 par cent mille de population en 1926 est rendu en 1945 à 71. Celui de la typhoïde de 9 est rendu à 2.6, celui de la diphtérie de 14 à 5.3. Celui de la coqueluche de 23.1 à 2.7.

Est-ce là cependant tout ce qu'on a droit de s'attendre d'organismes que tous considèrent si importants? Certes non. N'avons-nous pas encore de tout le Canada, les plus hauts taux de mortalité en tuberculose, en diphtérie ? Pourtant, n'avons-nous pas le meilleur système de médecine préventive en Amérique et des institutions médicales des plus recommandées? Certains me répondront qu'il faut y voir des facteurs économiques, politiques et sociaux des plus complexes. C'est peut-être vrai dans certains cas, comme pour la T.B.

Mais les statistiques nous démontrent que chaque année, sur cent mille enfants qui naissent, plus de vingt mille, où se recrutent nos 1598 cas de diphtérie, ne reçoivent pas contre cette maladie, les injections données gratuitement par toute la province.

On ne peut donc pas admettre ici les facteurs économiques et politiques. Il faut donc se rendre à l'évidence, et y voir un facteur social: l'apathie ou l'ignorance du peuple. Or, nos médecins hygiénistes, nos infirmières-visiteuses, nos diverses sociétés indépendantes d'hygiène, ne font-ils pas plus que leur devoir, pour éduquer le peuple à se prévaloir des avantages de la médecine préventive, en particulier pour l'immunisation antidiphtérique? N'y aurait-il pas lieu plutôt de se demander, si les médecins de ces 5,000 familles que représentent ces vingt mille bébés, ont fait, eux aussi, tout leur possible pour inciter les parents à faire immuniser leurs enfants en temps et lieu? Je vous laisse le soin de répondre. Peut-on trouver en effet plus grande influence que celle qu'exerce le médecin de famille à qui on confie tout de la naissance à la mort. On aura beau prêcher par tous les moyens et dans tous les milieux, les avantages de la médecine préventive, on n'aura des résultats que dans la mesure ou les médecins voudront bien les recommander auprès de leurs clients.

Il faut reconnaître cependant, que la majorité des médecins collaborent avec nos organismes de médecine préventive, non seulement dans la mesure tracée par la loi pour les maladies contagieuses et pour les avantages matériels qu'ils leur offrent: clients référés, gratuité de vaccins, de sérums, de médicaments antivénériens, avec compensation pour le traitement de ces indigents, disponibilité des laboratoires et des rayons X, mais ils collaborent, dis-je, en vrais éducateurs du peuple dans les principes de l'hygiène et de la médecine préventive. Je les félicite et leur demande de continuer dans ce sens, d'entraîner même, les confrères indifférents à coopérer plus étroitement à ces organismes pour leur faire donner leur pleine mesure, dans l'amélioration de la santé publique, qui est la somme totale de la santé des individus et des familles dont les médecins ont

la confiance. Ainsi pour réaliser complètement notre programme de médecine préventive, nous aurons des médecins qui, après nous avoir déclaré leurs cas de maladies contagieuses, nous présenteront à leurs patients, non pas comme agents de police, mais comme spécialistes pour faire mieux accepter ces mesures de contrôle: isolement du malade, quarantaine des contacts, désinfection concomitante et l'immunisation des susceptibles. Nous aurons aussi des médecins de famille pour approuver et recommander nos conseils d'une bonne alimentation, si importante dans la résistance aux maladies ainsi que dans l'hygiène maternelle et infantile. L'on verra alors nos médecins faire apprécier chez leurs clients, notre enseignement sur la nutrition donné par nos infirmières dans leurs visites à domicile, et par le médecin hygiéniste dans ses conférences et ses cliniques de puériculture.

Nous aurons des médecins qui prendront en sérieuse considération les écoliers qu'on leur référera pour défauts physiques, pour réellement améliorer la santé de notre gente écolière qui laisse beaucoup à désirer. Ainsi, en peu de temps, on verra nos statistiques s'améliorer en faisant disparaître quelques facteurs de la médecine d'Etat qui est une menace pour leur beau titre de médecins de famille.

En retour d'une si précieuse collaboration, les Unités Sanitaires pourraient avec leurs disponibilités matérielles, intellectuelles, offrir aux médecins un point de ralliement pour lutter avec force contre les influences favorisant la médecine d'Etat. En effet, pourquoi les Unités Sanitaires ne deviendraient-elles pas le siège social des diverses sociétés médicales de Comtés ? Les médecins s'y réuniraient pour étudier à la lumière des statistiques et des standards établis les conditions sanitaires et les possibilités de traitement dans leur milieu social et économique. Ainsi on verrait à avoir 5 lits par 1000 de population pour les cas de médecine générale, y comprenant 2 lits pour les cas de maternité, 3 pour les aliénés et 3 par décès en tuberculose.

Ainsi, dans un Comté, si on a comme problème des épileptiques, des paralytiques, des aveugles, des sourds-muets, des déficients mentaux, on s'assurera d'y apporter les secours nécessaires en intervenant soit auprès des œuvres de bienfaisance de l'endroit ou auprès du gouvernement. Toujours à l'Unité Sanitaire, les médecins bien au courant des problèmes de leur district pourraient avec le médecin hygiéniste selon les besoins de leur localité, tracer un programme de médecine préventive. Ainsi on discuterait de l'opportunité d'une campagne antidiphtérique, antityphoïdique ou bien antituberculeuse, (9) débutant, celle-ci, par l'examen de tous les écoliers au *Patch Test* pour amener aux Rayons X tous les positifs avec leurs contacts familiaux. Puis, munis de ce dossier familial, distribuer le B.C.G. selon l'ensemencement bacillaire; on pourrait fonder aussi un préventorium maternel où les mères suspectées de tuberculose pourraient accoucher et se reposer pendant qu'on vaccinerait leur nouveau-né au B.C.G. Ainsi, pour le B.C.G. comme pour d'autres vaccins, l'Unité Sanitaire deviendrait un centre idéal d'expérimentation. Dans un autre comté, il faudrait insister sur la lutte antivénérienne avec contrôle des cas et des sources d'infection avec dissimination d'information sur ces fléaux. Ici encore, on verrait, selon les besoins, à compléter les services par des spécialistes: psychiatres, dentistes, etc., et à augmenter le personnel actuel s'il s'avère insuffisant, comme c'est le cas avec nos 2 à 3 infirmières-visiteuses pour une population de 30,000, quand on reconnaît qu'il faut une infirmière pour 3,000 de population. Il en est de même de l'inspecteur sanitaire qui est seul pour s'occuper de la salubrité de tout un comté d'environ 30,000 âmes. L'on verrait à y remédier en augmentant leur salaire qui est réellement insuffisant et qui explique leur rareté. Quant au médecin hygiéniste, je dois dire qu'on verrait à ce qu'il ait le salaire d'un spécialiste et qu'il en soit digne; c'est alors, seulement, qu'on pourra accorder quelque

considération aux accusations qu'on porte à de tels serviteurs de l'Etat.

Aussi après avoir sérieusement étudié leur problème, si les médecins trouvent que les disponibilités de traitement de leur comté s'avèrent insuffisantes, ils pourraient très facilement obtenir de l'aide des gouvernements, d'autant plus, qu'avec la confiance méritée du peuple, et groupés dans une fédération de sociétés médicales de comté, ils seraient devenus une force avec laquelle les gouvernements devraient compter. Ils pourraient ainsi diriger leur travail et leur destinée dans le sens d'une médecine libre de toute ingérence indue.

Chers confrères. j'ai essayé de vous démontrer que nos organismes de médecine préventive, tant urbains que ruraux, devraient être utilisés à leur juste valeur tant pour le bien de la communauté que pour celui des médecins.

J'ai basé mon travail sur:

1. L'importance qu'accorde aux Unités Sanitaires, la plus grande société médicale indépendante des Etats-Unis: l'A.M.A. le plus fort adversaire le l'étatisation de la médecine en Amérique.
2. Sur l'importance que leur reconnaissent les autorités médicales spécialisées en hygiène aux Etats-Unis, qui projettent d'en doter toute leur population.
3. Sur le rôle important que ces Unités Sanitaires ont joué dans le passé pour améliorer la santé et celui encore plus considérable dans l'avenir avec la collaboration la plus complète des médecins.
4. Sur l'exceptionnelle opportunité qu'elles peuvent offrir aux médecins de s'unir en sociétés médicales où ceux-ci pourraient avec leur médecin hygiéniste, élaborer à la lumière des renseignements officiels un programme de médecine préventive, et de médecine curative selon les standards établis et les besoins médicaux, sociaux et économiques de leur district.

En plus, les médecins pourraient acquérir ainsi cette force d'union et d'influence sociale auprès de tout gouvernement pour diriger leur destinée selon leur vocation et leurs responsabilités, sans crainte, je le répète, d'ingérence indue des gouvernements et de la politique.

Si on me reproche de présenter un travail quelque peu trop idéaliste, j'aurai cependant la consolation d'être resté dans l'esprit et la vocation d'un médecin d'Unité Sanitaire, vocation qui est celle de tendre à unifier toutes les forces spirituelles, morales, intellectuelles, (médicales), pour prévenir les maladies et améliorer la Santé et le Bien-Etre Social.

BIBLIOGRAPHIE

1. Report of the Advisory Committee on Health Insurance Appointed by Order in Council P. C. 836, 5 février 1942.
2. Morris FISHBEIN : *Must We Nationalizse Medicine?* Adresse devant la Canadian Pharmaceutical Ass., Ottawa, 3 juin 1946.
3. Public Health, *Encyclopaedia Britannica,* 1944, page 742.
4. EMERSON: *Local Health Units for the nation.*
5. Supplement to *American Journal of Public Health,* **37**: (janvier) 1947.
6. C. P. H. A.: *The Development of Public Health in Canada.*
7. Henry M. CASSIDY: *Public Health and Welfare organization in Canada.*
8. *Annuaire statistique de Québec.* (1945-46)
9. Campagne antituberculeuse réalisée en 1945-46 dans le Comté de Bonaventure avec la Ligue antituberculeuse, grâce à l'unité de Rayons X mobile de la « Gaspesia Sulfite ».

EMPOISONNEMENTS ALIMENTAIRES[1]

Jules-A. BRIEN, M.P.H.,
Assistant-surintendant de la Division de l'Inspection des aliments,
Service de Santé de Montréal.

Toutes les perturbations qui peuvent survenir à la suite de l'ingestion d'aliments, ne sont pas nécessairement des empoisonnements alimentaires. Une simple indigestion, dont les causes sont multiples, doit être écartée de cette étude.

Il en est de même de l'idiosyncrasie, de l'intolérance, de l'anaphylaxie, qui peuvent se définir par l'hypersensibilité de l'organisme envers certaines protéines; c'est ce qui explique que des personnes peuvent manger un aliment en toute sécurité alors que d'autres ne sauraient le faire. Prenons les œufs qui sont des aliments de tout repos, mais que certaines personnes ne peuvent manger sans inconvénients. La cause semblerait être une altération plus ou moins profonde de la muqueuse digestive, laquelle n'arrête pas ou ne modifie pas la matière nuisible existant dans les substances albuminoïdes.

Ceci dit, nous en arrivons aux *empoisonnements* de sources *alimentaires*:

a) *Par les plantes*: champignons vénéneux assez faciles à identifier: il s'agit en l'occurence, de chercher si les champignons ont été cueillis au hasard, sans discernement;

b) *Par les métaux toxiques*: arsenic, antimoine, mercure, fluorure de sodium, etc.;

c) *Par l'action des bactéries* elles-mêmes, ou par les *toxines* qu'elles sécrètent dans les aliments, avant leur ingestion.

Il y a lieu de faire ici une digression pour rectifier une erreur répandue un peu partout: il s'agit de l'*empoisonnement par les ptomaïnes;* vous verrez presque invariablement dans les journaux, lorsqu'il s'agit de donner la cause probable des empoisonnements, apparaître le fameux mot «ptomaïne» qui semble le terme moyen et tout trouvé pour expliquer un phénomène incompris; à ce sujet, je désire donner des précisions qui vous mettront en garde contre cet aphorisme.

Le mot « ptomaïne » vient du grec *ptoma*: cadavre; ce sont des bases organiques alcalines qui se produisent pendant la putréfaction des cadavres; ces alcaloïdes ont pour origine les matières albuminoïdes du corps sous l'action des microbes; elles peuvent se développer dans les aliments qui ont subi une telle putréfaction que les moins difficiles ne sauraient en manger.

D'où vient donc cette erreur? C'est qu'on a prélevé ces ptomaïnes dans de la viande dont la putréfaction était très avancée et qu'on a ensuite injectées à des animaux de laboratoire avec des résultats mortels; on aurait trouvé dans leur organisme des substances identiques, d'où l'erreur.

Plus tard, on s'est avisé de faire manger ou d'injecter directement dans l'estomac ces mêmes substances, et aucun symptôme n'est apparu; les ferments des sucs gastriques et intestinaux les avaient neutralisées. Malgré tout, cette erreur persiste encore en plus d'un milieu.

Revenons maintenant au principal item de cette étude: l'empoisonnement des aliments de source bactérienne qui comporte deux classes bien connues: *toxémie* et *infection.*

Sans être le plus fréquent, le *botulisme* est le plus grave, le taux de mortalité s'élevant, en certaines instances, jusqu'à 100%, ordinairement il se maintient entre 60 et 65%; le Dr K.-F. Meyer qui a fait un relevé de ces empoisonnements aux Etats-Unis et au Canada de 1900 à 1945, rapporte 1179 cas avec 772 décès; sur ce nombre, 4 éclosions seulement eurent lieu au Canade, affectant 34 personnes avec 19 décès.

1. Communication aux « Journées médicales » annuelles de la Société Médicale de Montréal, mai 1947.

1° Le *botulisme* est dû à un microbe « Clostridium Botulinum », saprophyte, anaérobie et sporulé, dont les toxines neurotropes provoquent dans l'organisme humain, des symptômes nerveux, ressemblant à l'empoisonnement par un alcaloïde.

Si outre les symptômes ordinaires, maux de tête, étourdissements, nausées, vomissements, diarrhée, température élevée, etc., s'ajoutent de la faiblesse musculaire, de la paralysie, de la nervosité, troubles de la vision, sécheresse de la muqueuse buccale avec sensation de serrement, haleine fétide, arrêt du péristaltisme intestinal avec constipation opiniâtre comme conséquence, le botulisme en est vraisemblablement la cause.

Aucun aliment frais ne saurait être botuligène, alors que la liste des aliments botuligènes est très longue et comprend toutes les substances mises en conserve, et quelques autres, également conservées, s'offrant en blocs compacts (jambon, saucisse).

2° *Empoisonnements* à forme *gastro-intestinale* par bactéries du groupe des *Salmonelloses* parmi lesquelles le bacille de Gaertner, le bacille Aertryke, l'entérocoque, sont les plus fréquents.

Ce qui caractérise ces infections, c'est le temps qui s'écoule entre l'ingestion d'aliments suspects et les symptômes observés; les malaises étant dus en grande partie à la multiplication des bactéries et non à leurs toxines; dans la majorité des cas, on compte de 12 à 24 heures et même beaucoup plus.

Les principaux symptômes sont les suivants: nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée, céphalée et frisson, transpiration profuse, pouls rapide, souvent perte de connaissance et éruption cutanée (herpes). Il y a toujours une élévation de température qui dure plusieurs heures, avec fréquemment des manifestations nerveuses allant de la simple agitation jusqu'à des crises convulsives assez sérieuses.

Dans un même empoisonnement, la gravité des symptômes peut varier nécessairement: quelques personnes sont très malades, d'autres le sont moins, quelquefois, pas du tout, tout dépend de la concentration microbienne et de la résistance de l'individu.

L'infection par bactéries du groupe des Salmonelloses n'est pas l'apanage des conserves alimentaires, tous les aliments se prêtant bien à l'augmentation du nombre de microbes.

3° Les *empoisonnements les plus fréquents* toutefois, sont *ceux d'origine staphylococciques;* ils ne sont pas dus aux staphylocoques mêmes, mais aux *toxines* qu'ils sécrètent.

La symptomatologie est à peu près identique à celle du groupe des salmonelloses; c'est le temps d'apparition qui diffère; les symptômes se manifestent de 1 à 4 heures après l'absorption d'aliments contaminés, ceux-ci offrant de bons milieux de culture; en effet lorsqu'ils sont placés dans des conditions favorables, ils constituent un incubateur naturel et idéal pour le développement de la flore microbienne qui déverse à profusion ses toxines dans le produit.

La viande de porc et de bœuf, sous toutes ses formes, se prête bien à cette propagation.

L'expérience nous prouve à la suite de nombreuses enquêtes, que ces empoisonnements surviennent presque toujours à la suite de banquets, de noces ou de fêtes mondaines, c'est-à-dire, lorsque certains mets tels que sandwiches, salades, sont préparés à l'avance, puisqu'ils sont responsables de près de 68% des cas. Voyons comment les choses se passent:

Les sandwiches sont faits un ou deux jours à l'avance, avec du pain au lait très frais, du jambon, de la mayonnaise, etc. Ces sandwiches sont enveloppés dans du papier paraffiné qui en exclut l'air ambiant, ensuite ils sont placés dans des serviettes humides à la température de la pièce durant 48 à 72 heures; pendant les mois d'été, cette température peut atteindre 90°F., excellent milieu de culture, température d'incubation idéale.

Il est prouvé que des aliments placés dans

de telles conditions durant quatre heures, peuvent causer des empoisonnements massifs.

Ce ne sont pas les microbes eux-mêmes qui causent le mal, mais les *entéroxines* sécrétées par les bactéries qui sont en cause. Les exemples sont nombreux, j'en citerai un au hasard:

Tous les invités d'une noce avaient mangé des sandwiches faits et conservés de la manière précitée, aucun ne fut malade. La raison, c'est que les microbes n'avaient pas encore déversé dans les aliments, suffisamment de toxines. Ces mêmes sandwiches ont été donnés à une femme pauvre, 72 heures plus tard; les 5 personnes qui en ont mangé ont failli mourir.

Comment expliquer que toutes les personnes qui ont mangé des aliments contaminés ne soient pas toutes malades au même degré, ou ne le soient pas du tout.

Il y a d'abord la résistance naturelle et le degré de contamination des aliments ingérés, autant de facteurs qui doivent s'imposer à l'attention lors d'une enquête épidémiologique.

D'autres aliments mal conservés peuvent aussi causer les mêmes inconvénients (pâtisseries contenant du flan ou de la crème: éclairs, choux à la crème, mille-feuilles, etc..).

*
* *

a) Les recherches à faire se résument à *trouver l'aliment incriminé* celui qui a été commun à toutes les personnes atteintes.

b) Se procurer une certaine quantité de l'aliment et l'expédier avec de la glace aussitôt que possible au laboratoire, pour examen bactériologique et expérimentation physiologique sur animaux.

c) Prélever des échantillons des excrétions intestinales des malades et les envoyer au laboratoire pour la recherche et l'indentification microbienne.

d) Prendre les précautions nécessaires pour empêcher la propagation de la maladie tant qu'un diagnostic positif n'a pas été établi. Fermer l'établissement s'il y a lieu. Les manipulateurs d'aliments suspects doivent être tenus sous observation re: furoncles, plaies suppurantes, affections cutanées, etc.

e) Dans certaines localités, s'assurer de la qualité de l eau et du lait.

f) Il est important de connaître les aliments pris durant les dernières 48 heures.

Une enquête est d'autant plus difficile à mener à bonne fin qu'il s'est écoulé plusieurs heures; même s'il reste des aliments, il peut s'y être produit des changements.

Lorsque plusieurs personnes sont malades dans les 2 ou 3 heures après le repas suspect, l'attention doit plutôt se porter sur ce repas et sur les aliments mangés par le plus grand nombre de personnes.

Si les symptômes apparaissent chez plusieurs personnes et à intervalles, il est bon de rechercher les aliments pris durant les 3 ou 4 repas précédents.

Si plusieurs personnes sont malades après avoir mangé différents aliments à un même repas, il est bon de faire une liste complète de ces aliments et de procéder par élimination durant l'enquête, afin de pouvoir déceler l'aliment qui a pu causer l'empoisonnement.

Ici, il ne faut pas perdre de vue la résistance des individus et le degré de contamination qui peut ne pas être uniforme dans tout l'aliment en faute. Il est à remarquer aussi la réaction nerveuse chez certaines personnes présentes au repas, qui, par réflexe, peuvent ressentir les mêmes malaises sans avoir aucunement mangé des aliments suspects.

Il est parfois difficile d'obtenir des renseignements précis surtout des personnes qui ont été malades. On semble avoir oublié, la plupart du temps, les aliments pris aux repas précédents, et lorsqu'on a une idée préconçue que tel aliment est en faute, il est à peu près impossible de changer cette idée. On semble oublier tout le reste pour revenir incessamment à celui que l'on croit en cause.

S'il s'agit d'aliments en conserve, personne

n'enlèvera des esprits que ces aliments sont responsables de tous les inconvénients subis. Heureusement qu'il n'est pas très fréquent que les aliments en conserve causent des empoisonnements.

Cherchons plutôt les aliments préparés d'avance et mal conservés, ne fut-ce que quelques heures. L'enquête doit donc porter sur les principaux points suivants:

1. Combien de temps s'est-il écoulé entre le repas suspect et les premiers symtômes?
2. D'autres personnes ont-elles été malades?
3. Dans l'affirmative, donner le nom et l'adresse de chacune.
4. D'autres personnes ont-elles mangé des mêmes aliments sans être malades?
5. Toutes les personnes malades ont-elles mangé les mêmes aliments ou un même aliment?
6. Quels ont été les premiers symptômes? Quand sont-ils apparus? Et quelle en a été la durée?
7. Quels ont été les symptômes subséquents? Quand sont-ils apparus? Et quelle en a été la durée?
8. Symptômes: douleurs d'estomac et d'intestins, vomissements, nausées, prostration, température élevée, commotion nerveuse, diarrhée, paralysie partielle, évanouissements.
9. Durée des symptômes, surtout des vomissements et de la diarrhée.
10. Y a-t-il eu constipation?
11. Obtenir tout autre renseignement des malades, se rapportant à leur maladie; a-t-on déjà subi une intervention chirurgicale et pourquoi?
12. Les personnes ont-elles déjà souffert de troubles digestifs ou d'estomac?
13. Dans l'affirmative, en donner le nature et la durée.
14. Le nom du médecin qui a traité les malades, le cas échéant.
15. La nature de la dernière maladie.
16. Un aliment spécifique est douté.
17. Dans l'affirmative, quel aliment, et pourquoi?
18. Quels sont les aliments mangés au repas précédent?
19. L'heure des repas?
20. Quels ont été les aliments mangés entre les repas, ou après le dernier repas?
21. Le genre d'ustensiles utilisés et la durée de la cuisson?
22. Les animaux domestiques (chiens, chats, etc.,) ont-ils mangé les mêmes aliments? Dans l'affirmative, ont-ils été malades, ou des réactions quelconques se sont-elles manifestées?
23. Combien de temps s'est-il écoulé depuis l'achat des aliments suspects jusqu'à leur préparation? Où et combien de temps ont-ils été gardés avant d'être mangés?
24. Genre, condition et température de la glacière au moment de l'enquête.
25. Quelques membres de la famille ont-ils souffert récemment d'une maladie quelconque, spécialement de furoncles, d'anthrax ou de blessures purulentes?
26. Si des enfants seuls ont été malades, peuvent-ils avoir eu accès aux poubelles dans la rue, dans les cours ou dans les ruelles?
27. Propreté du logement et des personnes.
28. Quelqu'un a-t-il prélevé des échantillons ou des restes des aliments douteux?
29. Quel remède le médecin consulté a-t-il prescrit?
30. Condition des malades actuellement?
31. S'ils sont hospitalisés, aller obtenir les renseignements supplémentaires, sur place, des malades eux-mêmes.
32. Nom de la personne qui donne les renseignements.
33. *Apporter, si possible, le reste de l'aliment suspect pour analyse.*
34. S'il s'agit d'aliments en conserves,

obtenir le nom du fabricant, et l'endroit où cet aliment a été acheté.

35. Retenir s'il y a lieu tous les aliments de même marque de fabrique et de même nature qui se trouvent encore chez le marchand.

36 .Obtenir tout renseignement additionnel qui puisse être utile.

37. En cas de mortalité, si une autopsie a été pratiquée, s'assurer de la cause exacte de la mort .

* * *

Pour terminer, je résumerai quelques-unes des principales *précautions à prendre* pour éliminer ou au moins diminuer les empoisonnements:

a) Propreté méticuleuse chez les manipulateurs d'aliments, mains propres, bien lavées, habits propres.

b) Aucune personne malade ou qui l'a été récemment, qui souffre de maladie aiguë ou chronique de la peau, des voies respiratoires, de plaies suppurantes, ne doit préparer les aliments.

c) Les aliments doivent être de bonne qualité et gardés à une *température ne dépassant pas 50°F.* Non seulement faut-il avoir une glacière ou appareil frigorifique, mais il est de toute première nécessité que l'appareil soit tenu à la température précitée depuis le moment où l'on y met les aliments jusqu'à ce qu'ils soient mangés.

Ne pas oublier que le degré de température à l'endroit où les aliments sont gardés est le plus important. Des expériences nombreuses ont été faites à ce sujet.

Par exemple de la crème contenant des staphylocoques était inoffensive, gardée à une température suffisamment basse, mais elle devenait toxique laissée dans une pièce durant 5 heures.

Conséquemment, la symptomatologie, l'épidémiologie, la pathologie et les analyses de laboratoires sont les facteurs indispensables qu'il faut étudier attentivement et sous tous leurs aspects pour en arriver à un diagnostic concret des empoisonnements de source alimentaire.

VARIÉTÉS

L'EAU DE LA REINE DE HONGRIE

Gabriel NADEAU (Rutland, Mass.).

On employait en pharmacie, sous le Régime français, une préparation qui portait le nom *d'eau de la reine de Hongrie*. Ainsi, en 1716, Louis Juchereau de Saint-Denys s'en sert pour sa femme qui s'était évanouie. Il était parti du village des Natchitoches, en Louisiane, pour aller la voir à la rivière du Nord, à quelques douze cents lieues de là. Il fit le voyage avec Jalot, son valet de chambre. Il arriva de nuit et voulut surprendre madame de Saint-Denys, qui n'avait pas eu de ses nouvelles depuis longtemps et ne l'attendait pas. Elle se promenait dans son jardin. « Pendant que Jalot relevoit le fagot, raconte Pénicaut, M. de Saint-Denis avançoit tout doucement dans le jardin; il y aperceut sa femme à la lueur d'un petit clair de lune qu'il faisoit; elle s'y promenoit seule. Il alla à elle pour l'embrasser, mais elle fit un cri, de la frayeur qu'elle eut, dont elle tomba esvanouie. M. de Saint-Denis, ayant heureusement sur luy une bouteille d'eau de la Reine d'Hongrie, luy en mit sous le nez, ce qui la fit revenir à elle, et, l'ayant reconnu, elle se jeta à son col ». (1)

En 1748, la Mère Marie-Andrée Duplessis de Sainte-Hélène, de l'Hôtel-Dieu de Québec, écrit à Féret, apothicaire de Dieppe: « Je vous prie Monsieur de m'enseigner un remede pour les vents, nous avons une Religieuse qui est souvent prete a étoufer tant elle est tourmentée, si ma sœur vous demande quelque chose, joignez y sil vous plait quelque fioles d'eau de la reine d'hongrie elle est rare icy et on en a besoin dans les maladies, mettez les sur le memoire je les payeray a ma sœur ». (2)

L'eau de la reine de Hongrie était aussi, il va sans dire, employée en France. Elle jouit même, à une certaine époque, d'une grande renommée à la Cour et à Paris. Madame de Sévigné en raffolait. Elle souffrait de vapeurs et la princesse de Tarente lui avait conseillé l'essence d'urine. « Pour mes vapeurs, écrit-elle à sa fille, la comtesse de Grignan, je pris huit gouttes d'essence d'urine et, contre son ordinaire, elle m'empêcha de dormir; mais j'ai été bien aise de reprendre de l'estime pour elle; je n'en ai pas eu besoin depuis. En vérité, je serais ingrate si je me plaignais ». Hélas ! ni l'essence d'urine ni l'eau d'émeraude, qui était à base d'esprit d'urine aussi, paraît-il, ne purent la soulager. On lui vanta l'eau de la reine de Hongrie et elle en essaya. Bientôt elle écrit à sa fille: « Je m'en enivre tous les jours; j'en ai dans ma poche; c'est une folie comme le tabac; je la trouve excellente contre la tristesse ». (3) C'est Amonio, médecin italien, qui lui avait fait des éloges de cette préparation. « J'avais auprès de moi, écrit-elle, un joli médecin qui me consolait beaucoup; il ne me dit pas une parole qu'en italien; il me conta pendant toute l'opération mille choses divertissantes; c'est lui qui me conseilla de mettre mes mains dans la vendange, et puis une gorge de bœuf, et puis, s'il en est encore besoin, de la mœlle de cerf et de l'eau de la Reine de Hongrie ». (4) En plus de vapeurs, la marquise souffrait de rhumatisme.

L'eau de la reine de Hongrie était très populaire à Versailles. Quand le duc de Bretagne, petit-fils du Grand Dauphin, tomba gravement malade, on le soigna avec de l'eau de la reine de Hongrie. Il souffrait d'une toux violente et de convulsions. L'eau resta sans effet et il mourut peu de temps après. (5)

Il est fait mention dans plusieurs mémoires du temps de l'emploi de l'eau de la reine de Hongrie à la cour. Ainsi, à une réception, la duchesse de Saint-Simon, qui était enceinte, se trouva mal et madame d'Armagnac, sa voisine, lui fit respirer de cette eau. Le duc, son mari, raconte ailleurs dans ses *Mémoires* que l'hiver de 1709 fut si terrible que les flacons d'eau de la reine de Hongrie éclatèrent. « Un faux dégel fondit les neiges qui avoient couvert la terre pendant ce temps-là; il fut suivi d'un subit renouvellement de gelée aussi forte que la précédente, trois autres semaines durant. La violence de toutes les deux fut telle que l'eau de la reine de Hongrie, les élixirs les plus forts, et les liqueurs les plus spiritueuses cassèrent leurs bouteilles dans les armoires de chambres à feu, et environnées de tuyaux de cheminée, dans plusieurs appartements du château de versailles, où j'en vis plusieurs ». (6)

L'eau de la reine de Hongrie n'était pas employée que par la noblesse. Elle était en vente chez tous les apothicaires et Féret, qui fournissait de drogues l'Hôtel-Dieu de Québec, l'annonçait dans un prospectus en 1758, avec l'eau de miel d'Angleterre, l'eau de lavande spiritueuse, l'eau de fleur d'Oranger de Montpellier, l'eau sans pareille, l'eau de mélisse magistrale et l'eau vulnéraire balsamique. (7)

Quelle était la composition de cette eau et d'où tirait-elle son nom? C'était simplement un alcoolat de romarin, auquel on ajoutait de la lavande, de la sauge ou des huiles aromatiques. (8) Le romarin s'employait alors comme emménagogue, galactagogue et diurétique; mais on lui accordait d'autres propriétés. Dans une pharmacopée de 1773 on lit: « Le romarin possède une vertu échauffante & roborante; c'est un excellent remede dans toutes les maladies de la tête, des nerfs, des viscères, & des parties nerveuses, qui proviennent de cause froide & de l'atonie, soit qu'on l'emploie intérieurement ou extérieurement. Il guérit aussi la jaunisse & les flueurs blanches; on en fait boire la décoction; elle favorise aussi l'écoulement des regles, leve les obstructions glanduleuses des enfants, & dissipe les squirrhes... Son huile distillée, donnée à la dose de quatre ou six gouttes, avant l'accès, emporte la fievre tierce... C'est avec les fleurs & les calyces de cette plante, mis en digestion dans l'esprit-de-vin, qu'on fait cette eau distillée, connue sous le nom *d'eau de la reine d'Hongrie*: elle est vulnéraire, stimulante & cordiale; elle se donne par cuillerées; on la fait respirer dans la défaillance & la syncope, pour rappeller les esprits: on y détrempe du coton qu'on met dans les oreilles pour en calmer les douleurs. On trouve encore dans les boutiques du miel préparé avec les feuilles de cette plante; on l'appelle *miel anthosat*: il y a aussi un syrop qui est céphalique ». (9)

Cabanès a pensé que cette préparation pharmaceutique tirait son nom d'une reine de Hongrie. « L'eau de la Reine de Hongrie, nous le savons aujourd'hui, écrit-il, n'était autre que l'alcoolat de romarin, dont la recette se trouve tout au long dans un livre de *Secrets* de 1660, et qui proviendrait d'une reine Isabelle de Hongrie, qu'on a parfois confondue avec sainte Elisabeth ». (10) Il se trompe. C'est un Capucin du nom de Rousseau qui en est l'inventeur et lui donna ce nom pour mystifier les gens. Rousseau et son confrère le Père Aignan avaient obtenu de Louis XIV la permission d'ouvrir un laboratoire au Louvre et c'est là qu'ils pratiquaient la pharmacie. Le père Aignan est l'auteur du *Baume tranquille*, qui contenait à l'origine « autant de gros crapauds vifs qu'il y a de livres d'huile ou à peu près ». Madame de Sévigné fait l'éloge de ce baume dans ses lettres. Quant au père Rousseau, il inventa aussi un laudanum qui porte encore son nom. (11) Ces deux Capucins, à la fois charlatans et apothicaires amateurs, s'arrogèrent bientôt le crédit de cures merveilleuses et leurs prétentions suscitèrent la publication d'un pamphlet intitulé: *Reflexion sur la vanité outrée des*

Pères capucins qui sont au Louvre, gravés dans un Laboratoire et inserés dans le Mercure galant. (12)

Les pamphlets n'arrêtèrent pas la vente de l'eau du Père Rousseau et sa réputation se répandit par toute l'Europe. Le docteur John-Mervin Nooth, qui séjourna à Québec à la fin du XVIIIe siècle, s'en servait pour les chancres syphilitiques. C'est Swediaur, le premier auteur européen à parler du *Mal de la Baie Saint-Paul,* qui nous le dit: « The best remedy, écrit-il, as well for preventing as for curing recent shankers, I find, after repeated trials, to be spirit of wine, rum, and, still better. Hungary water, or lavender spirit. The use of this efficacious remedy was first communicated to me by Dr Nooth, physician in London; the same who is the inventor of the ingenious apparatus now generally in use for impregnating water with aërial acid ». (13) En France cependant, l'eau de la reine de Hongrie était tombée au rang des eaux de senteur. Le Grand Duquesne, parent de notre gouverneur, ne s'en servait que pour parfumer son linge et sa perruque. (14)

En 1776, alors que le mouvement révolutionnaire qui avait soulevé nos voisins, commençait à agiter la population canadienne, le Gouverneur Carleton nomma trois commissaires chargés de s'enquérir de l'état des esprits dans les paroisses de la région de Québec. Dans le procès-verbal de leur enquête, on trouve pour la paroisse de Saint-Vallier le passage suivant: « La veuve Gabourie surnômée la reine d'Hongrie a fait plus de mal dans cette paroisse qu'aucun autre; elle tenait souvant chez elle des assemblées où elle présidait, tandant à soulever les esprits contre le gouvernement et à les animer en faveur des rebels. Pour mieux parvenir à son but détestable elle leur faisait boire des liqueurs fortes ». (15) Voilà bien un *puzzle* historique. Pourquoi appelait-on cette femme la reine de Hongrie? Elle devait se parfumer abondamment à l'eau de la reine de Hongrie. C'est l'explication le plus plausible de son sobriquet. Il n'est pas permis de supposer qu'elle fût de mœurs légères et que ce titre de Reine de Hongrie ait été un nom de guerre. Les Commissaires l'accusent de servir à boire; si elle avait été folle de son corps, ils n'auraient certes pas manqué de nous le dire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pierre MARGRY: *Mémoires et documents pour servir à l'histoire des origines françaises des pays d'outre-mer,* Paris 1887, V. 543-544. Sur Juchereau de Saint-Denys, voir Pierre-Georges Roy, *La Famille Juchereau Duchesnay,* Lévis, 1903, 150. ss.
2. *Nova Francia,* 1931, VI, 54.
3. CABANES: *Médecins amateurs,* 124.
4. CABANES: *Op. cit.,* 126-127. Le comte de Grignan, gendre de madame de Sévigné, faillit être gouverneur de la Nouvelle-France. Le 7 avril 1672, la marquise écrivait à sa fille: « Ayez une vue du Canada comme d'un bien qui n'est plus à votre portée; M. de Frontenac en est le possesseur. On n'a pas toujours de pareilles ressources; mais quoique votre philosophie vous fasse imaginer, c'est une triste chose que d'habiter un nouveau monde, et de quitter celui qu'on connaît et qu'on aime pour aller vivre dans un autre climat avec des gens qu'on serait fâché de connaître en celui-ci. » (Pierre-Georges Roy, *Les Mots qui restent,* Québec, 1940, I, 21-22). On a souvent maudit Voltaire pour ses « arpents de neige ». Que penser des sentiments exprimés ici par la spirituelle marquise sur les habitants de la Nouvelle-France?
5. CABANES: *Mœurs intimes du passé,* VIIe série, 189.
6. *La Cour de Louis XIV,* Collection Nelson, 570.
7. Marc JARYC: La publicité médico-pharmaceutique en France depuis le XVe siècle, *Hippocrate,* 1934, II, 49. L'en-tête du prospectus de Féret se lisait: « Le Sieur Feret, marchand apoticaire, demeurant à Dieppe, Grande-Rue, près le Puits salé, à l'enseigne de la Ville de Paris, Fait et Vend toutes sortes de Préparations de Chymie les plus rares; Vend aussi des Epiceries & Drogueries de toutes espèces, tant en gros qu'en détail ».
8. La formule de l'eau de la reine de Hongrie se trouve encore dans des pharmacopées assez récentes. Par exemple, dans le *National Standard Dispensatory* des Etats-Unis, édition de 1905. Le *Traité élémentaire de matière médicale* des Sœurs de la Providence, Montréal, 1890, mentionne l'alcoolat de romarin. Dans le *New Standard En-*

cyclopedia (New-York, 1909), on lit à l'article Hungary Water: « A distilled water consisting of dilute alcohol aromatized with the tops of flowers of rosemary or other aromatic substances, used as a perfume; so called because first made for the use of a queen of Hungary. »

9. *Dictionnaire raisonné-universel de matière médicale,* Paris, 1773, III, 659.
10. CABANES: *Médecins amateurs,* 124.
11. P. DORVEAUX: Historique de l'eau de la Reine de Hongrie, *Liber memorialis du premier Congrès de l'art de guérir,* Anvers, 1920. Cité par Marc Jaryc, *Loc. cit.,* 56.
12. Marc JARYC, *Op. cit.,* 56.
13. *Practical Observations on Venereal Complaints, To Which Are Added, An Account of A New Venereal Disease Which Has Lately Appeared in Canada; And A Pharmacopoeia Syphilitica,* Edimbourg, 1788, 3e édition, 120.
14. CABANES: *Médecins amateurs,* 124-125.
15. Pierre-Georges ROY: *Rapport de l'Archiviste... pour* 1927-1928, 480. Cette veuve Gaboury devait être Marie-Basilisse Corriveau, qui avait épousé Joseph-Louis-Marie Gaboury à Saint-Vallier en 1761. Alors elle se trouvait être la parente éloignée de Marie Corriveau pendue et encagée en 1763 pour le meurtre de son mari. M. Pierre-Georges Roy écrit de la cage de la Corriveau, dans son livre *A Travers les Anciens Canadiens de Philippe Aubert de Gaspé* (Montréal, 1943, 141): « Des commerçants peu scrupuleux volèrent cette cage, l'exhibèrent à Québec pendant quelque temps, puis la vendirent à l'impresario Barnum qui la montra à New-York pendant plusieurs années. Elle finit par être détruite dans l'incendie des bizarreries de toutes sortes que Barnum avait réunies dans la grande ville américaine ». La cage de la Corriveau existe encore; elle se trouve au Musée Peabody, de Cambridge, Massachusetts.

LA VIE MÉDICALE

L'indéterminé alimentaire et les vitamines

Gaston BAISSETTE (France).

Avant Lavoisier, qui créa les bases de la chimie et de la biologie, les notions sur l'alimentation humaine relevaient de la plus grande fantaisie. Elles n'avaient guère progressé depuis qu'Hippocrate avait écrit le traité de l'Ancienne Médecine et le traité sur le Régime des gens en santé.

En 1816, Magendie exposait à l'Académie des Sciences le premier travail expérimental relatif à l'étude de l'importance comparée des substances nutritives. Mais c'est Claude Bernard qui, avec la rigueur de sa méthode expérimentale, étudia ce rôle, dans le fonctionnement vital, de chacun des constituants de la ration alimentaire: albumines, graisses, sucres, amidons.

Le terrain était défriché, la base expérimentale établie, la voie du progrès était ouverte.

Tous les résultats concordaient pour confirmer que les albuminoïdes, c'est-à-dire la viande, présentent un caractère de nécessité que les autres composants ne présentent pas.

Nous allons assister alors à l'une de ces curieuses contradictions qui illustrent la marche du progrès humain: la découverte entraînant l'erreur, la marche en avant d'une technique provoquant un recul durable dans ses applications.

La médecine étant l'étude des fonctions vitales, est tributaire de toutes les sciences, en particulier de la physique et de la chimie; mais elle est toujours plus complexe, puisqu'elle s'appuie sur le phénomène même de la vie dont l'origine nous est inconnue, et dont nous pénétrons peu à peu les mystères avec les plus grandes difficultés; or, en cette fin de la première moitié du 19e siècle, Mayer découvrait le principe de la conservation de l'énergie, et Carnot le principe de la transformation de l'énergie, ce qui allait bouleverser la société en donnant naissance à la grande industrie. Les esprits étaient alors orientés vers les équivalences énergétiques, et, en médecine, l'école de Berthelot prouva que les phénomènes de la vie obéissaient, comme les autres phénomènes de la nature, au principe de Carnot. Les aliments n'étaient que des réserves d'une énergie potentielle qui se dégageait dans l'organisme par combustion lente pour assurer le déroulement des phénomènes vitaux. C'est le temps où des esprits mécanistes n'hésitaient pas à représenter le corps humain comme une chaudière qu'il fallait alimenter en combustible pour éviter l'extinction.

Cette découverte de la valeur énergétique alimentaire était considérable. Mais il se produit souvent, à la suite des grandes découvertes, un dépassement du seuil de la simplification justifiable, ce que nous pourrions appeler un processus de *simplification excessive*: les composants alimentaires, protides, glucides et lipides, n'avaient pas de valeur intrinsèque, et pouvaient se substituer les uns aux autres, puisque seul comptait le total de l'énergie potentielle apportée par la ration. On abandonnait le point de vue qualitatif, pour ne retenir que l'aspect quantitatif, plus satisfaisant pour l'esprit qui peut ainsi chiffrer et établir des lois précises, mais on abandonnait ainsi une petite notion acquise, celle du *minimum d'albumine* nécessaire aux échanges vitaux, et c'était pourtant ce mince fil conducteur qui montrait la vraie voie de l'avenir.

Les conséquences de ces acquisitions nouvelles allaient être considérables, et bouleverser l'état sanitaire du monde entier. C'était l'époque où, par ce même processus de simplification excessive, les élèves de Pasteur avaient répandu la Grande Peur du microbe, contre qui il fallait lutter sur tous les plans. L'on

s'attacha alors, d'une part, à débarrasser les aliments de tout ce qui était inutile, pour ne garder que les parties strictement nutritives. On élimina les feuilles, le son, les enveloppes des graines et du fruit, pour garder la chair, le contenu des céréales, le sucre, l'huile, les graisses purifiés. Ce fut l'époque du pain blanc, de la farine immaculée, des graisses décortiquées, des viandes et des fruits très cuits. On fit bouillir, on stérilisa. Ce fut le triomphe de la conserve, des aliments réduits à leur essence et purifiés.

Qu'arriva-t-il alors? Eh bien, il se passa dans le monde entier, quelque chose de nouveau et de sensationnel. La planète tomba malade. Dans tous les pays civilisés, un mal inconnu, insidieux ou brutal, s'instaura, et se développa chez les générations suivantes. C'était chez les nourrissons et les enfants un nombre considérable de morts, de troubles de croissance, de caries dentaires, de cas de rachitisme grave. Chez les adultes, des troubles de la nutrition qui transformaient lentement le terrain, modifiaient les propriétés physico-chimiques du milieu humoral et organique, perturbaient les équilibres et les mécanismes régulateurs; les sujets devinrent non résistants aux maladies contagieuses. La tuberculose, le cancer, se développaient. Le scorbut, la pellagre, le béribéri étaient mortels, considérés comme incurables.

Les médecins, les savants, en présence de ces maux d'origine inconnue, cherchaient une méthode pour percer le mystère. Ils étudièrent la physiologie et la pathologie expérimentale de petits animaux, tels que les souris, dont la reproduction rapide permettait d'englober de nombreuses générations. Enfin une lueur apparut: on finit par déceler une relation entre les maladies incriminées et les opérations de purification que l'homme faisait subir aux aliments; les aliments purs et dosables (minéraux, graisses, sucres, protéines) ne pouvaient suffire à entretenir la vie: il y avait *l'indéterminé* alimentaire, la part non dosable, l'impondérable, qui devaient contenir les principes vitaux; on admit donc que les opérations de purification des aliments éliminaient des substances hypothétiques indispensables agissant à faibles doses comme des catalyseurs, et Funck, en 1912, les nomma *vitamines*.

Un nouveau chapitre de la biologie s'ouvrait, et il acquit une telle importance que nous ne pourrions, dans cette courte chronique, en donner une idée; mais il faut savoir que de nombreuses vitamines ont été découvertes dans les corps organiques, qu'elles ne sont plus des substances hypothétiques, qu'on a énoncé la formule chimique et réussi la synthèse de plusieurs d'entre elles. Les recherches nouvelles transforment avant tant de rapidité les acquisitions de la science dans cette branche, que l'on ne peut connaître ce que l'avenir nous réserve sur la fonction des vitamines, leur composition, leur nombre, leurs rapports réels avec les hormones et les acides aminés. Bien des mystères restent à éclaircir. Le problème de l'indéterminé alimentaire a été reculé, mais non résolu. Il est curieux de constater que les vitamines, après avoir été les facteurs de l'indéterminé, sont entrées maintenant dans la composition des conserves alimentaires. L'expérience nous dira si leur action dans l'intimité des tissus peut être entièrement déterminée.

NOS ORGANISMES PROFESSIONNELS

J.-Ed. DORION (Québec).

Ignorant le danger de vivre dans un pays mixte à double religion et à double culture, un trop grand nombre de médecins canadiens-français et catholiques se réfugient strictement dans la pratique médicale, et affectent d'ignorer les problèmes inhérents à cette situation, comme si nous n'étions tous solidaires les uns des autres et irresponsables de l'influence que nous exerçons indubitablement autour de nous.

C'est ainsi, par exemple, qu'ils considèrent la médecine comme une science internationale, un point c'est tout; et que vivant dans un pays mixte, nos organismes doivent être nationaux, c'est-à-dire fédéraux. Ajoutons à cela que la pratique médicale se commercialise et qu'un matérialisme insidieux commence à l'envahir, le médecin visant à être totalement et seulement un scientifique.

Il n'y a pas l'ombre d'un doute que, de par notre profession, nous sommes destinés à jouer un rôle comme individu et comme corps dans notre province.

En cela, deux principes de base nous aiderons, à savoir:

A) Si la médecine est une science internationale, la pratique médicale ne l'est pas, car elle embrasse tellement de problèmes extramédicaux et intéresse de si nombreux facteurs de la vie d'un peuple, qu'elle pénètre la vie intime de celui-ci; c'est pourquoi cette pratique doit se faire suivant les besoins ethniques et les aspirations culturelles de chaque peuple.

B) Nos organisations professionnelles de base telles que nos sociétés médicales et nos bureaux médicaux, et nos organisations intermédiaires telles que la Fédération des Sociétés Médicales et l'Association des Bureaux Médicaux des Hôpitaux, jouant le rôle de syndicat au sein de notre corporation, doivent par conséquent être confessionnelles.

Quant à nos organismes supérieurs, tels que:

I) les confédérations (non encore en existence) formées par la réunion à leurs sommets de la Fédération des Sociétés Médicales françaises P. Q. et de la Fédération des Sociétés Médicales anglaises P. Q., de même que l'Association des Bureaux Médicaux des Hôpitaux P. Q. avec l'Association des Bureaux Médicaux des Hôpitaux anglais P. Q.;

II) le Bureau Provincial de Médecine ordinairement appelé le Collège des Médecins et Chirurgiens P. Q.;

ils doivent être non confessionnels.

Quant aux organismes fédéraux, ils relèvent des mêmes principes de base.

Il doit exister dans le domaine fédéral deux organismes, et ils existent, en effet, sous le nom de l'Association des médecins de langue française du Canada et de la «Canadian Medical Association»; associations à caractères à la fois scientifique et économico-social, dont l'une représente l'élément français en majorité dans notre province et en minorité dans les autres provinces et l'autre, l'élément anglais en minorité dans notre province et en majorité dans les autres provinces; associations devant agir parallèlement dans leurs domaines respectifs auprès du gouvernement fédéral.

Les médecins, quels qu'ils soient, peuvent être membres des deux organisations en regard de leur perfectionnement scientifique; mais pour ce qui concerne les problèmes économico-sociaux inhérents à la pratique médicale, ceux-ci doivent être réglés par le comité des questions économiques et sociales de chaque organisme mis en cause. Ainsi chacun, sachant à quel organisme il doit appartenir et ce pourquoi il doit en être membre ; et chaque organisme lui-même, que ce soit les sociétés médicales ou les fédérations ou les confédérations ou le Collège ou les organismes fédéraux, chacun jouant le rôle qui est le sien, l'harmonie régnant et l'action décuplée, notre corps professionnel jouera plus facilement son rôle comme facteur au sein de la nation.

CHRONIQUE SÉMÉIOLOGIQUE

OCHRONOSIS

Roméo BOUCHER.

J'ai reçu, l'autre matin, une lettre dont je vous transmets la teneur, sans y changer le moindre mot, la plus petite virgule ou le plus simple accent:

« Monsieur l'espécialisse, me dit cette correspondante, je vous écrit avec plésir pour vous fer asavoir que j'ai les oreilles vartes et que je passe dans mes eaux du bleu à l'avé qu'on dirait que j'ai el farsin. Y a que mes voisines a risent de moi et j'aime pas ça. Je voudré me guérir sans me fer opéré. Et pis y a mon mari qu'aime pas ça non plus pantoute. Jé bien le plésir de vous çaluer, bien à vous, Madame X...

P.S. J'iré vou voir mardi matin, à 8 heur, rapport à l'otobus votre dévouée. »

Diable, une malade qui urine bleu et dont les oreilles sont vertes! Voilà qui ne court guère les rues. Et si c'était une bonne blague? N'empêche que ce jour-là je me suis rendu à l'hôpital plus tôt que de coutume. Pour attendre en vain. Toute la journée. De malade point. D'oreilles vertes, pas le plus petit bout. D'urine bleue, pas la moindre trace. Bref, j'ai oublié l'incident. Un peu déçu, cependant...

Un mois après, dans l'après-midi, une femme d'un certain âge entre dans mon bureau et me dit, comme ça, en s'asseyant:

— C'est moi!

— Ah?

— C'est moi qui vous ai écrit...

— Vous m'avez...?

— Mais oui, vous savez ben, les oreilles vertes (elle dit: vartes) et pis mes eaux qui sont bleues. Tenez, regardez-moi, docteur.

Et, vivement, elle ôte son chapeau, soulève ses cheveux pour découvrir ses oreilles. Ma foi, elles sont bien vertes. Du moins, à distance. J'en reste comme deux ronds de flan. Mais je ne veux avoir l'air étonné, ni surpris. On a toujours son petit amour-propre, son « quant-à-soi » qui veut se faire passer pour en avoir vu bien d'autres. Au fond, j'étais mordu de curiosité. Je peux bien le dire maintenant: des oreilles vertes, c'était la première fois que j'en voyais. Et vous?

Puis, l'examen va son train de routine. Rien, je ne trouve rien. A peu de chose près. Quelques taches brunâtres aux sclérotiques, plus à gauche qu'à droite. Le pavillon des oreilles est nettement vert, surtout par transparence. De loin, on dirait plutôt qu'elles sont sales. La peau est d'un brun foncé, ornée, çà et là, de petites taches plus sombres, disséminées un peu partout, particulièrement marquées au niveau du cou-de-pied, des poignets, des genoux et des coudes. De plus, les mains et les pieds montrent une ostéo-arthrite assez prononcée.

Interrogée, la patiente raconte que cette maladie — si maladie il y a — a commencé il y a une dizaine d'années. Jamais elle n'a souffert d'ulcère de la cornée, ni appliqué aucun désinfectant dans ses yeux, tel que argyrol, acide phénique, etc... Cependant, détail intéressant, elle avoue avoir appris — car elle ne l'a pas connue — que sa grand-mère maternelle avait aussi le pavillon des oreilles drapé de vert. « Une des sœurs de ma mère pareillement! » s'écrie-t-elle, tout à coup, après un moment de réflexion. « Mais je ne l'ai pas vue parce qu'elle est dans les hôpitaux depuis son enfance, *rapport à ses os qui se cassent à rien du tout* » (textuel).

Voilà qui commence à éclairer singulièrement cet horizon diagnostique. Je suis donc en face d'une maladie pigmentaire, à localisa-

tions vertes aux cartilages des oreilles et brunes aux articulations des mains et des pieds, maladie à caractère mendélien récessif. De plus, l'ostéo-arthrite de notre malade et la fragilité osseuse de sa tante feraient aussi partie, d'après les auteurs que j'ai consultés, d'un syndrome rare, il est vrai, mais qui se rencontre parfois sous le nom d'*ochronosis*.

Pour peu que les urines montrent une trace d'alcaptone, la signature en est donnée. Seule, existe l'objection que les alcaptonuries sont brunes ou noirâtres, tandis que les urines de notre malade sont plutôt bleues, d'un bleu sale, sans doute, mais bleues. Mais, tout finit par s'expliquer par le bleu de méthylène qu'elle absorbe en quantité immodérée, sous la forme d'une spécialité commerciale bien connue. D'ailleurs, le laboratoire est nettement affirmatif quant à l'existence d'une alcaptonurie.

L'ochronosis est donc secondaire à la présence d'alcaptone dans les urines. C'est un trouble métabolique familial et récessif, sur la pathogénie duquel on ne sait rien d'autre que les signes que présente cette malade, venue de la campagne pour me consulter.

Inutile d'ajouter qu'elle est retournée chez elle, fort désappointée de mon savoir et, surtout, d'avoir à se soumettre de nouveau aux insinuations malveillantes de ses voisines, quant à la propreté de ses oreilles, et aux remarques incessantes de son mari, quant à l'orthodoxie de ses urines.

Société Médicale de Montréal

Séance du 11 décembre 1878.

Janvier 1879.

La lecture du Dr Laramée sur le jaborandi dans quelques épanchements pleurétiques, qui est publiée aujourd'hui dans notre journal, donne lieu à une discussion à laquelle prennent part les membres suivants:

Dr E. Desjardins. — L'écorce de la tige renferme autant de pilocarpine que les feuilles. Vulpian prépare l'infusion de jaborandi la veille du jour qu'il doit s'en servir. Albert Robin se sert de ce médicament dans la maladie de Bright; le jaborandi élimine une quantité considérable de l'urée qui se trouve alors dans le sang et produit ainsi des effets salutaires. D'autres (Sydney, Gould) s'en servent pour augmenter la sécrétion du lait. Vulpian et Gubler prétendent qu'il a une grande action sur les sécrétions pancréatiques et biliaires. Ces deux savants sont d'opinion différente sur le *modus operandi* de ce médicament.

L'ésérine est remplacée aujourd'hui par la pilocarpine. C'est un grand avantage vu les difficultés d'usage et le haut prix de l'ésérine. M. Hicker prône la révolution qui se fait contre l'atropine qui doit être remplacée par l'ésérine et par la pilocarpine. C'est là toute une révolution en ophtalmologie. Dans l'opération de la cataracte, l'enclavement de l'iris a déjà été amené par l'atropine. Depuis l'usage de l'ésérine on ne rencontre pas cet accident.

Dr Dagenais corrobore l'authenticité d'un des cas du Dr Laramée, et dit que, si le jaborandi agit sur toutes les glandes, c'est un dérivatif puissant que nous devons être heureux de posséder.

Dr E.-P. Lachapelle. — J'ai pu constater par moi-même que l'un des malades mentionnés dans la lecture du Dr Laramée avait été guéri par le jaborandi. Voici quelques notes sur les effets du jaborandi observés par le Dr Kahler. A petite dose, ce médicament diminue la pression du sang d'abord, et augmente ensuite la rapidité du pouls. A haute dose, il produit l'effet inverse. Le jaborandi, quoique placé comme l'antidote de l'atropine, n'est pas si sûr dans ses effets. Le Dr Kahler préfère les injections hypodermiques. Il recommande l'essai du jaborandi dans la bronchite, l'empoisonnement métallique et spécialement aussi dans la parotidite.

Dr Sév. Lachapelle. — Le jaborandi est encore si nouveau, que le peu que l'on en connaît doit avoir son utilité. Dans des expériences faites récemment, le Dr Vulpian conclut que la pilocarpine agit plus sûrement sur les glandes salivaires que sur les glandes sudorales, et est porté à croire, comme d'autres savants, qu'il doit y avoir dans le jaborandi un autre alcaloïde qui agirait plus particulièrement sur ces dernières glandes. Le Dr Laramée accorde la préférence au jaborandi plutôt qu'à la thoracenthèse dans les épanchements pleurétiques. J'ai cependant dans mes notes le rapport d'un médecin qui certifie avoir guéri la majorité des cas d'épanchements pleurétiques qu'il a opérés par la thoracenthèse aspiratrice, et cela par une seule ponction, sans drainage, sans injection détersive. Il est vrai que c'était chez des enfants au-dessous de dix ans qui se trouvent dans des circonstances avantageuses. Le fait n'en mérite pas moins d'être constaté.

Dr Rottot. — Les éloges que l'on donne au jaborandi sont tellement beaux, que je crains beaucoup que celui-ci ne puisse soutenir sa réputation. Faire disparaître l'effusion pleurétique en quelques jours, même en quelques heures, est chose extraordinaire. Il faut quelquefois être sceptique. Quel est le *modus operandi* de ce nouveau médicament? Si c'est par sa seule action sur les glandes salivaires et sudorales qu'il est si avantageux, pourquoi un autre remède qui produirait les mêmes effets ne serait pas aussi bon? Je ne crois pas à cette seule action qu'on lui donne, il doit y en avoir une autre inconnue. On prétend qu'il augmente la sécrétion de toutes les glandes de l'économie. Je doute qu'il produise tant d'effets. Néanmoins, le jaborandi mérite l'attention et nous ne devons manquer aucune occasion de l'expérimenter.

Dr Dagenais. — En pratique, on serait souvent embarrassé s'il fallait employer seulement les remèdes dont on connaît le mode d'action. Par exemple, tout le monde reconnaît que la quinine est antipériodique (sic), cependant peut-on se rendre compte de son *modus operandi?* J'avoue que les effets du jaborandi sont extraordinaires, mais est-ce que les faits ne sont pas concluants? Si ce remède agit sur toutes les glandes, on peut s'expliquer, jusqu'à certain point, son action efficace. Nous avons bien les diurétiques qui agissent spécialement sur les reins, les diaphorétiques sur les glandes sudorales, etc., etc.; je ne vois pas pourquoi la matière médicale ne posséderait pas un agent dont l'action, s'exerçant sur toutes les glandes de l'économie, aurait des résultats en proportion de cette action énergique.

Dr E.-P. Lachapelle. — Etant donné un malade chez lequel on constate un épanchement considérable

avec ses inconvénients, si on lui administre du jaborandi et si, après quelques heures, l'épanchement est diminué et que les symptômes se sont améliorés, il est évident que le remède a agi directement d'une manière particulière et si, à ce premier cas, il vient s'en ajouter d'autres également bien observés et donnant les mêmes résultats avec le même remède, il faut se rendre à l'évidence des faits quand même on ne pourrait pas s'expliquer le mode d'action de l'agent thérapeutique employé. Du reste, il en est ainsi de plusieurs médicaments employés tous les jours.

Dr Berthelot nous dit que le Dr Gubler donne le jaborandi trois ou quatre fois par jour quand il s'en sert dans les cas mentionnés. Gubler ni Vulpian n'ont jamais prétendu guérir avec une seule dose de jaborandi un épanchement pleurétique. Ce n'est pas non plus pour eux un remède unique. On fait l'infusion des feuilles la veille du jour qu'on doit s'en servir.

Dr Laramée. — Si M. le Dr Rottot exprime autant de doutes sur les vertus du jaborandi, je ne crains pas de déclarer que c'est parce qu'il se laisse aller à l'impression du moment; car si M. le docteur eut déjà expérimenté ce remède, il n'hésiterait pas de lui reconnaître les propriétés que lui ont trouvées ceux qui l'ont étudié particulièrement. Les cas de succès, que je viens de rapporter, ont gagné ma confiance entière dans le traitement des épanchements pleurétiques avec le jaborandi. Quant au *modus operandi* du médicament, je dis que j'accepte l'hypothèse dont je vous ai parlé, parce que je la trouve rationnelle. En supposant que ce mode d'action ne serait pas admissible, ça ne change rien au résultat thérapeutique. Je suis heureux d'annoncer que le jaborandi m'a donné entière satisfaction dans les cas que j'ai rapportés, et j'engage mes confrères de l'essayer quand il s'en présentera des occasions. Du reste, ceux qui, en France surtout, l'ont expérimenté sont des hommes connus si favorablement dans la science, qu'on peut accepter leur témoignage sans crainte. L'épanchement pleurétique étant une affection qui favorise les tubercules pulmonaires, il est urgent de combattre promptement cet ennemi. Le jaborandi est un médicament aussi facile qu'inoffensif qu'on peut opposer avec confiance à cette maladie.

Il est proposé par le Dr E.-P. Lachapelle, secondé par M. le docteur Ed. Desjardins, que des remerciements soient votés à M. H. Gray, pharmacien de cette ville, pour l'obligeance qu'il a eue de fournir à la Société des échantillons de préparations de jaborandi.

Le Dr E.-P. Lachapelle lecturera à la prochaine séance sur le cancer de la glande thyroïde.

Puis la séance est levée.[1]

Dr Sévérin LACHAPELLE,
sec.-trésorier S. M.

---

1. *Le scepticisme du Dr Rottot provoqua, au cours de cette discussion, des réactions d'autant plus vives qu'il tempérait des illusions qu'on désirait réalité. La sagesse du Dr Rottot ne se trompait pas. Nous avons toujours admiré le jugement sûr et réfléchi de ce grand praticien, homme pondéré, qui inspirait confiance. C'était avec le recul du temps que l'on peut juger le mieux les événements et les hommes. L'argumentation du Dr Rottot est toujours marquée du bon sens le plus limpide qui la rendait difficilement attaquable.*

(La Rédaction)

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd. psychol. », **94**: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

COUNCIL on Pharmacy and Chemistry (A. M. A.) — **La streptomycine.** (*Streptomycin.*) "J. A. M. A.", **135**: 839 (29 nov.) 1947.

Ce rapport résume ce que l'on sait à l'heure actuelle au sujet de la streptomycine: ses indications thérapeutiques, son mode d'administration, les phénomènes d'accoutumance et de toxicité qui accompagnent l'usage prolongé du nouvel antibiote.

Indications. La streptomycine triomphe dans les infections à bacilles ne prenant pas le Gram, soit: 1) dans la tularémie (causée par la « pasteurella tularensis ») ; 2) dans la méningite et la broncho-pneumonie dues à l'hemophilus influenzae (bacille de Pfeiffer) ; 3) dans les infections des voies urinaires et des plaies comme dans les bactériémies dues à l'escherichia coli (coli-bacille), au bacille proteus, au pseudomonas aeruginosa (bacille pyocyanique), à l'aerobacter aerogenes; 4) dans la peste (causée par la « pasteurella pestis ») ; 5) dans la méningite due aux bacilles qui ne prennent pas le Gram; 6) dans les infections à « klebsiella pneumoniae » (pneumobacille de Friedlaender) ; 7) dans la dysenterie bacillaire (causée par le genre shigella).

La streptomycine est parfois efficace dans des infections dont l'agent pathogène prend le Gram, lorsqu'il ne réagit pas à la pénicilline. Ce groupe comprend: 1) la bactériémie et la septicémie dues au streptocoque hémolytique; 2) l'endocardite causée par le streptocoque viridans (non hémolytique) ; 3) les infections à staphylocoques blancs et dorés; 4) le charbon. Pour toutes ces infections la pénicilline demeure l'antibiote de choix; il est rare que la streptomycine donne des résultats appréciables après un premier échec avec la pénicilline. Dans la diphtérie, l'on peut associer à l'anatoxine la streptomycine, mais celle-ci n'affecte pas les exotoxines diphtériques et ne joue qu'un rôle secondaire dans la médication; par contre, la pénicilline n'agit ni sur le « corynebacterium diphteriae » (bacille de Klebs-Loeffler) ni sur ses produits toxiques.

Il arrive que l'on obtienne avec la streptomycine des succès partiels dans le traitement de la coqueluche, de la tuberculose, de la lèpre et de la blennorragie; la valeur exacte de son emploi dans ces maladies n'est pas encore établie.

Conditionnement et posologie. La streptomycine se présente sous forme de sulfate ou de chlorhydrate, le principe actif constituant la base du sel. Une fiole contient un gramme de streptomycine. L'on dissout dans de l'eau stérile et apyrogène ou dans une solution isotonique de Na Cl, pour obtenir une concentration de streptomycine variant entre 100 et 500 milligrammes par centimètre cube. L'on doit conserver au froid les solutions et les renouveler chaque jour.

La dose thérapeutique varie avec la sensibilité de l'agent infectieux au médicament. Dans les infections aiguës, l'on recommande l'administration quotidienne de deux à trois grammes, par doses fractionnées aux trois ou quatre heures; dans les infections chroniques, une dose quotidienne de un ou deux grammes peut suffire. La streptomycine se donne par voie intramusculaire ou par voie sous-cutanée. Dans les méningites, il faut recourir aux injections intrathécales; la dose est au plus de 50 à 100 milligrammes par jour et la concentration de l'antibiote ne doit pas dépasser 50

milligrammes par centimètre cube. Toute obstruction mécanique au passage de l'urine empêche l'action de la streptomycine dans les infections des voies urinaires. L'emploi simultané de la pénicilline peut hâter la guérison dans les infections de type mixte.

L'on obtient généralement des résultats après une ou deux semaines de traitement.

Effets toxiques. Des doses excessives de streptomycine ou son usage prolongé au delà de deux ou trois semaines provoquent souvent des réactions toxiques, dont la principale atteint à divers degrés mais de façon permanente la fonction vestibulaire du VIII; il peut se produire également une hypoacousie transitoire, des éruptions de toute sorte, et, surtout chez les rénaux, de l'oligurie et de l'anurie. Dès que le malade se plaint de bourdonnements d'oreilles, la médication doit cesser.

Accoutumance microbienne. Les microbes, même les plus sensibles à la streptomycine, peuvent manifester assez tôt de l'accoutumance à son action bactériostatique. Lorsque le traitement institué s'avère sans effet, on détermine par des épreuves de laboratoire la résistance du microbe en cause à de fortes concentrations de streptomycine. Si la résistance est élevée, il n'y a aucun intérêt à continuer la médication.

J.-B. BOULANGER.

M. C. HARRIS et N. SHURE. — **Dermite eczématiforme due à la pyribenzamine.** (*Eczematoid Dermatitis following Ingestion of Pyribenzamine Hydrochloride, N. N. R. Tablets.*) "Journ. Allergy", **18**: 408, (nov.) 1947.

Cette médication s'emploie actuellement dans le traitement des manifestations allergiques et aussi dans de nombreux états non allergiques. Il est donc important de bien connaître les complications possibles imputables à ce médicament. Les auteurs énumèrent donc les réactions dues à la pyribenzamine: somnolence, lassitude, nervosisme, insomnie, sécheresse de la bouche, du pharynx et du nez, palpitations, céphalée, brûlements à la miction, troubles gastriques, diarrhée, sensation de compression thoracique. Ces troubles sont généralement sans gravité, mais on a récemment rapporté un cas de granulocytopénie et deux cas de dermite chez des eczémateux chroniques.

Après cette entrée en matière, les auteurs présentent un troisième cas de dermite médicamenteuse due à la pyribenzamine. La patiente n'a jamais présenté de lésions cutanées antérieures. Après une période de sensibilisation de six jours, il apparaît une éruption eczématoïde avec vésicules primitives frustes. Après disparition des lésions, une seconde administration du médicament amène une réapparition de la dermite. Les réactions ou épreuves cutanées demeurent négatives.

Ce cas remplit les critères nécessaires de la réaction allergique; période de sensibilisation (6 jours); après disparition des lésions, une nouvelle dose produit une réaction accélérée (réapparition en 6 heures); reproduction à volonté de la dermite par réadministration subséquente de pyribenzamine; enfin, réaction entièrement indépendante des propriétés chimiques et pharmacodynamiques de la pyribenzamine.

J.-M. BEAUREGARD.

J. G. TELFER. — **Emploi du Bal dans le saturnisme.** (*Use of Bal in Lead Poisoning.*) "J. A. M. A.", **135**: 835 (29 nov.) 1947.

Malgré les méthodes préventives actuellement en vigueur, le saturnisme demeure une affection fréquente et sérieuse. Malheureusement, nos moyens actuels de diagnostic et de thérapeutique sont inadéquats.

Les symptômes sont peu spécifiques. Assez fréquemment, le questionnaire renseigne peu: le patient n'est pas au courant du danger de son métier; il désire une indemnité de la Commission des Accidents du Travail et, enfin, l'on n'est pas encore complètement au courant des possibilités d'absorption du plomb.

Les examens de laboratoire sont loin d'être précis. L'anémie et la formule sanguine ne sont pas spécifiques. Les inclusions basophiles

des globules rouges sont inconstantes et ne sont pas pathognomoniques: elles ne surviennent qu'à la période aiguë ou pendant une phase de recrudescence. Comme le plomb est un élément normal du sang, il faut des dosages bien précis pour apprécier une élévation du taux sanguin ou urinaire. On peut même avoir une certaine augmentation de ce taux sans signes d'intoxication. Chez l'adulte, les dépôts plombiques dans les os, parfois visibles à la radiographie, n'ont aucune valeur diagnostique car cette « ligne plombique » se forme avant l'union des épiphyses. Il existe, toutefois, une relation entre l'apparition des symptômes et l'élévation du taux du plomb dans le sang. Comme l'excrétion urinaire s'élève parallèlement au taux sanguin, le dosage du plomb dans les urines des 24 heures donne une bonne idée de la valeur dans le sang.

Le plomb circulant se dépose dans les tissus et surtout dans les os; une fois déposé, il ne donne plus de trouble. Les récidives surviendront quand il sera remis en circulation. En se basant sur cette hypothèse, on a cherché à fixer le plomb dans les tissus jusqu'à rémission des symptômes. On remet ensuite le plomb graduellement en circulation, pour l'éliminer par l'urine tout en évitant une concentration sanguine trop toxique. Dans les cas douteux, on a tenté de remettre le plomb en circulation pour poser le diagnostic.

Des travaux expérimentaux tendent à indiquer qu'une balance calcémique positive favorise le dépôt du plomb et une balance négative aide à l'excrétion en augmentant le plomb en circulation. Un traitement, incluant des sels de calcium, par voies parentérale et orale, avec du lait en grande quantité et de la vitamine D, aiderait à fixer le plomb et le calcium dans les os. Une fois les signes cliniques disparus, une diète faible en calcium, associée à une thérapeutique acide, mobiliserait le plomb qui serait excrété peu à peu. D'autres auteurs, par contre, ne croient pas que le plomb puisse se fixer de façon stable sauf au niveau du tissu nerveux: il s'agirait donc simplement dans ce cas de faire excréter le plomb le plus tôt possible.

L'idéal serait donc une substance qui fixerait le plomb circulant pour le faire excréter sans signes de toxicité. Comme il est prouvé que le bal agit de cette manière en présence des sels d'arsenic, d'or, d'antimoine, de bismuth, de chrome, de nickel et de mercure, l'auteur tenta donc son emploi dans le saturnisme. Il présente un cas où le taux du plomb dans l'urine s'éleva notablement avec disparition des symptômes. Le bal serait donc utile pour le diagnostic et le traitement du saturnisme.

J.-M. BEAUREGARD.

PHTISIOLOGIE

Howard DAYMAN. — **Silicose latente et tuberculose.** (*Latent silicose and tuberculosis.*) "American Review of Tuberc", **53**: 554 (juin) 1946.

L'accord n'est pas encore fait sur cette question. Mais l'auteur nous fait part de ses expériences cliniques et expérimentales pour démontrer que la silicose favorise la tuberculose. Ceux qui sont atteints de silicose deviennent des sujets plus aptes à contracter la tuberculose. Cette maladie rendrait le terrain favorable à l'évolution tuberculeuse. L'auteur ne peut cependant pas spécifier combien de mois ou d'années prend la silicose pour rendre ces malades moins résistants aux bacilles de Koch.

Chez trois des malades, le contage silicotique remonte à 5, 7 et 14 ans respectivement. Au début, on ne remarque chez aucun malade des nodules typiques de la silicote; bien plus tard la tuberculose semble augmenter la grosseur des nodules, visibles aux rayons X, par des ombres plus marquées.

Paul-René ARCHAMBAULT.

C. Richard SMITH. — **L'alcool comme désinfectant du bacille tuberculeux.** (*Alcohol as a disinfectant against the tuberculous bacillus.*) "Extracts from Public Health Reports", **62**: 1285 (5 sept.) 1947.

On sait, depuis un siècle, que l'alcool a besoin d'eau pour exercer son action bactéri-

cide sur les bactéries desséchées et que les concentrations en 50 et 70% semblent les plus efficaces.

Les concentrations de 80 à 96% d'alcool sont recommandées pour les surfaces humides; celles de 50 à 80% pour les surfaces sèches.

Pour stériliser la peau, Price a démontré que 70% est la concentration la plus efficace.

Une revue de la littérature a démontré à Soherheim que:

1) L'alcool tue les bactéries végétatives entre 1 et 5 minutes, mais qu'il est sans effet sur les spores.

2) Quand les bactéries sont en suspensions aqueuses, l'action germicide de l'alcool est directement proportionnelle à ses concentrations.

3) Avec des concentrations optima d'alcool, les bactéries desséchées sont tuées plus difficilement que celles des suspensions aqueuses.

Smith a pratiqué une série d'expériences pour éprouver les réactions des différentes concentrations de l'alcool envers le bacille tuberculeux en suspensions bacillaires obtenues de cultures âgées de 6 à 8 semaines.

L'alcool employé fut celui de solutions titrées selon les directives de la Pharmacopée américaine.

Une série de sept tableaux expose les résultats obtenus dans les suspensions aqueuses, dans les étalements de bacilles desséchés, dans les suspensions aqueuses obtenues de bacilles desséchés et avec les alcools forts et avec les alcools faibles et l'iso-propyl.

L'auteur conclut que le bacille de Koch est remarquablement sensible à l'action de l'alcool. Les bacilles des suspensions aqueuses sont tués entre 15 et 30 secondes par l'alcool absolu, à 95% et même à 70%. Dans les préparations desséchées, ils sont tués par l'alcool éthylique en proportions variant de 50 à 70% ou l'iso-propyl de 30 à 80% en 1 à 2 minutes, quelquefois entre 15 et 30 secondes. Des séries de témoins ont servi à corroborer l'expérience. Alors que dans les expériences, les bacilles disparaissent, les cultures et les cobayes témoins comptent des milliers de colonies de bacilles.

Philippe PAQUETTE.

CARDIOLOGIE

J. LENEGRE et A. MATHIVAT. — **Le flutter auriculaire. A propos de 50 observations.** "La Semaine des Hôp.", **23**: 2225 (7 oct.) 1947.

Le flutter auriculaire est un trouble cardiaque curable médicalement. Les A. basent leurs observations sur 50 cas personnels. 75% des sujets sont du sexe masculin. Rare chez l'enfant, peu fréquent chez l'adulte jeune, 70% des cas étudiés par les A. ont dépassé la cinquantaine; 36 des 50 malades étaient atteints d'affections cardiaques organiques: cardiopathie rhumatismale chez 10, artérielle chez 26, absence de tout signe d'affection cardio-artérielle chez 14.

Ordinairement, le flutter débute d'une façon insidieuse. Variabilité des signes révélateurs: 26 malades signalèrent des palpitations. La dyspnée d'effort, en général absente au début, progresse avec le nombre de jours, semaines ou mois que dure le flutter. Elle est un signe précurseur de l'insuffisance cardiaque (36 fois) qui s'installe de façon presque inexorable si le sujet n'est pas traité. Dans 10 cas, seul un examen e. c. g. permit de découvrir ce trouble du rythme.

Le flutter auriculaire s'accompagne presque toujours d'une accélération ventriculaire notable dont le taux oscille en général autour de 150 pulsations à la minute. Ordinairement, ce taux est fixe et régulier. Souvent la compression des sinus carotidiens ralentit brusquement et passagèrement, pendant quelques secondes, le rythme ventriculaire, puis bien vite le rythme revient à son taux antérieur. Il n'y a aucun signe clinique permettant un diagnostic décisif. C'est la tachycardie permanente, régulière, stable, autour de 150, qui reste l'élément fondamental du diagnostic clinique.

Le diagnostic électrocardiographique du flutter auriculaire repose essentiellement sur la morphologie des ondes auriculaires P.

Le pronostic du flutter auriculaire dépend de trois facteurs: de l'état du cœur sur lequel évolue le flutter; de la vitesse du rythme ventriculaire; du traitement. Un flutter auriculaire durable, à rythme ventriculaire rapide, i. e. au-dessus de 130, doit toujours être traité le plus vite possible pour prévenir ou guérir la défaillance cardiaque.

Un seul traitement est efficace: c'est la digitale à doses suffisantes, associée ou non au sulfate de quinidine. Les A. ont utilisé la solution usuelle de digitaline cristallisée au 1:1000. Il faut agir vite et fort. La quantité totale de digitaline qui a dû être administrée pour briser le flutter a varié de 50 à 500 gouttes — 35 des 36 malades traités ont été définitivement guéris de leur flutter. Il faut savoir donner des doses extrêmement élevées qui mettent certains malades dans un véritable état d'intoxication digitalique mineure avec nausées et vomissements pendant plusieurs jours. Un tel traitement doit être accompagné, bien entendu, d'un examen clinique et électrocardiographique quotidien.

Paul DAVID.

J. H. CRAWFORD et N. J. DiGREGORIO. — **Bloc auriculo-ventriculaire complet chez les moins de quarante ans.** (*Complete heart block in younger age groups.*) "A. Heart J.", **34**: 540 (oct.) 1947.

Le bloc a.-v. complet se rencontre le plus souvent chez des sujets atteints de maladie coronarienne. Les auteurs ont voulu éliminer cette étiologie en étudiant le bloc a.-v. complet chez les moins de quarante ans, âges où la maladie coronarienne ne prévaut point. Au-dessous de cet âge, le bloc a.-v. peut être dû à l'une ou l'autre des étiologies suivantes:

1. Maladie cardiaque congénitale.

Une cinquantaine de cas rapportés dans la littérature reconnaissent cette étiologie. La lésion la plus fréquente est une communication interventriculaire.

2. Maladie cardiaque rhumatismale.

Le bloc a.-v. est rare et habituellement transitoire.

3. Diphtérie.

4. Infections aiguës.

5. Syphilis acquise ou congénitale.

6. Endocardite ulcérative.

7. Traumatisme cardiaque.

8. Tumeur du cœur.

Ces diverses étiologies sont rarissimes et on ne trouve dans la littérature que des observations isolées.

9. Intoxication digitalique.

Il faut toujours s'en méfier lorsque le malade prend de la digitale.

10. Artério-sclérose des artères coronaires.

Chez les moins de quarante ans, la chose est possible mais peu fréquente.

11. Cause indéterminée.

Les auteurs présentent une série de quatorze cas dont l'élément étiologique est: congénital dans 2, probablement congénital dans 3, rhumatismal dans 6, artério-sclérose dans 2 et indéterminé dans un cas où même l'autopsie n'éclaira pas l'énigme.

Le pronostic du bloc a.-v. complet dépend non du bloc lui-même, mais de la maladie cardiaque qui l'accompagne.

Paul DAVID.

SOCIÉTÉS

« L'Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 4 novembre 1947

Tenue à l'Hôtel-Dieu de Montréal

Présidence de M. Edouard Desjardins

Psoriasis.

M. Rolland BLAIS

Dermatose d'origine inconnue et ennuyeuse à cause des démangeaisons qui l'accompagnent et de son évolution cyclique tenace.

Traitements classiques: iodures, bismuth, arsenic, calomel.

Nouveau traitement appliqué dans trois cas de psoriasis avec anémie hypochrome: acide folique — 3 injections intramusculaires de 1 cc., 3 fois par semaine. Deux séries de quinze injections espacées de quinze jours.

Hypospadias.

MM. J.-P. BOURQUE et J.-P. LEGAULT

Abouchement anormal congénital de l'urètre qui peut se faire au périné, au scrotum, à la verge ou au gland.

Inconvénients: 1) impossibilité de fécondation; 2) ennuis de la miction; 3) complexe d'infériorité.

Historique du traitement. Meilleur traitement à date: greffe, artère de chien, urètre de cadavre.

Tumeurs bronchiques.

M. Jacques BRUNEAU

Les tumeurs bronchiques sont plus fréquentes qu'on ne le croit. Il faut y penser à tous les âges, surtout après 40 ans (âge des néoplasmes). Leur symptomatologie est d'un polymorphisme absolu et peut déjouer, pendant des mois, le médecin non averti. Conduite à tenir quand, après avoir établi le diagnostic d'un syndrome pulmonaire, on trouve que la thérapeutique classique instituée n'est pas efficace, songer à une tumeur bronchique. Il faut alors faire: 1° Un examen histologique des crachats; 2° radiographie; 3° bronchoscopie; 4° lipiodolage bronchique; 5° biopsie.

Un cas de sarcome d'une bronche, actuellement à l'étude à l'Hôtel-Dieu.

M. L. DEROME

L'allergie aux sulfamidés.

M. Gérard CASGRAIN

Les sulfamidés, médicaments par ailleurs très utiles et parfois même indispensables, sont employés couramment par le public sous diverses façons : poudres, tablettes, collyres, toniques, etc. Il se fait présentement un abus de ces sulfamidés qui devraient être réservés pour des affections sérieuses seulement, en raison de leur antigénicité. Les malades deviennent souvent sensibilisés à ces sulfamidés et cette allergie médicamenteuse peut revêtir trois formes principales: asthme chez les enfants, urticaire et dermatoses vésiculeuses chez l'adulte, ainsi que persistance inexpliquée de l'hyperthermie chez les malades.

Rétention d'urine.

M. Jean CHARBONNEAU

a) Chez le jeune adulte dans la trentaine, il s'agit habituellement d'un rétrécissement

de l'urètre antérieur (gonocoque, traumatisme).

Traitement: dilatation urétrale.

b) Chez l'homme de la soixantaine, obstruction au niveau du col vésical par une hypertrophie de la prostate, ou bien, il y a eu traumatisme.

Traitement: cathétérisme; au besoin ponction vésicale à domicile avec trocart spécial.

Lumbago et sciatique.

M. René DANDURAND

Chez les patients qui se plaignent de douleurs dans le dos ou les jambes, on peut trouver: 1° une sciatique sans lumbago; 2° un lumbago sans sciatique; 3° une sciatique avec lumbago.

Il faut procéder de la façon suivante: 1er cas: a) début aigu à la fesse; b) pas de douleur lombaire; c) signe de Lasègue; d) pas de diminution des réflexes; e) amélioration par le repos au lit.

2ème cas: a) Examen général méticuleux du point de vue gynécologique d'abord, digestif ensuite; b) bien étudier le maintien, l'attitude, la statique du malade.

3ème cas: a) Signe de Lasègue; b) diminution des réflexes; c) amélioration ou non par le repos; d) l'infiltration de novocaïne n'amène pas l'amélioration.

Maladie de Vaquez.

M. Roland DUSSAULT

Pour établir le diagnostic d'une Maladie de Vaquez (polycithémia vera ou rubra), il faut absolument une cytologie et, au besoin, une ponction sternale. On doit songer à cette maladie surtout: 1° dans le cas de coloration rouge cyanotique des téguments avec ou non douleurs dans les membres; 2° dans les cas de vertiges.

Traitement: Saignées répétées suivies ou non d'injection de phosphore radioactif.

Exophtalmie.

M. François HENRY

La thyréotoxicose peut être cause d'exophtalmie unilatérale. Autres causes possibles: a) tumeurs osseuses; b) tumeurs des parties molles: 1) méningiomes; 2) hémangiomes; 3) kystes dermoïdes; 4) sarcomes. La chirurgie peut beaucoup pour ces malades, à condition qu'on intervienne tôt.

Thrombose coronarienne et troubles digestifs.

M. Rodrigue LEFEBVRE

Si un angineux se met à accuser des symptômes tant soit peu nouveaux au cours de sa maladie, il faut avoir l'œil ouvert sur une complication possible, surtout s'il se plaint de troubles digestifs. Après avoir éliminé l'intoxication médicamenteuse, rechercher d'abord la hernie diaphragmatique, l'ulcus duodénal ou gastrique qui peut se perforer, la lithiase biliaire, la pancréatite aiguë, la thrombose mésentérique.

Dysphagie.

M. Paul LETENDRE

Sensation, douloureuse ou non, du passage des aliments dans l'œsophage.

Avant 40 ans, il faut penser au: 1° diverticule de l'œsophage; 2° cardiospasme, boule hystérique; 3° rétrécissement cicatriciel; 4° syndrome de Plummer-Vincent (boule hystérique avec anémie hypochrome et insuffisance de la vitamine B). Après 40 ans, il y a de plus en plus de danger qu'il s'agisse d'un néoplasme. Radiographie obligatoire. Si les renseignements ne sont pas concluants, bronchoscopie.

Diabète atypique.

Mlle Madeleine LONGTIN

Quand quelqu'un passe du sucre dans les urines ou a une glycémie élevée, cela ne signifie pas nécessairement qu'on a affaire au diabète. Si la thérapeutique éprouvée n'amène pas l'amélioration qu'on est en droit d'atten-

dre, il faut rechercher la cause ailleurs, v. g.: 1) dans un abaissement du seuil rénal pour le glucose (diabète rénal); 2) dans un traumatisme, une maladie aiguë; 3) dans un fonctionnement pathologique exceptionnel de l'hypophyse ou de la surrénale, ordinairement causé par un néoplasme.

Syndrome douloureux abdominal.

M. Pierre-E. MEUNIER

Quand une malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre et dans les reins, il peut s'agir, entre autres choses, des deux syndromes suivants:

1) Syndrome sacro-iliaque. Diastasis lombo-sacré postpartum qui laisse une douleur irradiée au bas-ventre. Traitement: corset médical sacro-iliaque.

2) Syndrome spino-viscéral. Déséquilibre statique de la colonne dorso-lombaire (déviation vertébrale et faiblesse musculaire) qui donnent encore des douleurs irradiées. Traitement: corset médical, support dorso-lombaire.

N. B.—Ces deux syndromes sont souvent confondus avec les salpino-ovarites chroniques.

Le secrétaire des séances,

Jean DENIS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

Séance du 17 octobre 1947

Tenue à l'hôpital du Saint-Sacrement

Lever précoce en obstétrique et en gynécologie. (Rapport préliminaire)

MM. F. GAGNON, Henri-R. de ST-VICTOR, Jean-R. de ST-VICTOR et L. CAYER

Un groupe de 250 patientes consécutives, opérées ou accouchées, font le sujet de ce rapport préliminaire sur le lever très précoce en gynécologie et en obstétrique. L'étude couvre une période de quatre mois seulement, juin, juillet, août et septembre 1947. Sur 150 accouchées, plus de 90% se sont levées dans les huit heures qui suivirent leur retour de la salle d'accouchement. Les primipares s'accordent à dire qu'elles aiment beaucoup ce procédé, et les multipares préfèrent de beaucoup cette façon d'agir. Le lever se fait régulièrement et progressivement, précédé d'exercices de gymnastique musculaire et respiratoire. Cette technique semble ne donner que des résultats heureux sans l'ombre d'un inconvénient.

Sur 120 opérées, 83 subirent des interventions chirurgicales considérées comme majeures; 75 par laparotomie, 6 colpo-périnéorraphies seulement, 2 hystérectomies vaginales. 95% de ces opérées ont été levées entre 4 et 24 heures après leur retour de la salle d'opération. 36% des patientes ayant subi une intervention majeure n'ont eu aucune injection calmante dans les suites opératoires, 90% n'ont eu aucun cathétérisme vésical, 76.6% n'ont eu aucun lavement. L'influence de ce procédé sur l'évolution des suites opératoires est manifestement avantageux au point de vue constitutionnel, psychique, économique et social.

Un film court est présenté, illustrant le lever de quelques opérées, quelques accouchées, 3, 4 et 5 heures après l'accouchement, 4 et 24 heures après des interventions majeures. Entre autres, une patiente, ayant subi une césarienne basse (laparotrachélotomie), est montrée lors de son premier lever, 4 heures après le retour de la salle d'opération, 48 heures après, alors qu'elle évolue avec beaucoup d'aisance dans sa chambre, et 7 jours après, alors qu'habillée comme tous ses invités, elle assiste au baptême de sa fille.

Ptosis et lagophtalmie.

MM. H. PICHETTE et J. AUDET

Les auteurs présentent un cas de ptosis et de lagophtalmie congénitale associée. Il s'agit d'une malade souffrant d'une atteinte conjointe de la troisième et de la septième paire du même côté.

A la suite d'un recul du droit externe et d'un avancement capulo-musculaire du muscle droit supérieur, l'œil a repris une position presque normale par rapport à l'orbite, et la paupière supérieure s'est relevée de plusieurs millimètres. La ptose a diminué de moitié à la suite de cette intervention. La physionomie et la mimique de la malade se sont améliorées, et son comportement général a été très favorablement influencé.

L'obésité de la puberté.

MM. R. LEMIEUX et A. MARTEL

L'obésité de la puberté est rarement causée par un trouble glandulaire. L'obésité hypophysaire est une rareté. L'obésité hypothyroïdienne est moins fréquente qu'on le croit habituellement. Sans nier la possibilité d'une aberration temporaire dans le système glandulaire ou dans l'hypothalamus qui peut se corriger spontanément à la puberté, il demeure que le facteur essentiel dans l'obésité de la puberté est un vice alimentaire. La gourmandise des enfants obèses est favorisée par un facteur psychologique qui s'ajoute à un défaut de maturité émotionnelle. Les fonctions métaboliques des enfants obèses ne diffèrent guère, qualitativement, de celles des enfants normaux. L'obésité simple trouble rarement l'évolution de la puberté qui se fait même de façon précoce dans la majorité des cas.

* * *

Séance du 7 novembre 1947

Tenue à l'hôpital Laval.

Quelques considérations sur le pneumopéritoine.

MM. L. ROUSSEAU et C.-H. DORVAL

Ce traitement fut institué surtout dans les formes graves de tuberculose où toute autre thérapeutique paraissait impossible.

Des améliorations ont été observées chez 30% des malades traités. 15% demeurent dans un état stationnaire, tandis que l'évolution de la tuberculose n'était aucunement modifiée dans 55% des cas. Les cavernes géantes, les formes caséeuses, les broncho-pneumonies, ne sont pas plus contrôlées par le pneumopéritoine que par toute autre collapsothérapie.

Les formes hémorragiques, les localisations de la base peuvent être justifiables de ce traitement. L'association d'une phrénicectomie au pneumopéritoine réalise un meilleur collapsus. Les tuberculoses pulmonaires bilatérales peuvent bénéficier de ce traitement comme temps préparatoire à un autre acte opératoire médical ou chirurgical.

Lobectomie pour bronchiectasies.
Présentation de la malade.

M. L. ROUSSEAU

Observation d'une enfant de neuf ans souffrant de bronchectasie depuis une affection pulmonaire survenue quelques mois après la naissance.

Une radiographie, après injection de lipiodol, montrait des dilatations en grappes de raisins à la base pulmonaire gauche.

La flore microbienne était constituée de streptocoques et spirilles.

Une lobectomie fut bien supportée et suivie de la disparition des signes de suppuration.

La technique opératoire employée fut celle préconisée par Overholt qui consiste à faire des ligatures séparées du pédicule et à fermer le thorax par première intention.

Emphysème sous-cutané généralisé d'origine traumatique.

MM. R. DESMEULES et J.-P. ROGER

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade de 55 ans qui, à la suite d'un accident d'automobile, fit un pneumothorax suivi d'emphysème sous-cutané généralisé. Des ponctions évacuatrices d'air furent sans résultat. Un thoracenthèse avec drainage fermé permit d'obtenir une guérison en quelques jours. Ils émettent l'opinion qu'il s'est agi de blessure pleuro-pulmonaire, sans signes décelables de

fractures osseuses thoraciques et que l'air s'est répandu par voie médiastinale et non par voie sous-pleurale thoracique.

Plaies thoraco-pulmonaires.

MM. J.-P. ROGER et J.-M. LEMIEUX

Ces auteurs ont eu un cas de blessure pulmonaire par un morceau de verre qu'ils ont extrait par thoracotomie large.

A cette occasion, ils firent un relevé de l'état actuel du traitement des plaies thoraco-pulmonaires, traitement qui a grandement bénéficié des expériences de la dernière guerre.

Associations collapsothérapiques dans la tuberculose pulmonaire.

MM. R. DESMEULES et Ph. RICHARD

Les associations thérapeutiques médico-chirurgicales, entreprises au moment opportun dans le domaine de la tuberculose pulmonaire, conduisent à des réalisations heureuses qui justifient leur emploi.

Elles constituent l'une des applications de la collaboration médico-chirurgicale qui unit le phtisiologue au chirurgien du thorax.

Les A. présentent trois observations. La première illustre les effets bienfaisants d'une phrénicectomie complémentaire à un pneumothorax droit et d'un pneumothorax gauche pour des lésions bilatérales; la deuxième met en évidence l'action thérapeutique d'une phréno-exérèse associée à un pneumothorax homolatéral chez un adolescent porteur d'une lésion cavitaire gauche; la troisième souligne l'action conjuguée d'un pneumothorax droit et d'une thoracoplastie élective supérieure gauche.

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 1er mai 1947

Présidence de M. Georges HEBERT

Greffe composée du nez.

(Présentation d'une malade)

M. Georges CLOUTIER

Koenig, en 1902, proposa d'utiliser l'hélix pour remplacer le bord libre de l'aile du nez. Jusqu'à dernièrement, les résultats ne furent pas très encourageants. Aujourd'hui, grâce à l'amélioration de la technique opératoire et des pansements, il est possible de remplacer, et d'une façon très satisfaisante, le bord externe des narines, la sous-cloison et le bout du nez. La principale indication opératoire est la rétraction cicatricielle des régions ci-haut mentionnées. Ces cicatrices, le plus fréquemment, se présentent à la suite de brûlures, mais il faut aussi considérer celles qui apparaissent à la suite de lésions traumatiques ou chirurgicales. L'épithélioma du bout ou des ailes du nez est une autre indication principale.

L'opération consiste en l'excision du tissu cicatriciel ou en l'excision de l'épithélioma, et cette brèche est comblée par une partie de l'hélix dont le bord libre constitue celui de l'aile du nez. Au cours de cette même intervention, la partie mutilée de l'oreille est reconstituée par un flap cutané provenant de la région mastoïdienne avoisinante. Lorsque le cartilage de l'hélix n'est pas utilisable, tel que dans les cas de brûlures des oreilles, on emploiera avec avantage une partie du lobule.

Cette greffe est constituée par de la peau du cartilage et de la peau pour l'hélix, par de la peau du tissu fibreux et de la peau pour le lobule.

La patiente d'aujourd'hui eut la figure brûlée par de l'acide sulfurique, il y a quelques années; les deux ailes du nez ont été reconstituées par des greffes composées provenant des hélix des oreilles.

Pas de discussion.

Paralysie sympathico-sensitivo-motrice post-traumatique du membre supérieur droit.

M. Roma AMYOT

Cette communication sera publiée comme article original.

Discussion.

M. ROMA AMYOT ajoute des explications à son travail en montrant quelques clichés.

M. JEAN GRIGNON. Quelle est la thérapeutique dans ces cas?

M. R. Amyot. Physiothérapie, massothérapie, vitamine B.

M. Jean Grignon. Que pensez-vous de l'électro-myographie pour le pronostic de ces malades?

M. R. Amyot. L'électro-myogramme renseigne de façon précoce sur la régénérescence musculaire. C'est le mode le plus pratique.

M. Roland Décarie se souvient avoir traité un cas identique avec le docteur Roma Amyot. Quel est le pronostic et les chances de guérison chez ce malade?

M. R. Amyot. Il faudrait une observation d'au moins six mois pour répondre au docteur Décarie.

Anesthésie pour un cas d'atrésie congénitale de l'œsophage avec fistule trachéo-œsophagienne.

M. Lorenzo MELOCHE

En résumé, il s'agit de l'enfant Roger Martin, dossier 2523, conduit à l'hôpital, le 15 mars 1947, parce qu'il ne peut prendre qu'un ¼ d'once de sa formule de lait à la fois et qu'il vomit tous ses boires. Cette régurgitation s'accompagne d'un accès de cyanose intense de courte durée. Le Dr N. Vézina pose alors le diagnostic d'atrésie congénitale de l'œsophage.

La radiographie montre une atrésie complète de l'œsophage au niveau de la 4ème vertèbre dorsale. La présence d'air au niveau de la crête iliaque droite fait penser à une communication entre la trachée et l'extrémité inférieure de l'œsophage.

(Drs P. Brodeur et A. Vallée)

Etat préopératoire.

L'enfant est âgé de six jours et pèse 5 livres 15 onces.

Examen pulmonaire: respiration rude, râles bulleux abondants sur toute l'étendue des deux plages pulmonaires, surtout à la base droite.

Atélectasie du lobe supérieur droit ??

Urines: albumine, fortes traces; sang, globules rouges; cellules, leucocytes.

Température: 100°.

Prémédication: aucune.

Anesthésie (21/3/47) commencée à 8 heures 55; dissection veineuse pour transfusion, 9 h. (Dr Vézina); opération commencée à 9 h. 25 (Dr Ricard); opération et anesthésie terminées à 13 h. 25. Durée de l'opération, 4 h. et demie.

Agents anesthésiques employés: 1) Local, par le Dr Ricard, pour la peau. Novocaïne, ½ de 1% parathoracique. 2) Protoxyde d'azote et oxygène, 50-50. Ether (quelques vapeurs).

Technique: masque facial « no rebreathing », i. e. exhalation sans retour dans le mélange anesthésique inhalé.

Appareils: Foregger — sac respiratoire de contenance d'un litre réuni à un masque nasal adulte (Ohio) avec valve expiratrice et valve à air.

Position du patient durant l'opération: léger Trendelenburg, décubitus latéral gauche; un coussin électrique est placé sous le patient pour le réchauffer. Un support ouaté est placé de façon à donner à la colonne vertébrale une légère courbure à convexité regardant vers le haut et à droite. Le bras droit est tiré en avant pour dégager l'omoplate.

Opération: chirurgien Dr J.-P.-M. Ricard.

1) Médiastinotomie extrapleurale droite et postérieure. Résections sous-périostées des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes droites sur une longueur de 2½ cm. Plèvre réclinée vers le milieu et perforation légère à 10.15 heures sans incident notable: pression positive maintenue par respiration contrôlée manuelle sur le sac respiratoire. Ligature et section de la grande veine azygos à 11.00 heures.

2) Sonde œsophagienne mise en place dans l'estomac par voie médiastinale à 11.35 heures, après section-fermeture de la fistule trachéo-œsophagienne.

3) Œsophago-œsophagostomie termino-terminale, à 12.40 heures.

Observations durant l'opération.

1) Deux tentatives pour introduire une sonde œsophagienne par la bouche par l'anesthésiste en s'aidant d'un doigt ou d'un abaisse-langue s'avèrent infructueuses et amènent la suffocation et la cyanose durant quelques secondes; cette obstruction respiratoire mécanique, la cause étant enlevée, est rapidement surmontée par une oxygénation adéquate.

2) L'aspiration avec une sonde de Nélaton no 12 par intervalles ramène peu de sécrétions.

3) Respiration libre, bonne coloration, respiration, 36-40. Pouls, 130-140.

4) Transfusion: sang total, 60 cc., par Dr N. Vézina.

Etat postopératoire.

T° 98.4, l'enfant crie, bonne coloration, respiration adéquate. Miction, vers 3.00 h. p.m. Pied du lit élevé, décubitus latéral léger. Tente à oxygène.

Médication — Dr Vézina.

Sérum physiologique et glucosé, plasma, sang, pénicilline, eskadiazine, parénamine, tente à oxygène, sérum lactate Ringer.

Evolution.

Le 24/3/47. Gastrostomie de Kater, 9ème jour après la naissance, soit 72 heures après la première opération. Durée de l'opération: 30 min. Anesthésie locale, N^2O - O^2.

Alimentation normale par la bouche, le 14e jour après l'opération.

Aucune complication pulmonaire.

Conclusions.

1) L'éther fut peu employé afin de ne pas augmenter les sécrétions qui auraient pu causer de l'obstruction respiratoire pendant l'opération.

2) Le mélange protoxyde d'azote oxygène en proportion moyenne d'environ 50-50 présentait une anesthésie suffisante en raison de la délicatesse opératoire du chirurgien et un choc anesthésique moindre peut-être, pour le patient, qu'avec le cyclopropane.

3) L'anesthésie intratrachéale ne fut pas jugée nécessaire afin de ne pas accroître la profondeur de l'anesthésie, parce que l'opération devait se faire par voie extrapleurale.

Pas de discussion.

Observations sur trois cas d'infarctus intestinal.

(Recueil de faits — notes préliminaires)

MM. F. ARCHAMBAULT, R. DECARIE et J. PHANEUF

Cas no 1.

Jean R..., 23 ans, étudiant, est admis à l'hôpital Notre-Dame, le 19 mars 1947, pour douleurs abdominales, nausées, température et constipation.

Début de la maladie le 12 mars par un malaise épigastrique vague mais sans nausées ni constipation. Le 17, accentuation des douleurs et selles diarrhéiques. Consultation du médecin de l'institution où il étudie: celui-ci le réfère à son médecin de famille qui l'examine le 18 et demande un chirurgien. Admission à Notre-Dame, le 19 mars, dans la soirée.

Examen subjectif:

Appareil respiratoire: toux grasse depuis quelques jours avec expectoration.

Appareil circulatoire : dyspnée à l'effort. Palpitations fréquentes. Pas d'œdème malléolaire.

Appareil digestif: aucun passé digestif.

Antécédents personnels:

Phlébite double, en février 1942, suivie d'une endocardite.

Pleurite, dans la même année.

Antécédents héréditaires:

Père mort à 40 ans, à la suite d'une péritonite causée vraisemblablement par un ulcère perforé de l'estomac.

Mère vivante et en bonne santé.

2 sœurs vivantes et en bonne santé.

Examen objectif:

Tête: rien à noter.

Poumons: quelques râles bronchiques sans autres particularités.

Cœur: P. A., 125/80. Rythme régulier à 95 à la minute. Roulement présystolique au foyer mitral.

Abdomen: foie, rien à noter. Douleurs assez vives avec légère défense musculaire à la région péri-ombilicale, surtout marquée du côté droit. Fosse iliaque droite, gargouillement; rien d'autre à noter.

Le 20 mars, lavement baryté pour éliminer l'appendicite ou autres lésions du côlon. Le rapport du docteur Vallée se lit comme suit: « Le remplissage s'effectue sans arrêt ni douleur jusqu'au cæcum, mais il nous est difficile de remplir ce dernier par suite d'un spasme. Les parois coliques présentent une apparence normale; l'appendice est injecté, assez long et non douloureux. »

Formule sanguine: glob. rouges, 4,225,000; glob. blancs, 5,500; hémoglobine, 73%; val. globulaire, 0.8; polynucléaires neutrophiles, 70%; grands mono., 5%; lymphocytes, 25%.

Analyse d'urine: traces d'albumine.

Protéines totales: 8.51 grs.

Groupe sanguin: III.

Le 21: cholécystographie. Le malade a peine à garder son Priodax et vomit pour la première fois. Il vomit également son repas gras et, dans la soirée, les douleurs abdominales s'accentuent. La cholécystographie ne montre rien de particulier.

Nous revoyons le malade le lendemain midi, 22 mars. Il est en proie à un collapsus cardio-vasculaire évident. Pouls à 160. Facies livide et anxieux. P. A., 80/60. Nous demandons une consultation avec un médecin et pendant la consultation il vomit un peu de sang.

Nouvelle formule sanguine: glob. rouges, 5,500,000; glob. blancs, 28,500; hémoglobine, 87%; polynucléaires neutrophiles, 95%; gr. mononucléaires, 1%; lymphocytes, 4%.

Nous décidons d'intervenir aussitôt que son état général sera suffisamment amélioré. Diagnostics différentiels: Volvulus du grêle. Diverticulite perforée. Pancréatite hémorragique. Ulcère perforé. Thrombose mésentérique.

L'opération a lieu durant la soirée.

Protocole opératoire:

Anesthésie: Rachi. Transfusion. Eschatin.

Opération: Incision trans-rectale droite sus et para-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule du liquide séro-hémorragique sous tension. On trouve un infarctus du grêle (jéjunum) qui englobe environ huit pieds d'anses intestinales. Celles-ci sont d'une coloration bleu noir. Le mésentère est dur et infiltré jusqu'à sa racine. L'exploration ne démontre rien d'autre présentant des particularités. Le grêle est replacé dans l'abdomen. Fermeture en 3 plans. Points de support avec fils d'acier.

A la fin de l'opération, collapsus périphérique complet. P. A. 0/0; pouls imperceptible aux 4 membres. Il reçoit 1,000 cc. de sang et 400 cc. de plasma en moins de 20 minutes, sans compter l'eschatin et l'oxygène en inhalation continue.

Le malade retourne à son lit, quand la P. A. est à 120/80 et meurt quatre heures après l'intervention malgré toute la médication antichoc que nous lui prodiguons.

* * *

Cas no 2.

M. J. A. R..., 47 ans, commis, est admis dans le service de chirurgie, le 9 avril 1947, dans la matinée.

Il se présente pour douleurs abdominales très intenses, nausées, vomissements et constipation. Début de la maladie, il y a deux jours, par une douleur au creux épigastrique qui s'est rapidement localisée à la fosse iliaque droite. Le début a été brusque, sans prodromes, et l'état du malade s'est rapidement aggravé jusqu'à aujourd'hui.

Examen subjectif:

Appareil respiratoire: « Bronchite chronique ». Crises d'asthme de temps à autre.

Appareil circulatoire: rien à noter.

Appareil digestif: aucun passé digestif.

Le reste: rien à noter.

Examen objectif:

Tête: Yeux, nez, oreilles: rien à noter. Bouche: langue saburrale et sèche.

Cœur: P. A., 120/75. Bruits très sourds et lointains. Pouls à 140.

Poumons: sibilances dans les 2 plages pulmonaires sans autres particularités.

Abdomen: foie de volume normal. Matité hépatique normale. Léger ballonnement. Accentuation de la circulation collatérale. Défense musculaire franche et douleurs vives dans toute la fosse iliaque droite. L'hémi-abdomen gauche est légèrement tendu, mais il n'offre pas de contracture vraie. On ne sent pas de masse palpable.

Toucher rectal: très douloureux. Pas d'infiltration marquée des culs-de-sac.

Nous portons un diagnostic d'appendicite aiguë et l'intervention a lieu à la fin de l'après-midi.

Protocole opératoire:

Anesthésie: Rachi, éther, pentothal. Sérum, transfusion.

Opération: Incision iliaque droite. A l'ouverture du péritoine, on trouve un liquide sale et, plus haut, un liquide brun rougeâtre. L'appendice ne présente rien de particulier. Fermeture en 3 plans. Agrafes. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. On trouve une anse jéjunale de coloration vert foncé; le mésentère est œdématié ainsi que sa racine. L'anse proximale est dilatée et épaissie. Cet aspect verdâtre se voit sur environ deux pieds de longueur. Sérum chaud sur le grêle pendant environ une demi-heure; il semble se recolorer en quelques endroits. L'anse grêle est finalement laissée à la peau, le mésentère étant ancré au péritoine à son pourtour. Fermeture partielle de la paroi.

N. B.—Résection intestinale impossible à cause de l'état général du malade.

De fait, nous laissons le patient sur la table d'opération, afin de permettre à la transfusion en cours de s'absorber.

Il meurt une heure après l'intervention, malgré tous les moyens employés pour combattre le collapsus cardio-vasculaire.

A l'autopsie, le docteur Claire Gélinas Mackay nous donne le rapport suivant:

« Thrombose mésentérique. Péritonite généralisée. Dilatation des quatre cavités cardiaques. Foie et reins toxi-infectieux. »

* * *

Cas no 3.

Mme Simone C..., 25 ans, est admise à l'hôpital Notre-Dame, le 22 avril, dans l'après-midi Elle se présente pour douleurs abdominales généralisées, nausées, vomissements fécaloïdes et véritable état de choc. Elle est bien consciente, cependant, et nous raconte l'histoire suivante de sa maladie:

Début le 6 avril, par un état grippal, douleurs lombaires et dans les deux hypocondres. Pas de modifications de ses selles, pas de nausées ni vomissements. Le 14 avril, douleurs épigastriques et péri-ombilicales qui s'accentuent de jour en jour malgré la thérapeutique instituée par son médecin de famille. Le 18, elle décide de venir consulter un médecin de Montréal. Le 19, dernière selle spontanée de coloration et conformation normales. Le 20, nausées presque constantes; lavement évacuant non efficace. Au cours de la nuit du 21 au 22, elle commence à vomir, et ce, jusqu'à son arrivée à l'hôpital.

Le tube de Levine inséré ramène au moins 1,000 cc. de liquide rougeâtre à odeur nettement fécaloïde. Une radiographie simple de l'abdomen ne montre rien de particulier si ce n'est un hémi-côlon droit rempli de gaz.

Examen subjectif:

Appareil respiratoire: rien à noter.

Appareil circulatoire: légère dyspnée à l'effort.

Appareil digestif: digère mal les graisses, le chocolat et les pâtisseries depuis une poussée d'ictère faite l'automne dernier. Pas d'histoire de colique hépatique franche. Pas de nausées habituelles. Les intestins fonctionnent normalement deux fois par jour en temps ordinaire Pyrosis quand elle est enceinte seulement.

Appareil gén.-urinaire: menstruée à 12 ans; elle n'est pas régulière et de fait, elle n'a pas eu ses règles depuis le 2 février de cette année. 3 grossesses à terme, 3 enfants vivants et en bonne santé.

Antécédents personnels:

Diphtérie en bas âge. Appendicectomie à l'âge de 19 ans. Septicémie à staphylos dorés à l'âge de 19 ans. Phlébite double à son deuxième accouchement. Typhoïde et phlébite récidivante un an plus tard.

Antécédents héréditaires:

Rien à noter.

Examen objectif:

Aspect: cyanose. Sueurs froides en abondance. Extrémités froides.

Tête: rien à noter. Bouche: langue très saburrale, mais humide.

Cou: rien à noter.

Cœur: bruits lointains et sourds. Rythme régulier, mais rapide, à 160. Pas de souffle audible dans le moment.

Poumons: rien à noter.

Abdomen: foie de volume normal. Malade obèse. Examen difficile. Tension généralisée de l'abdomen. Contracture maximum à l'hypocondre droit.

Toucher rectal: rien à noter.

Toucher vaginal: Douglas douloureux. Organes mobiles.

Formule sanguine: glob. rouges, 2,850,000; glob. blancs, 16,500; hémoglobine, 60%; polynucléaires neutrophiles, 91%; grands monos, 4%; lymphocytes, 5%.

Azotémie: 118 mgr.%.

Glycémie: 330 mgr. %.

Nous décidons d'intervenir aussitôt que l'état général de la malade le permettra.

Diagnostic: Iléus paralytique infectieux. Péritonite généralisée. Cholécystite suppurée?

L'intervention a lieu à la fin de la soirée après quelques plasmas et transfusions.

Protocole opératoire.

Anesthésie: rachidienne. Sang. Oxygène.

Opération: Incision paramédiane droite transrectale sus et sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, liquide séro-hémorragique abondant (environ 750 cc.). L'exploration nous conduit sur un infarctus intestino-mésentérique total. Le grêle est en voie de sphacèle sur les 4/5 de sa longueur et de coloration bleutée sur le 1/5 qui reste. Epaississement lardacé du mésentère où l'on ne sent aucun battement artériel. La graisse de l'épiploon est décolorée, blanchâtre et a perdu sa consistance habituelle. Par segment, l'intestin a la consistance d'un boyau de caoutchouc sans péristaltisme. Sur le bord de l'intestin le mésentère présente une fine dentelle causée par les vaisseaux thrombosés. Fermeture en 3 plans. Crins et soies sur la peau.

La malade meurt 48 heures après l'opération.

Commentaires.

Fait à noter, des trois cas que nous venons de rapporter, deux se sont présentés sous la forme la plus rare, la forme progressive. Ces deux malades avaient des histoires de phlébites antérieures et le premier souffrait d'un rétrécissement mitral. Aucun des deux n'a présenté d'entérorragies mais chacun a eu, à la période terminale, des hématémèses peu abondantes.

Discussion.

M. François Archambault présente trois cas d'infarctus intestinal. 1° Rareté des observations. 2° Diagnostic difficile, car il prétend qu'il y a 90% d'erreur préopératoire et une mortalité d'environ 100%.

Les symptômes sont trop vagues et les laboratoires ne sont d'aucune utilité.

M. Roger Dufresne. A) Quelle est la pathogénie de ces infarctus? Serait-ce dû à 1° une lésion mitrale; 2° une thrombose; 3° une embolie; 4° une phlébite — non.

B) Pourquoi font-ils de l'infarctus intestinal?

M. J.-Urgel Gariépy n'est pas de l'avis du docteur R. Dufresne. Il prétend que la cause de l'infarctus est le plus souvent la phlébite. De plus, il conseille de ne pas faire de résection parce que ces malades ne peuvent supporter une intervention aussi grave.

M. Jean Grignon prétend que l'infarctus est secondaire à une thrombose artérielle le plus souvent, et veineuse dans d'autres cas.

Un cas de rhinophyma.

(Présentation de malade)

M. Albéric MARIN

M. J. A..., 62 ans, est admis à l'hôpital Notre-Dame, le 18 mars 1947, pour un rhino-

phyma (voir photos) dont le début remonterait à 7-8 ans.

Le 25 mars, sous anesthésie au pentothal, il subit une décortication. Au cours de l'opération, des pointes d'électro-coagulation sont faites çà et là afin d'assurer l'hémostase.

Par la suite, quelques séances de radiothérapie légèrement filtrée (3 m.m. d'AP.) lui sont données.

Le malade est présenté aujourd'hui avant guérison complète.

L'épidermisation est en voie de parachèvement. Un érythème résiduel subsiste qui disparaîtra avec de la cryothérapie.

Notons qu'un épiderme normal se reforme, non pas une cicatrice.

L'hypertrophie monstrueuse des glandes sébacées constitue le rhinophyma. Lorsque la décortication est faite, des vestiges de ces glandes sont laissés en place et deviennent autant d'îlots d'épidermisation.

Discussion.

M. Albéric Marin. Le rhinophyma est une hypertrophie des glandes sébacées localisée à l'appendice nasal. Présentation d'un malade en voie de guérison avec photographies prises à l'arrivée de ce patient.

M. Roma Amyot. Quelle est la cause de ces rhinophymas?

M. A. Marin. C'est l'aboutissant d'une rosacée intense avec folliculite. L'intervention consiste à enlever l'excès des glandes sébacées par bistouri et électro-dessiccation.

* * *

Séance du 29 mai 1947.

Présidence de M. P.-M. RICARD.

Néoplasme du gros intestin.

Opération en un temps.

M. Antonio BELLEROSE

Cette communication pourrait aussi bien être intitulée « Une semaine de chirurgie du côlon en un temps »; en effet, il s'agit d'une série de trois malades que j'ai opérés en 1944, à l'hôpital Notre-Dame, au cours d'une même semaine selon la méthode que je préconise, c'est-à-dire l'opération en un temps, qu'il s'agisse d'amputation rectale ou de résection colique.

Premier cas.

Monsieur R. P..., 35 ans, A. P. V., est référé pour troubles intestinaux. Le malade se plaint:

1° d'une douleur persistante dans la fosse iliaque droite;
2° de constipation;
3° de coliques intestinales;
4° d'amaigrissement.

Ces malaises qui ont débuté, il y a un an, étaient, dès le début, accompagnés de troubles de la déglutition, de vomissements pour lesquels il fut hospitalisé il y a neuf mois.

Examen physique:

1. Teint, jaune paille; 2. amaigrissement; 3. petite tumeur fixe dans la fosse iliaque droite de la grosseur d'une olive; 4. tumeur de la grosseur d'un pamplemousse apparaissant à la fosse iliaque droite lorsque le malade est en décubitus dorsal; 5. toucher rectal, négatif; 6. sang dans les selles; 7. radiographie montre un cæcum déformé.

Diagnostic: Cancer du cæcum.

Opération, le 19 juin 1944.

Anesthésie par le docteur Charles Doucet — Cyclopropane.

1° Laparotomie pararectale droite.

2° Tumeur du cæcum de la grosseur du poing.

3° Hémicolectomie droite et iléo-transversostomie immédiate.

4° Evolution postopératoire sans incidents notables.

Rapport histo-pathologique: « Epithélioma cylindrique, glandulaire, atypique, largement ulcéré. »

(Dr Louis-Charles Simard)

N. B.—Ce malade a été suivi médicalement par le docteur Yves Chaput.

* * *

Deuxième cas.

M. E. B..., 42 ans, A. P. V., se présente pour hémorroïdes compliquées d'hémorragies.

1° Hémorragies pendant la défécation depuis deux mois.

2° Sensation de plénitude au creux épigastrique après les repas avec douleurs rétrosternales.

3° Ballonnement abdominal.

4° Evacuation intestinale par purgatif quotidien.

5° Hémorroïdes depuis 10 ans.

Examen physique:

1. Etat général, bon; 2. tension abdominale; 3. toucher rectal: tumeur bosselée perceptible lorsque le malade pousse. Issue de sang. Aucune douleur.

Diagnostic clinique: Cancer recto-sigmoïdien.

Biopsie: positive.

Opération, le 20 juin 1944.

Anesthésie par le docteur J.-F. Houle — Rachianesthésie et éther.

1° Incision médiane sous-ombilicale.

2° L'exploration du pelvis permet de constater une tumeur cylindrique, partiellement mobilisable, située dans la portion terminale du sigmoïde.

3° Libération de l'S iliaque et de la tumeur, ligature de l'hémorroïdale supérieure.

4° Décollement du rectum et ligature des hémorroïdales moyennes.

5° Section du sigmoïde dans sa partie moyenne et implantation de celui-ci dans un anus définitif gauche.

6° Suture du plan pelvien et de la paroi abdominale.

7° Incision périnéale avec résection du coccyx.

8° Extirpation du rectum.

9° Fermeture partielle du périnée avec drainage.

N. B.—Au cours du décollement du rectum, on note une traînée d'indurations vers le pelvis gauche.

Suites opératoires: sans incidents notables.

Rapport histo-pathologique: « Epithélioma cylindrique du gros intestin, largement ulcéré, dépassant, en un point, les musculeuses externes. Petit ganglion prélevé à distance dans la graisse renferme une métastase du même type. » Cathétérisme des uretères.

(Dr Paul Bourgeois)

Traitement médical par le Dr Roger Dufresne.

* * *

Troisième cas.

Madame J. D..., âgée de 60 ans, A. P. C., se présente pour troubles de la défécation. Ces troubles ont débuté, il y a deux ans, par de l'amaigrissement et du sang dans les selles.

Aujourd'hui elle présente: 1. de l'amaigrissement; 2. de la constipation; 3. du sang dans les selles; 4. du ténesme anal avec douleur rectale; 5. de la pollakyurie nocturne.

Examen physique:

1° Teint terreux;

2° paroi abdominale flasque;

3° tumeur bosselée et cylindrique le long de la crête iliaque gauche;

4° toucher rectal, négatif;

5° recto-sigmoïdoscopie, négative;

6° radiographie — 1er rapport : négatif;

2e rapport: indique un rétrécissement anfractueux à l'union du sigmoïde et du descendant, présentant tous les caractères d'une sténose néoplasique.

Diagnostic: Cancer du sigmoïde.

Opération, le 26 juin 1944.

Anesthésie par le docteur Rémus Laurendeau — Cyclopropane.

1° Incision iliaque gauche.

2° Tumeur en virole à l'union du côlon descendant. Métastase hépatique.

3° Résection de la tumeur et anastomose termino-terminale au cours de la même opération.

4° Fermeture de la paroi.

Evolution postopératoire: La malade quitte l'hôpital 18 jours après son opération.

Rapport anatomo-pathologique: « Epithélioma à forme histologique mixte, cylindrique, glandulaire et atypique dépassant la musculeuse externe et proliférant dans la graisse. »

(Dr Louis-Charles Simard)

Naturellement, cette méthode ne peut pas être appliquée à tous les porteurs de cancer du gros intestin, mais avec un peu d'entraînement et d'expérience, il est possible de l'employer aujourd'hui dans la majorité des cas.

Discussion.

M. Jean-Marie Beauregard. L'intervention chirurgicale en un temps selon votre méthode est-elle indiquée dans tous les cas de néoplasme du sigmoïde?

M. A. Bellerose. L'intervention est très difficile dans les obstructions et lorsqu'il y a infection péritonéale.

M. Roma Amyot. Quel est le pronostic de vos malades?

M. A. Bellerose. Le premier cas opéré et présenté dans cette communication est en bonne santé et travaille comme chauffeur de taxi. Le deuxième cas est bien portant. Le troisième cas est décédé.

M. Paul-Maurice Ricard. Quel genre d'anastomose employez-vous?

M. A. Bellerose. Anastomose bout à bout avec points séparés, aseptiques et surtout avec bonne circulation intestinale.

M. P.-M. Ricard. Pourquoi ne l'avez-vous pas employé dans le deuxième cas?

M. A. Bellerose. Parce qu'il y avait une fusée purulente dans le pelvis.

M. René Grignon. Pourquoi n'employez-vous pas la cæcostomie dans les cas d'occlusion presque totale?

M. A. Bellerose. La cæcostomie draine mal l'intestin; c'est pourquoi je n'aime pas à l'employer et il est très difficile de ramener un intestin à l'état normal.

M. René Grignon. Selon Lahey, l'intestin est toujours guéri?

M. A. Bellerose. L'intestin revient normal dans les occlusions par infection et non par néoplasme.

M. P.-M. Ricard à M. R. Dufresne. Quel est le traitement médical?

M. Roger Dufresne. C'est la préparation préopératoire ordinaire et la surveillance des infections et accidents postopératoires.

Détermination des groupes sanguins et des types sérologiques. — Possibilités, espoirs.

M. Albert BERTRAND

Routine	AB, A	Groupes sanguins principaux. Antigéniques.
	B, O	Très importants: transfusion, paternité. Routine.
	A^1B, A^2B	Sous groupes Antigéniques.
	A^1, A^2	Importance si sensibilisation antérieure. Paternité.
Possibles présentement	M, N, MN	Types sérologiques. Non antigéniques. Sans importance pour transfusion. Paternité.
	Rh°	Facteur Rh 85%. Antigénique. Important: transfusion, paternité, grossesse.
Espoirs	Rh', Rh''	Facteur Rh, complément de Rh°. Antigéniques. Importants: transfusion, grossesse, paternité.
	Hr	Antigénique 80%. Important: grossesse, paternité. Permet dans certains cas d'établir homozygocité ou hétérozygocité du facteur Rh.

Discussion.

M. Esdras Autotte. Serait-il possible de faire des statistiques chez les enfants mort-nés?

M. A. Bertrand. Oui, il faudrait faire les facteurs des parents et des enfants.

Dystrophie ectodermique héréditaire. Pachyonychie congénitale.

M. Georges LECLERC

Annette B..., femme âgée de 21 ans, présente un épaississement marqué de tous les ongles des doigts des deux mains, une onychogryphose de tous les ongles des orteils, de l'hyperkératose palmo-plantaire et de l'hyperhidrose plantaire.

Les ongles des doigts des mains sont épaissis, durs et coupés courts, laissant à découvert le quart discal du lit de l'ongle. La patiente n'a pas besoin de couper les ongles de ses mains car ils demeurent toujours courts. L'extrémité distale des ongles de l'index et du médius est coupée obliquement faisant une angulation de presque 45 degrés avec le lit de l'ongle. La surface des ongles des mains est dure, régulière, polie et de coloration légèrement violacée. Leur extrémité est coupée presque aussi régulièrement que s'ils avaient été limés ou sciés. L'épaississement des ongles semble consister en tissu unguéal propre et non pas d'hyperkératose subunguéale. La convexité transversale des ongles est exagérée.

La peau, sur la face dorsale du bout des doigts et sur le côté des rainures latérales des ongles, est rugueuse avec exagération de son quadrillage normal, prenant un aspect légèrement verruqueux et comme pachydermique. Le mur de l'ongle est normal. Légère rudesse et léger épaississement de la peau de la face palmaire des mains.

Onychogryphose de tous les ongles des orteils des deux pieds. A cause de la déformation de ces ongles, il est difficile de dire si l'épaississement fait partie de l'ongle même ou si c'est de l'hyperkératose subunguéale. Les ongles des gros orteils sont un peu incarnés.

Hyperkératose diffuse de la face plantaire des pieds, surtout marquée à la partie postérieure du rebord externe des pieds et aux talons. Hyperhidrose de la face plantaire des pieds et des orteils. Les dents et les cheveux sont normaux.

N'a pas de frère, ni sœur. Sa mère et un oncle sont affectés et sont chauves en plus. Un oncle est normal. Elle a eu deux enfants dont l'un est affecté légèrement, semble-t-il.

Discussion.

M. Roma Amyot. Y a-t-il d'autres caractères pathologiques accompagnant cette dystrophie?

M. G. Leclerc. Oui, tous les phanères peuvent être atteints.

M. R. Amyot. Quel est le traitement?

M. G. Leclerc. Inconnu.

M. Paul-Maurice Ricard. Cette maladie est-elle transmise par l'homme ou la femme?

M. G. Leclerc. Aucune importance.

Cas de luxation trans-scapho-périlunaire.

M. René GRIGNON

Le 25 septembre 1946, Monsieur J. N..., 34 ans, cultivateur. Do. 9040 — 785 (1946-47), m'est dirigé pour gonflement marqué du membre supérieur gauche jusqu'au coude, impotence fonctionnelle complète du poignet et des doigts et douleur marquée au moindre mouvement de ce segment.

L'histoire de ce patient remonte au 21 septembre, date à laquelle il fit une chute de 25 pieds avec lypothymie d'environ une demi-heure; à son réveil, le malade accusa une grande douleur au poignet avec une impotence fonctionnelle complète. Le lendemain, voyant que la douleur persistait, que l'impotence se maintenait et que le gonflement, léger la veille, augmentait, il pensa alors à son médecin de famille. Celui-ci l'examina, lui fit une radioscopie et le rassura lui disant qu'il n'avait rien de grave. Avec des pansements humides et des calmants, lui dit-il, tout va rentrer dans l'ordre. La prescription fut suivie jusqu'au 25 septembre, date à laquelle je fus consulté afin de déterminer la gravité ou non du cas.

A ce moment, le segment du membre avait doublé de volume, il y avait impotence complète du poignet et des doigts, le moindre attouchement provoquait de violentes douleurs.

Le 25 septembre 1946.

Radiographie: Il y a fracture transversale du corps du scaphoïde gauche avec déplacement des fragments.

Traitement: Immobilisation métallique du poignet avec pansements humides et calmants.

Le 3 octobre 1946.

Tentative de réduction et immobilisation plâtrée.

Radiographie de contrôle: Il ne paraît pas y avoir d'apposition des fragments du scaphoïde. Le fragment distal est déplacé en dehors, en arrière et en bas. De plus, il y a luxation trans-scapho-périlunaire.

Le 5 octobre 1946.

Nouvelle réduction et immobilisation plâtrée.

Le 7 octobre 1946.

Radiographie: Les clichés de face et de profil révèlent une bonne réduction de la luxation avec apposition des fragments du scaphoïde.

Le 16 octobre 1946.

Le plâtre est changé et une nouvelle radiographie est prise nous donnant un résultat identique à ce'ui du 7 octobre.

Par la suite, le patient eut de la physiothérapie pour ses doigts et récupère très bien.

Le 2 novembre 1946.

Nouveau plâtre et radiographie — tout semble normal.

Le 15 janvier 1947.

Radiographie et nouveau plâtre.

Rapport: Premier degré de nécrose aseptique du fragment proximal du scaphoïde.

Le 27 janvier 1947.

La patient est opéré; le fragment avascularisé du scaphoïde est enlevé. Immobilisation pour 12 jours, puis reprise graduelle des mouvements du poignet.

Le 10 avril 1947.

Nouvelle radiographie: Excision complète de la portion proximale du scaphoïde, le fragment distal présente une densité normale et n'est pas déformé. L'on note de denses calcifications dans la région antéro-externe au niveau de l'extrémité distale du radius et de la rangée proximale du corps possiblement dans la capsule.

Il existe un certain degré d'ostéoporose régionale.

Cliniquement: Le patient n'accuse pas de douleur à la mobilisation. Il y a un léger gonflement du poignet. Les différents mouvements du poignet ne sont que très légèrement limités et le patient peut faire son travail habituel sans aucun inconvénient.

Conclusions.

Devant les traumatismes du poignet il faut:

1° Demander et répéter au besoin les radiographies; il ne faut pas se contenter d'une scopie;

2° traiter ces lésions d'urgence;

3° surveiller les nécroses aseptiques;

4° opérer vite l'os avascularisé et mobiliser de bonne heure.

Considérations.

La luxation trans-scapho-périlunaire est toujours grave; elle est difficile à identifier, difficile à réduire, conduit fréquemment à une nécrose aseptique du fragment proximal du scaphoïde et consécutivement, si le fragment avascularisé n'est pas enlevé, à de l'arthrite ankylosante du poignet.

Ainsi, sous certains angles radiologiques, il est souvent difficile de différencier une « luxation du semi-lunaire et de la moitié du scaphoïde » de la trans-scapho-périlunaire; ainsi en est-il entre « la luxation du semi-lunaire et du scaphoïde » et la péri-scapho-lunaire ou bien la luxation du semi-lunaire et la périlunaire.

Toutes ces luxations sont difficiles à réduire à cause de l'immobilisation compliquée des os intéressés et donnent souvent des résultats désastreux.

En ce qui concerne le cas présent, le résultat est plus que satisfaisant, espérons qu'il se maintiendra.

INDICATIONS:

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique	Une bouteille par jour, soit:
Goutte	un verre à jeun, un verre à chaque repas
Diabète arthritique	et un verre le soir.

VICHY CELESTINS

EAU MINERALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIETE DE L'ETAT FRANCAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Gravelle urique et phosphatique	Une bouteille par jour comme ci-dessus.
Albuminerie des goutteux et des graveleux	Une demi-bouteille par jour, soit:
	Un verre à jeun.
Cystites. — Néphrites	Un verre une demi-heure avant le repas du midi.
Artério-sclérose au début	Un verre le soir.

Recommandée et prescrite par le Corps Médical dans le monde entier

Cette fois, le patient accepte le traitement proposé en janvier 1946.

Nous demandons une nouvelle tomographie de contrôle qui ne montre pas de destruction cartilagineuse plus avancée; c'est pourquoi, nous avertissons le malade qu'il deviendra peut-être nécessaire de pratiquer l'hémi-laryngectomie incluant l'aile cartilagineuse s'il existe de la destruction de cartilage.

Laryngofissure et ventriculectomie (le 27 mars 1947).

Anesthésie locale: novocaïne, 1%.

1. Incision médiane de la peau.

2. Section médiane du cartilage thyroïde et de la commissure antérieure à l'aide de la scie électrique et du costotome laryngé de Jackson.

3. Décollement du périchondre interne: le cartilage sous-jacent semble indemne, sans solution de continuité ni d'atteinte de chondrite.

4. La section antéro-postérieure, dans le ventricule gauche et le long du bord supérieur de la bande ventriculaire, se prolonge jusqu'au cartilage corniculé, épargnant le repli aryténo-épiglottique.

La masse retirée présente une surface mousse arrondie, lisse, un peu rugueuse, de consistance polypoïde; elle s'est développée aux dépens de la bande ventriculaire; elle se confond avec celle-ci. Il n'y a pas eu effraction du périchondre interne.

5. Hémostase et fermeture en 3 plans Pansement, sonde naso-œsophagienne.

Guérison par première intention. Malgré la raucité plus ou moins permanente, la sonorité de la voix s'est améliorée. La ventilation laryngo-trachéale est devenue plus que suffisante malgré que la corde vocale soit adhérente à la paroi cartilagineuse mise à découvert. Aucune complication postopératoire.

L'épreuve au rouge congo, chez notre patient, ne dépasse pas 42%, chiffre à peu près normal. L'histoire clinique ne révèle pas non plus d'infection suppurative locale antérieure.

Discussion.

M. Maurice Bélisle. Avez-vous fait une radiographie pulmonaire?

M. V. Latraverse. Oui, et elle était négative.

M. Maurice Bélisle ajoute quelques notes explicatives de l'épreuve au rouge congo.

M. Roma Amyot. Quelles sont les indications de cette épreuve?

M. M. Bélisle. Bronchiectasie, amylose, tuberculose pulmonaire, suppuration chronique.

Jean-Paul FOISY,
sec.-adjoint du B. médical.

NÉCROLOGIE

RUBEN-CHARLES LAURIER

(1868-1947)

Pertransiit benefaciendo.
Saint Pierre — Actes des Apôtres X, 38.

Né à Lachesnaies, le 26 décembre 1868, le Dr Laurier fit de brillantes études au Collège de l'Assomption et à l'Université Laval de Montréal. Admis à la pratique de la médecine en 1892, il a exercé sa profession dans le quartier Saint-Jacques durant cinquante-cinq ans.

Gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, en 1905, il fut élu, le 7 mars 1907, député du comté de l'Assomption à la Chambre des Communes. Il fut directeur de la compagnie Rameau et président de la compagnie « Equitable Fire Insurance ».

De port imposant, de haute stature, solidement charpenté, de manières distinguées, la figure quelque peu tourmentée, mais corrigée par des traits aristocratiques et perçant la structure faciale, deux yeux noirs d'une luminosité et d'une acuité extrêmes, tel était son habitus extérieur.

Mon premier contact avec lui me laissa interloqué, car il avait une apparence un peu rude. Mais, quand un éclair de contentement illumina son visage, la scène se transforma. Je fus conquis.

D'un obligeance incommensurable, d'un sang ardent, d'un enthousiasme toujours jeune, d'une bonté inégalable, d'une franchise et d'une loyauté inaltérables, d'un dévouement à toute épreuve, il a prodigué sa science à ses patients. Tous étaient égaux devant lui. Doué d'un sens clinique hors ligne, il analysait les symptômes et posait un diagnostic presque toujours inébranlable. Il avait élevé le soin des malades à une hauteur qui mettait en relief une conscience éprise de l'amour de ses semblables. Il avait une consultation si nombreuse qu'elle bondait sa salle d'attente, le corridor, l'escalier et refluait même sur le trottoir. Que de fois n'ai-je pas entendu dans la bouche de ses patients l'exclamation suivante: « Laurier est un dieu pour moi! »

Il dégageait un attrait puissant. Sa voix, au timbre chaud, augmentait le magnétisme. Ses qualités physiques et son intelligence faisaient de lui une personnalité de premier plan et les malades, une consultation manquée, gardaient leur foi et préféraient revenir plutôt que de recourir à un autre praticien. La confiance qui diffusait de son être embrayait un courant irrésistible qui attirait la clientèle à lui. Son comportement affermissait le credo chez les habitués ou l'ancrait fermement chez les nouveaux venus.

Nous avons eu, nombre de fois entre nous, des colloques médicaux. Ce que j'admirais chez lui, c'était sa pénétration mentale. Il aurait fait très bonne figure dans nos hôpitaux. Cependant, il aimait mieux se consacrer aux petits et aux malades, parce qu'il menait lui-même une vie modeste et retirée. Il n'avait cure des à-côtés mondains pour lesquels il n'avait pas le temps d'ailleurs.

Après des années chargées de métier médical, excédé, las et désireux de repos, il partit pour New-York étudier les maladies cardiaques avec le grand spécialiste d'alors, le Dr Bishop. C'était une autre activité ajoutée à sa carrière, qui lui permettait de parachever ses connaissances et tout au profit de ceux qui fréquentaient son bureau.

Il me semble l'entendre encore, dans nos entretiens, philosopher sur les hommes et les

choses. Il y était à l'aise, parce qu'il avait une forte culture générale. Je l'écoutais attentivement, pour ne pas rompre le charme qui émanait de ses données, de ses considérations et de ses conclusions, toujours marquées au coin de la sagesse. L'on sortait, je dirais édifié, de ces causeries où il livrait ses sentiments intimes et son esprit. Il était optimiste et savait toujours prendre les individus et les faits par leur bon côté. Il ne désespérait pas de la nature humaine, étant si bienveillant lui-même. Il jugeait avec indulgence les gens dont il excusait toujours les gestes.

A l'échelle des valeurs sociales, le Dr Laurier fut grand, parce qu'il était compréhensif. Sa vie fut saturée d'actes de charité. Jamais personne n'a laissé sa direction sans emporter, sinon un remède, du moins un conseil toujours effectif, parce qu'il y avait une éloquence et une conviction telles dans ses paroles qu'elles impressionnaient profondément ses auditeurs. Il trouvait un bon mot pour chacun, surtout pour celui qu'il savait marqué du sceau fatal. Celui-là pouvait chercher un refuge dans son cœur, il était sûr d'y trouver un accueil tonique et vivifiant qui ramenait l'espérance dans son âme.

Durant quatre ans, il fut député du comté de l'Assomption. J'assistai à l'une de ses assemblées politiques. Dans son discours, il se comporta en clinicien. Après avoir inspecté, percuté et ausculté le pays, il le déclara exempt de toute tare (sic). Même là, dans un autre domaine, il restait scientifique. Aussi bien qu'en médecine, il mit ses talents au service de sa patrie. Il y montra un désintéressement, un patriotisme et un souffle d'action qui font honneur et à lui et à ses commettants.

Les mots sont bien vains pour peindre une course aussi débordante que la sienne. Se dégager de toute formule personnelle, vouer le meilleur de soi-même au soulagement des souffrances d'autrui, être prêt à tout moment à répondre aux appels, user ses forces à tenir ses engagements, ne pas accuser la fatigue ou la lassitude, demeurer constamment sur la brèche pour combattre le bon combat, surmonter l'ennui qu'engendre la répétition des mêmes actes, aimer son métier d'un élan continu, garder un sourire permanent sur des lèvres qui auraient pu être amères parfois, appliquer toutes ses énergies à l'accomplissement de son devoir, imbu complètement de ses responsabilités d'état, ayant toujours à la mémoire le *Macte animo* des anciens, telle fut la haute tenue morale du Dr Laurier.

Conscient de sa valeur, haussé de son autorité, il a parcouru le cycle de sa vie sans dévier de la voie à suivre. Il est demeuré dans le chemin de la vérité. Nous avons eu ensemble des cas très délicats à trancher. Il n'a jamais transigé avec les préceptes. Sa droiture d'esprit, l'honneur professionnel, l'intérêt de ses malades ont sans cesse primé en lui et lui faisaient découvrir la sente, quoique escarpée et inextricable, qui le dirigeait vers le but. D'un entendement libéral, il n'admettait les arguments contraires que s'ils tournaient au bénéfice des patients. Il avait une faculté de discrimination exceptionnelle, qui le faisait statuer logiquement des aspects pathologiques en cause.

Il incarnait la gentilhommerie, le tact, la finesse, l'allure de l'honnête homme et la pitié du cœur.

Le Dr Laurier fut le modèle du médecin de famille qui tend malheureusement à disparaître de plus en plus de la société moderne. Saluons en lui, quoique humble, une belle figure médicale.

Pertransiit benefaciendo!

J.-U. GARIEPY,
Chef du Service de Chirurgie
de l'hôpital Notre-Dame;
Membre de l'Académie de
Chirurgie de Paris.

NOUVELLES

LES DOCTEURS CHARLES-ÉMILE GRIGNON ET ÉDOUARD DESJARDINS NOMMÉS PROFESSEURS TITULAIRES

Le Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal a choisi, lors de sa réunion du 19 décembre 1947, deux nouveaux professeurs titulaires. Le docteur Charles-Emile Grignon a été élu à la chaire de propédentique médicale, et le docteur Edouard Desjardins, à la chaire de pathologie chirurgicale.

LE DOCTEUR ALBERT LeSAGE ÉLU MEMBRE DU CONSEIL DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

A l'issue du XXVIe Congrès Français de Médecine, tenu à Paris pour la première fois depuis la guerre, on a procédé au choix de nouveaux membres. Pour combler les vides creusés dans le Conseil, l'assemblée a applaudi le choix du professeur Roskam, de Liége, et du professeur Albert LeSage, de Montréal.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Lors de la séance de la Société Médicale de Montréal, tenue à l'Hôtel-Dieu, le 16 décembre 1947, ont eu lieu les élections. Le Bureau sera ainsi constitué pour l'année 1948: Président: docteur Louis-Henri Gariépy, médecin de l'hôpital Notre-Dame; vice-président: J.-Edouard Samson, orthopédiste de l'hôpital du Sacré-Cœur; secrétaire général: docteur François Archambault, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame; trésorier: docteur Origène Dufresne, de l'Institut du Radium; secrétaire des séances: docteur Pierre Marion, médecin de l'Hôtel-Dieu.

MÉDECINS FRANÇAIS DE PASSAGE À MONTRÉAL

En décembre, plusieurs médecins français ont profité de leur passage à Montréal pour prononcer des conférences scientifiques.

A l'hôpital Sainte-Justine, le docteur J.-M. LeMée, de Paris, a parlé de sa spécialité et, à l'Hôtel-Dieu, le docteur Sourdille, de Nantes, a fait de même.

ÉLUS AU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS DU CANADA

Lors de la session de 1947, les médecins suivants ont été élus membres du Collège Royal des Médecins du Canada: Georges-Albert Bergeron et Jean Grandbois, de Québec. 47 jeunes médecins ont été élus à la réunion de décembre 1947.

NOUVEAUX ÉLUS AU COLLÈGE ROYAL DES CHIRURGIENS D'OTTAWA

On compte parmi les nouveaux élus au Collège Royal des Chirurgiens du Canada, dont le nombre se monte à 79 pour la session 1947, les confrères dont les noms suivent: Claude Bertrand, Jean-Paul Bourque, Albert Coutu, Edouard Gagnon, Léo Jarry, de Montréal; J.-A. Lecours, d'Ottawa; Pierre-Edouard Meunier et J.-Antonio Samson, de Montréal.

REVUE MÉDICALE "CAHIERS LAENNEC"

Les *Cahiers Laennec* qui avaient cessé leur publication au cours de la guerre, viennent de réapparaître Cette revue est publiée sous la responsabilité morale des RR. PP. Jésuites de la Conférence Laennec de Paris, et aborde toutes les questions médicales qui peuvent présenter un intérêt largement humain et qui sont susceptibles d'intéresser le médecin, le prêtre, l'éducateur, l'infirmière, l'assistance sociale. On peut se procurer ces Cahiers à: Lectures Populaires, case postale 158, Station R, Montréal 10.

FÊTE EN L'HONNEUR DU Dr J.-A. LEDUC

Les médecins de l'hôpital Notre-Dame ont fêté récemment le docteur J.-A. Leduc, à l'occasion de sa nomination comme médecin honoraire de l'hôpital Notre-Dame.



Digitaline Nativelle

telle qu'isolée par Nativelle en 1868

la MARQUE D'ORIGINE DE "DIGITOXINE"

Maintenant reconnue par le "U. S. Pharmacopoeia XIII."

En 1872, Claude Adolphe NATIVELLE soumettait à l'Académie de Médecine de Paris son mémoire sur la découverte de la DIGITALINE, dont le corps médical canadien a toujours apprécié la haute valeur. La supériorité de la DIGITALINE NATIVELLE est maintenant reconnue par tous les éminents cardiologues anglais et américains. (1)

(1) *References*

Sir James Mackenzie, Disease of the Heart, 1925. Sir Thomas Lewis, Disease of the Heart, 1933. New and Non Official Remedies, 1942 to 1946 incl. Gold, Choice of a Digitalis Preparation, Connecticut State Med. Journal, Vol. IX, No. 3, March 1945. Levine, Clinical Heart Disease, 3rd Edition 1946. Gold, Cornell Conferences on Therapy, 1946, U.S.P. XIII (Official, April 1, 1947).

Présentation:

COMPRIMÉS:—0.1 et 0.2 mg.

AMPOULES:—Intrav. 0.2 et 0.4 mg.

SOLUTION:—1-1000 (5 gouttes = 0.1 mg.)



Rougier Frères

SPÉCIALITÉS DE PRESCRIPTION MÉDICALE

50, RUE LE MOYNE MONTRÉAL 1, QUÉBEC

Le docteur J.-A. Leduc fait partie du bureau de Notre-Dame depuis 1905. La fête a consisté en un dîner intime servi au cafeteria des gardes-malades. Des allocutions ont été prononcées par le docteur Georges Hébert, qui présidait; par le docteur Albert Guilbault, qui devient le nouveau chef du Service de Pédiatrie, et par le docteur J.-A. Leduc.

50 ANS DE MÉDECINE À SHERBROOKE

L'Association des Médecins de Langue Française des Cantons de l'Est vient de fêter les 50 ans de pratique médicale du Dr J.-A.-C. Ethier, doyen des médecins et chirurgiens de Sherbrooke, par un dîner au Club Social, sous la présidence du docteur Richard Gaudet, président de l'Association.

C'est le docteur P.-P. Beaudry qui présenta le docteur Ethier et rappela la carrière du jubilaire. Le docteur Ethier fut reçu médecin à l'Université Laval en 1897.

PLAN DE RENTES VIAGÈRES POUR LES MÉDECINS

A une assemblée de l'Exécutif de la Fédération des Sociétés Médicales de la Province, le 29 novembre 1947, la question de la constitution d'une rente viagère corporative pour les médecins fut discutée. Il y aura quelques modalités à modifier dans le premier projet soumis à l'Exécutif de la Fédération des Sociétés Médicales, qui a cependant unanimement approuvé le principe de cette rente viagère.

Une étude approfondie du questionnaire de la « Canadian Medical Association » fut également l'objet d'échange de vues entre les membres présents.

Le dernier sujet de discussion fut la désertion chaque jour plus accentuée des campagnes par les médecins de plus en plus désireux de s'établir dans les villes.

ÉLECTIONS AU COLLÈGE ROYAL À OTTAWA, POUR LA PÉRIODE 1947-1949

Les élections au Collège Royal à Ottawa, pour la période 1947-1949, ont donné les résultats suivants: Président: Dr W. Fulton Gillespie, d'Edmonton; vice-président: (division de médecine): Dr D. Sclater Lewis, de Montréal; vice-président (division de chirurgie): Dr L. Gérin-Lajoie, de Montréal.

Les membres du Conseil sont:

Division de médecine: docteurs J. F. Burgess, de Montréal; W. F. Connel, de Kingston; H. K. Detweiler, de Toronto; Ray F. Farquharson, de Toronto; John Hepburn, de Toronto; G. L. Hodgins, de Vancouver; C. W. Holland, de Halifax; J.-B. Jobin, de Québec; Richard Lessard, de Québec; D. Sclater Lewis, de Montréal; A. T. Mathers, de Winnipeg; A. G. McGhie, de Hamilton, et G. E. Richards, de Toronto.

Division de chirurgie: docteurs C. W. Burns, de Winnipeg; Edmond Dubé, de Montréal; L. Gérin-Lajoie, de Montréal; W. Fulton Gillespie, d'Edmonton; Roscoe R. Graham, de Toronto; R. I. Harris, de Toronto; T. H. Lennie, de Vancouver; H. K. Mac Donald, de Halifax; A. D. McLachlin, de London, Ont.; R. H. Macdonald, de Saskatoon; G. Gavin Miller, de Montréal, et G. F. Skinner, de Saint-Jean, N.-B.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE

Le 23 décembre dernier avaient lieu les élections à la Société de Phtisiologie. Ont été élus: docteur J.-A. Millet, président; docteur Gérard Rolland, vice-président; docteur B.-G. Bégin, secrétaire général; docteur Jean-Louis Pilon, trésorier; docteur Gérard Poupart, secrétaire des séances; docteur G. Leclerc, assistant secrétaire des séances.

CONGRÈS DE DERMATOLOGIE

Les docteurs Marin, Poirier, Georges Leclerc, Henri Smith et Jean-Paul Foisy ont assisté au Congrès de l'« American Academy of Dermatology », tenu à Chicago, du 6 au 11 décembre 1947.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Lors de l'assemblée du 3 décembre 1947, tenue à l'hôpital Notre-Dame, sous la présidence du docteur Charles-E. Hébert, ont eu lieu les élections du Bureau de la Société de Chirurgie pour l'année 1948. En voici le résultat: Président, docteur Edouard Desjardins; vice-président, docteur Paul Bourgeois; secrétaire général, docteur Paul-Maurice Ricard; trésorier, docteur J.-Ernest Cabana; secrétaire annuel, docteur Christophe Bisson; bibliothécaire, docteur Guy d'Argencourt.



Un puissant STIMULANT Hepato-Biliaire

artechol

provoque la sécrétion libre et normale de la bile

- **L'épanchement biliaire est notablement augmenté.**
- **Le régime alimentaire peut le plus souvent rester normal.**
- **Prévient la cholélithiase.**
- **Favorise le péristaltisme intestinal.**
- **L'absorption des vitamines A, D, E, et K est augmentée.**



Le succès toujours grandissant obtenu avec **ARTECHOL** chez de nombreux patients hépato-biliaires est grandement attribuable aux propriétés exceptionnelles de son Extrait d'Artichaut (Cynara Scolymus).

Indications: Insuffisance Hépatique, Ictère, Cholécystite, Angiocholite, et particulièrement après l'ablation de la vésicule biliaire. Hypercholestérinémie.

Présenté en flacons de 50 comprimés.

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION SUR DEMANDE.

anglo-french drug cie., limitée.

209 EST, STE-CATHERINE MONTRÉAL

PROMOTION AU DOCTEUR ALBERT GUILBEAULT

Le docteur Albert Guilbault a été nommé récemment chef du Service de Pédiatrie à l'hôpital Notre-Dame, en remplacement du docteur J.-A. Leduc, appelé à prendre sa retraite.

LE DOCTEUR JEAN SAUCIER, NEUROLOGISTE EN CHEF

Le conseil de l'Hôtel-Dieu annonce officiellement l'entrée en fonctions du docteur Jean Saucier, comme chef du service de neurologie. Il succède au docteur Antonio Barbeau, décédé à Paris, en juin dernier.

INCORPORATION DE L'INSTITUT DU CANCER

On annonce l'incorporation de l'Institut du Cancer de Montréal, sous l'Acte des Compagnies de Québec. Les promoteurs sont le docteur Louis-Charles Simard, dirigeant du centre anticancéreux de l'hôpital Notre-Dame; Armand Chaput, manufacturier, et Paul-Emile Bonnier, comptable licensié, tous de Montréal.

L'Institut se propose d'établir des laboratoires et autres services en vue de poursuivre les recherches pour découvrir un remède au cancer.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

La Société de Chirurgie de Montréal, tenait à l'hôpital Notre-Dame, le 3 décembre, sous la présidence du docteur C.-E. Hébert, une séance au cours de laquelle les communications suivantes ont été données:

1. Un cas de polype de l'estomac.
   Docteur L.-P. Sénécal;
2. Césariennes segmentaires, avec film en couleurs.
   Docteur A. Magnan.

CENTRE MÉDICAL DE MONTRÉAL

Un avis était récemment publié à l'effet que l'hon. sénateur Elie Beauregard, le docteur Roméo Boucher et M. J.-A. Leclerc s'adresseront à la prochaine session de la Législature de Québec, pour obtenir une loi spéciale les constituant, avec d'autres personnes, sous le nom de « Centre Médical de Montréal », en une corporation ayant les pouvoirs des corporations ordinaires et le droit d'exercer la médecine par l'entremise des médecins habiles à pratiquer leur profession, mais sans faire d'hospitalisation.

LE DOCTEUR VICTOR PANACCIO, À NEW-YORK

Le docteur Victor Panaccio, de l'Hôtel-Dieu, est parti pour New-York, où il perfectionnera ses études en dermatologie, au « Medical Center ».

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR GEORGES LECLERC

Le docteur Georges Leclerc, dermatologiste à l'hôpital Notre-Dame, a été nommé « fellow » de l'« American Academy of Dermatology and Syphilology », lors de la dernière réunion tenue à Chicago, en décembre.

HONNEUR AU DOCTEUR HENRI SMITH

Le docteur Henri Smith, chef du Service des maladies cutanées à l'Hôpital de Verdun, a été nommé membre de l'« American Academy of Dermatology and Syphilology », à Chicago, en décembre.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE VERDUN

Le 16 décembre dernier avaient lieu les élections à l'Hôpital Général de Verdun. Le rapport est le suivant:

Comité Exécutif: Président: docteur Paul Caumartin; secrétaire: docteur Albert Coutu; conseillers: docteurs J. Lussier; J.-B. Prince et L. Tassé.

Bureau Médical: Président: docteur J. Lussier; vice-président: docteur L. Tassé; secrétaire: docteur R. Archambault.

ÉLECTIONS À L'INSTITUT DU RADIUM

A l'assemblée du 2 décembre dernier à l'Institut du Radium, l'élection du Bureau Médical a donné le résultat suivant: président, docteur Origène Dufresne; vice-président, docteur E.-P. Grenier; secrétaire, docteur G. Pinsonneault.

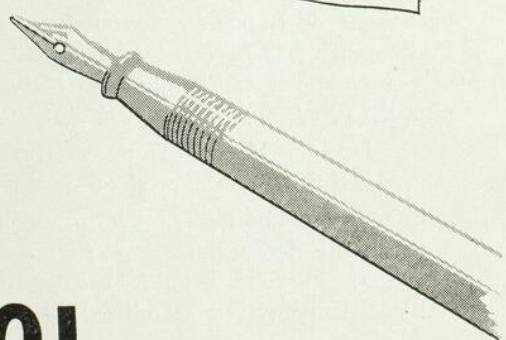
Terrassez l'"ACARUS DE LA GALE"

de cette manière facile



NOTEZ:

1. *Benzoate de benzyle qui est « la mort » aux acariens.*
2. *Parfum « fruité » du benzoate de benzyle au lieu de l'odeur infecte de l'hydrogène sulfuré.*
3. *Traitement complet en vingt-quatre heures.*
4. *Base hydrosoluble, au lieu de graisse et de paraffine obligeant à laver le corps et les vêtements.*
5. *La base de cette crème contient des agents hydrophiles et lipophiles, dans le but d'assurer la pénétration complète de l'onguent.*



CRÈME SCABIOL

Présentée en pots de 4 onces et de 1 livre.

Egalement fournie sous la forme suivante: Scabiol liquide, en bouteilles d'une livre, de 80 onces et de 1 gallon.

THE E.B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO., LTD. TORONTO, CANADA

CONSTITUTION D'UNE ASSOCIATION DES RADIOLOGISTES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC, À L'INSTITUT DU RADIUM

Le 6 décembre dernier, à l'Institut du Radium, était constituée une nouvelle association des radiologistes de la province de Québec.

Le Bureau est ainsi composé: président, docteur Jules Gosselin (hôpital Saint-Sacrement); vice-président, docteur C. B. Peirce (Royal Victoria); secrétaire, docteur Origène Dufresne (Institut du Radium); trésorier, docteur Paul Brodeur (hôpital Notre-Dame). Les conseillers sont: les docteurs W. L. Ritchie (Montreal General Hospital), J.-E. Perron (Saint-Sacrement), A. Comtois (Sainte-Justine), H. Lacharité (Sainte-Jeanne-d'Arc) et E. M. Crawford (Homeopathic Hospital).

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL SAINT-LUC

On nous fait part du résultat suivant à la suite des récentes élections à l'hôpital Saint-Luc:

Conseil Médical: Président, docteur Louis Bernard; vice-président, docteur Alphonse Bernier; secrétaire, docteur Alfred LeRoy; représentant à l'Administration, docteur W. Tremblay.

Bureau Médical: Président, docteur Chs-Edouard Roy; vice-président, docteur Ls-Ivan Vallée; secrétaire, docteur René Major; représentant du Bureau au Conseil Médical, docteur Pierre Smith; secrétaire des réunions scientifiques, docteur Laurent Pesant.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE MONTRÉAL

La Société de Biologie de Montréal a tenu, mardi le 16 décembre, à l'Université de Montréal, une assemblée qui comportait le programme suivant:

1. Présentation d'instruments.
   Docteur Mercier Fauteux (Royal Victoria Hospital et hôpital Ste-Justine);
2. Influence de l'hormone mâle sur la consommation volontaire de caséine.
   M. Fernand Séguin (Institut de Biologie, Université de Montréal).

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTRÉAL

A l'assemblée régulière de la Société de Phtisiologie de Montréal, tenue le 23 décembre, les travaux suivants ont été présentés:

1. Réhabilitation du tuberculeux.
   Docteur Fernand Hébert, dir. médical de l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville;
2. Hémoptysie: symptôme de bronchectasie.
   Docteur B.-G. Bégin, chirurgien de l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville.

SECTION NEUROLOGIQUE À LA "MONTREAL MEDICO-CHIRURGICAL SOCIETY"

7 janvier 1948, à 5 heures p.m. — Amphithéâtre du « Montreal Neurological Institute ».

Séance consacrée à la mémoire de feu le docteur F. H. MacKay.

Introduction biographique. — Dr A. H. Gordon.

Observation sur le cortex cérébral de l'homme. — W. Penfield.

8 janvier 1948, John F. Fulton, professeur de Physiologie à l'Université de Yale, donnera une conférence sur « La Physiologie de la lobotomie préfrontale », à l'amphithéâtre du « Montreal Neurological Institute », à 5 heures p.m.

14 janvier 1948, à 5 heures p.m. — Amphithéâtre du « Montreal Neurological Institute ».

Séance clinique.

21 janvier 1948, à 5 heures p.m. — Amphithéâtre du « Montreal Neurological Institute ».

Réunion combinée des sections de Neurologie et de Psychiatrie de la « Montreal Medico-Chirurgical Society ».

Programme à venir.

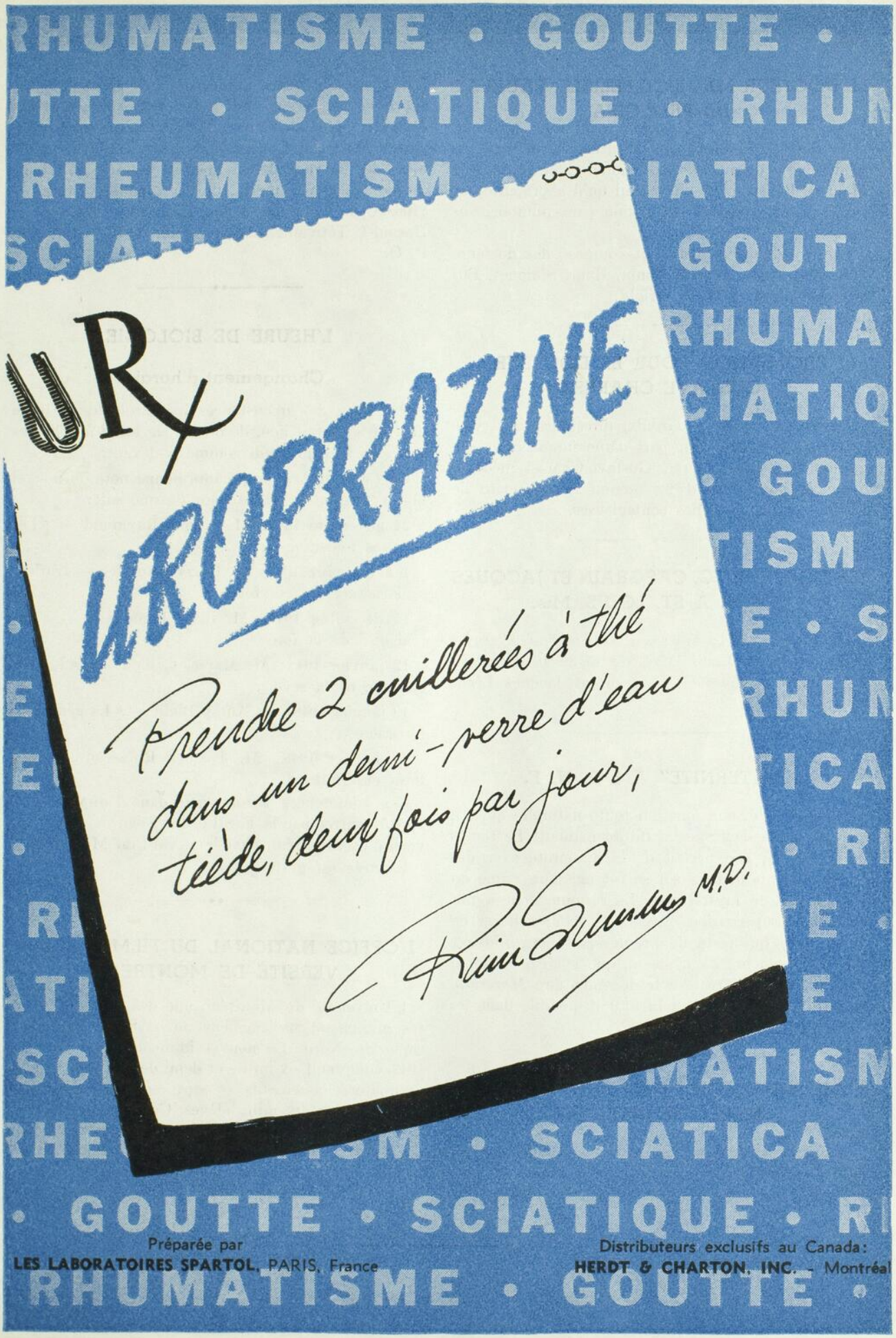
28 janvier 1948, à 5 heures p.m. — Amphithéâtre du « Montreal Neurological Institute ».

Infections neurotropes du système nerveux. — Dr Arthur Rhodes. Le docteur Rhodes, précédemment de l'Ecole d'Hygiène à l'Université de Londres, est maintenant membre des « Connaught Medical Research Laboratories », de Toronto.

CLINIQUE DE B. C. G. POUR LES ADULTES

L'Institut Bruchési vient d'inaugurer, grâce au travail du docteur Roland Guy et de ses aides, une clinique de B.C.G. pour les adultes.

La dernière méthode d'immunisation employée à la clinique du B.C.G. de l'Institut Bruchési est ce qu'il y a de plus perfectionné. Ce travail peut être effectué par une garde-malade, tout comme par un médecin, et peut être renouvelé, suivant le cas, tant que le patient possède encore quelques traces de tuberculose.


RHUMATISME • GOUTTE •
SCIATIQUE • RHUM
RHEUMATISM
SCIATICA
GOUT
RHUMA
CIATIQ
GOU
TISM
RHUM
SCIATICA
Rx
UROPRAZINE
Prendre 2 cuillerées à thé
dans un demi-verre d'eau
tiède, deux fois par jour,
M.D.
Préparée par
LES LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, France
Distributeurs exclusifs au Canada:
HERDT & CHARTON, INC. - Montréal

LE DOCTEUR MAURICE BÉLISLE, LAURÉAT DU PRIX CIBA

La Société Médicale de Montréal a décerné, le 16 décembre dernier, le prix annuel Ciba au docteur Maurice Bélisle pour un travail qu'il a présenté sur la fièvre rhumatismale et l'acide para-aminobenzoïque.

Le jury du prix Ciba était composé des docteurs J.-Roméo Pépin, Wilfrid Bonin, Henri Simonet, Eugène Robillard et H. P. Wright.

PROMOTION POUR LE DOCTEUR GUSTAVE CHAREST

Le docteur Adélard Groulx, directeur du service municipal de santé, fait part d'une importante promotion. Il s'agit du docteur Gustave Charest, médecin hygiéniste, qui vient d'être nommé Surintendant de la division des maladies contagieuses.

LES DOCTEURS G. CASGRAIN ET JACQUES LÉGER, À ST. LOUIS, Mis.

Un Congrès de l'« American Academy of Allergy » était tenu à St. Louis, Mis., du 15 au 18 décembre 1947. Les docteurs G. Casgrain et Jacques Léger étaient présents.

"MATERNITÉ" À L'O. N. F.

La maternité, une fonction toute naturelle qui n'a aucune raison d'effrayer la future maman! Le temps n'est plus où l'on parlait de la maternité avec des chuchotements comme s'il se fut agi d'un crime ou d'une aventure mystérieuse. Le raisonnement a fait place à la superstition. Aussi, c'est pour achever de détruire ce qui reste de préjugés, et pour illustrer les enseignements du médecin, que l'Office National du Film vient de réaliser le documentaire *Maternité* Ce film en couleurs sera bientôt disponible dans les cinémathèques.

L'HÔPITAL SAINT-LUC DEMANDE DES MÉDECINS-INTERNES

L'hôpital Saint-Luc, de Montréal, demande des médecins-internes. La rotation d'internat dans les différents services de l'institution est obligatoire. L'hôpital Saint-Luc a une capacité de 456 lits. Il est approuvé par le « Canadian Intern Board », de l'Association Médicale Canadienne, en même temps que par l'« American College of Surgeons ». Le département des internes est des mieux organisés. Le salaire est de $75.00 par mois, pour la première année, et $100.00 par mois, par la suite. S'adresser au docteur Harold-I. Tétreault, 1058, rue Saint-Denis, Montréal, P. Q.

L'HEURE DE BIOLOGIE

Changement d'horaire

Par suite de circonstances incontrôlables, l'Heure de Biologie aura lieu, désormais, le lundi à 5 heures p.m., au lieu du jeudi comme ci-devant.

On est donc prié de prendre bonne note du nouvel horaire qui se lit maintenant comme suit:

24 novembre 1947: M. Marcel Raymond — « Les essences forestières ».

1er décembre 1947: M. Roger Gauthier — L'arbre, sa structure et « sa forme ».

15 décembre 1947: M. René Pomerleau — « Les maladies de la forêt ».

12 janvier 1948: M. Marcel Cailloux — « La circulation de la sève ».

19 janvier 1948: M. Auray Blain — « La génétique forestière ».

26 janvier 1948: M. Jacques Rousseau — « La forêt et l'Indien ».

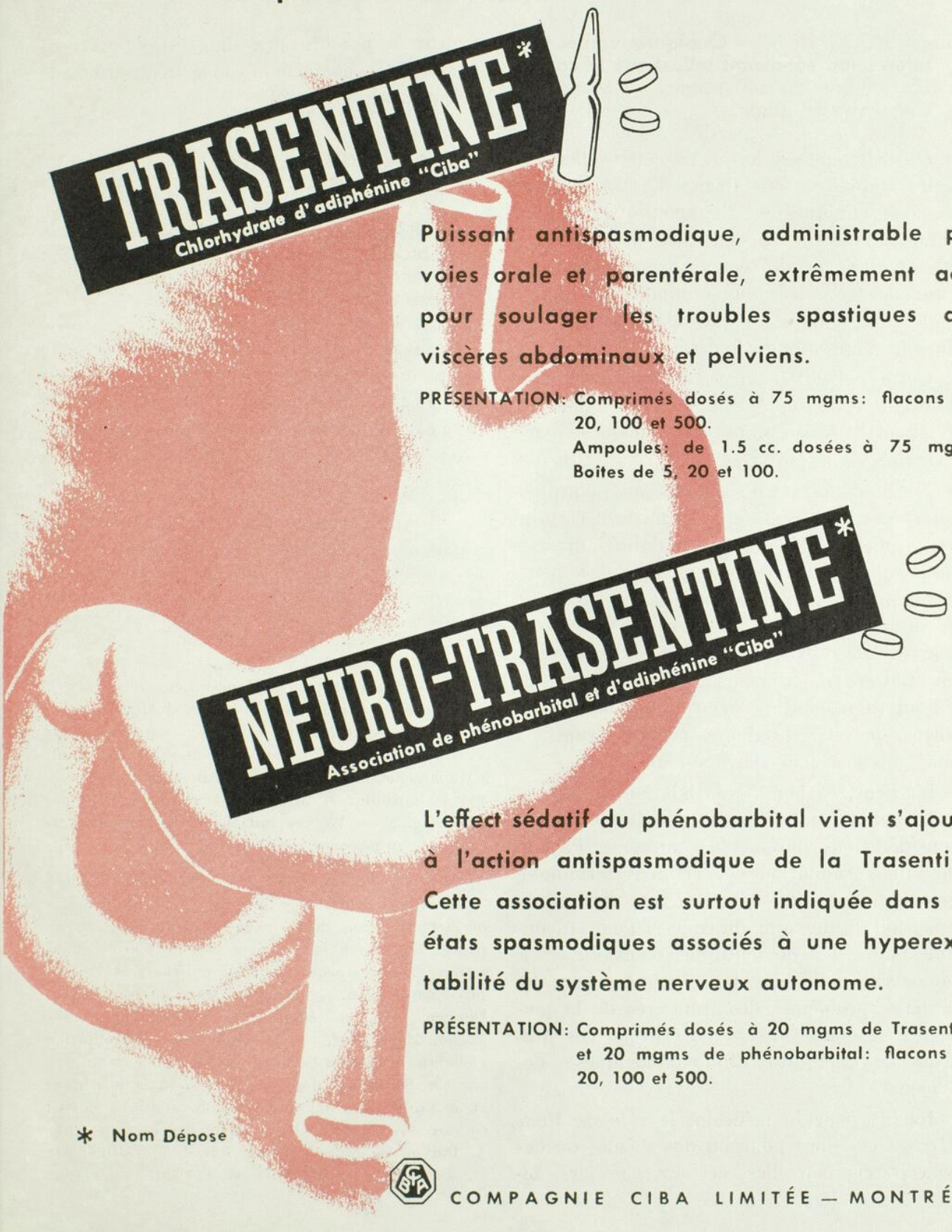
Ces conférences auront lieu dans l'amphithéâtre D-515 (entrer par la Faculté des Sciences) de l'Université de Montréal, 2900, boulevard du Mont-Royal.

L'entrée est gratuite.

L'OFFICE NATIONAL DU FILM À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

L'Université de Montréal, une des plus importantes maisons d'enseignement universitaires en Amérique du Nord. Le nouvel immeuble, inauguré en 1942, comprend six milles et demi de corridors, compte quatorze ascenseurs et sept escaliers principaux, et peut loger dix mille élèves. Cette institution canadienne fait honneur à sa devise: Le rayonnement de la foi et de la science. Le documentaire, *L'Université de Montréal* est une réalisation de l'Office National du Film.

Calmer la douleur . . . en levant le spasme.



TRASENTINE*

Chlorhydrate d' adiphénine "Ciba"

Puissant antispasmodique, administrable par voies orale et parentérale, extrêmement actif pour soulager les troubles spastiques des viscères abdominaux et pelviens.

PRÉSENTATION: Comprimés dosés à 75 mgms: flacons de 20, 100 et 500.
Ampoules: de 1.5 cc. dosées à 75 mgms
Boîtes de 5, 20 et 100.

NEURO-TRASENTINE*

Association de phénobarbital et d'adiphénine "Ciba"

L'effect sédatif du phénobarbital vient s'ajouter à l'action antispasmodique de la Trasentine. Cette association est surtout indiquée dans les états spasmodiques associés à une hyperexcitabilité du système nerveux autonome.

PRÉSENTATION: Comprimés dosés à 20 mgms de Trasentine et 20 mgms de phénobarbital: flacons de 20, 100 et 500.

* Nom Dépose

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE — MONTRÉAL

REVUE DES LIVRES

René HUGUENIN. — **Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur le cancer.** Un volume de 140 pages. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.

On sait quel est le but de cette collection: faire connaître sous forme d'aphorismes les notions cliniques et thérapeutiques aujourd'hui admises; rappeler aux praticiens les règles qu'ils ne doivent transgresser qu'avec prudence; montrer aux étudiants ce qu'il y a de capital dans les questions dont ils s'efforcent d'approfondir le détail.

Cette collection vient de s'enrichir d'un nouveau texte sur le « le Cancer » dont l'intérêt est précisé dans ces quelques lignes extraites de la préface :

... « Bouleversant des notions qui, pour quelques-unes, sont erronées, rajeunissant certains syndromes, élucidant les modalités diverses de l'évolution, précisant le moment et le pourquoi dans le choix des procédés de traitement, ce livre est appelé à ouvrir des horizons nouveaux à ceux qui ne sont point spécialisés en matière de tumeurs et de cancers. Et j'ajouterai volontiers qu'en de nombreux chapitres, des vues originales et intéressantes y sont mises à jour par l'auteur... »

L'auteur, en homme de laboratoire, autant qu'en clinicien, ne s'est pas borné à des considérations purement techniques. Parlant de l'indétermination de certaines terminologies, il montre au début de son livre l'imprécision du domaine du cancer. Tout en conduisant ainsi à de multiples réflexions, et le biologiste, et le clinicien, évoque encore les difficiles problèmes des frontières de la malignité et donne un aperçu critique des procédés de diagnostic dits « biologiques » des tumeurs.

Jouant pour le médecin, le rôle de *Vade Mecum* éveillant pour lui des thèmes ou des conceptions nouvelles, cet ouvrage fera accroître le nombre des diagnostics précocement posés et mènera à la réalisation de thérapeutiques nouvelles.

MM. A. BOIVIN, F. CAUJOLLE, J. CHEYMOL, J. COURTOIS, M. FLORKIN, E. Le BRETON, J. PANTALEON, M. POLONOVSKI, M. RANGIER, A. STOLL. — **Exposés annuels de biochimie médicale.** Un volume de 288 pages, avec 16 figures — Septième série — Masson et Cie, éditeurs, Paris.

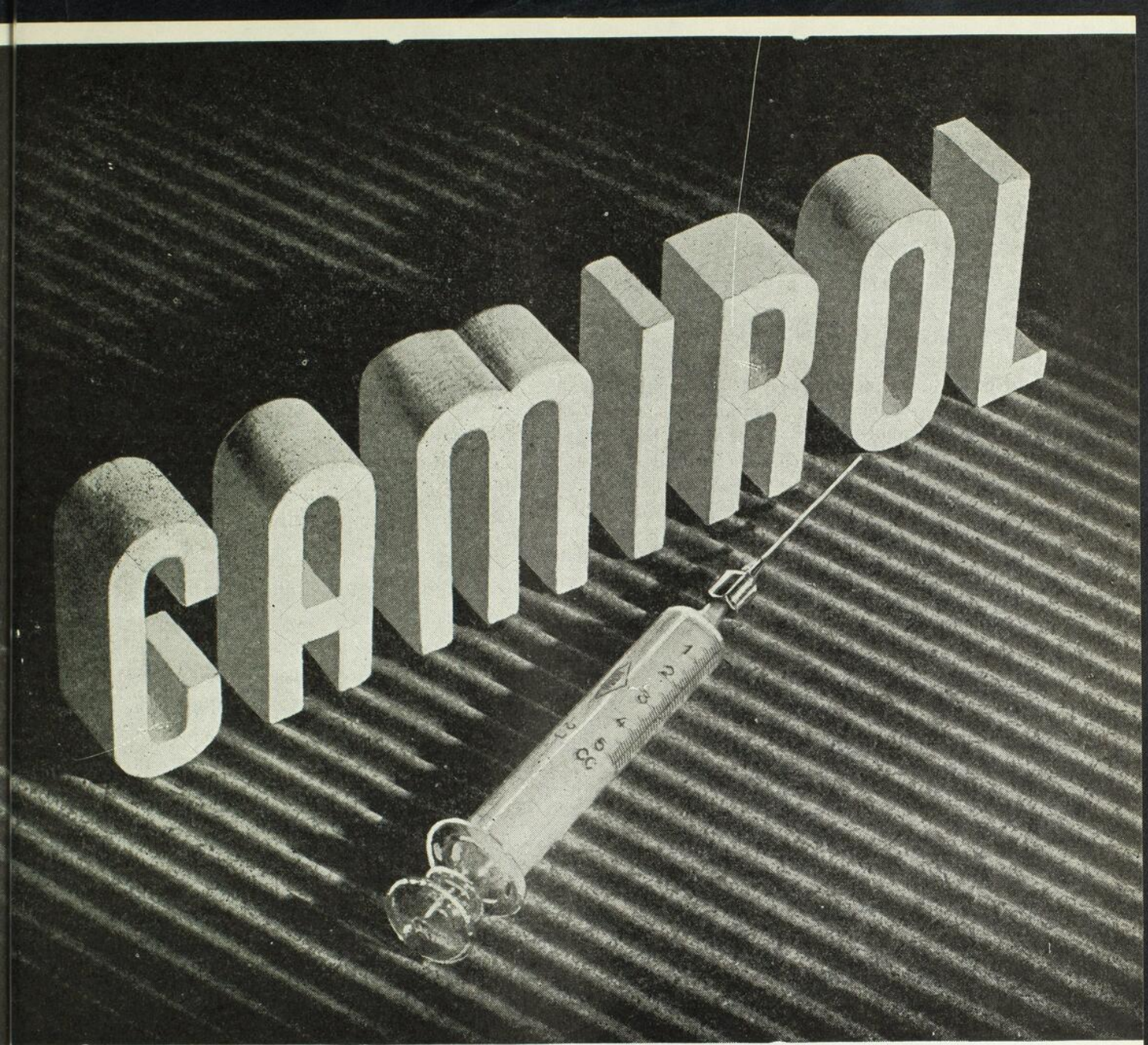
Ce livre rassemble 9 conférences de chimie médicale faites par des biochimistes réputés à la Faculté de Médecine de Paris. Ces conférences portent sur des sujets d'actualité intéressant, au premier chef, le physiologiste et le médecin.

CHAPITRES DE L'OUVRAGE

Quelques aspects chimiques et pharmacologiques des alcaloïdes de l'ergot de seigle, par A. Stoll. — La glucuronoconjugaison, par M. Florkin. — Biochimie des antigènes et plus spécialement des antigènes bactériens, par A. Boivin. — Récentes acquisitions sur la lécithase et la cholestérolestérase sériques et pancréatiques. Leur rôle dans le métabolisme, par E. Le Breton et J. Pantélon. — Substances synthétiques à action œstrogène, par J. Cheymol. — Le dosage des enzymes en chimie pathologique, par J. Courtois. — Biochimie du cobalt, par F. Caujolle. — Adrénaline et adrénalinémie, par M. Rangier. — L'étape initiale de la biogenèse des composés organiques, par M. Polonovski.

SUJETS TRAITÉS DANS LA CINQUIÈME SÉRIE

Données biochimiques récentes dans le domaine de la fécondation, de la sexualité et de la génétique, par P. Boulanger. — Les protéines du plasma et du sérum. Récentes acquisitions et position actuelle du problème et leur étude, par Jean Roche et Yves Derrien. — Les cénapses lipidoprotéidiques, par Michel Mâchebœuf. — La vitesse de sédimentation globulaire, par Max-Fernand Jayle. — Les mélanines, par Ch. Sannié. — De l'hémoglobine à la bilirubine et à l'urobiline, par Michel Polonovski et Alfred Gajdos. — Le métabolisme azoté des bactéries, par A. Boivin. — Action biochimique de l'insuline, par H. Bénard. — Sulfamides et antisulfamides, par



Nouvelle Médication

pour la sinusite et les infections des voies respiratoires

Injection Intramusculaire

FORMULE

Iodoforme — Menthol
Iodures — Camphre

Ampoule de 1 cc.

(En solution huileuse de faible acidité)

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLEGE McGILL, MONTRÉAL

G. Tréfouël. — Histamine, Antihistaminiques, par J. Cheymol.

SUJETS TRAITÉS DANS LA SIXIÈME SÉRIE

Les corrélations fonctionnelles entre substances stéroïdes, par R. Courrier. — La spectrographie en biologie, par G. Florence. — De la notion du temps de saignement moyen au métabolisme du médiateur chimique des excitations adrénergiques, par J. Roskam. — Les enzymes à constituant métallique dissociable, par J. Roche. — Le sodium et le potassium dans l'organisme animal, par P. Boulanger. — La biochimie des ptérines, par M. Polonovski et R. G. Busnel. — Pigments et substances antibiotiques des champignons et bactéries, par Ch. Sannié. — Quelques aspects du métabolisme du soufre chez les animaux supérieurs, par Cl. Fromageot.

Fernand BEZANÇON et P. GASTINEL. — **Précis de pathologie médicale** — Tomes I et II: **Maladies infectieuses.** — Troisième édition. — T. I. - 988 pages, 97 figures, 1 planche en couleurs; T. II. - 774 pages, 138 figures, 3 planches en couleurs. — (Précis médicaux) — Masson et Cie éditeurs, Paris.

La collection du « Précis de Pathologie Médicale », en 9 volumes, que les circonstances avaient ces dernières années de plus en plus éclaircie, se reconstitue peu à peu: des rééditions de tous les tomes sont actuellement en cours. Les tomes I et II, consacrés aux maladies infectieuses, viennent de reparaître.

Ces deux livres constituent moins une édition nouvelle qu'un ouvrage nouveau. Ils pourraient porter le titre de « Précis de clinique et de physio-pathologie des maladies infectieuses ».

Une série de chapitres d'étiologie générale et de physio-pathologie microbienne, au début du tome I, traitent des principaux problèmes dont on ne trouve habituellement l'étude que dans les ouvrages spécialisés: les Auteurs ont jugé en effet que des points essentiels sur l'épidémiologie, la nutrition des bactéries, la défense de l'organisme, les réactions cellulaires et humorales, la compréhension des anticorps, la position actuelle de l'immunité, les phénomènes allergiques en pathologie infectieuse et leurs rapports avec les processus immunitaires — nécessitaient un exposé d'ensemble. Ils y ont joint une étude générale sur les septicémies envisagées du point de vue de leur constitution physio-pathologique.

Un court chapitre de chimiothérapie a pour but de montrer au lecteur toutes les étapes de cette merveilleuse méthode qui s'échelonne de l'emploi de la quinine à l'usage des sulfamides et de la pénicilline .

D'autre part, de nouveaux chapitres ont été ajoutés, qui traitent, soit de questions étudiées auparavant aux maladies d'organes, soit de sujets entièrement nouveaux ou insuffisamment envisagés dans l'édition précédente (différents types de septicémies anaérobies, infections à « bacillus moniliformis », mononucléose infectieuse, amibiase, méningite curable, etc.).

Une partie de l'ouvrage est consacrée à la pathologie exotique: paludisme, typhus exanthématique, fièvre récurrente, Leishmaniose, fièvre jaune, etc.

Enfin, il importait de donner une place, à la mesure même de leur rôle dans la pathologie infectieuse, à toutes les infections provoquées par les ultra-virus: une étude biologique générale de ceux-ci permettra au lecteur, pour la première fois, de trouver dans un livre de pathologie les notions indispensables non seulement pour comprendre l'histoire clinique de ces maladies, mais aussi pour connaître les discussions que soulèvent la nature et l'origine de ces mystérieux agents d'infection.

Michel POLONOVSKI, P. BOULANGER, M. MACHEBŒUF, J. ROCHE, C. SANNIE. — **Biochimie médicale.** 3e édition revue et corrigée des "Eléments de Biochimie médicale". Un volume de 710 pages, avec 61 figures. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1947.

Sous ce titre nouveau paraissent en 3e édition les « Eléments de Biochimie médicale »

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.

dont l'intérêt a été consacré par le succès des deux premières éditions. Celle-ci a été complétée et remaniée en plusieurs chapitres, et allégée sur d'autres points.

Les auteurs ont rassemblé les éléments indispensables à la formation biologique du médecin. Si leur ouvrage s'adresse principalement aux étudiants en médecine, dont il suit les programmes d'enseignement, les étudiants en pharmacie et les candidats au Certificat de Chimie biologique en tirent également grand profit.

Se modelant sur l'enseignement de la Chimie médicale, ce petit traité comporte deux parties, développées en quelques grands chapitres:

L'étude des principaux constituants de l'organisme prélude à celle de leur métabolisme et n'est poursuivie qu'en tant qu'elle est indispensable à en pénétrer le mécanisme. Le problème des réactions diastasiques a été traité dans toute son ampleur, bien que sous une forme accessible au lecteur le moins spécialisé.

Un tableau d'ensemble de l'alimentation complète enfin cette œuvre, qui ne vise qu'à donner des vues précises et justes sur la biochimie normale et pathologique, tout en se limitant aux données physiologiques indispensables au diagnostic et à l'art de guérir.

R. BOURG. — **Chirurgie fonctionnelle gynécologique. Indications opératoires, techniques et considérations pratiques en rapport avec les acquisitions endocrinologiques.** Préface de E. Doucy. Un volume de 268 pages ,avec 137 figures. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1947.

La thérapeutique chirurgicale en Gynécologie subit une modification évolutive, par suite des progrès survenus dans les connaissances sur la physiologie normale et pathologique des organes génitaux de la femme. Pendant un quart de siècle, la chirurgie gynécologique a été presque uniquement une chirurgie d'exérèse; la guérison était acquise en supprimant l'organe malade. Les résultats obtenus ont incité les chirurgiens à opérer trop souvent et trop radicalement. La tendance actuelle est de réagir contre cette chirurgie mutilatrice et d'avoir le souci de conserver le maximum.

La chirurgie gynécologique, devenue conservatrice, marque un progrès évident. Mais pour l'Auteur, il ne suffit pas de garder un organe, il faut lui assurer sa fonction, et mieux encore, il faut étudier les moyens chirurgicaux capables d'améliorer cette fonction. La chirurgie gynécologique moderne doit être une chirurgie fonctionnelle, réparatrice de l'activité physiologique des organes sexuels.

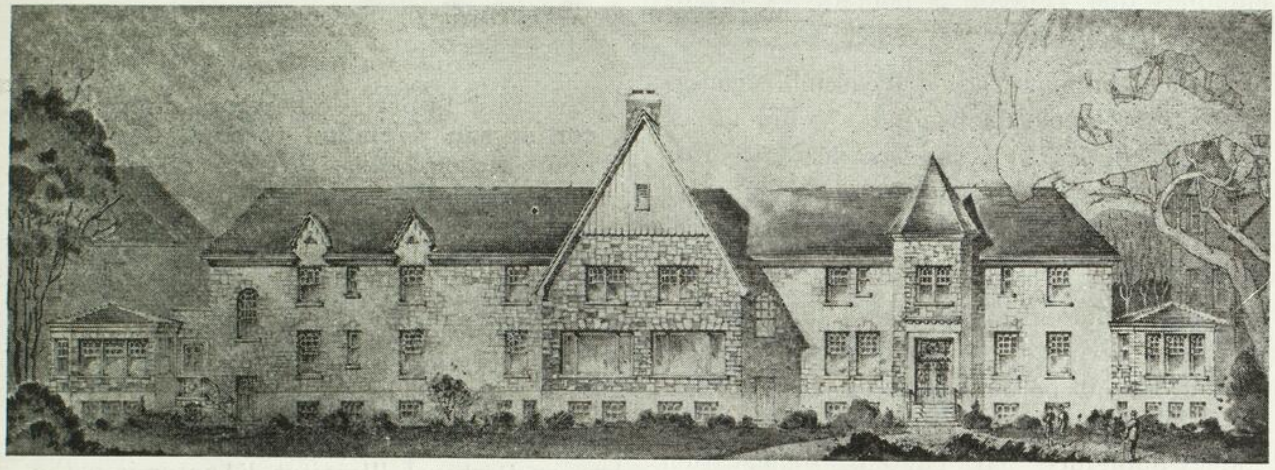
Mais pour réaliser ce programme, il ne suffit pas d'être chirurgien, il faut être médecin-gynécologue et endocrinologiste. Il s'agit d'étudier, par les méthodes nouvelles dont on dispose actuellement, les troubles fonctionnels des malades pour savoir par quels moyens chirurgicaux les améliorer. Parmi ces méthodes, l'auteur attache une importance méritée aux biopsies de muqueuse corporéale comme test de l'activité de l'ovaire.

Dans un langage simple, avec des idées pratiques, R. Bourg fait part de l'expérience personnelle déjà grande qu'il a acquise dans cette voie nouvelle et pleine d'avenir.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Physiologie et procédés chirurgicaux. Considérations générales. Les interventions commandées par les troubles dans les rapports sexuels. Les interventions pratiquées au niveau du col utérin dans l'intention de rétablir la possibilité de grossesse. La biopsie de la muqueuse utérine. La fécondation artificielle. Les interventions pratiquées dans l'intention de rétablir une grossesse: au niveau du corps utérin; au niveau des trompes; au niveau de l'ovaire. Les interventions susceptibles de rétablir une fonction ovarienne absente, anormale et de rendre possible une grossesse. Les interventions susceptibles de remplacer uniquement la fonction endocrine de l'ovaire. Les interventions laissant subsister la fonction ovarienne. Les interventions radicales. Conclusions générales.

SANATORIUM PRÉVOST



La maquette ci-dessus est la façade, côté boul. Gouin, de la nouvelle bâtisse actuellement en construction qui réunira les deux anciens pavillons. Ceux-ci sont en voie de complète rénovation et l'un d'eux est déjà ouvert aux malades.

L'établissement demeure toujours consacré au traitement INDIVIDUEL des affections neuro-psychiatriques en cure libre.

● Personnel hospitalier expérimenté. Cures de repos. Physiothérapie complète. Pyrétothérapie. Electrochocs. Insulinothérapie. Psychothérapie. Bientôt: radiothérapie; régimes confiés à une diététicienne.

BUREAU MÉDICAL

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Paul Larivière, Emile Legrand, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

Consultants: Drs Fernand Charest, René Dandurand, Edouard Desjardins, Roland Dussault, Léon Gérin-Lajoie, Charles-E. Grignon, Charles-E. Hébert, J. B. Jobin, Albert Jutras, Richard Lessard, Georges Manseau, Léopold Morissette, Jules Prévost, J. A. Vidal.

• •

4455 OUEST, BOULEVARD GOUIN. **TÉLÉPHONE BYwater 2405 ★**

M. SENDRAIL. — **L'hyperinsulinie. Les états de suractivité fonctionnelle du pancréas endocrine en médecine expérimentale et en clinique.** Un volume de 256 pages, avec 25 figures et 2 planches en couleurs. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1947.

Cette monographie constitue un exposé d'ensemble des recherches expérimentales et cliniques que l'auteur a poursuivies depuis quinze ans.

C'est la première étude d'ensemble consacrée au problème biologique et clinique de l'hyperinsulinie. A la lumière des faits rassemblés, la suractivité sécrétoire du pancréas endocrine apparaît comme une réalité expérimentale, anatomique et pathologique.

Expérimentalement, il est possible, par des méthodes diverses, d'obtenir une activation, transitoire ou permanente, des îlots. Il est plus particulièrement insisté ici sur la technique appliquée par l'auteur (énervation sympathique exclusive, les fibres parasympathiques étant respectées).

Anatomiquement, on enregistre, dans de multiples occurrences, physiologiques ou morbides, des images d'hyperplasie langerhansienne. Celles-ci ne témoignent toutefois d'une hyperinsulinie fonctionnelle vraie qu'à la condition d'intéresser les types cellulaires effectivement insulinogènes. On trouvera dans l'ouvrage les techniques qui permettent d'identifier ceux-ci et par conséquent de définir des critères cytologiques d'activité insulaire.

Cliniquement enfin, on est amené à reconnaître dans diverses manifestations, non seulement aiguës mais aussi chroniques, la traduction symptomatique d'une hyperinsulinie. La signification respective des méthodes d'investigation de la fonction insulaire (tests de tolérance au glucose, tests de tolérance à l'insuline, etc...) ainsi que le syndrome humoral de l'hyperinsulinie sont précisés.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

1. Le concept biologique d'hyperinsulinie. L'hyperinsulinémie. L'hyperplasie insulaire. — II. L'hyperinsuline expérimentale. L'insulinisation massive expérimentale. Les actions expérimentales excitatrices de la fonction insulaire. — III. Les aspects cliniques de l'hyperinsulinie. — IV Les méthodes d'exploration du pancréas insulaire chez les hyperinsuliniens. — V. Les variétés d'hyperinsulinie spontanée selon ses causes. Les hyperinsulinies par lésion organique. Les hyperinsulinies fonctionnelles. Les hyperinsulinies relatives. Diagnostic des états d'hyperinsulinie spontanée. Les problèmes thérapeutiques de l'hyperinsulinie. Synthèse.

Michel MOSINGER. — **Le problème du cancer et son évolution récente. Cancer et neuro-ergonologie.** Préface du prof. G. Roussy. Un volume de 664 pages avec 184 figures. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1947.

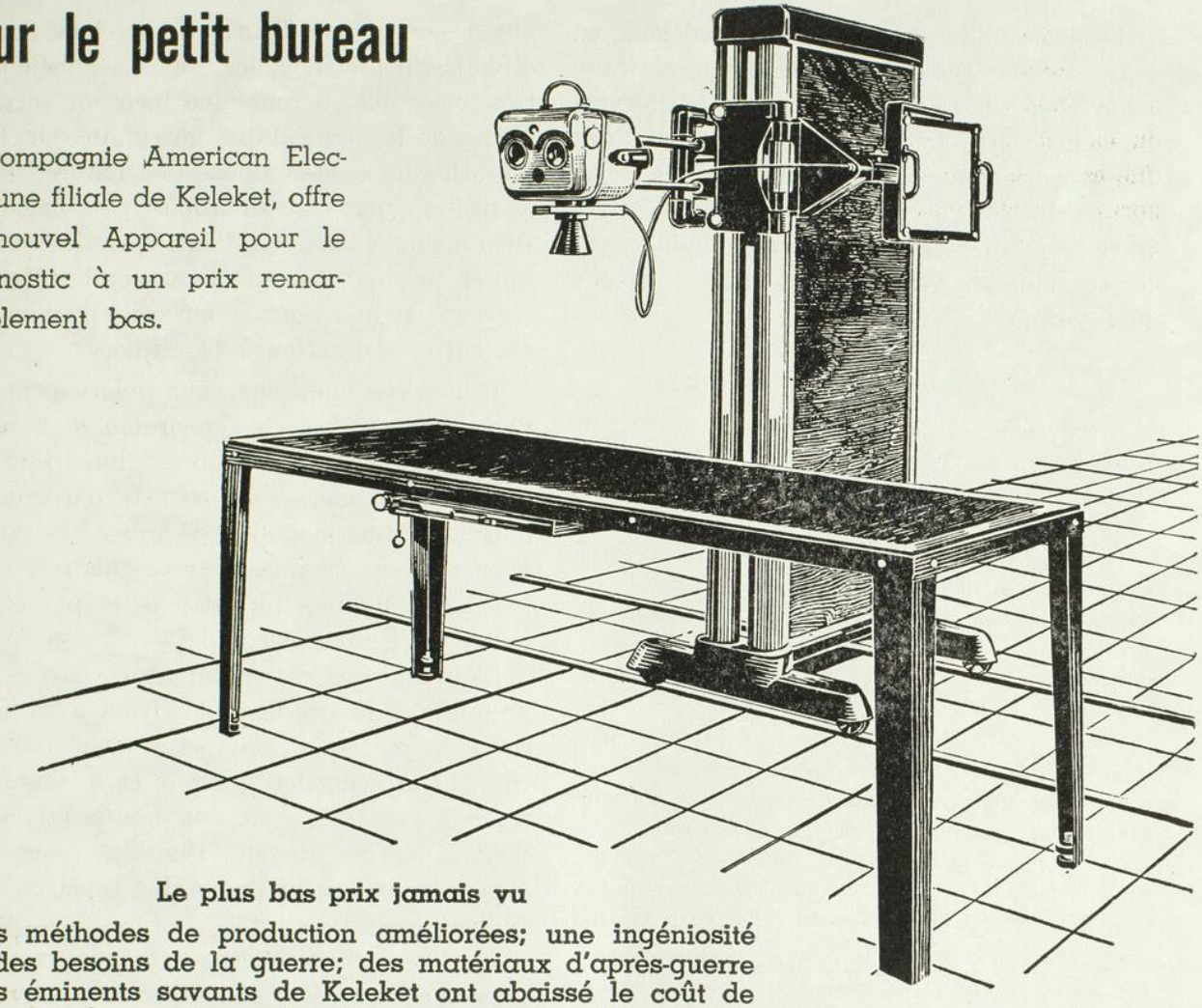
L'auteur, qui a fait paraître récemment, en collaboration avec le professeur Roussy, un très important ouvrage de neuro-endocrinologie, et qui dirige à l'Université de Coïmbra, au Portugal, l'Institut d'Anatomie pathologique, a réuni une série de faits et de documents expérimentaux qui touchent aux questions relatives à l'étiologie et à la pathogénie du cancer.

Il y étudie d'abord les processus hyperplasiques et tumoraux bénins dans leur comportement vis-à-vis de l'administration répétée de substances œstrogènes, d'extraits glandulaires et de substances cancérigènes. A propos du mécanisme de la cancérisation cellulaire, il discute la théorie mutationiste: la transformation cancéreuse doit être considérée, selon M. Mosinger, comme le résultat d'un processus progressif passant par les phases d'hyperplasie, de tumeur bénigne pour arriver au cancer, alors que les mutations apparaissent brusquement.

Parmi les nombreux facteurs étiologiques qui interviennent dans la carcinogénèse, l'auteur distingue des substances cancérigènes et des substances carcino-inhibitrices, et il cherche à préciser le sens dans lequel devraient être désormais poursuivies les recherches dans ce nouveau domaine.

MAINTENANT... équipement complet de rayons x pour le petit bureau

La compagnie American Electric, une filiale de Keleket, offre un nouvel Appareil pour le Diagnostic à un prix remarquablement bas.



Le plus bas prix jamais vu

Des méthodes de production améliorées; une ingéniosité née des besoins de la guerre; des matériaux d'après-guerre et les éminents savants de Keleket ont abaissé le coût de production à un niveau jamais encore atteint. Le prix de l'American Electric Diagnostic Unit, y compris les accessoires pour l'examen de la tête et la table de radiographie n'est que de $1,925.00, frais d'expédition en plus.

La première garantie sur un Appareil de Rayons X

La superbe construction de cet appareil nous permet d'offrir pour la *première fois* une garantie de service et de réparation. Avant même d'acheter vous savez exactement quel sera le coût des réparations qui pourront être nécessaires 1 an ou 5 ans après la date de votre achat.

Sur demande nous vous enverrons des renseignements complets et détaillés. Si vous le désirez, un de nos représentants se fera un plaisir d'aller vous voir.

KELEKET

X-ray AND Radium INDUSTRIES LIMITED

261 DAVENPORT RD. – TORONTO 5

QUÉBEC - MONTRÉAL - WINNIPEG - EDMONTON - CALGARY - VANCOUVER

De l'ensemble de ces travaux se dégage en outre l idée d'attribuer une place importante au système neuro-végétatif dans la pathogénie du cancer. La cancérisation cellulaire paraît due essentiellement à des troubles dans le jeu normalement équilibré des substances actives intra et extra cellulaires qui règlent la vie et la reproduction des éléments constitutifs de l'organisme.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

I. *Cytologie et biologie du cancer.* — Caractères morphologiques. Caractères chimiques. Constitution chimique du tissu cancéreux. Caractères biologiques de la cellule cancéreuse et du tissu cancéreux.

II. *Cancérisation cellulaire.* — Rappel de la structure chromosomiale. L'argument des virus cancérigènes. L'argument des rayons X. L'argument des rayons ultra-violets. L'argument des mutations germinales à effet cancérigène. Analyse cytologique du processus de cancérisation.

III. *Etio-pathologique du cancer.* — Cancer, fonction sexuelle et système neuro-endocrinien. Cancer, neuro-ergonologie et Pathologie corrélative. Facteurs cancérigènes chimiques ergonaux. Classification chimique. Classification physiologique. Facteurs nerveux physiques, parasitaires, bactériens et virusaux. Corps étrangers. Autres facteurs. Facteurs associés.

IV. *Classification des processus prolifératifs.* — Processus prolifératifs conjonctifs, épithéliaux et épithélio-conjonctifs. Processus prolifératifs des tissus nerveux, méningés et mélaniques. Processus prolifératifs tumoraux embryonnaires.

V. *Perspectives actuelles.* — Organisation de la Recherche Scientifique Cancérologique.

Conclusions.

H. CHABANIER et C. LOBO-ONELL. — **Les œdèmes.** Un volume de 211 pages. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1946.

M. Chabanier me fait l'honneur de me demander une préface à son nouvel ouvrage sur les *œdèmes*. Beaucoup verront là un acte de sympathie personnelle plus que de froide logique: un neurologiste est-il bien qualifié pour présenter une telle étude, si loin, semble-t-il, de ses préoccupations habituelles?

Cependant, ces difficiles problèmes de pathologie générale ne nous échappent pas complètement. Nous avons le privilège d'étudier plus aisément que d'autres le précieux liquide céphalo-rachidien; collecté dans les méninges, très accessible, il renseigne bien sur certains modes de la perméabilité vasculaire. Or, l'exploration de celle-ci amène tout naturellement à penser aux transsudations pathologiques. Bien mieux, nous avons l'autre privilège d'examiner *in vivo* un œdème viscéral, celui du cerveau; et une légitime curiosité étendra enfin notre exploration à la rétine.

Toutes ces questions nous préoccupent depuis longtemps et c'est pourquoi le livre de M. Chabanier me paraît si important. Il examine, en effet, sous prétexte d'œdème, la question fondamentale, si grosse de conséquences, des échanges per-vasculaires, entre plasma et liquides interstitiels, et par conséquent entre sang et cellules.

L'ouvrage se divise en trois parties; la première et la troisième décrivent avec beaucoup de précision, mais sans longueurs inutiles, la présentation clinique et la thérapeutique des *œdèmes*. Leurs différentes étiologies, dont la variété déroute beaucoup, sont bien exposées, avec un très notable souci de simplification et de clarté.

Le lecteur retrouvera, avec plaisir, quelques-unes des idées générales de M. Chabanier sur la valeur sémiologique des transsudations au cours des insuffisances hépatiques, du diabète, de l'urémie. Elles ont parfois étonné, mais, actuellement, il faut bien convenir de leur accord très fréquent avec les faits les mieux observés.

La seconde partie, à mon avis la plus intéressante, est consacrée à la pathogénie des œdèmes. A ce sujet, toute explication doit tenir compte de trois faits essentiels: la transsudation anormale de l'eau vers les tissus, la diminution de sa résorption par les lymphatiques, le gonflement des cellules tissulaires.

Il est bien difficile de retenir les théories qui expliquent l'œdème par l'appel exagéré d'eau sanguine, lié à l'acidose tissulaire ou à une hydrophilie accrue des tissus.

Les théories de Volhard et d'Epstein expliquent l'œdème par une perturbation pri-

Médication pratique pour
les **BÉBÉS**

ANOTHIAZOLE
(Suppositoires de sulfathiazole dosés à 0.25 ctg.)
••
ADMINISTRATION FACILE

ANODIAZINE
(Suppositoires de sulfadiazine dosés à 0.25 ctg.)
••
ASSIMILATION RAPIDE

Échantillons sur demande.

SMALLWOOD PHARMACEUTICALS LIMITED

Chimistes - Biologistes - Pharmaciens

TORONTO **ORANGEVILLE**

CANADA

mitive, spécifique, de la perméabilité capillaire. Epstein applique à l'œdème la théorie de Starling; il est produit par le déséquilibre entre la tension capillaire et la tension osmotique des protéines du plasma, suivant plusieurs modalités. A ce propos, M. Chabanier montre, à la suite d'une série de déductions très pertinentes, que la valeur de la tension osmotique réelle du sang de l'œdémateux n'est pas réglée uniquement par la teneur du plasma en protéines; elle dépend du degré de perméabilité plus ou moins grand des membranes capillaires à l'égard de celles-ci. Et on conçoit, dans ces conditions, qu'un œdème puisse se résorber sans que les protéines du sérum aient varié; il suffit, pour cela, que la perméabilité des membranes ait diminué.

On peut donc proposer la formule suivante: l'œdème apparaît si la tension intracapillaire excède la tension osmotique du sang circulant; celle-ci est réglée, non seulement par le taux des protéines du plasma, mais aussi par la plus ou moins grande perméabilité des capillaires pour les protéines. Et c'est par un phénomène symétrique que M. Chabanier explique la non-résorption au niveau des capillaires lymphatiques; ceux-ci cessent de résorber parce que la tension osmotique de la lymphe s'abaisse du fait d'un excès de perméabilité de leurs membranes pour les protéines.

A la lumière de ces données, sont envisagées les différentes formes d'œdèmes observées en clinique, et, pour chacune d'elles, les combinaisons de ces trois facteurs de transsudations: tension capillaire, taux de protéines du plasma, perméabilité des capillaires aux protéines.

Mon bref résumé donne un aperçu bien incomplet, bien trop étriqué, de cet ouvrage singulièrement mûri et pénétrant. Nous avons tous vu M. Chabanier à l'œuvre, ne quittant l'hôpital que pour la bibliothèque, accumulant les documents anatomo-cliniques, biologiques et bibliographiques, les soumettant à la critique la plus pénétrante; l'œuvre actuelle n'est certes pas une improvisation.

De la fréquentation assidue de nos différents services, son auteur a peut-être emporté l'impression de notre curiosité attentive, de notre goût très vif pour la pathologie générale et les questions qui le passionnaient lui-même. Il se souviendra certainement de l'empressement avec lequel ses exposés brillants, subtils, attachants ont été suivis par tous. Et nous ne sommes pas prêts à oublier cet enseignement si nourri de faits et d'idées, ce goût des belles démonstrations simplifiant et rendant aimables les pires difficultés, cet élan surtout, cette ferveur intellectuelle, si méritoires et exemplaires, au cours de ces longues et lourdes années. (Préface du Prof. Riser.)

J. DARIER, A. CIVATTE, A. TZANCK. — **Précis de dermatologie.** Cinquième édition par A. Civatte. Un volume de 1152 pages, avec 269 figures. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1947.

Une nouvelle édition du « Précis de Dermatologie » de Darier, unanimement considéré comme l'un des premiers ouvrages de sa spécialité, était attendue depuis plusieurs années.

C'est à l'un des élèves et collaborateurs directs de Darier, le docteur Civatte, dont la participation au « Traité de Dermatologie » fut importante, qu'il appartenait de rééditer cet ouvrage. Il précise dans sa préface le sens dans lequel il a orienté son travail:

« J'ai scrupuleusement conservé le plan « d'ensemble qui a fait d'emblée la profonde « originalité de ce Précis. J'ai à peine touché « aux descriptions cliniques. J'ai écouté, çà et « là, quelques détails histologiques. Je me « suis attaché surtout aux acquisitions récen- « tes de la Dermatologie dans les domaines « de l'étiologie, de la pathogénie, de la phy- « siologie pathologique. Mais je n'ai pris, des « nouveaux éléments apportés par la Biologie « moderne, que ce qui m'a semblé pouvoir « entrer dans le cadre tracé par Darier sans « fausser les perspectives, et sans détruire le « caractère primitif de son livre, dont il a « voulu faire, et qui doit rester, un Manuel. »

La protéine totale a une valeur métabolique plus élevée et elle est plus facile à administrer que tout autre mélange protéiné fractionné destiné à l'administration orale. La protéine totale est agréable au goût, mieux tolérée et bien accueillie durant un traitement prolongé. • Les Granules DELCOS offrent la protéine totale d'une grande valeur biologique (caséine et lactalbumine), rehaussée par des hydrates de carbone à 30% pour compenser la dépense exagérée d'énergie. Ce mélange unique est supérieur en nutrition à la caséine ou la lactalbumine seules; il possède une valeur biologique d'environ 20% plus efficace que le bifteck. • Les Granules DELCOS sont de goût agréable, même à fortes doses et pendant un traitement prolongé. Tous les malades les digèrent facilement à l'exception de ceux qui souffrent de dysfonctionnement intestinal tenace. • Lorsque la voie buccale est indiquée pour l'administration des protéines, ajoutez à l'alimentation les Granules DELCOS, la protéine bien accueillie par les malades, à doses répétées pendant plusieurs jours.

protéine de
dégustation facile
et agréable

SHARP & DOHME

granules

delcos®

de protéine et d'hydrates de carbone

Présentation: Pots de 1 livre
et de 5 livres.
Sharp & Dohme (Canada) Ltd.
Toronto 5, Ontario.

Aussi cette cinquième édition conserve-t-elle le caractère didactique minutieux qui est la marque même de l'ouvrage. Mais si ce livre constitue le meilleur des « manuels » d'étudiants, il est aussi un livre de praticien et de dermatologiste: son plan original, qui sépare l'étude morphologique et l'étude nosologique des dermatoses, et le détail de ses chapitres en font, au sens le plus strict, un livre d'application; la pathologie cutanée y est d'autre part située à sa place dans la pathologie générale.

C'est donc à la fois un petit « traité » de dermatologie, œuvre de spécialistes expérimentés, et un livre didactique des maladies de la peau d'une remarquable précision, éclairé des lumières de la pathologie générale. C'est en ce sens qu'il rejoint et dépasse la pratique parce qu'il permet de la mieux comprendre.

CHANGEMENT D'ADRESSE

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph — LAncaster 9888, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

AGRIPPOL



ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE



INDICATIONS

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.

COMPOSITION

Acétophénétidine — Acide acéthylsalicylique

Chlorhydrate d'aminoxide-atropine

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

ALEPSAL

Epilepsie. Convulsions. (Non dépressif.)

Comprimés dosés à 0 Gr. 015, à 0 Gr. 05 et 0 Gr. 10.

ANIODOL INTERNE

Antiseptique puissant.

Traitement des infections intestinales.

50 à 200 gouttes par jour entre les repas dans un demi-verre d'eau sucrée.

BIS KAM OIL

Poudre.

Hyperchlorhydrie. Affections de l'estomac.

1 à 3 cuillerées de poudre délayées dans de l'eau froide.

HÉMOSTYL 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.

INOTYOL

Affections de la peau. Démangeaisons. Brûlures.

Applications journalières.

IODOGÉNOL

Iode organique, sans iodisme.

Toutes les indications de l'iode et des iodures.

20 à 40 gouttes par jour aux repas.

OCRÉINE GREMY

Extrait total du corps jaune de l'ovaire.

Traitement des troubles menstruels.

2 à 6 pilules par jour au milieu des repas.

TAXOL

Rééducateur physiologique de l'intestin.

2 à 4 comprimés avant le repas du soir. (Dose moyenne, 2 comprimés.)

J. EDDÉ Limitée

Edifice New Birks, **MONTRÉAL**

pourquoi les jeunes femmes choisissent

TAMPAX



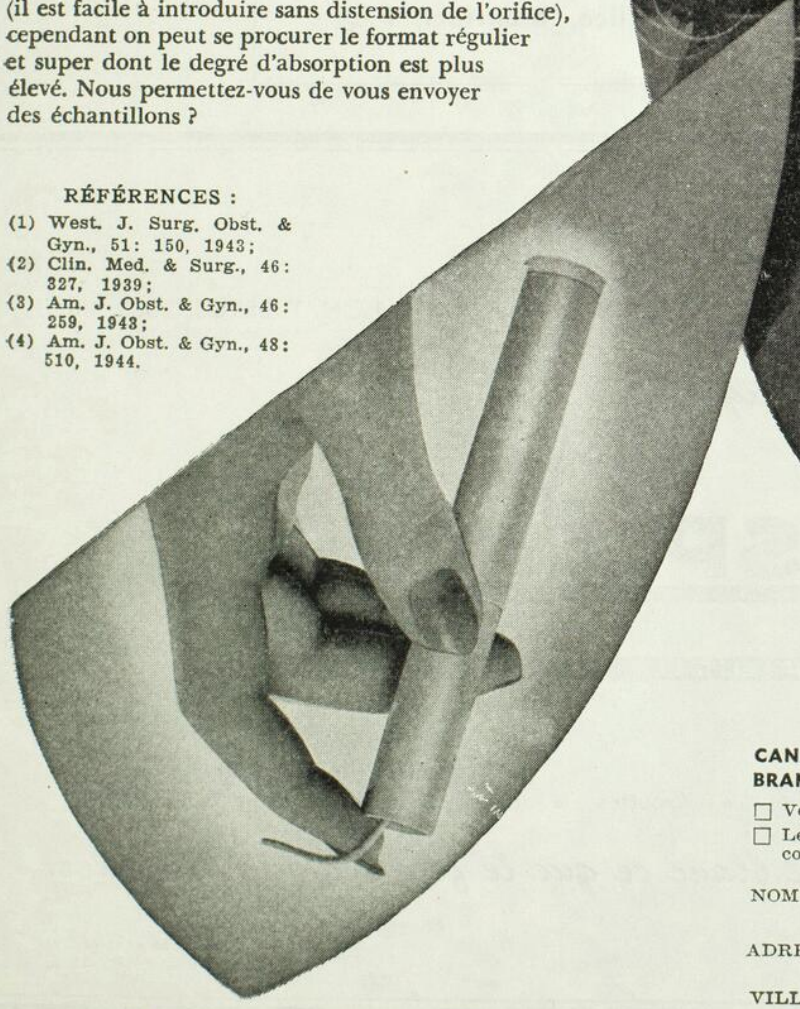
La jeune fille d'aujourd'hui est bien chanceuse en effet d'apprendre, pour ainsi dire dès ses premières menstruations, ce qu'est la méthode de protection intravaginale TAMPAX. Elle bénéficiera par son emploi au cours de ses menstruations d'une *plus grande liberté d'action,* de plus de *sûreté* et de *confort,* ainsi que d'une *sensation de propreté raffinée* [1, 2, 3, 4], et elle n'aura jamais à subir les désavantages des méthodes anciennes de protection.

Dans plusieurs grandes villes, par exemple, toute jeune fille fréquentant une école secondaire est mise au courant des méthodes hygiéniques TAMPAX — et dans des centaines d'écoles et de collèges pour jeunes filles, TAMPAX est recommandé en éducation physique et dans les cours d'économie domestique. Dans plusieurs cercles de jeunes filles, des renseignements sont couramment fournis sur la méthode TAMPAX.

D'habitude les jeunes femmes préfèrent TAMPAX junior dont le degré d'absorption est suffisant (il est facile à introduire sans distension de l'orifice), cependant on peut se procurer le format régulier et super dont le degré d'absorption est plus élevé. Nous permettez-vous de vous envoyer des échantillons ?

RÉFÉRENCES :

(1) West. J. Surg. Obst. & Gyn., 51: 150, 1943;
(2) Clin. Med. & Surg., 46: 327, 1939;
(3) Am. J. Obst. & Gyn., 46: 259, 1943;
(4) Am. J. Obst. & Gyn., 48: 510, 1944.



TAMPAX

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD., BRAMPTON, ONTARIO.

☐ Veuillez m'envoyer des échantillons.
☐ Les prix de Tampax pour usage au cabinet de consultation.

NOM .....
(lettres moulées)

ADRESSE .....

VILLE..... PROV..... P 7-21

Publicité acceptée par " The Journal of the American Medical Association."

DERMOSPLÉNINE

(EXTRAIT DÉSALBUMINÉ AQUEUX DE RATE)

Ampoules de 2 centicubes,
correspondant à 25 grammes de rate fraîche.

Injections intramusculaires profondes massives – de 3 à 5 ampoules tous les 2 jours

DERMATOSES PRURIGINEUSES

(EN PARTICULIER LES ECZÉMAS AIGUS SUINTANTS)

Laboratoires des Lipides – 14, rue des Minimes, Paris (3e)
Laboratoires Jean Olive – 200, Rue Vallée, Montréal, P.Q.

Pas de thérapeutique complète des...

ANÉMIES, TROUBLES DE LA CROISSANCE ET DE LA MINÉRALISATION, TUBERCULOSES
(modificateur de terrain)

...sans opothérapie splénique

LIPOSPLÉNINE

EXTRAIT LIPIDIQUE DE RATE (SOULA)

Ampoules Injectables • Comprimés • Gouttes • Phospho-Calcique Granulé • Sirop

"La rate est à l'élément blanc ce que le foie est aux hématies."

LABORATOIRE DES LIPIDES
14 rue des Minimes, PARIS 3e

LABORATOIPES JEAN OLIVE
200 rue Vallée, MONTRÉAL

LE SUPPLÉMENT DIÉTÉTIQUE B.D.H.

DANS UN RÉGIME ALIMENTAIRE ADÉQUAT ET ÉCONOMIQUE

Les médecins admettent que le « facteur coût » empêche souvent, même en présence d'un cas urgent, l'administration d'un supplément diététique essentiel doué de qualités particulièrement nutritives.

Le Supplément Diététique B.D.H. a été mis au point en vue de fournir les vitamines et les substances minérales essentielles en quantités suffisantes, à un prix modique pour la plus grande valeur en fait de vitamines.

Lorsque, pour des raisons diverses, le régime alimentaire quotidien ne fournit pas les substances nutritives essentielles au niveau approprié, l'administration du Supplément Diététique B.D.H. offre la méthode la plus efficace, la plus économique et la plus commode de combler ces lacunes.

Une capsule et un comprimé constituent une seule dose.

VITAMINES EN CAPSULES

Chaque Capsule contient:

Vitamine A	1,500 U.I.
Pro-vitamine A (béta-carotène)	1,500 U.I.
Vitamine D	600 U.I.
Chlorhydrate de thiamine (vitamine B_1)	1.2 mg.
Riboflavine (vitamine B_2)	1.0 mg.
Amide d'acide nicotinique	10.0 mg.
Acide ascorbique (vitamine C)	25.0 mg.

SELS MINÉRAUX EN COMPRIMÉS

Chaque comprimé contient:

Sulfate ferreux B.P. desséché	2.0 grains
Phosphate de calcium B.P.	2.0 grains

Pour préserver le chlorhydrate de thiamine de l'action destructrice des sels de fer, le Supplément Diététique B.D.H. est présenté sous deux formes — les vitamines en capsules et les sels minéraux en comprimés.

THE BRITISH DRUG HOUSES
(CANADA) LIMITED

TORONTO **CANADA**

EN SACHETS DE 4 GMS BOÎTE DE 20 SACHETS

Agarcyl

Formule Nouvelle dans la médication des Gastropathies

Agar-Agar	5 gms.
Gélatine	25 gms.
Silicate de magnésie	10 gms.
Lactose Q.S. . . pour	100 gms.

1—Neutralise l'hyperacidité
2—Combat l'hypersécrétion
3—Calme les douleurs et supprime le pyrosis
4—S'oppose aux fermentations et régularise le péristaltisme gastro-intestinal
5—Ne constipe pas, légèrement laxatif
6—Analgésique—anti-hémorragique, coagulant

LABORATOIRES JEAN OLIVE
14, rue des Minimes, PARIS 3e — 200, rue Vallée, MONTRÉAL, P. Q.

NEUROSOLÈNE — ÉTATS NERVEUX — INSOMNIES — NEUROSOLÈNE — ÉTATS NERVEUX

La forme moderne et suractivée de l'ancienne pilule de Méglin

NEUROSOLÈNE

Ancienne pilule de Méglin { ext. de jusquiame 0.017 / ext. de valériane . 0.017 / oxyde de zinc . 0.017 } + phényl-éthyl malonylurée 0.017

Posologie: 2 à 4 comprimés par jour.
Insomnie: 2 à 4 le soir au coucher.

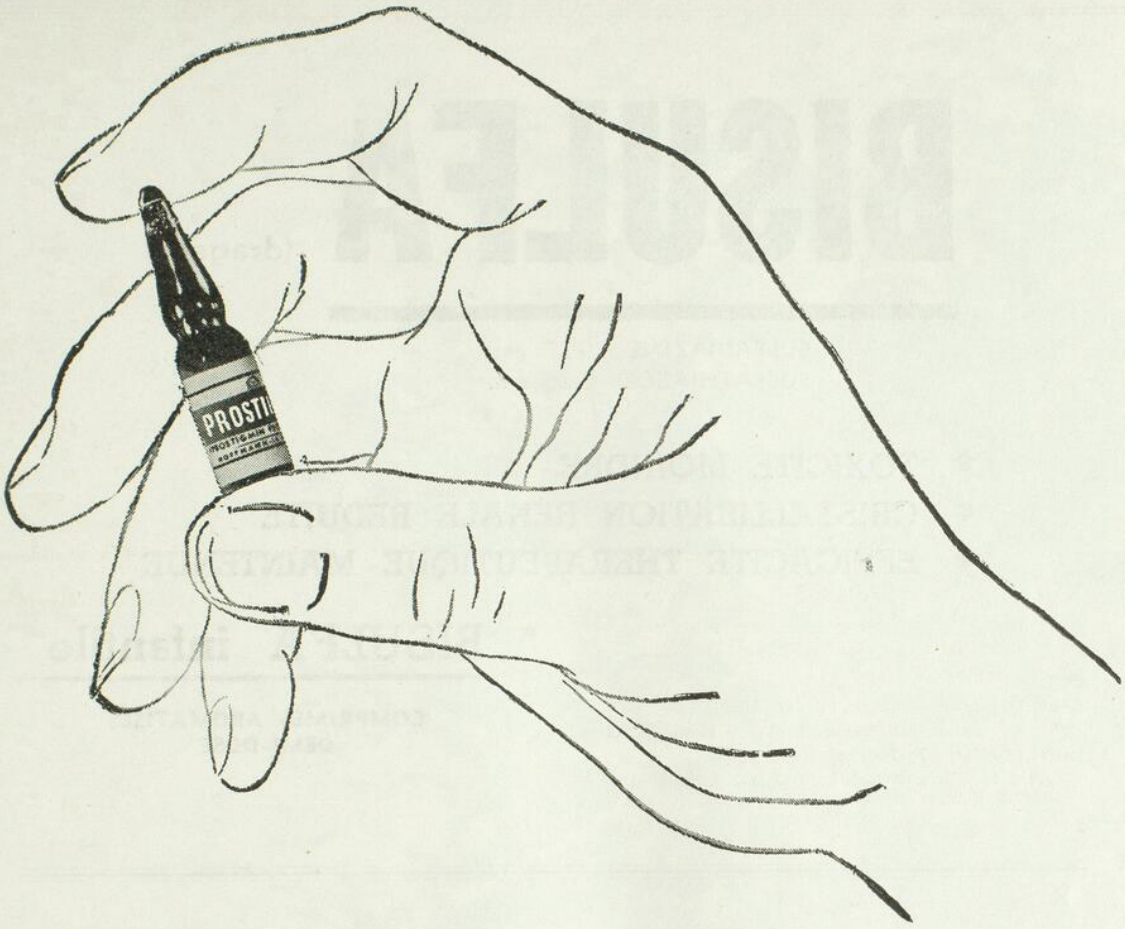
PUISSANT SÉDATIF DU VAGUE...

PRÉSENTATION: pour la clientèle — flacons de 60's.
Pour MM. les médecins et hôpitaux — flacons de 500 et 1000.

LABORATOIRES D'ANALYSES PAUL BRÉANT
11, rue de Clichy — Paris (IXe)

INSOMNIES — NEUROSOLÈNE — ÉTATS NERVEUX — INSOMNIES — NEUROSOLÈNE

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



"PRÉVENIR VAUT MIEUX QUE GUÉRIR"...

L'atonie intestinale, le météorisme, la rétention urinaire sont les suites fréquentes d'une opération. Avec la Prostigmine 'Roche', vous pouvez épargner à vos opérés ces heures désagréables. La Prostigmine combat les troubles post-opératoires de la vessie ou de l'intestin, permet d'éviter les cathétérismes, élimine les gaz et hâte la convalescence. Injectez ½ ampoule à 0.5 mgm. de Prostigmine (solution 1:2000) toutes les 4 ou 6 heures en commençant aussitôt après l'intervention et continuez les injections pendant 2 ou 3 jours.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

PROSTIGMINE 'ROCHE'

BISULFA (dragées)

SULFADIAZINE 0.25 gm.
SULFATHIAZOLE 0.25 gm.

- TOXICITÉ MOINDRE
- CRISTALLISATION RÉNALE RÉDUITE
- EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE MAINTENUE

* **BISULFA infantile**

COMPRIMÉS AROMATISÉS DEMI-DOSE

Bibliographie:

Lehr, D.: Jour. Urology, 55:548, May 1946.
Lehr, D.: Proc. Soc. Exper. Biol and Med., 58, 11, 1945.
Lehr, D.: Jour. Pediatrics, Sept. 1946.
Flippin, H. F., and Reinhold, J. G. Ann. Med., 25:433, September 1946.

Comprimés

RHINIPHEN

CORYZA, GRIPPE, MIGRAINE

Une action plus rapide et plus prolongée par l'emploi du chlorhydrate de **désoxyéphédrine au lieu de l'éphédrine. Les effets toxiques sont très rares.**

Acide Acétylsalicylique	5 grains
Acide Ascorbique	25 mg.
Chlorhydrate de Désoxyéphédrine	0.625 mg.
Menadione (vit. K)	0.25 mg.

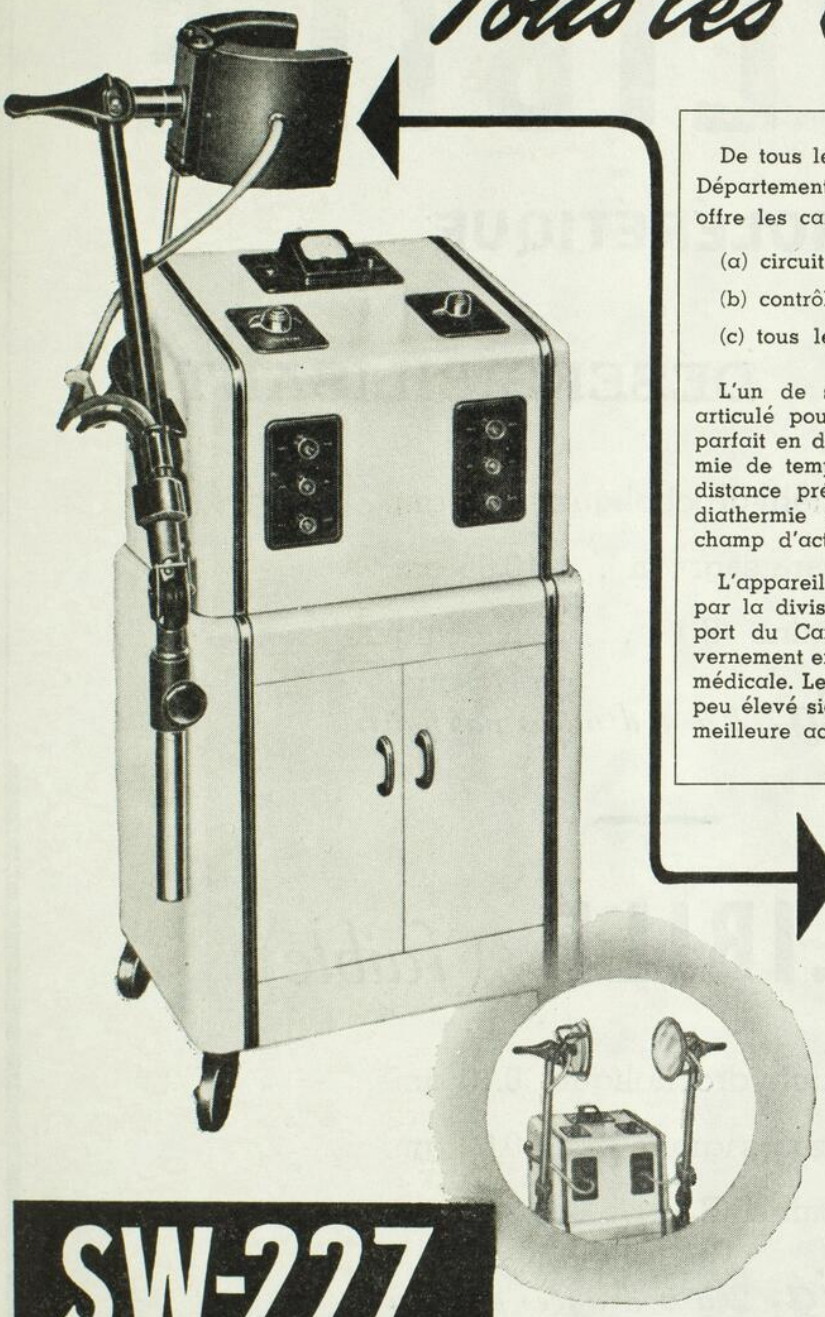
ANALGÉSIQUE, ANTI-HÉMORRAGIQUE, ANTIPYRÉTIQUE

Laboratoire BIO-CHIMIQUE, Inc.,

Fabricants de Produits Pharmaceutiques

178 est, Jean Talon, Montréal 10, P. Q.

Voici un Appareil à Ondes Courtes Approuvé QUI RÉPOND À *Tous les Desiderata!*



De tous les appareils à diathermie approuvés par le Département du Transport du Canada, voici le seul qui offre les caractéristiques suivantes:

(a) circuit à une seule lampe,

(b) contrôle automatique de fréquence "Wavemaster",

(c) tous les genres connus d'applicateurs.

L'un de ses principaux avantages est le tambour articulé pour traitement efficace, l'applicateur le plus parfait en diathermie qui représente une grande économie de temps. Cet appareil étant muni de plaques à distance prédéterminée et de tous les applicateurs à diathermie classiques, l'opérateur peut étendre son champ d'action sans limite.

L'appareil L/F SW-227 a été enregistré sous le No. 4 par la division de la radio du Département du Transport du Canada. Il satisfait aux exigences du Gouvernement en ce qui concerne les appareils à diathermie médicale. Les frais d'entretien minimes et le coût d'achat peu élevé signifient que l'appareil SW-227 représente la meilleure acquisition que l'on puisse faire aujourd'hui.

- Tambour articulé pour traitement
- Plaques à distance prédéterminée
- Circuit à une seule lampe
- Contrôle automatique de la fréquence
- Emploi facile
- Cabinet en métal
- Coussinets et cables
- Electrodes cavitaires
- Accessoires à électro-chirurgie

SW-227

DIATHERMY UNIT

Écrivez à notre bureau de Montréal pour de plus amples renseignements.

FERRANTI ELECTRIC LIMITED

X-RAY DIVISION — TORONTO, ONTARIO

CSA APPROVED CANADIAN MADE X-RAY EQUIPMENT

AMHERST • MONTREAL OTTAWA • LONDON • WINNIPEG • EDMONTON • VANCOUVER

CHOLIBILE

CHOLÉRÉTIQUE

LAXATIF — DÉSENSIBILISANT

ac. déhydrocholique 0.25 gm.
cascara sagrada . . . 0.05 gm.
thiamine (B_1) . . . . . 5 mgm.

Sig. 2 à 4 dragées par jour.

CHOLIBILE (*faible*)

ac. déhydrocholique 0.10 gm.
cascara sagrada . . . 0.02 gm.
thiamine (B_1) . . . . . 2 mgm.

Sig. 2 à 6 dragées par jour.

Laboratoire BIO-CHIMIQUE, Inc.,

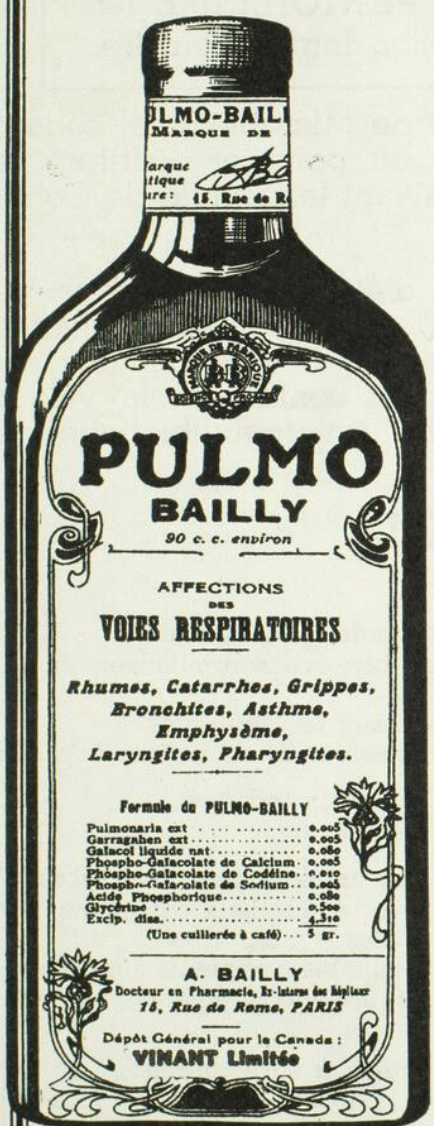
Fabricants de Produits Pharmaceutiques

178 est, Jean Talon, Montréal 10, P. Q.

PULMO-BAILLY

SA BASE ACTIVE DE COMPOSITION
ET D'ACTION DÉFINIES ET CONSTANTES
Phospho-Gaïacolate de Codéïne

ASSURE :



1° **PAR L'IMPRÉGNATION ANTISEPTIQUE** de la muqueuse de l'appareil pulmonaire :

L'ÉLIMINATION des éléments infectants, la SUPPRESSION progressive de la toux et de l'expectoration.

2° **PAR SON PHOSPHORE ORGANIQUE** directement assimilable :

LE RENFORCEMENT de la capacité de défense de l'organisme. LA STIMULATION puissante du tonus nerveux, de l'appétit et des fonctions digestives.

●

Toutes les affections des voies respiratoires, préventif et curatif des complications broncho-pulmonaires de la grippe et des maladies infectieuses, toux.

●

1 cuillerée à café au milieu de chacun des repas. — **Aucune contre indication**

LABORATOIRES A. BAILLY - 15, RUE DE ROME - PARIS-VIII

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

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

(sans but lucratif)

Excipient huileux

"ARACOL"

Pour prolonger l'action de la PÉNICILLINE (et d'autres médicaments) en injection intramusculaire.

Le **Service des Antibiotes** de l'Institut de Microbiologie, cédant à la demande des praticiens, a mis au point et distribué le véhicule huileux ARACOL préparé suivant la formule de Cohn.

Effet de Prolongation.

Ce Service de l'Institut n'a pas cessé d'étudier les effets **thérapeutiques** obtenus à l'aide d'ARACOL, de produits **similaires** et de mélanges à base de cire d'abeille. Ces recherches **expérimentales** et cliniques démontrent et confirment la valeur d'ARACOL pour le prolongement de l'action antibiotique de la Pénicilline et des médicaments.

L'ARACOL

est:

COMMODE. Il suffit de fluidifier ARACOL à la chaleur de la main.
S'émulsionne instantanément si on observe scrupuleusement la technique recommandée.
S'injecte aisément sans danger de briser les seringues.
Une émulsion bien faite peut se conserver 24–48 heures à la glacière.

INDOLORE. L'addition d'un analgésique rend l'injection indolore.
Aracol se résorbe sans laisser de traces.

ÉCONOMIQUE. Économise le temps du médecin par la réduction du nombre d'injections journalières de Pénicilline — une ou deux injections par jour suffisent.
Coût négligeable et le plus bas de tous les excipients similaires.
Cette méthode diminue les frais et les inconvénients du traitement pour le patient.

IMPORTANT — Bien mesurer les quantités à la seringue:
1 cc. d'eau pour dissoudre la Pénicilline. 3.5 cc. d'Aracol liquéfié à douce chaleur.

•

FORMULE SUPÉRIEURE ET ÉPROUVÉE

•

Distributeurs:

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

1215, rue St-Denis – Montréal, 18

De nouvelles études faites au laboratoire et en clinique [1]
ont confirmé des recherches antérieures [2—4]
démontrant que la vitamine A en solution aqueuse — telle qu'elle se trouve dans les GOUTTES VITAMINIQUES VI-SYNERAL — est utilisée plus facilement et plus complètement que la vitamine A en solution huileuse.

vitamine A aqueuse supérieure à la solution huileuse

absorption 500% plus élevée

moyenne du niveau maximum dans le sang (chez les bébés)

vitamine A aqueuse	1000 unités int.
vitamine A huileuse	200 unités int.

excrétion 80% plus faible

excrétion fécale moyenne (chez les bébés)

vitamine A aqueuse	7% de la quant. ingérée
vitamine A huileuse	38% de la quant. ingérée

confirmé par une

accumulation dans le foie 85% plus élevée

accumulation totale dans le foie en 24 heures (chez les animaux)

vitamine A aqueuse	7500 unités int.
vitamine A huileuse	4040 unités int.

gouttes vitaminiques vi-syneral



0.6 cc. mesuré au compte-gouttes fournit :

Vitamine A	**5,000 unités int.**	*vitamines A et D naturelles en solution aqueuse*
Vitamine D	**1,000 unités int.**	
Acide ascorbique (C)	**50 mg.**	
Thiamine (B_1)	**1 mg.**	
Riboflavine (B_2)	**0.4 mg.**	
Pyridoxine (B_6)	**0.1 mg.**	
Niacinamide	**5 mg.**	
Acide pantothénique	**2 mg.**	

en solution aqueuse . . . sans alcool

Parfaitement miscible à la formule du bébé, au lait, etc.; aucune saveur ni odeur de poisson.

Demandez un échantillon et la notice explicative.

Présenté en flacons de 15 cc. et de 45 cc.

u. s. vitamin corporation

(à laquelle sont affiliés)

casimir funk laboratories, inc.

250 east 43rd st. new york 17, n. y.

EDITIONS BEAUCHEMIN

(Extrait du catalogue)

ROMANS

Angus Graham
NAPOLÉON TREMBLAY $1.50

Geneviève de la Tour Fondue
RETOUR À LA VIGIE $1.00

Geneviève de la Tour Fondue
MONSIEUR BIGRAS $1.25

Louis Fréchette
ORIGINAUX ET DÉTRAQUÉS $1.25

Edmond Grignon
EN GUETTANT LES OURS $1.25

Louis Fréchette, etc.
CONTES D'AUTREFOIS $1.25

Léon Bloy
LE DÉSESPÉRÉ $1.25

Z.-B. Markevitch
STEPPES D'UKRAINE $1.00

Oscar Masse
LA CONSCIENCE DE PIERRE LAUBIER $0.75

Paule Régnier
L'ABBAYE D'ÉVOLAYNE $1.25

Raymonde Vincent
CAMPAGNE $1.25

Raymonde Vincent
BLANCHE $1.25

René Bazin
MAGNIFICAT $1.25

Colette Yver
CHER CŒUR HUMAIN $1.25
COMMENT S'EN VONT LES REINES . . $1.50
LES DAMES DU PALAIS $1.75
LES SABLES MOUVANTS $1.75
PRINCESSE DE SCIENCE $1.75
UN COIN DU VOILE $1.25
VOUS SEREZ COMME DES DIEUX . . $1.35

LITTÉRATURE

H. de Balzac
TRAITÉ DE LA VIE ÉLÉGANTE $1.25

Marie de Villers
RÉPONSE À DÉSESPOIR DE VIEILLE FILLE $0.75

Léon Chancerel
LES JEUX DRAMATIQUES $0.75

Rina Lasnier
MADONES CANADIENNES $3.50

Léo-Pol Morin
MUSIQUE $2.00

Guy Sylvestre
SONDAGES $1.00

Marius Barbeau
L'HOMME AUX TROIS FEMMES . . . $1.25

Marcel Dugas
UN ROMANTIQUE CANADIEN: LOUIS FRÉCHETTE $1.25

HISTOIRE

René Grousset
HISTOIRE DE LA CHINE $1.50

Jean Bruchesi
HISTOIRE DU CANADA POUR TOUS, 2 vol. $2.50

Léon Marchal
VILLE-MARIE. Les origines de Montréal $1.25

Abbé Charles Journet
VUES CHRÉTIENNES sur la POLITIQUE $1.00

Louis Rougier
LES ACCORDS PÉTAIN-CHURCHILL . $2.00

Henri de Kerillis
DE GAULLE DICTATEUR $2.00

Léon Marchal
DE PÉTAIN À LAVAL $1.50

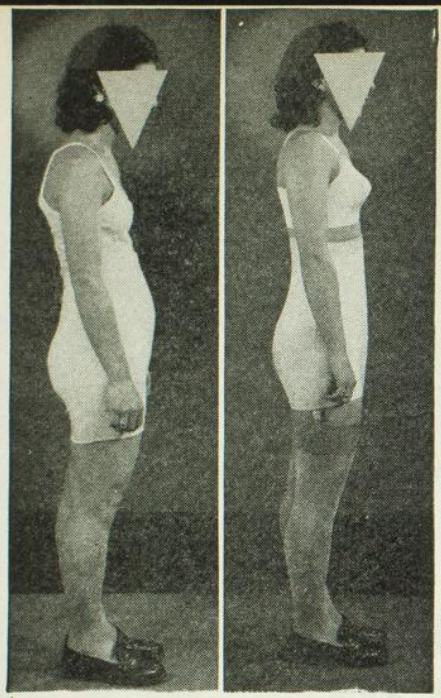
Kenneth Pendar
LE DILEMME FRANCE-ÉTATS-UNIS . $2.50

Ernest Gagnon
LOUIS JOLLIET $2.00

Major Sévigny
FACE À L'ENNEMI $1.25

Major Poulin
696 HEURES D'ENFER avec le Royal 22e . $1.35

EN VENTE CHEZ TOUS LES LIBRAIRES



A gauche, adolescente dont l'attitude révèle la ptose. A droite même patiente portant le Support Spencer pour les Seins et le Support Spencer spécialement dessinés pour elle. L'amélioration du maintien est à remarquer.

Correction de la mauvaise attitude chez l'adolescente

Comme plusieurs troubles chroniques — particulièrement le mal de dos — proviennent d'une mauvaise attitude de maintien pendant l'adolescence, l'importance de corriger les défauts de maintien à leur début est généralement reconnue *.

Comme adjuvant au traitement préventif ou correctif d'une attitude affectant l'abdomen, le dos ou les seins, le médecin trouvera le Support Spencer thérapeutiquement plus efficace — *parce que chaque Spencer est individuellement dessiné, taillé et fait pour chaque patient.* Cela assure au médecin le degré de support exact requis dans le traitement de chaque enfant ou adulte.

Pour plus amples renseignements, téléphonez à votre « Corsetière Spencer » locale, ou adressez-nous le coupon ci-dessous.

* Meyerding, Henry W et Pollock, George A. *Modern Conceptions of Backache,* Journal-Lancet, 60: 225-231 (mai) 1940; Brown, W. D. *Some Unattained Objectives in Pediatrics,* Tex. State Med. Jr., 38; 335-338 (sept.) 1942; Klein, A., *Posture Clinics,* U. S. Dept. of Labor, Children's Bureau Pub. No 164, 1926.

SUPPORTS *DE DESSIN INDIVIDUEL* **SPENCER**

pour l'abdomen, le dos et les seins

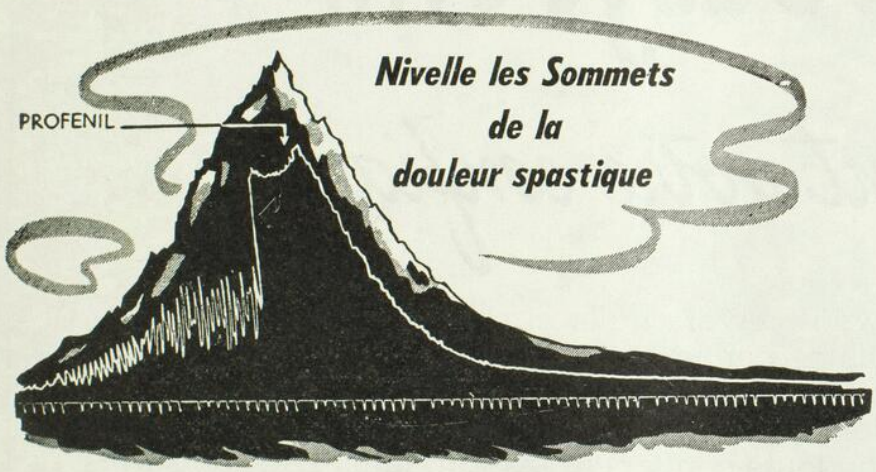
SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED
Rock Island, Québec.
Aux Etats-Unis: Spencer, Inc., New Haven, Conn.
En Angleterre: Spencer (Banbury) Ltd., Banbury, Oxon.

Nom ..... M.D.

Rue .....

Ville et Province .....

151-1-48



LA CLINIQUE* CONFIRME PLEINEMENT LES OBSERVATIONS EXPÉRIMENTALES

profenil

Bis-gamma-phénylpropyléthylamine

ANTISPASMODIQUE SYNTHÉTIQUE NOUVEAU NON NARCOTIQUE

Comprimés dosés à 60 mgr. du citrate
Ampoules dosées à 45 mgr. du chlorhydrate
Suppositoires { Adultes à 48 mgr. / Enfants à 24 mgr. } de la base

Quelle que soit la thérapeutique employée dans les affections gastro-intestinales ou des voies biliaires, il est tojours avantageux d'utiliser le Profénil, pour relâcher le spasme de la musculature lisse.

* The Review of Gastroenterology, vol. 12, number 6, pages 436-439, Nov.-Dec. 1945. Medical Times, vol. 74, No 11, p. 305, Nov. 1946.

LABORATOIRES **Lafayette** LTÉE

1410, rue Wolfe, Montréal

Le savon





l'huile et la poudre Baby's Own



méritent votre confiance

Les produits Baby's Own — savon, huile et poudre — sont doux, ils n'irritent pas la peau. Ils ne contiennent que des ingrédients purs, soumis à des épreuves minutieuses. Des dermatologistes ont constaté qu'ils étaient l'idéal pour la peau sensible des bébés. Vous pouvez recommander en toute confiance les produits Baby's Own même pour la peau la plus sensible. Essayez-les et vous vous en rendrez compte rapidement. Sur demande, nous vous enverrons des échantillons gratuits.

BABY'S OWN

SAVON · HUILE · POUDRE

THE J. B. WILLIAMS CO. (CANADA) LIMITED, LA SALLE, P. Q.

ANTISEPSIE

Le facteur temps

Dans l'appréciation de la nature véritable d'un antiseptique, le temps est une dimension. Un antiseptique peut être d'une parfaite efficacité en ceci qu'il est capable de détruire tous les organismes pathogènes dans une certaine région. Mais il reste encore à considérer le risque d'une nouvelle contamination.

Mais "Dettol" assure une protection prolongée. Appliqué sur la peau intacte, où on le laisse sécher, le "Dettol" à 30% continue son action bactéricide contre le *streptocoque pyogène* durant deux heures, à moins qu'il ne soit emporté par lavage ou très fortement contaminé.*

* *Les résultats de cette découverte (J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. Vol. 40 No. 6) ont été confirmés dans la pratique de l'obstétrique durant une période de plus de dix ans.*

'DETTOL', L'ANTISEPTIQUE MODERNE

RECKITT & COLMAN (CANADA) LIMITED, DIVISION PHARMACEUTIQUE, MONTRÉAL, M.16

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

Avis concernant les examens

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

L'examen peut être passé en MÉDECINE, ou en Médecine en accentuant l'une des spécialités suivantes:

Dermatologie et syphiligraphie
Neurologie et/ou psychiatrie
Pédiatrie
Radiologie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

L'examen peut être passé en CHIRURGIE, ou en Chirurgie en accentuant l'une des spécialités suivantes:

Neuro-chirurgie
Obstétrique et/ou gynécologie
Chirurgie orthopédique
Urologie

CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

Les Spécialités approuvées pour le certificat sont les suivantes:

Anesthésie
Dermatologie et syphiligraphie
Chirurgie générale
Médecine interne
Neurologie et/ou psychiatrie
Neuro-chirurgie
Obstétrique et/ou gynécologie
Ophtalmologie
Chirurgie orthopédique
Otolaryngologie
Pédiatrie
Pathologie et/ou bactériologie
Médecine physique
Chirurgie plastique
Santé publique
Radiologie: Diagnostique et/ou thérapeutique
Chirurgie thoracique
Urologie

On peut obtenir des renseignements concernant les dates pour l'obtention du titre d'Associé et le certificat pour examens, copies des règlements et formules d'application en s'adressant à:

JOHN E. PLUNKETT, M.D., F.R.C.P. (C), Secrétaire honoraire,
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

"Avez-vous jamais soumis un pain de savon à votre diagnostic, docteur?"



Ivory le fait . . . au moyen de 216 épreuves de qualité, de pureté et de douceur.

IL faut voir avec quel soin Procter & Gamble traite le savons ! Voyez-vous, chaque pain de savon que nous fabriquons bénéficie des longues années d'expérience d'Ivory. C'est pourquoi on apporte un soin spécial à choisir des graisses et d'autres matières premières de haute qualité. Et c'est pourquoi on a recours à 216 épreuves distinctes pour garantir la qualité de chaque lot de savon Ivory.

Il en résulte un savon sans aucun colorant, ni parfum fort, ni impureté susceptible d'irriter la peau tendre des bébés. Et après ces 216 épreuves qui assurent la qualité, la pureté et la douceur de l'Ivory, des recherches comportant des milliers de cutiréactions fournissent une double garantie de la sécurité de l'emploi de l'Ivory.

Voilà ce qui a fait du Savon Ivory le type de pureté et de douceur pour des millions de personnes . . . et ce qui vous permet de le recommander en toute confiance.

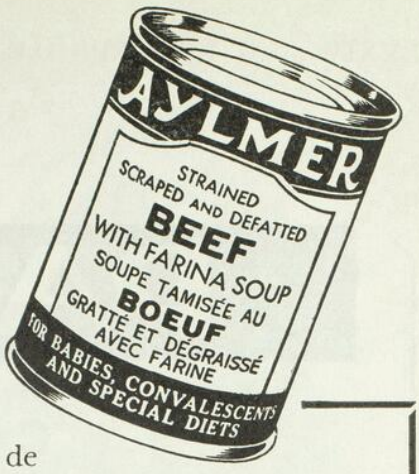
99 44/100 pour cent Pur - Il flotte

FABRIQUÉ AU CANADA



BOEUF Gratté

Un Nouveau produit AYLMER



Enfants normaux	Quand vous désirez une protéine de bœuf bien tolérée, facile à introduire dans l'alimentation du bébé normal qui commence à manger de la viande.
Cas spéciaux	Quand vous voulez la meilleure qualité, du bœuf sélectionné par le gouvernement, pour prescrire des régimes spéciaux — comme dans les affections intestinales ou pour les petits, souffrant d'embarras gastriques.
Enfants en convalescence	Quand vous voulez du bœuf finement tamisé, beaucoup mieux qu'il n'est possible de le faire à la maison, et qui sera facile à digérer par les enfants relevant de maladie ou après une intervention chirurgicale.
Malades adultes	Quand vous voulez du bœuf spécialement cuit et préparé pour vos malades adultes atteints d'anémie, d'ulcères peptiques, de côlite — ou en convalescence après opération buccale ou abdominale.
Personnes âgées	Quand vous voulez un mets au bœuf, facile à préparer et prêt à servir, approprié pour les malades âgés dont le système digestif est délicat.

Les médecins trouveront le BŒUF GRATTÉ AYLMER supérieur — parce qu'il est tamisé plus finement qu'on ne peut le faire à la maison — et cuit à la température voulue avec une petite quantité de farine (6.5%) qui y est ajoutée pour absorber et garder les jus naturels de viande. Un produit agréable et savoureux. Bien toléré. Economique — parce qu'il élimine le gaspillage du bifteck préparé à la maison.

BOEUF
GRATTÉ ET DÉGRAISSÉ
AVEC FARINE
AYLMER

Le bœuf sélectionné par le gouvernement, gratté et tamisé, est cuit avec une petite quantité de farine afin d'absorber et garder les jus de viande. Un soupçon de sel y est ajouté pour en rehausser la saveur.

POUR DES ÉCHANTILLONS GRATUITS . . .
écrivez à
Canadian Canners Ltd., Hamilton, Canada

. . . LES FUTURS CITOYENS DU CANADA MÉRITENT LA QUALITÉ AYLMER . . .

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

CHANGEMENT D'ADRESSE

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph — LAncaster 9888, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

LA

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est la banque du public aussi bien que la banque des hommes d'affaires.

Le gérant de succursale se tient à votre entière disposition, qu'il s'agisse de dépôts, d'emprunts personnels, de remises, de recouvrements ou de toute question d'ordre financier au sujet de laquelle vous désireriez le consulter.

Actif, environ $380,000,000

531 bureaux au Canada
65 succursales à Montréal

Lunettes
verres ophtalmiques

— o —

Examen de la vue

— o —

ALBANY PHILIE. O.D.
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS
BUREAU CHEZ
Dupuis Frères LIMITÉE
MONTREAL

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories Ltd. (Trimedone) ..... XXXIX-XL

Anglo-French Drug Cie (Artechol) XLIV

Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Extraits de foie) XIX

Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Béminal) XX

Banque Canadienne Nationale, La LXXIV

Bristol Laboratories of Canada Ltd. (La pénicilline Bristol) XXXVII

British Drug Houses (Canada) Ltd., The (Le supplément diététique B. D. H.) LVIX

Burroughs Wellcome & Co. ('Tabloid', 'Theoba') XV

Burroughs Wellcome & Co. (Ephédrine XXXIII

Canada Drug Co. (Pavéral) LXXIV

Canadian Canners Ltd. (Bœuf gratté) LXXIII

Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax) LVII

Casgrain & Charbonneau Ltée (Glycamin) — (Discamin) XXVII

Casgrain & Charbonneau Ltée (Amyg-Bis) XXVI

Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Avis concernant les examens) LXXI

Connaught Medical Research Laboratories (Extrait hépatique injectable) XXXVI

Compagnie Ciba Ltée (Trasentine) — (Neuro-Trasentine) XLVII

Denver Chemical Manufacturing Company, The (L'épreuve "Eclair") XXI

Dohow Chemical Company, The (Auralgan) — (Otosmosan) XXXV

Dupuis Frères, Limitée (Examen de la vue) LXXIV

Eddé, J., Limitée (Alepsal) — (Aniodol interne) — (Bis Kam Oil) — (Hémostyl) — Etc. LVI

Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. ..... Première page de la couverture

Ferranti Electric Ltd. (Appareil à diathermie SW-227) . LXIII

Frosst, Charles E. & Co. (Ostoforte) IV

Frosst, Charles E. & Co. (Tutamate) — (Kondremul) VII - VIII

Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine) XLVI

Herdt & Charton, Inc. (Camirol) XLVIII

Herdt & Charton, Inc. (Agrippol) LV

Hoffmann - La Roche Ltée (Prostigmine 'Roche') LXI

Laboratoire Bio-Chimique Ltée (Bisulfa) — (Riniphen) LXII

Laboratoire Bio-Chimique Ltée (Cholibile) LXIV

Laboratoire Désautels (Enterydine) XXVIII

Laboratoires Desbergers-Bismol (Œstrilin) ..... 4e page de la couverture

Laboratoires Jean Olive (Dermosplénine) — (Liposplénine) LVIII

Laboratoires Jean Olive (Agarcyl) — (Neurosolène) LX

Laboratoires Lafayette (Hemogene) II

Pages

Laboratoires Lafayette (Profenil) LXIX

Laboratoire Marois (Oxycholine) — (Amino-Vitol) XXXIV

Laboratoires Poulenc Frères (Néo-antergan) ..... 2e page de la couverture

Laurentian Agencies Reg'd. (Ertron) ..... XVI - XVII

Lederle Laboratories (Ledercillin) XIII

Librairie Beauchemin Limitée (Extrait du catalogue) .. LXVIII

Masson, Inc., Lucien (Dilatrane) XXIV

Mead Johnson & Company of Canada Ltd. ..... 3e page de la couverture

Merck & Co. Ltd. (Streptomycine) I

Merck & Co. Ltd. (Pyridium) V

Millet, Roux & Cie (Dioniforme) XI

Millet, Roux & Cie (Aracol) LXVI

Numotizine, Inc. (Numotizine) XLIX

Procter & Gamble (Ivory) LXXII

Reckitt & Colman (Canada) Ltd., (Dettol) LXXI

Reed & Carnrick (Canada) Ltd. (Méprane) XXXVIII

Rougier Frères (Digitaline nativelle) XLIII

Rougier Frères (Stomalumine) III

Sanatorium Prévost L

Schering Corporation (Pranone - Proluton) XXIII

Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Granules Delcos) LIII

Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Crème Scabiol) XLV

Smallwood Pharmaceuticals Ltd. (Anothiazole) — (Anodiazine) LII

Smith & Nephew Ltd. (Gypsona) XXXI

Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) ... LXIX

Squibb, E. R. & Sons of Canada Ltd. (Pénicilline) IX

U. S. Vitamin Corporation (Vi-Synéral) LXVII

Usines Chimiques du Canada Inc. (Calcival) LXXVI

Vichy France (Vichy célestins) ..... XLI - XLII

Vinant Limitée (Pulmo-Bailly) LXV

Vinant Limitée (Opobyl) XVIII

Vinant Limitée (Pipérazine Midy) — (Salicylate de soude) XXXII

Williams Co. (Canada) Ltd., The J. B. (Produits Baby's Own) LXX

Wingate Chemical Co. Ltd., The (D. H. E. 45) XXV

Winthrop-Stearns Inc. (Chlorure de zephiran) XXII

Wyeth & Bros., (Canada) Ltd., John ..... XXIX - XXX

X-Ray and Radium Industries Ltd. (Equipement complet de rayons X) LI

CALCIVAL



Pour rétablir le taux normal du calcium dans le sang et les tissus du déminéralisé, du rachitique, du prétuberculeux et du tuberculeux, injecter par les voies intramusculaires ou intraveineuses 1 gm. de calcium assimilable (10 cc. Calcival) chez les adultes et 5 ou 2 cc. chez les enfants.

SOLUTIONS STANDARDISEES

A PRIX RAISONNABLES

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTRÉAL

VALOR

LA VITAMINE D DEVRAIT-ELLE ÊTRE ADMINISTRÉE SEULEMENT AUX NOURRISSONS?

LA VITAMINE D a donné de si bons résultats dans la prévention du rachitisme chez le nourrisson, qu'on a peu insisté sur la nécessité de continuer son administration après l'âge de deux ans.

Cependant, une étude histologique approfondie a démontré l'existence du rachitisme à un taux exceptionnellement élevé chez les enfants de 2 à 14 ans. Follis, Jackson, Eliot et Park * rapportent que l'autopsie pratiquée chez un groupe de 230 enfants de cet âge a révélé que la fréquence totale du rachitisme était de 46.5%.

Des transformations rachitiques furent observées même jusqu'à l'âge de 14 ans, et l'incidence fut plus élevée chez les enfants mourant d'une affection aiguë que chez ceux mourant d'une maladie chronique.

Les auteurs concluent: « Nous doutons que le rachitisme bénin, tel que nous le rencontrons chez plusieurs de nos enfants, puisse nuire à une bonne santé et au développement normal, mais nos recherches entières démontrent bien la raison de prolonger l'administration de la vitamine D jusqu'à la limite d'âge que nous avons étudiée, 14 ans. Ces recherches indiquent surtout la nécessité de surveiller le rachitisme et de prendre les moyens nécessaires pour protéger les enfants malades contre cette affection. »

* R. H. Follis, D. Jackson, M. M. Eliot et A. Park: Prevalence of Rickets in children between two and fourteen years of age. Am. J. Dis. Child. 66: 1-11, July 1943.

L'OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD, associé à d'autres huiles de foie de poisson et Viostérol, offre une source efficace de vitamine A et D que les enfants plus âgés accueillent favorablement parce qu'on peut l'administrer en petites doses ou sous forme de capsules. Cette administration facile favorise son usage tout le long de l'année, y compris les périodes de maladie.

L'OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD fournit 60,000 unités de vitamine A et 8,500 unités de vitamine D par gramme. Présenté en flacons de 10 et de 50 cc., et en bouteilles de 50 et de 250 capsules. Présenté selon l'éthique.

MEAD JOHNSON & COMPANY, Belleville, Ontario.

OESTRILIN

(ESTROGÈNES DESBERGERS)

EN COMPRIMÉS



Hormones Estrogéniques Naturelles

(d'origine chevaline)

•

Voie buccale

DEUX FORMULES:

Simple

0.65 mgm. Substances Estrogéniques Conjuguées par comprimé

Avec Phénobarbital

0.65 mgm. Substances Estrogéniques Conjuguées et 0.03 gm. (½ grain) Phénobarbital par comprimé

INDICATIONS:

PERTURBATIONS DE LA MÉNOPAUSE

UN PRODUIT "DESBERGERS"