



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)

XXe congrès de l'A.M.L.F.C., Montréal

les 25, 26, 27 et 28 septembre 1950

**ADMINISTRATION
ET SECRÉTARIAT**

326 est, boul. Saint-Joseph

Montréal

Tél.: LANcaster 9888

QUALITÉ

Le droit de développer et de fabriquer des produits de qualité ne se concède pas: il faut le mériter. Il a fallu des années de travail et d'efforts pour acquérir la renommée et l'héritage dont jouit le fabricant qui place la bonne qualité d'un produit au-dessus de tout. Le mot qualité n'est pas un simple terme ou une théorie, mais un fait scientifique. Les médecins dans le monde entier prescrivent les produits Lilly avec la certitude que rien de meilleur n'est vendu dans le monde — rien de meilleur à cause du droit mérité de fabriquer des produits pharmaceutiques de qualité.

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED

• TORONTO, ONTARIO

Lilly

l'antihistaminique le plus puissant et le plus spécifique*

néo-antergan

(2786 R.P.)

dans toutes les allergies

rhume des foins
coryza spasmodique
asthme allergique
zona, prurit
mal de mer
vomissements de la grossesse

dragées 25-50-100 mg.
ampoules
élixir
pommade
expectorant
suppositoires
gouttes nasales

*D. M. DUNLOP, *J. of P. and Pharmacol.*, London, England, Vol. 1, No. 1, Jan. 1949.

quantitativement, une action beaucoup plus puissante**

phénergan

(3277 R.P.)

"l'antihistaminique du soir"

dans les allergies nocturnes ou rebelles

asthme
prurit nocturne
zona

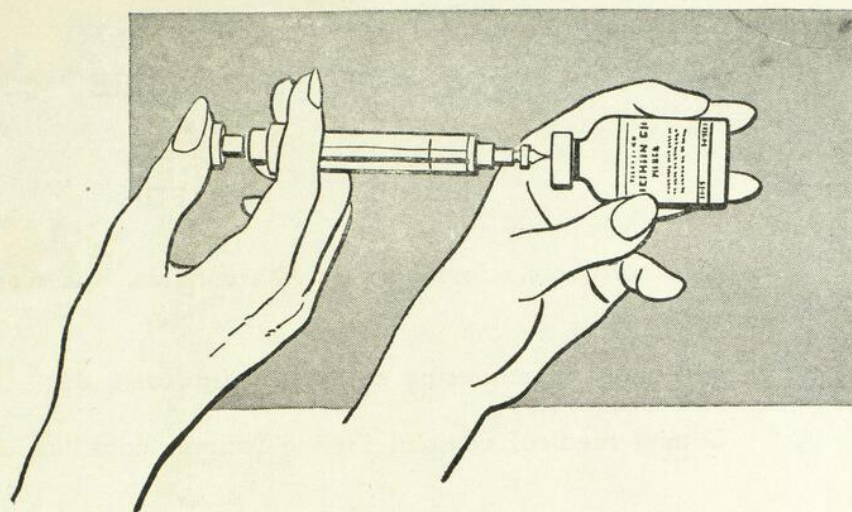
dragées 10-25 mg
ampoules

**B. N. HALPERN et J. HAMBURGER, *C.M.A.J.* 59, 322-326, 1948.

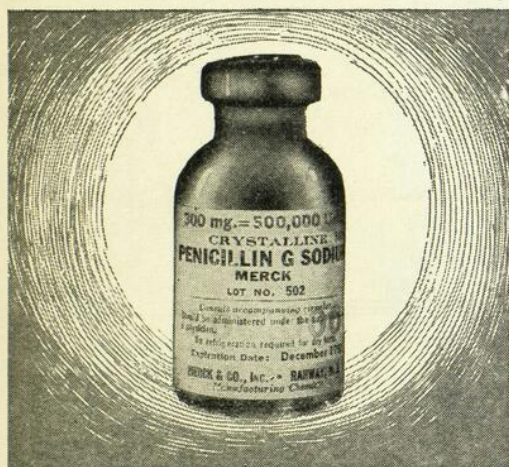
renseignements et échantillons sur demande



MONTRÉAL



POUR
obtenir un effet thérapeutique rapide



La pénicilline G sodique cristallisée Merck, en raison de sa prompte absorption après injection de la solution aqueuse, produit un effet thérapeutique rapide. Il est sans conteste que cette forme de pénicilline est indiquée dans les cas d'infections foudroyantes graves, où l'effet rapide du médicament est de la plus grande importance.

D'une pureté parfaite — elle convient à toutes les voies d'administration — et elle est d'un emploi très facile.

Documentation sur demande.



MERCK & CO. LIMITED

Chimistes Fabricants

MONTRÉAL • TORONTO
VALLEYFIELD

**Pénicilline G Sodique
Cristallisée Merck**

SOMMAIRE

BULLETIN

Pierre SMITH	
Le programme scientifique du XXe congrès. Vue d'ensemble	367
Comité d'économie médicale	
Demande de médecins de langue française	369
Comité médical conjoint France-Canada constitué	370
• • •	
Roma AMYOT	
Le syndrome neurologique et hépatique de la dégénérescence hépatolenticulaire	372
A. MARIN, J.-P. FOISY et G. LECLERC	
Echec du traitement de la dermite atopique par un antihistaminique ..	381
Paul VIGNEAU	
Lésions traumatiques du plexus brachial. Traitement direct et traitement indirect	386

INDICATIONS :

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique
Goutte
Diabète arthritique

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

VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Gravelle urique et phosphatique

} Une bouteille par jour comme ci-dessus.

Albuminurie des goutteux et des graveleux

Cystites. — Néphrites

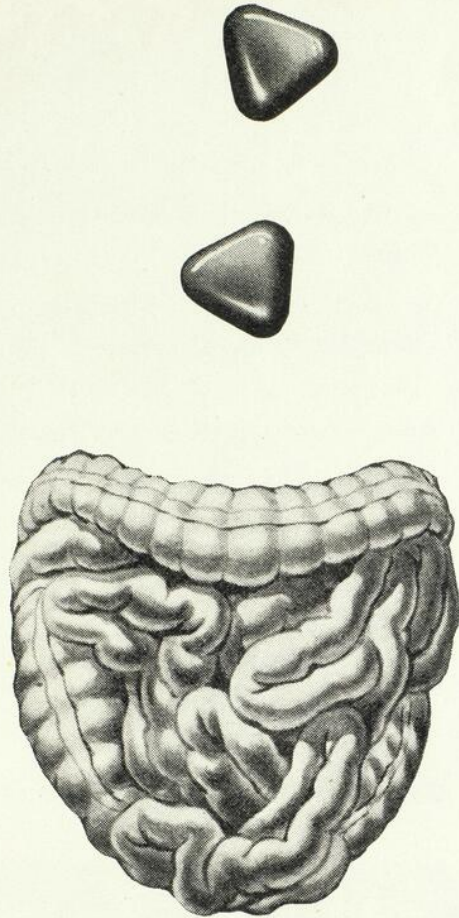
Artério-sclérose au début

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

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

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

Avec les
dragées 'Fesofor'
le fer va
au siège même
de son absorption
maximum



A la différence des comprimés ordinaires de sulfate ferreux, les dragées 'Fesofor' possèdent un excipient et un enrobage spéciaux, mis au point par S.K.F. dans le but de:

1. Prévenir l'oxydation du sulfate ferreux et sa transformation en sulfate ferrique, une forme moins efficace.
2. Réaliser leur désintégration rapide dans le milieu acide de l'estomac et de la partie supérieure du duodénum, c'est-à-dire *au siège même d'absorption maximum*.

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 1

Dragées 'Fesofor'

Ferro-thérapie classique

Une dragée 'Fesofor' renferme 3 grains de sulfate ferreux desséché
—correspondant environ à 5 grains de sulfate ferreux cristallisé.



SOMMAIRE

(Suite)

REVUE GÉNÉRALE

Réal DORÉ	
Goitre infantile	396
Maurice SAINT-MARTIN	
Etude bactériologique des diarrhées spécifiques de l'enfant	405
Valmore LATRAVERSE	
Atélectasie pulmonaire. Valeur de la bronchoscopie	414
Jean CHARBONNEAU	
L'examen clinique en urologie	417
Jean GRIGNON	
L'aménorrhée	419
Fernand SÉGUIN	
Les syndromes angineux	424
Jacques LAMBERT	
Avantages et désavantages de l'intubation	427

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:

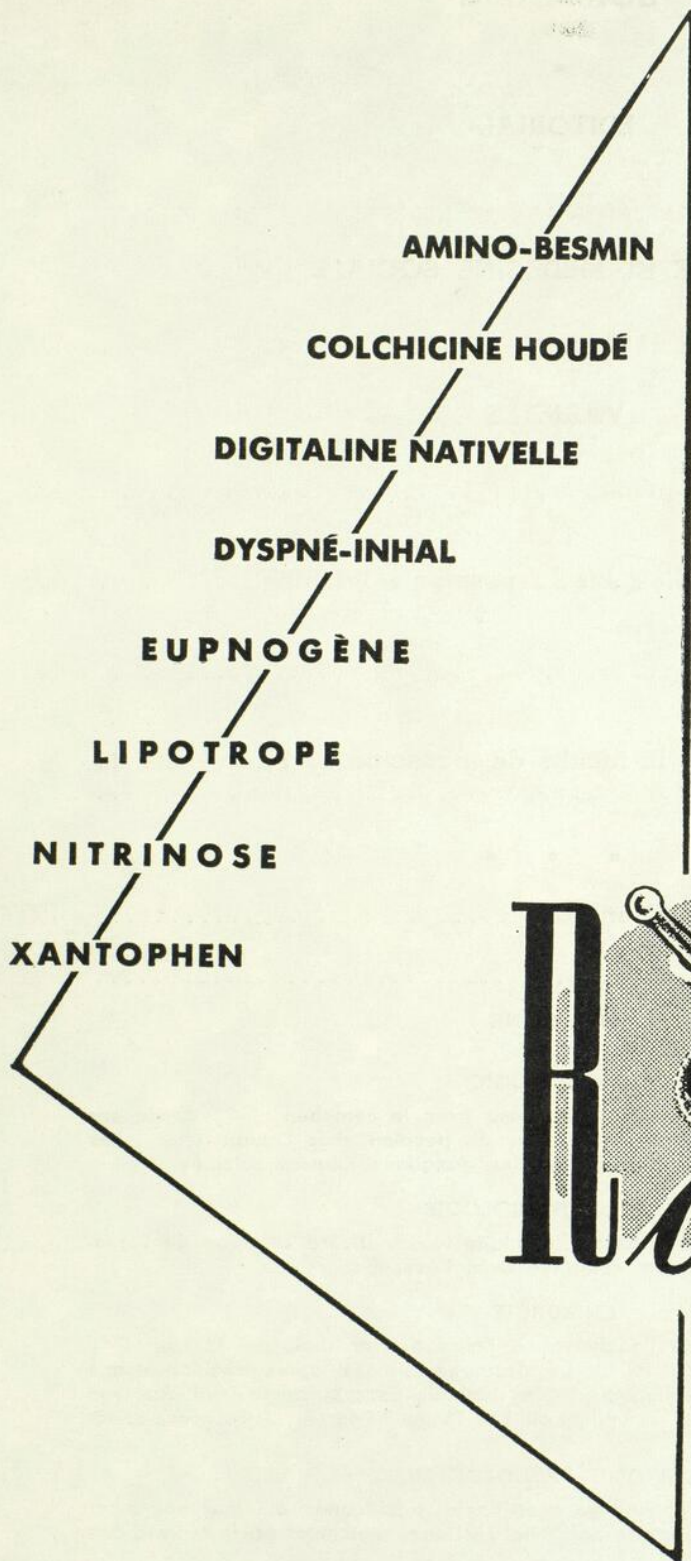
	Dans chaque capsule	Dans la dose quotidienne moyenne (4 capsules)
Vitamine D	50,000 unités int.	200,000 unités int.
Vitamine A	1,666 unités int.	6,664 unités int.
Vitamine B ₁ (chlorhydrate de thiamine)	0.67 mg.	2.67 mg.
Riboflavine (vitamine B ₂)	1.00 mg.	4.00 mg.
Niacine (acide nicotinique)	6.67 mg.	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





Rouquier
FRÈRES

SPÉCIALITÉS DE PRESCRIPTION MÉDICALE

Siège social:

350, RUE LE MOYNE, MONTRÉAL 1.

SOMMAIRE

(Suite)

•

ÉDITORIAL

Pierre SMITH	
La chirurgie du pancréas	429

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

Ad. GROULX	
Le bilan-santé à Montréal en 1949	432

VARIÉTÉS

Wilfrid Le BLOND	
Encore la guerre bactériologique... ..	435

René FABRE	
Conceptions françaises actuelles sur la posologie infantile	439

Urgel GARIÉPY	
L'âme du chirurgien	443

Roma AMYOT	
Une chaire de cancérologie à la faculté de médecine de l'Université de Paris	450

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1881	452
--	-----

ANALYSES	454
----------------	-----

MÉDECINE

Vitamine E (454).

PHTISIOLOGIE

Etat actuel de la chimiothérapie en tuberculose avec le conteben (454). Etude sur 510 observations de cavernes tuberculeuses du poumon chez l'enfant (455). Les complications tardives non tuberculeuses des ganglions hilaires calcifiés (455).

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Pronostic et traitement de l'insuffisance hépatique (456). Ulcère peptique de l'œsophage avec hémorragie profuse, contrôlée avec l'oxycel (457).

CHIRURGIE

Le traitement du coxa-vara de l'adolescence. Etude des résultats de 42 cas (457). La pancréatectomie partielle (457). Le drainage biliaire après cholécotomie selon le procédé de Voelcker modifié (458). Maladie du sphincter d'Oddi. Analyse de 70 observations nouvelles recueillies du 12-7-45 au 7-5-49 (459). Polypose rectocolique familiale (460).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Une orientation nouvelle de l'histogénèse et de la signification clinique des nævi et des mélanomes (460). L'histoire naturelle des nævi pigmentaires: facteurs d'âge et de localisation (461).

LABORATOIRE

Notes sur la microscopie électronique des tissus. 1) Tissu normal. 2) Tissu néoplasique (462).

ANESTHÉSIE

Le chlorhydrate de néo-synéphrine dans l'anesthésie et le choc (462).

NOUVELLES	465
-----------------	-----

REVUE DES LIVRES	480
------------------------	-----



Pâques au pays des "Dingbats"

Le mot "Pâques" invoque le printemps, la nature fleurie, le renouveau. Toujours actifs, nos petits "Dingbats" s'appliquent à une coutume traditionnelle — l'art délicat de colorier des oeufs de Pâques.

La préparation, la composition et la présentation de médicaments — voilà un autre art délicat. Aujourd'hui, l'entreprise Charles E. Frosst & Co., en collaboration avec les médecins et les pharmaciens canadiens, représente dignement l'idéal moderne en pharmaceutique.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

Copyright - 1950

J. R. BACHELOR

Faits
intéressants
à noter

"ORCHISTÉRONÉ"

PRÉPARATIONS POUR USAGE PARENTÉRAL

"ORCHISTÉRONÉ-P"

Marque "Frossl" de propionate de testostérone

- Amp. N° 517 "Frossl", 10 mg. au cc., dans de l'huile
Boîtes de 6 et 25 ampoules de 1 cc.
- Amp. N° 518 "Frossl", 25 mg. au cc., dans de l'huile
Boîtes de 3 et 25 ampoules de 1 cc.
- Fiole N° 518 "Frossl", 25 mg. au cc., dans de l'huile
- Fiole N° 519 "Frossl", 50 mg. au cc., dans de l'huile
fioles de 10 cc.

"ORCHISTÉRONÉ"

Marque "Frossl" de testostérone

- Fiole N° 573 "Frossl" (suspension aqueuse), 25 mg. au cc.
fioles de 10 cc.
- Fiole N° 574 "Frossl" (suspension aqueuse), 100 mg. au cc.
fioles de 5 cc.

PRÉPARATIONS POUR USAGE ORAL

"ORCHISTÉRONÉ-M"

Marque "Frossl" de testostérone de méthyle

Quoique la quantité d'Orchistérone-M pour l'administration orale soit de 5 à 10 fois celle d'Orchistérone-P nécessaire à l'injection intramusculaire, la simplicité et la régularité de son administration compensent suffisamment la quantité additionnelle de préparation requise.

- S.C.T. N° 420 "Frossl" 10 mg.
Flacons de 15, 30 et 100 tablettes.
- S.C.T. N° 423 "Frossl" 25 mg.
Flacons de 15 et de 50 tablettes.

POUR USAGE SUBMAXILLO-GINGIVAL

L'absorption directe dans le cours sanguin par les capillaires de la région maxillo-gingivale représente une économie, la dose pouvant n'être que la moitié de la dose requise lorsque les comprimés sont avalés.

*BUCCASOLS "ORCHISTÉRONÉ-M"

- C.T. N° 375 "Frossl" 5 mg.
- C.T. N° 394 "Frossl" 10 mg.
Flacons de 30 et de 100 tablettes.

*BUCCASOLS "ORCHISTÉRONÉ"

- C.T. N° 806 "Frossl", Orchistérone (libre) 5 mg.
Flacons de 30 et de 100 tablettes.

*BUCCASOLS — Marque "Frossl" de tablettes préparées spécialement pour administration orale ou submaxillo-gingivale.

"ORCHISTÉRONÉ"

Marque "Frossl" de testostérone

L'HORMONE MÂLE

Il est maintenant démontré que l'Orchistérone est de la plus grande utilité non seulement contre les endocrinopathies chez l'homme, mais aussi dans le traitement de ces affections chez la femme, et qu'elle est en outre un agent thérapeutique précieux contre certains processus morbides qui, apparemment, ne se rattachent en rien à des troubles de coordination des glandes endocrines.

Les résultats nettement remarquables qui ont suivi l'administration de cette hormone dans des cas de carence gonadotrope chez l'homme sont souvent égalés par ceux qui furent obtenus dans les endocrinopathies chez la femme.

Nombre de ces indications s'appuient sur la pharmacodynamique de l'hormone (science dont l'étude est déjà très poussée); les autres ne sont encore qu'empiriques et devront être élucidées plus à fond.

INDICATIONS CHEZ L'HOMME

Climatérique. Il n'est pas douteux qu'un très grand nombre d'hommes traversent une période qui correspond essentiellement à la ménopause. L'âge auquel se manifestent ces symptômes varie considérablement, mais on les observe d'ordinaire à partir de la trente-cinquième année. Les plus communs sont l'irritabilité, une myotonie progressive, la tendance à la fatigue, la difficulté de fixer son attention, des rougeurs, des psychoses et la perte de l'instinct sexuel sinon l'impuissance. Bien entendu, ces symptômes ne se manifestent pas tous chez chaque individu — on en observe parfois seulement un ou deux, et le traitement ne s'impose pas dans tous les cas. Effectivement, tout comme les femmes la plupart des sujets s'en tirent sans trop d'ennuis. À d'autres, cependant, il faut un traitement actif, et l'administration d'Orchistérone sera suivie d'effets satisfaisants et souvent remarquables.

Eunuchisme. C'est l'état du mâle qui souffre d'insuffisance de sécrétion de l'hormone mâle. Chez ces sujets, le système pileux fait défaut, les organes génitaux sont peu développés, la musculature est médiocre, la voix claire, et l'instinct sexuel est nul ou à peu près tel. Psychologiquement, ils trouvent souvent fort difficile de se conformer aux us et coutumes du corps social. Ils constituent un groupe important parmi les malades chez qui l'hormonothérapie testiculaire est indiquée. On obtient parfois des résultats tout à fait remarquables: la voix change de registre, le poil pousse sur les joues et le menton, le développement musculaire retrouve ses caractéristiques viriles, les organes génitaux reviennent à des proportions normales, le coit devient possible. Cette médication doit être continue.

Possibilité de certains effets fâcheux. On a parfois observé que le regain de vigueur créé par cette médication incitait les sujets âgés à une activité excessive. Le cœur et les vaisseaux sanguins de ces malades devront être l'objet d'une surveillance particulière. Les sujets plus jeunes, et surtout ceux du type eunuchoïde, devront de même éviter toute stimulation sexuelle exagérée.

INDICATIONS CHEZ LA FEMME

L'Orchistéronne s'avère utile dans le traitement de certaines endocrinopathies féminines. Les effets obtenus dépendent soit de son action inhibitrice sur l'activité sécrétoire du lobe antérieur de l'hypophyse, soit de sa neutralisation directe de l'excès de substance oestrogène, soit du fait qu'elle normalise le rapport "androgène-oestrogène".

Syndrome de la ménopause. Les symptômes de la ménopause sont d'ordinaire traités de façon très efficace par l'emploi des substances oestrogènes. En certaines circonstances, toutefois, cet emploi est contre-indiqué. Les voici:

1. Si la malade a déjà été soignée pour un cancer du sein ou de l'appareil génital.
2. Si elle a déjà été soignée pour des saignements utérins anormaux pendant la ménopause.
3. Si l'on s'est trouvé en présence de saignements utérins pendant un traitement par les substances oestrogènes.
4. Enfin, si des symptômes vaso-moteurs ont exigé l'endocrino-thérapie avant la fin de la fonction menstruelle.

L'administration d'Orchistéronne, en de tels cas, a eu d'heureux résultats, et l'on a noté que certains sujets s'en sont trouvés mieux que de l'administration de substances oestrogènes.

Ablactation. L'Orchistéronne-P est efficace pour supprimer la lactation si on l'administre par voie intramusculaire pendant deux à trois jours, dès que commence la sécrétion lactée (48 heures environ après l'accouchement). Des doses moindres calmeront la douleur et la sensibilité provoquées par l'engorgement du sein, sans diminuer la sécrétion, à condition que l'allaitement continue à intervalles réguliers.

Frigidité. En plusieurs cas de cette nature, les femmes traitées à l'Orchistéronne ont retrouvé l'instinct sexuel. Le mécanisme de cet effet n'est pas encore clairement compris. Il peut être attribué au rétablissement de l'équilibre "androgène-oestrogène", ou, plus probablement, à l'augmentation du volume et de la sensibilité du clitoris. L'important, en cette conjoncture, c'est que la frigidité, uniquement considérée jusqu'ici comme problème psychologique, peut parfois être maintenant corrigée par l'hormonothérapie.

Tension prémenstruelle. Cette locution décrit bien les troubles physiques et mentaux qui dépriment tant de femmes pendant sept à dix jours avant le commencement du flux menstruel. Les symptômes sont attribuables à une forte quantité de folliculine qui entraîne un oedème tissulaire général auquel participe le cerveau. L'administration quotidienne *per os* de 10 à 20 mg. d'Orchistéronne-M durant les sept à dix jours qui précèdent la menstruation est suivie d'un soulagement presque complet.

Effets fâcheux possibles. Chez la femme, l'administration de fortes doses d'Orchistéronne pendant de longues périodes peut être accompagnée de virilisme pileux, d'acné, de gravité de la voix

et d'hypertrophie clitoridienne. En présence de ces changements, il faut interrompre le traitement après quoi la régression suit promptement. La dose totale, administrée par voie intramusculaire, ne doit pas dépasser 300 mg. par mois.

"ORCHISTÉRONNE-M" COMPOSÉ

Il est définitivement admis que l'affaiblissement même léger des fonctions hépatiques peut modifier de façon notable le métabolisme des hormones stéroïdes, et que les vitamines du groupe B jouent un rôle prédominant dans le maintien intégral des propriétés du foie en présence de ces substances, du point de vue physiologique. Dans les circonstances, il semble à propos de s'assurer qu'une juste proportion des facteurs du groupe B soit présente lorsque l'"Orchistéronne" est employée thérapeutiquement. C'est cette considération qui a présidé à la synthèse de l'Orchistéronne-M Composé.



"ORCHISTÉRONNE-M" COMPOSÉ

S.C.T. N° 424 "Frosst"

Orchistéronne-M.....	10 mg.
Levure de bière concentrée.....	150 mg.
Chlorhydrate de thiamine.....	3 mg.
Riboflavine.....	2 mg.
Niacinamide.....	12.5 mg.
Chlorhydrate de pyridoxine.....	1 mg.
d-pantothénate de calcium.....	5 mg.
Vitamine D.....	500 U.I.
Acide ascorbique.....	25 mg.

POSOLOGIE: de 3 à 6 tablettes par jour.

PRÉSENTATION: flacons de 30 et de 100 tablettes.



Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872

●
DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:

Maurice Roch (Genève),

Pasteur Vallery-Radot (Paris);

Edmond Dubé, doyen

Faculté de Médecine, Université de Montréal.

Charles Vézina, doyen

Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, P.-R. Archambault, Albert Bertrand, Roméo Boucher, Paul Bourgeois, 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.

BUREAU DE COLLABORATION

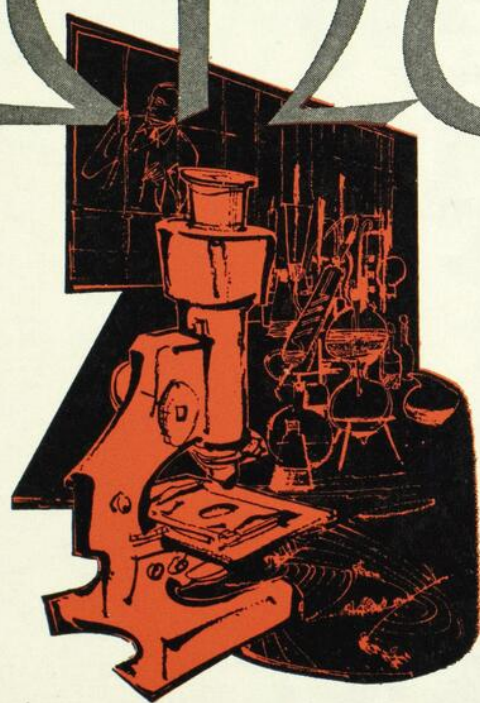
MM. Maurice Beaudry, A. Cantero, Roland Cauchon, Fernand Charest, C.-E. Côté, Paul David, F.-X. Demers, R. Doré, Guy Drouin, Paul Dumas, Origène Dufresne, Roger Dufresne, M. Gervais, Pierre Jobin, Paul Lari-
vière, V. Latraverse, Rosaire Lauzer, Sylvio Leblond, Jean-Louis Léger,
J. LeSage, Léon Longtin, 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.

L'AURÉOMYCINE

*dans les
infections à coli*

On a constaté que l'Auréomycine exerce un effet thérapeutique absolument spectaculaire dans les infections à *Escherichia coli* et notamment dans la péritonite, la bactériémie, les infections des voies urinaires, la méningite et l'abcès du cerveau. Dans le passé, le pronostic de nombre de ces infections restait sombre. De nos jours, depuis l'apparition de l'Auréomycine, une prompt guérison est plus probable.

AURÉO MYCINE



Présentation:

Capsules: Flacon de 25 capsules à 50 mg.
" " 16 capsules à 250 mg.

Forme ophtalmique: Fiole de 25 mg. avec compte-gouttes; solution à préparer par addition de 5 c.c. d'eau distillée.

D'autre part, l'Auréomycine s'est révélée efficace dans le traitement des infections suivantes: la fièvre africaine par morsure de tique, l'amibiase aiguë, les infections oculaires à bactéries ou à germes de la nature du virus, la septicémie bactéroïde, la fièvre boutonneuse, la brucellose aiguë, les infections dues à des germes à Gram-positif (y compris celles dues aux streptocoques, staphylocoques et pneumocoques), les infections dues à des germes à Gram-négatif (y compris celles du groupe *coli-aerogenes*), la lymphogranulomatose inguinale sub-aiguë, les infections à *H. influenzae*, la péritonite, la pneumonie atypique primaire, la psittacose (fièvre des perroquets), la fièvre Q (fièvre du Queensland), la vérole à rickettsies, la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, les endocardites chroniques malignes réfractaires à la pénicilline, la tularémie et le typhus.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: Gustave Lacasse
Vice-président: L. Gérin-Lajoie
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. Gustave Lacasse, R. Amyot, J.-A. Vidal, D. Marion, Léon Gérin-Lajoie.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

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

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

SPASMOSÉDINE



LABORATOIRES DEGLAUDE

15, BOULEVARD PASTEUR

PARIS (XVe)

Agents généraux au Canada :

MILLET, ROUX

MONTRÉAL



& CIE, LIMITÉE

CANADA

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

R.-E. VALIN,

165 est, rue Laurier, Ottawa.

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Donatien MARION,

326 est, boul. Saint-Joseph
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Donatien MARION, Montréal.

Hermile TRUDEL, Montréal.

A.-L. RICHARD, Ottawa.

J.-A. VIDAL, Montréal.

J.-B. JOBIN, Québec.

Pierre SMITH, Montréal.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,

1990 est, rue Rachel,
Montréal.

COMITÉ DU XX^e CONGRÈS

J.-A. VIDAL, président.

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

Pierre SMITH, secrétaire,
300, carré Saint-Louis,
Montréal.

Hermile TRUDEL, trésorier,
1990 est, rue Rachel,
Montréal.

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,
J.-H. LAPOINTE,

Albert PAQUET,
Chs-N. DeBLOIS,
J.-A. JARRY.

Chs VÉZINA,
A.-L. RICHARD.

MEMBRES DU CONSEIL

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



Dans le **D**omaine de **T**out **P**raticien

Chaque jour à travers le Canada se font de plus en plus nombreux les praticiens qui trouvent dans la **PRISCOLINE**¹ un agent thérapeutique de la plus grande valeur.

Il en est ainsi pour deux raisons principales:

Premièrement, la PRISCOLINE est un agent adrénolytique *efficace*. Chaque jour son efficacité et sa sûreté s'avèrent précieuses à la fois aux spécialistes et aux praticiens dans le traitement d'affections aussi fréquentes que l'artériosclérose¹, les complications du diabète sucré et les ulcères chroniques.

Deuxièmement, la PRISCOLINE est un agent adrénolytique *commode*. Seule des vasodilatateurs périphériques sur le marché, la PRISCOLINE peut être donnée *par la bouche*. Du point de vue du praticien, cette caractéristique est de la plus grande valeur puisqu'elle lui permet de prescrire la PRISCOLINE à ses patients ambulants comme *traitement de routine au bureau*.

La PRISCOLINE est présentée en comprimés de 25 mgms (pour usage buccal). Fioles avec embouchure de caoutchouc de 10 c.c. (chaque c.c. contenant 25 mgms) pour usage parentéral.

1. Rogers, M.P.: Priscoline and Arteriosclerotic Peripheral Vascular Disease, *Geriatrics*, Vol. 4, No. 5, Sept.-Oct. (1949).

* Chlorhydrate de
benzazoline "Ciba"

Priscoline*

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE, MONTRÉAL



ASSURANCE de l'Utérus

au Berceau

Il n'est pas d'agent thérapeutique qui peut à lui seul assurer la terminaison heureuse de la grossesse dans les cas de menaces d'avortement ou d'avortements habituels. Cependant, le LUTOCYLOL et la LUTOCYLINE** se sont avérés d'une telle valeur au médecin pour la conservation du fœtus que leur emploi dans des cas appropriés de ce genre est devenu une ligne de conduite courante.*



Lutocylol*

Anhydro-oxy-progestérone "Ciba"

Comprimés pour usage buccal. Linguettes*** pour administration sublinguale

Progestérone "Ciba" (Ampoules et Flacons)

Lutocylime**

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE MONTRÉAL

DANS L'ARTHRITE RHUMATOÏDE LORSQU'UNE SALICYLOTHÉRAPIE INTENSIVE EST INDIQUÉE . . .

Spécifiez **BEREX**

Dans l'ARTHRITE RHUMATOÏDE, on doit soulager la douleur sans risque de réactions toxiques ou autres effets indésirables. Des expériences qui font autorité ont démontré que le BEREX, le produit non toxique de choix en salicylothérapie, a apporté un soulagement marqué aux symptômes douloureux et qu'il a agi promptement, sans effets secondaires indésirables, tels que toxicité ou prédisposition aux hémorragies, même dans les cas graves et chroniques où un dosage intensif et soutenu s'impose afin de maintenir dans le sang les niveaux requis de salicylate.

BEREX offre sous forme de comprimés un composé bien équilibré, facile à administrer, renfermant du succinate de calcium et de l'acide acétylsalicylique. Dans un groupe de cas d'Arthritisme Rhumatoïde, pendant une période moyenne de trois mois, le traitement au BEREX a apporté un soulagement marqué chez 81% des malades, avec arrêt apparent de l'activité arthritique et sans réactions secondaires.

"Les premiers signes d'amélioration consistaient ordinairement en une diminution de la fièvre, de la douleur, de la sensibilité et de l'enflure."

*Une abondante bibliographie sur le BEREX dans le traitement des affections rhumatismales et arthritiques, aiguës et chroniques, sera mise à la disposition du médecin sur demande.

BEREX est présenté en flacons de 100 comprimés
et en formats de 500 comprimés pour service d'ordonnances.

Si votre pharmacien ne peut vous procurer le BEREX, écrivez directement à

BEREX **Pharmaceutical Company - 36-48 Caledonia Road - Toronto, Canada**

*Déposé en 1949. Fabriqué sous licence des propriétaires.
BEREX est le nom déposé de ce produit.*



A SENS UNIQUE

En thérapeutique plurisulfamidée, la sécurité et l'efficacité exigent que la méthode d'administration soit "à sens unique" afin d'obtenir les meilleurs résultats.

CETTE MÉTHODE, c'est avec alcalinisation soutenue.¹⁻²

L'alcalinisation soutenue peut être obtenue par addition de lactate de sodium aux sulfamides dans un rapport de 3:1.³

LA SULFA-TRI-AZINE—MRT contient les trois sulfamides les plus actifs et les moins toxiques⁹ et, en plus, du lactate de sodium.

LA SULFA-TRI-AZINE—MRT fournit exactement le degré d'alcalinisation nécessaire. Le lactate de sodium qu'elle contient est mis en réserve par l'organisme et dégagé au fur et à mesure qu'il est requis pour maintenir un pH de 7.5. Cette alcalinité soutenue garantit contre le risque de cristallurie^{4,5,6} et contre l'alcalose,⁷ et assure une meilleure absorption, d'où des niveaux sanguins plus élevés.⁸

La **SULFA-TRI-AZINE—MRT** est une suspension liquide d'une saveur exceptionnellement agréable, dont chaque cuillerée à thé fournit

0.166 gm. de sulfadiazine
0.166 gm. de sulfamérazine
0.166 gm. de sulfaméthazine
1.500 gm. de lactate de sodium

destinée à être employée chaque fois qu'une sulfamidothérapie mixte est indiquée.

Posologie: Adultes—première dose, 1 à 2 cuillerées à thé, suivie de 2 cuillerées à thé toutes les 4 heures, jour et nuit.

Enfants—dose en proportion.

Chaque cuillerée à thé fournit 0.5 gramme (7.7 grains) de sulfamides et 1.5 gramme (23.1 grains) de lactate de sodium.

D'UN INTERET SPECIAL

La valeur de la sulfamidothérapie mixte est incontestée. La crainte de la cristallurie et de l'alcalose a empêché son usage de se généraliser. La **SULFA-TRI-AZINE—MRT** assure la pleine activité thérapeutique avec absence complète d'effets fâcheux.

NOTE AU SUJET DE LA PÉNICILLINE: La **SULFA-TRI-AZINE—MRT** est le véhicule idéal pour la pénicilline. Elle peut être ajoutée en toute quantité voulue, permettant ainsi de régler avec précision les doses orales dans une solution convenablement tamponnée.

SULFA-TRI-AZINE

AVEC LACTATE DE SODIUM

MRT

Note: La Sulfa-Tri-Azine—MRT n'étant pas encore disponible dans tout le Canada, nous serons heureux d'envoyer des renseignements complets et des échantillons sur votre demande.

**THE WINGATE
CHEMICAL CO. LTD.**

MONTREAL

References: 1. Lehr, D., J. Urol. 55:458 1946. 2. Lehr, D., et al., J. Pediat. 29:275 1946. 3. Fox, C., (to be published). 4. Lehr, D., J. Urol. 55:548 1946. 5. Lehr, D., et al., J. Pediat. 29:275 1946. 6. Frick et al., Brit. M.J. 4487:7 1947. 7. Rohr, J. H., Proc. Cent. Soc. for Clin. Res. 20:69 1947. 8. Boyd et al., Am. J. Med. Sci. 213:459 1947. 9. Sulfonamides in combination Lancet. 1:276 1947.

Protéines de choix

PROTÉINES ENTIÈRES DU LAIT

- **PROCASE** POUVRE BLANCHE CONTENANT 60% DE PROTÉINES ENTIÈRES DU LAIT ET 25% D'HYDRATES DE CARBONE.
- **AMINOGRANS** UN GRANULÉ CONTENANT 20% DE PROTÉINES ENTIÈRES DU LAIT ET 60% D'HYDRATES DE CARBONE.

PROTÉINES PRÉDIGÉRÉES

- **PROTENOL "30"** POUVRE À SAVEUR CHOCOLATÉE AVEC HYDRATES DE CARBONE.
- **PROTENOL "75"** POUVRE À SAVEUR CHOCOLATÉE.

Les Protenols sont une source idéale de protéines prédigérées dans les conditions suivantes:
Chez les personnes âgées — leur procurent les protéines nécessaires sans surcharger le système digestif.

Dans les cas d'ulcères — pour combattre l'hypoprotéinémie, réduire l'acidité gastrique et fournir les protéines nécessaires à la réparation des tissus.

Durant la convalescence — pour combler les pertes protéiniques et refaire la résistance.

Chez les enfants — favorisent la croissance, augmentent la résistance et préservent de l'anémie nutritionnelle.

Echantillons et livre de recettes préparé par des diététiciens d'hôpital, envoyés sur demande.



Mowatt & Moore Ltd
PRODUITS PHARMACEUTIQUES
DE CHOIX
MONTREAL

**LES 3 ARMES
ESSENTIELLES
CONTRE
L'ANÉMIE SECONDAIRE
et la DÉNUTRITION**

**FOIE
FER
VITAMINES**

HEMAREXIN ORAL

(HÉMATINIQUE NON-ALCOOLIQUE)

Une cuillerée a thé renferme:

EXTRAIT DE FOIE (équivalent à
8.75 gm. de foie frais).

FER (Gluconate ferreux) ... 45 mg.

VITAMINES — 1 cc. représente:

Chlor. de thiamine (vit. B₁) .125 mg.

Riboflavine (vit. B₂)075 mg.

Pyridoxine (vit. B₆)0625 mg.

Niacinamide5625 mg.

**HEMAREXIN INJECTABLE
INDOLORE**

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est, rue Jean-Talon

Montréal, P. Q.

c

B

Béminal[®]**facteurs vitaminiques B**

La gamme des préparations "Béminal", avec ses formes variées et ses différents dosages en vitamine B, permet d'adapter le traitement aux exigences du cas.

Une nouvelle préparation
"Béminal"
utilisée en thérapeutique

"BÉMINAL" INJECTABLE FORTIS
AVEC VITAMINE C (Poudre) No 496

Chaque flacon contient à l'état sec:
Vitamine B₁..... 50 mg.
Riboflavine..... 5 mg.
Niacinamide..... 125 mg.
Pyridoxine..... 5 mg.
d-pantothénate de calcium... 10 mg.
Acide ascorbique..... 200 mg.

Nécessaires comprenant 5 flacons de "Béminal" et 1 flacon de 10 cc. de diluant stérile à 0.5% de chlorhydrate de procaine.

"Béminal"
facteurs vitaminiques B

Concentré
Solution injectable
Associé au Fer et au Foie
Liquide
Injectable Fortis (poudre)
Avec Vitamine C
Composé
Granulés
Comprimés

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée • Biologistes et Pharmaciens • Montréal, Canada

25^e
Ayerst

ANNIVERSAIRE

meilleure absorption
et réserves
vitaminiques accrues

chez les
nourrissons
et les enfants

grâce aux

préparations aqueuses Ayerst

"Alphamette" Aqueux - No 929

Chaque goutte contient approximativement:

Vitamine A.....1,000 U.I.

Vitamine D..... 500 U.I.

Flacons de 8, 15 et 30 cc. munis de compte-gouttes.

Dose moyenne: 2 gouttes par jour.

Gouttes "Supplavite" - No 931

10 gouttes (0.6 cc.) correspondent approximativement à:

Vitamine A.....5,000 U.I.

Vitamine D.....2,400 U.I.

Acide ascorbique..... 50 mg.

Thiamine..... 1.5 mg.

Riboflavine..... 1 mg.

Niacinamide..... 20 mg.

Pyridoxine..... 1 mg.

d-pantothénate de calcium..... 5 mg.

Tocophérols naturels mixtes..... 2 mg.

(antioxydant)

Flacons de 8, 15 et 30 cc. munis de compte-gouttes.

Dose moyenne: 5 à 10 gouttes par jour.

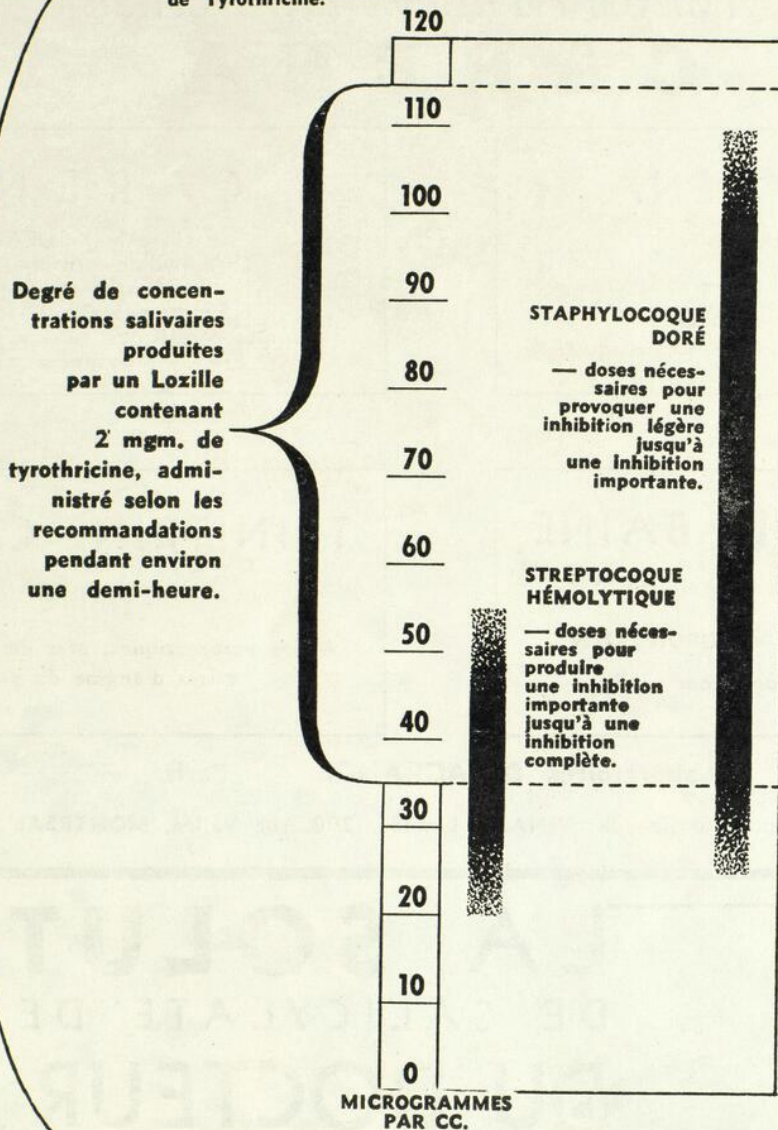
Les "Alphamettes" et l'"Alphamette" liquide se recommandent aussi comme sources de vitamines A et D. La "Supplavite" en Liquide et en Comprimés et la "Supplavite" avec sels minéraux sont des préparations multivitaminées de complément.

25^e

Ayerst

ANNIVERSAIRE

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



Concentrations salivaires actives de Tyrothricine

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

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

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

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

LOZILLES

PASTILLES DE TYROTHRINE-PROPÉSINE

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

L'AMINOPHYLLINE FRANÇAISE
CARÉNA

SÉDO-CARÉNA

COMPRIMÉS

Caréna — Phénobarbital — Papavérine

Neurodystonies cardiaques**Spasmes vasculaires, Algies des cardiaques.****CARÉNA**

INTRAMUSCULAIRE

Théophylline-éthylène-diamine

Syndromes cardiaques**Syndromes Cardio-rénaux****Œdèmes cardiaques, rénaux et hépatiques.****Dyspnées****CARÉNA-OUABAÏNE**

AMPOULES I. V. — COMPRIMÉS

VASO-DILATATEUR — CORONARIEN**Défaillance cardiaque, cœur sénile****TRINITRINE-CARÉNA**

COMPRIMÉS

**Algies paroxystiques, état de mal angineux,
crises d'angine de poitrine.****Laboratoires DELAGRANGE — Paris**Agents pour le Canada: **VINANT Limitée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL**

LA SOLUTION
DE SALICYLATE DE SOUDE
DU DOCTEUR CLIN

**RHUMATISME****ARTHRITISME • SCIATIQUE****TOLÉRANCE • ACTIVITÉ**

Flacon de 300 c.c.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS
Agents: **VINANT Ltée, 200, rue Vallée, Montréal**

RÉPONSE ANTIANÉMIQUE OPTIMUM

La vitamine B₁₂, isolée dans les laboratoires de recherches de la maison Merck est offerte sous le nom de Cobione* (vitamine B₁₂ cristallisée Merck). Des études cliniques ont démontré que le Cobione possède une action hématopoïétique prépondérante dans le traitement de

- l'anémie pernicieuse (non compliquée)
- l'anémie pernicieuse accompagnée de complications neurologiques
- l'anémie macrocytaire nutritive par carence vitaminique B₁₂
- l'anémie mégaloblastique infantile (certains cas)
- la sprue (tropicale ou non tropicale).

COBIONE

- Un composé cristallisé d'une activité extrêmement élevée.
- Efficace à très faibles doses, en raison de son activité élevée.
- Peut être administré en doses précises par voie sous-cutanée ou intramusculaire.
- Non toxique si administré aux doses recommandées.
- Présenté en ampoules de 1 cm³ de solution saline de Cobione, chacune contenant 15 microgrammes de vitamine B₁₂ cristallisée.

*Documentation
sur demande*



COBIONE

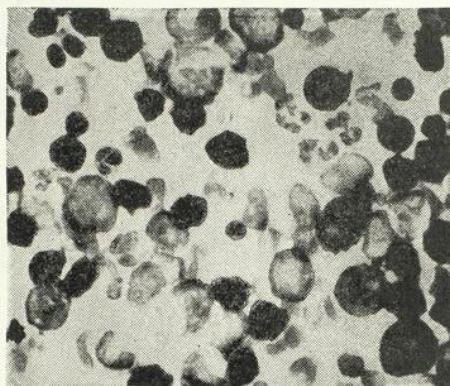
MARQUE DÉPOSÉE

(VITAMINE B₁₂ CRISTALLISÉE MERCK)

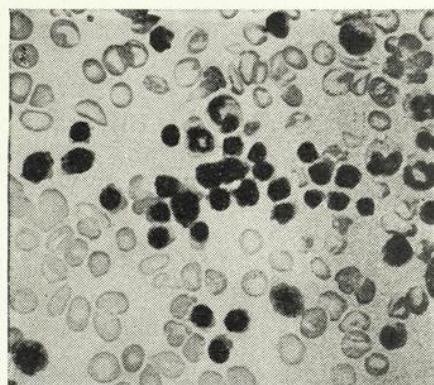
MERCK & CO. LIMITED

Chimistes Fabricants

MONTRÉAL
TORONTO
VALLEYFIELD



Moelle osseuse mégaloblastique d'un malade atteint d'anémie pernicieuse avant le traitement par le Cobione.



Moelle osseuse de ce même malade quatre-vingt-dix jours après une seule injection de 0,025 mg. de Cobione.

*Cobione est le nom déposé par Merck & Co., Inc. pour leur marque de vitamine B₁₂ cristallisée.

Vasoconstriction
associée à la
thérapeutique antibiotique dans la

NEO-SYNEPHRINE

(marque de la phényléphrine)

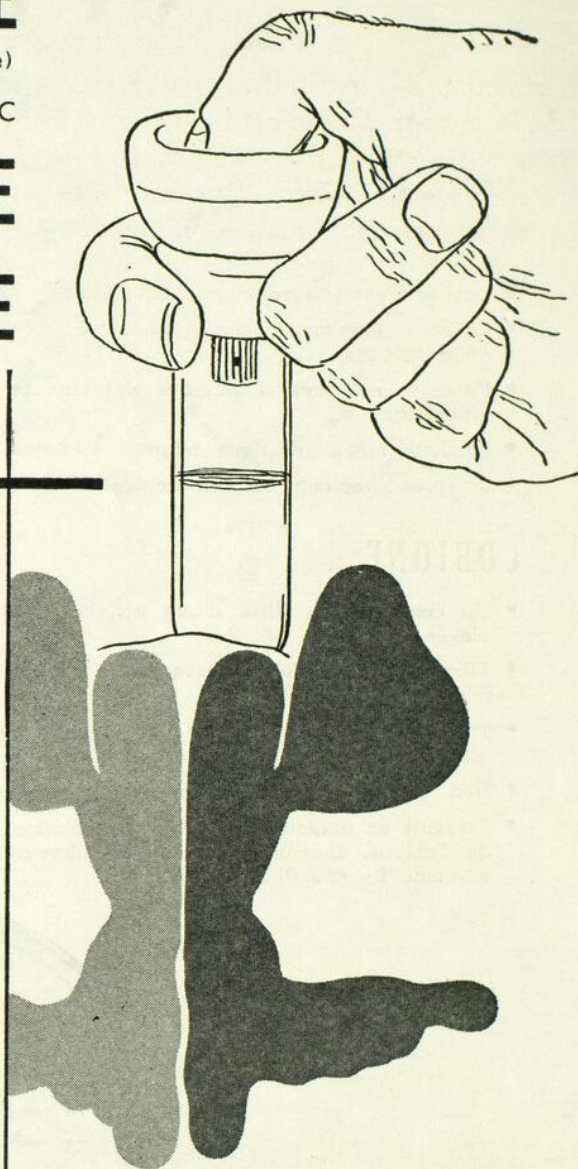
avec

PÉNICILLINE CRISTALLISÉE

Dans les infections des voies respiratoires supérieures, l'application locale de pénicilline dans la cavité nasale a une action bactériostatique décisive contre les micro-organismes pathogènes.

Afin de faciliter un tel traitement, la Néo-Synéphrine est associée à la pénicilline, pour décongestionner les muqueuses et permettre l'accès libre à l'antibiotique.

La Néo-Synéphrine, vasoconstricteur puissant, ne perd pas son efficacité malgré les applications répétées. Elle est remarquable parce qu'elle ne produit pas de sensation de brûlure lors de l'application et par l'absence de congestion compensatrice.



NEO-SYNEPHRINE

avec

PÉNICILLINE CRISTALLISÉE

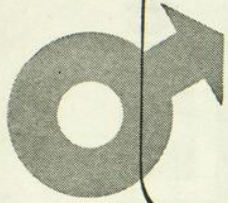
Stable - Plein rendement

Présentation: Embaquetages combinés pour préparation de 10 c.c. de solution tamponnée de 0.25 de chlorhydrate de Néo-Synéphrine et 5,000 unités de pénicilline par c.c.

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

443 Sandwich Street — Windsor, Ontario.

Néo-Synéphrine, marque de commerce enregistrée aux E.-U. et au Canada. 454M



“Nos résultats avec le complexe ferreux-molybdène ont été ... frappants ...”

Dieckmann, W. J. et Priddle, H. D.:
Am. J. Obst. & Gynec. 57:541 (1949)

JUSQU'À ces derniers temps, Dieckmann avait, à maintes reprises, déclaré que la véritable anémie hypochrome de la grossesse ne répondait pas d'une façon satisfaisante à l'administration orale de préparations à base de fer.^{1,2}

Aujourd'hui, cependant, depuis sa plus récente recherche — une étude sur la valeur du sulfate ferreux-molybdène (Mol-Iron) — il déclare:

“Nous n'avons jamais eu d'autres sels ferreux aussi efficaces chez les patientes en grossesse. Nos résultats avec le complexe ferreux-molybdène ont été ... frappants ... l'augmentation des taux de l'hémoglobine fut extraordinaire ... et rapide.”³

Cette très récente évaluation du sulfate ferreux-molybdénisé (Mol-Iron) confirme les découvertes des premiers chercheurs qui trouvèrent que le Mol-Iron était:

“...extraordinairement efficace...”⁴

“...un exemple véritable de potentialisation de l'action thérapeutique du fer...”⁵

“...qu'il avait une action hématopoïétique plus rapide...”⁶

tout en étant remarquablement bien toléré.^{5,7}

White's Mol-iron

Comprimés,
Liquide

COMPLEXE SULFATE FERREUX-MOLYBDÈNE

— un complexe stable, spécialement préparé, co-précipité, contenant 3 mg. d'oxyde de molybdène (1/20 gr.) et 195 mg. de sulfate ferreux (3 gr.). Dose recommandée pour adulte: 2 comprimés t. i. d. S'obtient en flacons de 100 et de 1.000 comprimés. Présenté aussi sous forme d'un liquide de goût très agréable, en flacons de 12 onces fl. (chaque cuillerée à thé équivaut à un comprimé).

1. Adair, F. L., Dieckmann, W. J. et Grant, K.: Am. J. Obst. & Gynec., 32: 560 (1936).
2. Talso, P. J. et Dieckmann, W. J.: Am. J. Obst. & Gynec., 55: 518 (1948).
3. Dieckmann, W. J. et Priddle, H. D.: Am. J. Obst. & Gynec., 57: 541 (1949).
4. Neary, E. R.: Am. J. Med. Sci., 212: 76 (1946).
5. Healy, J. C.: J. Lancet, 66: 218 (1946).
6. Chesley, R. F., et Annitto, J. E.: Bull. Marg. Hague Maternity Hosp., 1: 68 (1948).
7. Kelly, H. T.: Penn. M. J., 51: 999 (1948).



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

ANTIGRIPPINE MIDY

MÉDICAMENT COMPLET
DE LA GRIPPE

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

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

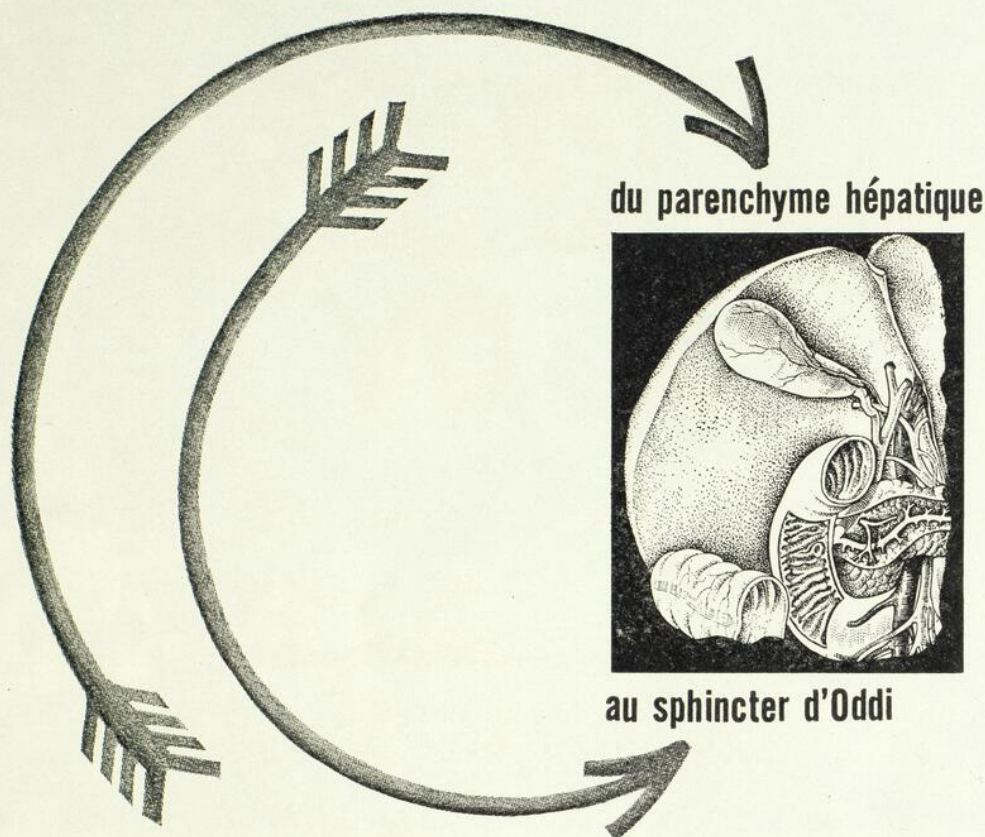
Indications: Etat grippal.

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

Présentation: Boîte de 12 comprimés.

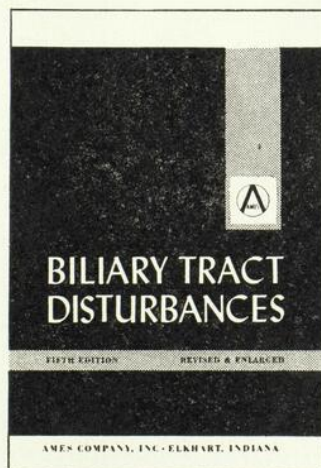
Laboratoires MIDY, Paris

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



On peut maintenant se procurer la cinquième édition de "Biliary Tract Disturbances", un ouvrage qui étudie la vésicule biliaire dans toutes ses ramifications — son anatomie et sa physiologie, ainsi que le diagnostic et le traitement de ses affections.

Les médecins et les chirurgiens qui sont déjà familiers avec cette monographie dans ses éditions précédentes, trouveront encore plus pratique cette revision nouvelle, augmentée, et illustrée. La brochure présente sous une forme concise les théories fondamentales de la pathogénie biliaire, puis elle passe en revue les progrès que l'on a récemment accomplis dans le traitement de ces affections par les hydrocholérétiques ou autres moyens.



Decholin

marque d'acide déhydrocholique

En comprimés de 3 $\frac{3}{4}$ grains, dans des flacons de 25, 100, 500 et 1,000.

Decholin Sodium (marque de déhydrocholate de sodium) en solution aqueuse à 20%; en ampoules de 3 cc., 5 cc. et 10 cc.; paquets de 3 et de 20 ampoules.

Decholin et *Decholin Sodium*, marques déposées aux Etats-Unis et au Canada.



AMES COMPANY OF CANADA, LTD.
TORONTO, ONTARIO



“JELONET”

LE PANSEMENT DE GAZE “GELÉE DE PÉTROLE” EST INDICUÉ: pour les greffes épidermiques, les fractures compliquées, les brûlures, etc., comme pansement non-adhésif, pour susciter la granulation.

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

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

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

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

SMITH & NEPHEW, LTD.

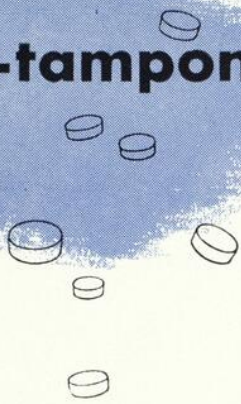
378 OUEST, RUE SAINT-PAUL, MONTRÉAL, P. Q.

Fait en Angleterre par les fabricants de “Elastoplast” et de “Gypsona”

T. J. SMITH & NEPHEW, LTD., HULL, ENGLAND

Tamponné...

ou non-tamponné



Dans le domaine de la pénicillino-thérapie per os, il y a place à la fois pour un produit tamponné et un produit non-tamponné.

L'avantage que présente la substance-tampon (citrate de sodium) telle qu'elle existe dans le

Pénioral, est de protéger l'antibiotique contre toute inactivation par le suc gastrique.

Cette forme de pénicillino-thérapie ne modifie presque pas l'horaire des repas des malades.

Mais il faut tenir compte du fait que le plus léger des anti-

acides est susceptible de provoquer de la nausée chez certains patients. Dans leur cas, on s'adressera plutôt aux comprimés de pénicilline soluble,

non tamponnée, de Wyeth.

On en obtiendra du reste des hémococoncentrations satisfaisantes, à condition qu'ils soient pris au moins une heure avant ou deux heures après les repas. Les comprimés

non-tamponnés se révèlent encore particulièrement utiles chez le nourrisson ou pour l'administration

par aérosol, par suite de la facilité avec laquelle ils se dissolvent dans

l'aliment infantile (sans le cailler) et dans

l'eau et le sérum physiologique normal.

PENIORAL

**PENICILLINE-G POTASSIQUE
CRISTALLISEE POUR USAGE
BUCCAL**

COMPRIMES A 25,000 U.I. TUBE DE 12

**COMPRIMES A 50 000 U.I. TUBES DE 8
ET DE 12**

COMPRIMES A 100,000 U.I. TUBE DE 12

PENIORAL SOLUBLE

COMPRIMES SOLUBLES WYETH

**A 50,000 U.I. DE PENICILLINE-G
POTASSIQUE PAR COMPRIME.
TUBE DE 12**

Wyeth

Marque Déposée

Amphojel —
but

unique

dualité
d'action



Protéger efficacement l'ulcèreux: tel est l'objectif unique de l'Amphojel, préparation originale basée sur l'action de deux gels: le gel d'alumine hydraté et le gel d'alumine Wyeth. Le gel "anti-acide" de l'Amphojel assure une protection **chimique**: par réaction avec l'acide gastrique il réduit l'hyperchlorhydrie à des niveaux physiologiques non-corrosifs. Le "gelpansement" procure une protection **physique** et favorise la cicatrisation.

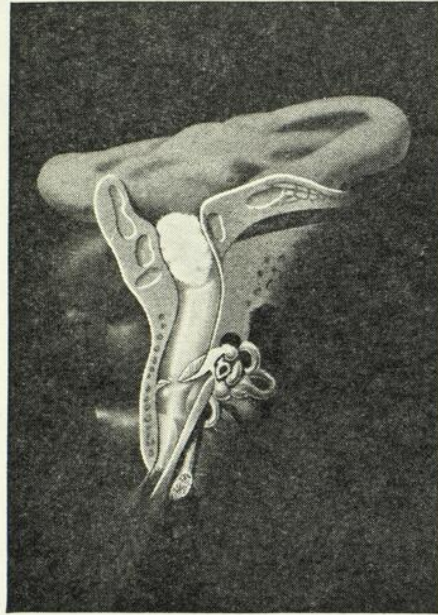
Wyeth

Marque Déposée

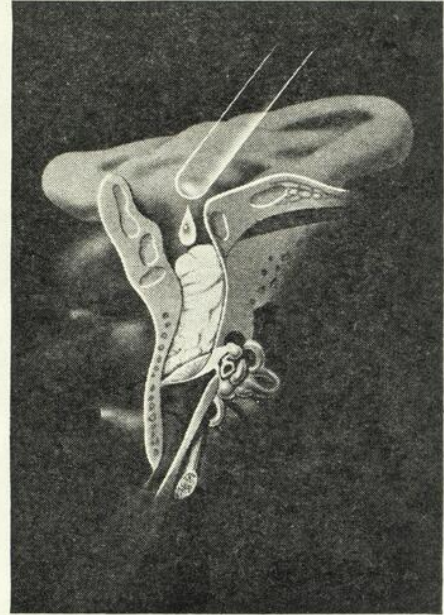
JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED
WALKERVILLE - ONTARIO

Quintuple attaque contre

les affections
de l'oreille moyenne



les affections
de l'oreille externe



1. **Action antibactérienne** — La concentration très élevée de sulfa-urée combat efficacement l'infection locale. ^{1, 2}
2. **Débridement** — Le foyer d'infection est rapidement nettoyé — la fétidité est diminuée, et la suppression des débris nécrotiques est rendue plus facile.
3. **Analgésique** — Le chlorobutanol soulage la douleur et la démangeaison.
4. **Fongicide** — Enraye le danger de contagion par les fongosités ordinaires.
5. **Hygroscopique** — Absorbe l'excès d'humidité et possède une action décongestive.

L'Otomide White est une solution stable contenant 5% de sulfanilamide, 10% d'urée (carbamide), et 3% de chlorobutanol anhydre dans un excipient composé de glycérine d'une activité hygroscopique très élevée. Présenté en flacons compte-gouttes contenant $\frac{1}{2}$ once liquide (15 cm^3).

White's

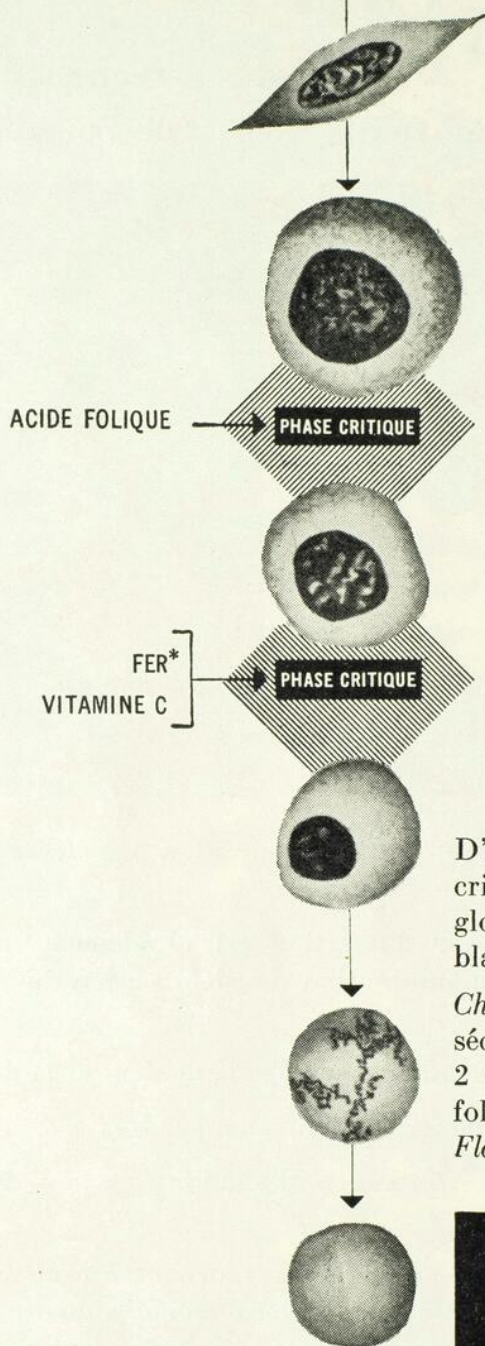
OTOMIDE

Chimiothérapie topique en otologie

White Laboratories of Canada, 64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ontario.

1. Holder, H. G., et MacKay, E. M.: *Mil. Surg.*, 90: 509-518 (mai) 1942.

2. Holder, H. G., et MacKay, E. M.: *Surgery* 15: 677-682 (mai) 1943.

Dans l'anémie...

D'après Haden, il y a deux "phases critiques" dans le développement du globule rouge: les phases du mégalo-blaste et du normoblaste.*

Chaque capsule Liafon contient: foie des-séché, 0.5 Gm.; sulfate ferreux évaporé 2 gr.; acide ascorbique 50 mg.; acide folique 1.67 mg. 1 ou 2 capsules t.i.d. Flacons de 100 capsules.

LIAFON

*'LIAFON' EST UNE MARQUE DÉPOSÉE DE E. R. SQUIBB & SONS

* PRINCIPES D'HÉMATOLOGIE ED. 3, 1946, P. 31

E. R. Squibb & Sons of Canada, Limited
2245 rue Viau, Montréal

SQUIBB fabricants de produits chimiques pour le corps médical depuis 1858

agrandissement du champ

de la thérapie spasmolytique grâce
au nouvel, unique

élixir DONNATAL

Donnatal—remarquable spasmolytique et sédatif
— peut maintenant être obtenu sous forme liquide!

L'Elixir Donnatal répond à un besoin qui depuis
longtemps se faisait sentir, tout particulièrement
chez les pédiatres, pour le traitement de la
sténose pylorique, de la colique intestinale, de la
diarrhée et de l'énurésie. Les patients adultes
aussi peuvent manifester une préférence pour
l'Elixir au lieu des Comprimés.—5 c.c.
(1 cuillerée à thé) fournissant le même
effet thérapeutique d'un comprimé.

Un autre témoignage d'importance sur
le Donnatal confirme son extraordinaire
efficacité en clinique, et ses
avantages sur les médicaments
non composés ou synthétiques.

A. H. ROBINS COMPANY, Inc., Richmond 20, Va.

Produits pharmaceutiques de qualité depuis 1878

Agents pour le Canada

THE LEEMING MILES CO., LTD.

1 Notre Dame St. West, Montreal 1, Quebec

formule

Chaque cuillerée à thé (5 c.c.) contient:

Sulfate d'hyoscyamine	0.1037 mg.
Sulfate d'atropine.....	0.0194 mg.
Bromhydrate d'hyoscine	0.0065 mg.
Phénobarbital (1/4 de grain)	16.2 mg.

élixir

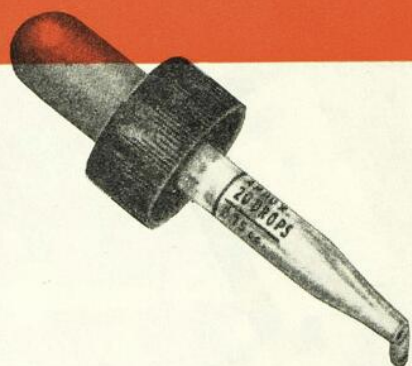


DONNATAL

un autre triomphe de Robins

Maintenant . . . PÉNICILLINE PAR VOIE ORALE

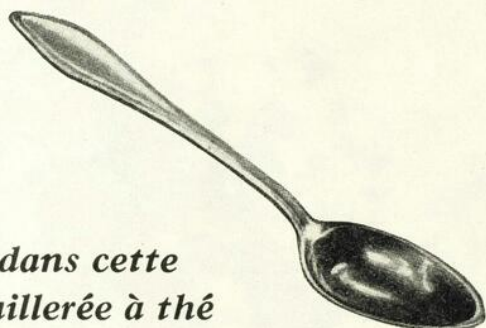
2 nouvelles présentations . . .



dans un compte-gouttes

50,000 unités de pénicilline*

drop-cillin
de White



dans cette
cuillerée à thé

100,000 unités de pénicilline*

dram-cillin
de White

. . . toutes les deux aromatisées à la vanille

R Drop-cillin 9 cc.
Sig: Deux pleins compte-gouttes immédiatement, suivis d'un plein compte-gouttes à toutes les 3 heures. Remplir le compte-gouttes jusqu'à la ligne "20 gouttes".

R Dram-cillin 60 cc.
Sig: Deux cuillerées à thé immédiatement, suivies d'une cuillerée à thé toutes les 3 heures.

Présentation:

DROP-CILLIN—Flacons de 9 cc. contenant 600,000 unités de pénicilline. Le compte-gouttes, inclus, est calibré pour contenir 20 gouttes (0.75 cc.) ou 50,000 unités de pénicilline.

DRAM-CILLIN—Flacons de 60 cc. contenant 1,200,000 unités de pénicilline. Chaque cuillerée à thé (approximativement 5 cc.) contient 100,000 unités de pénicilline.*

*Pénicilline G potassique tamponnée.

**. . . plus commode,
aussi efficace, d'un goût agréable**

DROP-CILLIN de White a été spécialement formulée pour présenter une pénicilline en gouttes pour emploi par voie orale chez les nourrissons et les enfants. Elle peut être administrée directement ou ajoutée à la première ou deuxième once du biberon sans en altérer pour la peine le goût ou l'apparence.

DRAM-CILLIN de White est une pénicilline liquide efficace pour usage par voie buccale. Son goût agréable et sa couleur rouge foncé plaisent également aux enfants et aux adultes.

Dans les cas favorables, Drop-cillin et Dram-cillin suppriment les injections et la crainte et le malaise qu'elles provoquent surtout chez l'enfant. De plus, la garde-malade ou la mère n'a plus la tâche d'écraser les comprimés, ou d'administrer de force une médication à un enfant récalcitrant. La dose exacte et efficace est assurée pourvu que l'on s'en tienne aux directives fournies avec le médicament.

En prescrivant, prière d'indiquer :

DROP-CILLIN *White* — 50,000 unités au compte-gouttes.

DRAM-CILLIN *White* — 100,000 unités à la cuillerée à thé.

Fournies au pharmacien sous forme de poudre cristallisée stable. Les solutions fraîchement préparées de Drop-cillin et de Dram-cillin conservent leur efficacité pour une semaine si elles sont tenues au froid.

White's

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

Comment maintenir l'antiseptie urinaire sans déprimer le malade

Des études cliniques poussées ont démontré l'efficacité de la MANDELAMINE (mandélate de méthénamine) contre l'*escherichia coli*, le *staphylococcus aureus* et *albus*, et certains streptocoques. Des expériences par méthode comparative indiquent que son efficacité bactériostatique et bactéricide est pour ainsi dire identique à celle des sulfonamides ou de la streptomycine.

La MANDELAMINE est tellement bien tolérée que les patients acceptent volontiers de se conformer au régime prescrit.

POSOLOGIE: L'administration adéquate du médicament est essentielle afin d'obtenir le maximum d'effet: adultes 3 ou 4 comprimés trois fois par jour; enfants, proportionnellement.

Documentation complète et échantillons envoyés
aux médecins qui en feront la demande.

6 caractéristiques remarquables

- Champ d'activité antibactérienne très étendu.
- Pas d'acidification supplémentaire requise (excepté s'il existe des organismes ayant la propriété de dédoubler l'urée).
- Aucun danger de résistance au médicament.
- Exceptionnellement bien tolérée.
- Pas de régime solide ou liquide.
- Simplicité du mode d'emploi — 3 ou 4 comprimés, trois fois par jour.

MANDELAMINE

REG. U. S. PAT. OFF.

Marque d'Hexydaline (mandélate de méthénamine)



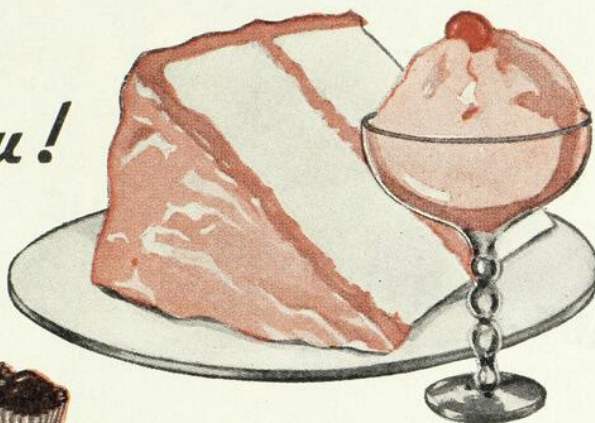
NOM DÉPOSÉ

NEPERA CHEMICAL CO. INC.

Seuls distributeurs

MERCK & CO. Limited, Montréal

*Laissons-les
manger
du gâteau!*



Expressément destiné aux malades souffrant d'indigestion des glucides, le LIQUID TAKA-COMBEX est surtout précieux au moment où les besoins en calories et en vitamines atteignent le point culminant — au cours d'une maladie, d'une convalescence, d'une grossesse ou pendant la lactation. L'enzyme Taka-Diastase^R est un puissant amylolytique; les vitamines du complexe B sont nécessaires au métabolisme des glucides. Ils forment ensemble, dans le LIQUID TAKA-COMBEX, une association enzymes-vitamines qui facilite l'absorption et l'utilisation des aliments amylacés.

LIQUID TAKA-COMBEX

amylodigestif + vitamines B



De goût et d'apparence agréables, pouvant servir d'excipient commode pour d'autres médicaments, le LIQUID TAKA-COMBEX convient tout spécialement aux enfants et aux vieillards.

Posologie: Deux cuillerées à thé ou plus, pendant ou immédiatement après les repas.

Enfants: selon le poids et l'état de santé.

Chaque cuillerée à thé (4 cc.) contient:

Taka-Diastase (enzymes de l' <i>Aspergillus oryzae</i>)	2½ grains
Vitamine B ₁ (chlorhydrate de thiamine)	2 mg.
Riboflavine (vitamine B ₂)	1 mg.
Vitamine B ₆ (chlorhydrate de pyridoxine)	0.5 mg.
Acide d-pantothénique (sel sodique)	2 mg.
Niacinamide (nicotinamide)	5 mg.

Cette nouvelle préparation liquide, présentée en bouteilles de 16 onces, vient s'ajouter à un produit bien connu: les Kapsels Taka-Combex, offerts en flacons de 100 et de 500.

PARKE, DAVIS & CO., LTD.



- L'ACIDE DÉHYDROCHOLIQUE "augmente de 144% le volume de la sécrétion biliaire". Schmidt, C. R. et al.: A. J. Digest. Dis., 4: 613-616, 1938.
- L'ACIDE DÉHYDROCHOLIQUE "active la circulation dans l'artère hépatique". Ivy, A. C.: J. A. M. A., 117: 1151, 1941.
- L'ACIDE DÉHYDROCHOLIQUE

... CONSTITUANT DE ...

CHOLIBILE

AVEC LE CASCARA SAGRADA ET LA VITAMINE B¹

EST INDIQUÉ DANS : Cholécystite - Angiocholite - Jaunisse
Insuffisance hépatique - Anorexie - Constipation

FORMULES

<u>CHOLIBILE FORTE</u>	<u>CHOLIBILE FAIBLE</u>
Acide déhydrocholique 0.25 gm.	Acide déhydrocholique 0.10 gm.
Cascara sagrada 0.05 gm.	Cascara sagrada 0.02 gm.
Chlor. de Thiamine 5 mg.	Chlor. de Thiamine 2 mg.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

MONTREAL



VOUS POUVEZ FOURNIR LES ELEMENTS ESSENTIELS DE LA VIANDE

*par la Voie
Intraveineuse*

La meilleure façon de prendre de la viande c'est de la manger. Mais dans bien des cas, lorsqu'il est impossible d'employer la voie orale, il n'y a pas de meilleure alternative que l'AMINOSOL. Parce qu'il est obtenu par hydrolyse de fibrine sanguine, une des protéines possédant la valeur biologique la plus élevée, l'AMINOSOL peut en toute sécurité être employé comme seule source d'acides aminés (2000 cc. par jour pour un homme de 70 kilos) ou comme complément alimentaire (1000 cc. par jour) dans les maladies critiques ou prolongées.

L'AMINOSOL demeure stable à la température ordinaire pendant deux ans ou plus. Il est stérilisé par filtration et chauffage à l'autoclave. Il subit des épreuves sévères qui assurent l'absence de pyrogènes et d'antigènes. Il est présenté en flacons de

250 cc., 500 cc. et 1000 cc. Pour maintenir la sécurité de l'AMINOSOL pendant l'injection intraveineuse, il n'y a pas de meilleur moyen que l'ensemble stérile VENOPAK* qui ne sert qu'une seule fois. Demandez à votre représentant Abbott de vous en faire la démonstration. Pour la littérature sur l'efficacité des solutions AMINOSOL, adressez-vous aux: LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE, Montréal 9, Canada.

Abbott

Aminosol

NOM DÉPOSÉ
(Hydrolysate de Fibrine
Modifiée, Abbott)

Solution à 5%
Solution à 5% avec Dextrose 5%
Solution à 5% avec Dextrose 5% et Chlorure de Sodium 0.3%



Quand la voie usuelle est coupée...

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 78:

MM. Albert-Weil (Jean); Allard (Eugène); Amyot (Roma); Archambault (Paul-René); Attendu (C.-A.); Autoniotti (U.); Baillargeon (Bernard); Beaulieu (Emile); Bédard (O.); Béique (Léon); Bégin (B.-G.); Bélanger (Léonard-F.); Bélisle (L.-P.); Bellefeuille (Paul de); Bertrand (Albert); Bertrand (Claude); Besançon (L. Justin); Blain (Emile); Boulanger (Jacques); Boulanger (J.-B.); Bourgeois (Paul); Bourque (Jean-Paul); Boutin (J.-R.); Boyer (F.); Brahy (Jules); Brault (Jean-Paul); Brodeur (Paul); Burckel (J.); Cabana (J.-Ernest); Cazal (P.); Charbonneau (Jean); Charest (G.); Charest (Fernand); Charette (H.); Charland (Richard-A.); Chenevert (Robert); Clermont (Moise); Codounis (A.); Cornil (Lucien); Corriveau (A.-R.); Cyr (Donat-Paul); Daguette (G.); Dambassis (Jean-N.); Dargis (Jean); David (Paul); Derome (L.); Desjardins (Edouard); Desrochers (Jean-Léon); Dontigny (Paul); Doré (Réal); Dubé (Edmond); Dubé (Louis Félix); Dubeau (Marius); Dufresne (Origène); Dufresne (Roger-R.); Dumas (Paul); Dupuis (Ronald); Forget (Ulysse); Fortier (De la Broquerie); Fortier (Marcel); Gagnon (E.-D.); Gagnon (Jacques); Gagnon (Roméo); Gallie (W. E.); Gareau (J.-Roger); Gaulin (Eugène); Gavardin (Michel Bourgeois); Gérin-Lajoie (Léon); Gervais (Maurice); Giraud (G.); Gobeil (L.-J.); Grenier (E. P.); Grignon (René); Grobon (Pierre); Groulx (Adélaïde); Hallé (Jules); Handfield (J.-P.); Hébert (Auguste); Henry (François); Jarry (J.-A.); Jean (André); Johnson (Réginald); Julien (P.-E.); Justras (Albert); Lafond (Guy); Laframboise (Georges); Lamoureux (Louis); Lamy (Rouville); Laperrière (Vincent); Lapierre (Jeanne); Lapointe (Gaston); Larichelière (Raymond); Lasalle (G.); Latraverse (Valmore); Lauan (Robert); Laurendeau (Edmond); Laurier (Ruben); Lauzé (Simon); Lauzer (Rosaire); Lebeau (René); Leclerc (G.); Leduc (Gaston); Legault (Jean-Paul); Léger (Jean-Louis); Léger (Lucien); Léonard (Claude); Lépine (Edgar); Lépine (Pierre); LeSage (Jean); Letienne (René); Letondal (Paul); Liberson (W. T.); Loignon (Gaston); Longpré (Daniel); Longtin (Madeleine); Lortie (Edouard); Mantha (Léopold); Marceau (Gilles); Marchand (J.-C.-A.); Marin (Albéric); Marion (Donatien); Martin (Hon. Paul); Massé (Philippe); Masson (Gaston); Millet (Joseph); Mirouze (J.); Mondello (Roméo); Monfette (C.); Newman (E. V.); Noël (J.-Ovila); Ostiguy (Marcel); Panet-Raymond; Panneton (Philippe); Paquette (J.-P.); Paradis (Bernard); Pilon (J.-Louis); Pinsonneault (G.); Plichet (A.); Poirier (Paul); Pothier (André); Potvin (Edmond); Pouliot (Antoine); Prud'homme (Jean); Ricard (Hector); Ricard (P.-M.); Rinfret (Lucien); Robillard (Eugène); Robillard (Rosaire); Rossignol (J.-C.); Roy (François); Saint-Martin (M.); Saucier (Jean); Séguin (Fernand); Simard (J.-Emile); Smith (Henri); Smith (Pierre); Stahl (A.); Tormey (Léonard L.); Tremblay (Gérard-O.); Trudel (Hermile); Turcot (Jacques); Turcot (Roland); Turcotte (Maurice); Vaillancourt (De Guise); Valin (R.-E.); Vézina (Norbert).

... Mais où vont-ils chercher ce carbone et cet hydrogène?

Dans les plantes. Car les végétaux ont pris dans l'air (qui contient de l'acide carbonique) du carbone, lequel, entrant dans leurs tissus, apparaît après maintes transformations, sous forme d'amidon, de sucre et de graisse. Il y a donc des êtres endothermiques, c'est-à-dire qui absorbent de la chaleur pour construire des matières chimiques oxydables, et des êtres exothermiques, c'est-à-dire qui dégagent de la chaleur en oxydant ces mêmes matières.

Les êtres endothermiques, ce sont les plantes qui, sous l'influence de la chaleur et de la lumière solaires, fabriquent des corps (sucres, graisses, celluloses) capables par leur combustion de dégager de l'énergie. Les êtres exothermiques, ce sont les animaux, qui dégagent de la chaleur et de l'énergie parce que, s'étant alimentés avec les plantes, ils ont pu accumuler dans leurs tissus des réserves chimiques capables de dégager de l'énergie.

Donc les êtres vivants, végétaux et animaux, constituent un ensemble harmonique. Le carbone de l'acide carbonique atmosphérique est fixé par les plantes qui, étant attachées au sol, n'ont pas besoin de faire du travail. La plante devient alors pour l'animal un aliment, et ce carbone alimentaire est brûlé par l'animal, ce qui lui permet de produire chaleur et mouvement.

Allons plus loin. Cette force qui donne à la plante le pouvoir de fixer du carbone, c'est de la chaleur solaire emmagasinée, chaleur que l'animal restitue à son tour sous la forme de chaleur et de mouvement. Nous sommes donc tous les enfants du soleil; chaque mouvement que nous faisons, peut-être même chaque pensée qui traverse notre esprit, est un fragment de la chaleur solaire. N'est-ce pas là une conception grandiose? Il faudrait être un triple barbare pour ne pas comprendre la beauté de cette synthèse.

Allons plus loin encore. Le pétrole, les houilles qui produisent tout le travail mécanique intense de l'industrie moderne, c'est encore le résultat de l'énergie solaire qui, sur les plantes des époques géologiques, a fixé du carbone et de l'hydrogène. Quand un avion mu par le pétrole franchit les airs avec une vitesse de 400 kilomètres à l'heure, c'est un fragment de la lumière solaire qu'il utilise; et, si de gigantesques paquebots peuvent traverser l'Atlantique en cinq jours avec leurs cent mille tonnes, c'est parce qu'ils dégagent l'énergie de la lumière solaire mise dans leurs soutes, sous forme de houille...

(Charles Richet)

BULLETIN

LE PROGRAMME SCIENTIFIQUE DU XXÈME CONGRÈS. VUE D'ENSEMBLE.

En traçant les premières esquisses de ce programme, le président, le docteur J.-A. Vidal, et l'Exécutif se sont efforcés de conserver à ces grandes assises professionnelles leur réputation de haute tenue scientifique et leur importance pratique et documentaire pour la majorité des congressistes, c'est-à-dire des médecins praticiens.

Le passé a démontré l'intérêt primordial suscité par la présence à nos Congrès de délégués étrangers, notamment de représentants de la médecine française. Cette année, c'est le Professeur Raoul Kourilsky, de la Faculté et des Hôpitaux de Paris, déjà familier aux milieux universitaires et hospitaliers de notre Province, qui viendra raffermir le lien traditionnel qui nous unit aux Ecoles françaises. De nouveau avec nous, en septembre prochain, il contribuera à l'enrichissement de notre programme, en présentant deux communications dont les titres seront divulgués prochainement et qui porteront, l'un sur un travail personnel encore inédit, l'autre sur une question pratique d'intérêt général.

A l'Université de Montréal, nous comptons des savants de réputation internationale, dont le Professeur Hans Selye, directeur de l'Institut de Médecine et de Chirurgie expérimentales. Nous l'entendrons développer une question captivante entre toutes, et à laquelle il travaille depuis nombre d'années: « L'adaptation et les maladies de l'adaptation, avec applications récentes de la Cortisone et de l'ACTH ».

Deux séances plénières seront réservées à un chapitre de thérapeutique générale aux applications multiples et diverses: « L'emploi et les indications des antibiotiques ». Des professeurs et des cliniciens de Québec et de Montréal sauront développer au mieux les nombreux aspects de cette grande question d'actualité dont l'intérêt ne cesse de s'affirmer à mesure que les découvertes dans ce domaine se multiplient. En gastro-entérologie, certaines acquisitions de date relativement récente méritent d'être soulignées; en pathologie des voies biliaires, le cholédoque — ce grand méconnu — sera, cette fois, mis en lumière; il y a de l'inédit dans cette

question que les rapporteurs présenteront au triple point de vue radiologique, médical et chirurgical.

Certains hôpitaux de la métropole ont créé récemment des services nouveaux, dont l'un est consacré au diagnostic et au traitement de l'arthrite et du rhumatisme, et l'autre à la neuro-chirurgie. Des médecins et des chirurgiens, respectivement attachés à ces deux services, nous diront ce qu'il est indispensable de savoir pour notre gouverne journalière, dans ces domaines de la science.

La majorité des praticiens sont en même temps, et parfois même davantage, des obstétriciens; les connaissances obstétricales sont donc pour eux d'application quotidienne; aussi, ne saurions-nous mieux faire que de consacrer au moins trois questions à l'obstétrique.

Dans la lutte persistante contre la tuberculose, nos médecins ne cessent de remporter des succès hautement signalés. Certains d'entre eux viendront nous communiquer la nature de leurs travaux, les résultats de leur expérience.

La Société d'Hygiène et de Médecine préventive, comprenant l'avantage de grouper les efforts dans un but commun, tiendra ses grandes assises régulières en même temps que les nôtres et sous le même toit. L'Exécutif de cette Société présentera un programme élaboré qui se déroulera pendant tout le cours du Congrès et qui saura sûrement édifier tous ceux — et ils sont maintenant fort nombreux — que cette importante branche de la médecine intéresse.

Des séances de « spécialités » proprement dites ont déjà été prévues; en urologie, une communication sera spécialement préparée à l'intention des médecins de pratique générale. L'ophtalmo-oto-rhino-laryngologie, l'anesthésie, la radiologie auront respectivement leurs sections particulières. Un Comité d'Economie Médicale prépare présentement d'importantes études d'intérêt professionnel; ces études seront présentées, commentées et discutées au cours d'une soirée entière en séance générale.

Voilà donc quelques aperçus du programme scientifique en voie de réalisation; d'autres précisions qui s'y rapportent seront communiquées périodiquement. Nous osons espérer que la majorité des congressistes attendus en septembre prochain y trouveront un profit réel et durable.

Pierre SMITH,
Secrétaire du Congrès.

DEMANDE DE MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

Le comité d'économie médicale de l'« Association des Médecins de Langue Française du Canada » se compose des membres suivants: MM. les docteurs C.-A. Gauthier, président (Québec), Roma Amyot et Emile Blain (Montréal), J.-A. Dencncourt (Trois-Rivières), Richard Gaudet (Sherbrooke), Pierre Jobin (Québec), J.-M. Laframboise (Ottawa).

Le directeur général et le secrétaire général de l'Association font partie *ex-officio* du comité. Ces membres ont été nommés par le Conseil, en septembre 1948, au congrès d'Ottawa, et siègent environ une fois par mois.

Parmi les activités du comité d'économie médicale, il y en a une qui consiste à diriger les jeunes confrères vers les endroits qui sont dépourvus de soins médicaux. C'est pourquoi l'Association can.-fr. d'Education de l'Ontario, par la collaboration qu'apporte le docteur J.-M. Laframboise, nous faisait parvenir, il y a quelque temps, le nom de villes et villages qui ont grandement besoin de praticiens pour une population canadienne-française assez dense.

Voici quelques-uns de ces endroits:

1) *Ansonville*, comté de Cochrane, Ontario; population 6 000 à 8 000, dont 60% canadienne-française; territoire, 15 milles. Industrie laitière, moulin à papier et pulpe.

2) *Welland*, Ontario, près de Buffalo et de Niagara. Population: 25 000 dont 4 000 Canadiens français et 13 000 catholiques. Industries nombreuses, solides et variées. Revenu annuel approximatif: au moins \$4 000 à \$5 000.

3) *Matheson*, Ontario, à 190 milles au nord de North Bay. Territoire: 20 à 30 milles carrés. Hôpital (20 lits). Population des alentours environ 53% canadienne-française.

4) *Casselman*, Ontario. Quatre villages environnants. Population: 4 000. Revenu: \$4 000 à \$5 000 par année.

5) *Chelmsford*, à 10 milles de Sudbury. Population: 600 familles.

6) *Cornwall*, Ontario, paroisse de Saint-Jean-Bosco. Revenu annuel: \$10 000.

7) *Fournier*, Ontario, comté de Prescott. Population: 250 familles. Revenu annuel: \$3 000 à \$4 000.

8) *Massey*, Ontario, à 60 milles à l'ouest de Sudbury, sur le chemin du Sault-Saint-Marie. Population: 2 600, plus la population rurale de quatre villages.

9) *Timmings*, Ontario. Population: 28 000, dont 40% canadienne-française. Revenu annuel: \$8 000 à \$15 000. Industrie de mines.

10) *Spanish*, Ontario, route 17, à 70 milles de Sudbury et à 120 milles du Sault-Sainte-Marie. Population: 600; collège de 200 élèves et couvent de 200 élèves; plus deux villages.

11) *Pembroke*, Ontario. Population: 15 000. Territoire: 5 par 10 milles. Deux hôpitaux, catholique (135 lits), protestant (60 lits).

Voilà une liste partielle qui sera plus tard complétée. De plus d'autres endroits de la province de Québec réclament des services médicaux. Ces appels s'adressent à tous les médecins et en particulier aux étudiants qui terminent bientôt leur stage universitaire et qui veulent s'assurer un bon avenir.

Les renseignements supplémentaires seront fournis avec empressement par le secrétaire de l'Association, 326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal.

Le comité d'économie médicale.

COMITÉ MÉDICAL CONJOINT FRANCE-CANADA CONSTITUÉ

Il a pour but d'intensifier les échanges entre les deux pays et de mieux orienter nos jeunes médecins qui vont se spécialiser en France.

Depuis ses débuts, la médecine canadienne-française a puisé ses leçons chez son aînée, la médecine française. Chaque année, exception faite des années sombres de la guerre, plusieurs de nos diplômés sont allés en France acquérir un supplément de connaissances auprès des grands maîtres. D'un autre côté, il ne se passait jamais six mois sans qu'un ou plusieurs éminents médecins français vinsent nous visiter.

Grâce à l'initiative de quelques médecins français et canadiens, cet échange culturel sera b'entôt intensifié et organisé d'une façon méthodique, afin de donner encore de meilleurs fruits, si possible, et de profiter davantage aux individus.

L'idée préconisée par le Directeur général, le docteur Donatien Marion, et discutée avec le docteur L. Justin-Besançon, lors de son passage à Montréal, en 1946, a germé et le Comité médical conjoint France-Canada est maintenant sur pied et a même commencé à fonctionner au bénéfice de quelques-uns des nôtres actuellement en Europe.

COMPOSITION DU COMITÉ

Ce comité conjoint se compose de médecins français et canadiens. La section française comprend les docteurs L. Justin-Besançon, président, L. Chigot, de Paris, secrétaire-général, R. Kourilsky, Lenègre, Milliez, Varangot, Merle d'Aubigné, R. Turpin, Lépine, Miliaret, membres à Paris; Santy, Wertheimer, Piery, Tavernier, Cade, Delore, Ravault, Paufloue, de Lyon; Lamarque, Giraud, Serre et Terracol, de Montpellier; J.-P. Sourdille, de Nantes; Masse, Delmas-Marsalet Fabre, Darget, de Bordeaux.

La section canadienne qui est sous les auspices de l'Association des médecins de langue française du Canada, a été organisée par le Directeur général, le docteur Donatien Marion, président d'honneur, Emile Blain, président, actuellement en Europe, Hermile Trudel, secrétaire, C.-A. Gauthier et Pierre Jobin (Québec), Richard Gaudet (Sherbrooke), Roma Amyot (Montréal), J.-M. Laframboise (Ottawa), J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières), Eugène Thibault, président de la Fédération des Sociétés Médicales de la Province de Québec, J. Audet-Lapointe, Albert Jutras, Armand Frappier (Montréal).

Le docteur J. Audet-Lapointe, au cours de son voyage en Europe, en mai et juin 1948, avait contribué largement à établir des relations avec les médecins de Paris, mais surtout de Nantes et de Lyon et aussi avec les autorités municipales de ces deux villes; sa mission a obtenu un grand succès.

Pour tous ceux qui, d'un côté comme de l'autre de l'Atlantique, ont suivi le mouvement médical de ces dernières années, les personnalités qui forment le Comité conjoint médical France-Canada en garantissent l'efficacité.

DÉCENTRALISATION

Dorénavant, chaque médecin canadien qui va en Europe peut être dirigé dans la discipline qui lui plaît. La maison canadienne, à Paris, se charge d'orienter, suivant les directives du comité, les médecins au point de vue des laboratoires, des cliniques, etc. Une chose à laquelle s'appliquera en particulier le comité sera d'indiquer le centre le plus approprié à la spécialité choisie. Si Paris est le grand centre mondial de la médecine, il existe par ailleurs d'autres villes françaises qui se sont taillé une réputation dans une avenue quelconque de la science médicale: Nantes, pour les opérations de la cornée; Lyon, pour la physiologie, l'endocrinologie et la pédiatrie; Montpellier, pour la cardiologie; Bordeaux, pour la neurologie, etc. En mettant le pied en terre française, nos jeunes y trouveront un programme tout tracé, d'où les démarches et les pertes de temps de toute sorte seront éliminées, ils seront attendus et bien accueillis.

L'Association recommandera avec plaisir tous les médecins qui désirent faire un stage dans les villes françaises et leur en facilitera l'entrée en autant que chacun pourra nous produire un *curriculum vitae*, à 326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal.

En contre-partie, de jeunes internes français viendront chez nous pour des stages dans nos divers hôpitaux. Ils s'y familiariseront avec nos méthodes et profiteront de la culture scientifique mixte qui est la nôtre. De retour dans leur pays, il se feront sans doute d'excellents ambassadeurs du Canada français.

Les milieux universitaires et médicaux de la province ont appris avec beaucoup de satisfaction la constitution du comité France-Canada. Ils y fondent de grands espoirs pour le progrès de la médecine canadienne-française et sa réputation chez nos cousins de France.

LE SYNDROME NEUROLOGIQUE ET HÉPATIQUE DE LA DÉGÉNÉRESCENCE HÉPATO-LENTICULAIRE

Roma AMYOT,

Chef du service de Neurologie de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

La dégénérescence hépato-lenticulaire, affection à potentiel familial et héréditaire, comporte les entités que la nosologie a déjà acceptées sous les dénominations de pseudo-sclérose de Westphal-Strumpell et de maladie de Wilson.

Cette distinction est pour le moins artificielle; on peut même affirmer qu'elle ne découle pas de faits solidement établis. Car, si les travaux de Wilson possèdent les critères objectifs qui en font une œuvre incontestablement véridique, et le temps a permis d'en faire la preuve, il n'en va pas ainsi des observations de Westphal et de Strumpell.

Westphal, en 1883, et Strumpell, en 1898 et 1899, publièrent des observations de malades qui présentaient des accidents neurologiques variés parmi lesquels du tremblement. Westphal dénomma le syndrome de ces malades par le vocable de pseudo-sclérose, puisque le tableau clinique rappelait celui de la sclérose en plaques, mais que l'examen du système nerveux n'avait pas montré de lésions comparables à celles de la sclérose en plaques, ce qui éliminait le syndrome observé des cadres de cette dernière affection. Par ailleurs, Strumpell avait constaté une consistance indurée du cerveau de ses malades, ce qui pouvait rendre plus plausible le témoignage de son collègue.

Mais, chez aucun des malades de ces auteurs, on ne décèle les modifications hépatiques caractéristiques de la dégénérescence hépato-lenticulaire, pas même un aspect de cirrhose indubitable. On doit signaler en plus que deux malades de Strumpell étaient syphilitiques.

Bien entendu, et cela ne doit pas nous étonner, aucun de ces deux auteurs ne remarqua des altérations anatomiques des corps striés. En sorte qu'on est autorisé de se demander

si les cas de ces deux auteurs étaient l'objet de lésions neurologiques possédant quelques rapports avec la dégénérescence hépato-lenticulaire. D'où il s'en suit que tout le syndrome neurologique, qu'on a construit après coup formant un type clinique de la dégénérescence hépato-lenticulaire distinct de la maladie de Wilson, le fut sur des bases bien fragiles et on peut ajouter en citant Wilson lui-même: «The pseudo-sclerosis of Westphal and Strumpell not merely violates the canons of nosology, but has nothing whatever to do with liver disease. Those who permit in using the term Westphal-Strumpell pseudo-sclerosis for hepato-lenticular disease do so without either historical or scientific justification.»

La dégénérescence hépato-lenticulaire possède une symptomatologie extra-pyramidale que l'on peut difficilement individualiser et surtout distraire de l'ensemble protéiforme des accidents que peut provoquer l'encéphalite dite léthargique, durant sa phase clinique. Elle comporte aussi une sémiologie hépatique qu'il est possible de découvrir et d'analyser par des tests d'application récente et de plus grande sensibilité détectrice.

Cet aspect hépatique, en plus de l'anneau péri-cornéen, permettra de formuler un diagnostic exact dans des cas où manque la notion d'hérédité et chez des jeunes sujets où se trouve un syndrome extra-pyramidal, quelle qu'en soit sa forme et sa sévérité.

C'est ce que tend à démentir la brève étude de ces quatre observations.

Observation 1.

Robert Br., âgé de 19 ans. Admis à Notre-Dame en 1944. La maladie débuta en 1942. Le syndrome qu'il présentait s'était graduellement aggravé depuis ces deux années. Quel était-il à son admission? Il existait une dy-

sarthrie très importante rendant la parole incompréhensible. Les mouvements volontaires de la langue étaient difficiles et lents. La bouche était maintenue ouverte par spasme des muscles sus-hoïdiens. Le malade pouvait à peine rapprocher ses lèvres qui s'accolaient sans vigueur.

Les deux mains étaient le siège de mouvements choréiformes; les mêmes phénomènes existaient à un moindre degré aux deux pieds, les orteils du pied gauche étaient crispés en flexion.

Mentalement, le malade était conscient mais apparemment non lucide et par ailleurs, indiscipliné.

Trois jours après son admission, le malade entra dans un véritable état léthargique, les yeux maintenus fermés, ne répondant à aucun stimulus, immobile dans son lit, souillant son lit refusant toute nourriture, s'agitant violemment si on tentait de le faire boire.

Mais, onze jours plus tard, il devenait enjoué, aimablement lucide, coopératif. Il semble bien qu'il passa précédemment par une phase de confusion mentale profonde et même d'inconscience. Il sortait d'un rêve, ne se rappelant aucun événement dont il aurait pu prendre connaissance. La parole était dès lors possible, la bouche pouvait maintenant se fermer. Le syndrome hyperkinétique se montrait le même. Une semaine se passa et le malade retomba dans une nouvelle phase de confusion, ne reconnaissant plus sa mère, refusant toute nourriture et se montrant agité. Et, jusqu'à sa mort, le malade présenta successivement des états de lucidité et de confusion ou d'apparente léthargie au cours desquels la parole devenait impossible, la bouche demeurait fixée en ouverture, ou les orteils se crispèrent en flexion les mains en pronation et le visage exprimait occasionnellement la souffrance et l'anxiété.

Quelques jours avant la mort, les membres inférieurs se contractèrent en hyperflexion, les deux genoux encadrant la figure.

Durant les deux mois de son hospitalisation,

le malade présenta de l'hyperthermie à clochers, qui atteignit la température rectale de 103-104° Far. Elle monta jusqu'à 107,6° Far. à sa mort.

L'azotémie, la glycémie, le liquide céphalo-rachidien, la formule sanguine, l'urine ne montrèrent aucune anomalie à l'entrée du malade. Le B. W. du sang était négatif. L'anneau péricornéen ne fut pas recherché. Pas de notion de familiarité morbide.

L'autopsie révéla une cirrhose atrophique et nodulaire tout à fait typique de la dégénérescence hépato-lenticulaire; une broncho-pneumonie terminale.

Le cerveau apparaissait macroscopiquement normal. Il n'existait pas d'aspect nécrotique ni dégénératif aux corps striés. Malheureusement, l'examen histologique de cette région ne fut pas effectué. A tout événement, le syndrome extra-pyramidal hyperkinétique et l'aspect caractéristique du foie ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection.

Observation 2.

Mlle Rose Eva Lab., âgée de 24 ans, fut admise dans le service de neurologie de l'hôpital Notre-Dame le 30 juin 1947 pour dysarthrie, des mouvements involontaires au membre supérieur gauche et une certaine faiblesse aux membres inférieurs.

La dysarthrie débuta à l'âge de 16 ans et les mouvements involontaires à 20 ans.

Un frère est mort à l'âge de 21 ans dans un asile d'aliénés et il souffrait d'une affection neuro-psychiatrique que paraît bien avoir été de même nature que celle de notre malade.

Examen neurologique:

Une parole lente, scandée. De la bradykinésie de la langue. Un tremblement fin de la langue.

Un cercle péricornéen de coloration grisâtre surtout apparent à l'éclairage tangentiel, qui fut identifié comme étant un anneau de Kayser-Fleischer de coloration vert-olive à la lampe à fente.

Une mimique akinétique.

Un rire à propension spasmodique.

De l'hypertonie de moyenne intensité aux membres. Des mouvements involontaires de flexion-extension des deux mains, associés à des secousses de torsion qui placent les mains en pronation prononcée durant la marche et à un tremblement de type parkinsonien des deux pouces, surtout du gauche.

De la dysd'adocinésie aux deux membres supérieurs. De l'instabilité choréiforme des orteils, les 4 derniers orteils du pied gauche maintenus en flexion plantaire.

En position verticale, l'équilibre est assez facilement troublé par les pulsions, plus particulièrement de droite à gauche. L'épreuve de Romberg est positive, la malade déviant vers la gauche et en arrière.

Durant la marche, les membres supérieurs ne se balancent pas et les mains sont en hyperpronation.

Galactosurie provoquée:

		Normal
8 A.M. à 10 A.M.	13 g.06	Pas plus de 6 g.
10 A.M. à 12 A.M.	10 g.88	" " " 1,50 g.
12 A.M. à 6 P.M.	0	" " " 0
6 P.M. à 8 A.M.	0	" " " 0

Dosage de l'acide hippurique:			
Brome sulfaléine	5 min. après	0,16	0,70
	30 min. après	76,2%	35%
		5%	5%

	½ h.	1 h.	2 h.	3 h.
Hyperglycémie provoquée (1,17)	2,10	2,60	3,68	1,84
Glycosurie provoquée (0)	0	—	28 g.	28 g.
Céphaline				
Prothrombine sanguine				
Van der Berg: normal.				

Observation 3.

André Chic., 20 ans. Ce malade fut admis à l'hôpital Notre-Dame en septembre 1948 pour dysphagie et du tremblement aux quatre membres.

Le tremblement s'est manifesté surtout depuis 4-5 mois et s'accroît progressivement et rapidement.

Tendance aux chutes par dérochement des membres inférieurs.

Au point de vue somatique on ne nota qu'une diminution accentuée de la matité hépatique.

Au point de vue mental, on observa de l'instabilité affective avec variations fréquentes, imprévues et soudaines de l'humeur, de l'oligophrénie à quotient intellectuel de 66,6.

Examens de laboratoire:

Liquide céphalo-rachidien normal.

B. W. du sang négatif.

Radiographie du crâne et pneumo-encéphalographique normales.

Métabolisme basal + 3%.

Cholestérinémie 188 mg. %.

Pigments et sels biliaires absents dans l'urine, l'urobiline non recherchée.

Test de la fonction hépatique:

Le malade a été traité pour tuberculose pulmonaire et appartient à une famille de tuberculeux: le père est mort de T. B. à 34 ans; une sœur et un frère sont décédés de méningite tuberculeuse.

Il n'existe pas d'affection semblable dans la famille.

Examen neurologique:

Mimique figée, akinétique, monotone avec fixité du regard. L'ouverture palpébrale est exagérée. Dysarthrie marquée avec lenteur de la parole qui a un timbre nasillard.

Sourire stéréotypé et rire spasmodique occasionnel. Convergence insuffisante. Pupilles dilatées. Papilles normales.

Anneau péri-cornéen d'une continuité irrégulière, gr'sâtre, identifié à la lampe à fente comme étant un anneau de Kayser-Fleischer, de coloration typique.

Le malade ne peut écrire le moindre mot ou même la moindre lettre.

Le balancement automatique des membres supérieurs à la marche est aboli à droite, très diminué à gauche.

Gros tremblement de la main droite (flexion-extension) et individuel de certains doigts, de grande amplitude et de rythme moyen, tremblement statique. Pas de tremblement à gauche.

Adiadicocinésie au membre supérieur droit. Passivité diminuée aux membres supérieurs, pas de rœue dentée; hypertonie modérée surtout à la main droite.

Aux membres inférieurs, tremblement violent à droite, statique, provoquant des mouvements d'adduction-abduction de la cuisse et d'extension-flexion du pied.

Pas d'hypertonie aux membres inférieurs et pas d'augmentation des réflexes de posture.

En position verticale, il y a tendance à la rétropulsion; la pulsion d'avant-arrière trouble facilement l'équilibre de même que l'extension du tronc qui déclenche insuffisamment la flexion synergique des cuisses et des jambes.

Somatiquement, on note une matité hépatique réduite au moins de moitié.

Mentalement, on observe un niveau intellectuel satisfaisant, de l'indifférence affective, de l'incurie, de l'euphorie même avec troubles occasionnels du caractère et de l'humeur; surtout une diminution de l'activité, de l'aspontanéité et du désœuvrement.

Examens de laboratoire:

Azotémie et glycémie normales.

B. W. du sang normal.

Cholestérol sanguin: 200 mg. pour cent.

Liquide céphalo-rachidien normal.

Protéïnémie 5,5 (normal 7,8).

Tests de la fonction hépatique:

Galactosurie provoquée:

			<i>Normal</i>		
	8 A.M. à 10 A.M.	7,76	Pas plus de 6 g.		
	10 A.M. à 12 A.M.	6,02	" " " 1,50		
	12 A.M. à 6 P.M.	0	" " " 0		
	6 A.M. à 8 A.M.	0	" " " 0		
Dosage de l'acide hippurique		0,30	0,70		
Brome sulfaléine	5 min. après:	58,5%	35%		
	30 min. après:	14,5%	5%		

		½ h.	1 h.	1½ h.	2 h.	2½ h.	3 h.
Hyperglycémie provoquée: (,88)		1,56	1,70	2,46	2,04	1,50	1,26
Glycosurie provoquée (0)		0	4,94	4,88	3,29	3,01	0
Céphaline:	+						
Prothrombine sanguine	75%						
Présence d'urobiline dans l'urine							
Van der Berg: réaction directe immédiate:		2,15 mg. %.					

Observation 4.

Roméo Mong., 21 ans. Ce malade fut admis à Notre-Dame en décembre 1945.

Depuis 5 mois surtout se sont installés les troubles suivants:

Equilibre moins stable, léger tremblement du membre supérieur gauche, difficulté pour parler et avaler les solides. Ces manifestations se sont aggravées assez rapidement jusqu'à maintenant; en fait le tremblement n'est apparent que depuis deux mois et la parole est actuellement quasi impossible.

Pas de syndrome semblable dans la famille.

Examen neurologique:

Aspect figé du facies de caractère parkinsonien.

Tremblement des paupières abaissées.

Tremblement de la langue, des lèvres et de la houppe du menton.

Cercle péricornéen blanc-grisâtre qui est à la lampe à fente un anneau typique de Kayser-Fleischer.

Impossibilité de siffler et de faire la moue.

Mouvements de la langue très difficiles et réduits.

Parole bredouillante, monotone à timbre nasillard, à articulation précipitée et escamotée.

Tremblement des lèvres et de la langue.

Hypertonie du membre supérieur gauche, main tenue en abduction du bras et demi-flexion de l'avant-bras.

Absence du balancement automatique du membre supérieur gauche à la marche. Tremblement de petite amplitude statique, de fréquence modérée du membre supérieur gauche.

Adiadicocinésie aux deux membres supérieurs.

Hypertonie du membre inférieur gauche.

Epreuve de Barré positive à gauche.

Akinésie et bradykinésie généralisées avec attitude soudée.

Démarche en traînant les pieds et en frappant les talons.

Somatiquement, matité hépatique excessivement réduite, à vrai dire on ne peut la délimiter.

Mentalement, indifférence affective et aspect d'hébétude. Rires non motivés et irrésistibles durant l'examen. Désaffection et même hostilité à l'égard des siens qu'il menace et même rudoie occasionnellement. Aspontanéité et désœuvrement. Malpropreté. Dans le service il fut pendant deux jours agité, discipliné, refusant toute nourriture, puis plus calme et mangeant avec voracité. Fut interné.

Examens de laboratoire:

Liquide céphalo-rachidien normal. B. W. du sang négatif. Temps de saignement, de coagulation, de sédimentation: normal.

Protéïnémie normale.

Azotémie 53 mg.%. Glycémie 78 mg.%.

Epreuves de la fonction hépatique:

Prothrombinémie 100%

Epreuve à la galactose: négative.

Céphalin + + +

Acide hippurique:

Van der Berg indirecte

		Normal						
		0,11	0,70					
		1,9 mg.%	0,20-0,80%					
		½ h.	1 h.	1½ h.	2 h.	2½ h.	3 h.	3½ h.
Hyperglycémie provoquée	(91)	1,45	2,22	2,30	2,20	2,2	1,75	1,32
Glycosurie provoquée	(0)	0	0	34,5	20	19,4	16,9	6,7
Urobiline dans l'urine — sans bilirubine.								

COMMENTAIRES

Nous n'avons pas l'intention d'entreprendre une longue discussion à propos de ces quatre observations et repasser toutes les notions de pathologie qu'on trouvera dans tous les traités de neurologie.

Cependant, nous ne pouvons pas nous abstenir de souscrire à cette opinion que nous suggère l'étude de nos quatre malades: la dégénérescence hépato-lenticulaire détermine des syndromes neurologiques que peut également déclencher l'encéphalite léthargique; elle produit des accidents mentaux qui peuvent faire partie également de l'encéphalite. Conséquemment, si on ne s'applique qu'à étudier ces deux aspects cliniques (neurologique et psychiatrique) il devient quasi impossible de formuler un diagnostic différentiel et absolu. Sans doute, la notion hérédofamiliale ou l'anamnèse d'un épisode d'encéphalite aiguë pourra aiguiller vers l'un ou l'autre diagnostic. Dans d'autres cas, ces deux critères ne peuvent servir, on doit recourir à d'autres indices. Il semble bien que les crises oculogyres et l'hyperalivation appartiennent plutôt à l'encéphalite. Il est impératif de rechercher l'anneau de Kayser-Fleischer chez tout adolescent ou jeune adulte qui est l'objet d'un syndrome extrapyramidal. Très souvent, on pourra en suspecter fortement la présence par le simple examen clinique surtout si on éclaire tangentiellement le globe oculaire et la cornée.

Dans cette conjoncture, l'anneau apparaît plutôt sous une coloration grisâtre; l'examen à la lampe à fente sera plus convaincant et fera voir l'anneau avec son caractère typique de coloration vert-olive. La constatation de l'anneau péricornéen permettra de poser un diagnostic précis.

Mais l'anneau n'existe pas systématiquement si on s'en rapporte à l'opinion des auteurs. Sera-t-il possible de rechercher d'autres critères propres à la dégénérescence hépato-lenticulaire? La réponse est affirmative, à notre avis et par l'histoire de 3 de nos malades.

La matité hépatique était réduite chez chacun des trois. Il est curieux de constater que les traités et les manuels insistent peu, sinon pas du tout, sur l'étendue de la matité hépatique. Des auteurs affirment qu'on peut déceler de l'hépatomégalie, de la splénomégalie; que la dégénérescence hépato-lenticulaire peut même provoquer de l'ascite et un syndrome abdominal aussi complet que la plus commune des cirrhoses. On a même observé une forme abdominale ou portale isolée ou prédominante dans laquelle les manifestations neuro-psychiatriques ne pourraient apparaître qu'à la phase terminale des accidents tétaniques ou convulsifs, très semblables d'ailleurs aux phénomènes que présenta le malade de notre première observation; phénomène que Wilson dénomme par les expressions de « tetanoid contractions » ou « tataniform attacks » ou « waves of rigidity ».

Ces formes abdominales peuvent être prises pour une méningite tuberculeuse ou une maladie de Banti. Selon Van Bogaert elles furent d'abord décrites par F. Kehrer dans des publications de 1924-1930.

Par ailleurs, ce sont Barnes et Hurst qui, les premiers en 1925-26, attirèrent l'attention sur les accidents tétaniformes, les manifestations de décérébrations terminales dans la dégénérescence hépato-lenticulaire.

Les deux observations rapportées par E. Wallaeger et H. E. Shank avaient trait à des malades chez lesquels le syndrome portal prédominait d'emblée avec ascite, œdème et circulation collatérale abdominale.

Mais on n'attire pas l'attention sur l'intérêt pratique qu'il y a à rechercher et trouver une matité considérablement réduite, diminuée de plus de la moitié au point qu'elle ne s'étend que sur une hauteur d'à peine deux travers de doigt, comme chez nos malades.

Pour nous, ce phénomène prendrait une importance clinique qui aiguille vers le diagnostic.

Et puis, il reste les épreuves des ponctions hépatiques.

Nous savons deux choses à ce propos. D'abord que les neurologistes ont la conviction que la dégénérescence hépato-lenticulaire ne compromet pas, ou à peine et de façon peu décelable ou peu utilisable, le fonctionnement du foie. Voici ce qu'en dit Wilson dans son traité de neurologie:

« Broadly speaking the more chronic the course, the less likely are symptoms of hepatic disorder to be found; for this reason numerous tests (levulose or galactose, Van der Bergh's, Rick's the hemoelastic crisis test and others) have been tried with a view to disclosing liver insufficiency. Despite occasional positive findings, they are mostly inconclusive as I and many others have remarked tests for urobilinogen and urobilin are considered by Luthy preferable to any other, but they were negative on the hand of Barnes and Hurst ».

L'opinion de Wilson, concernant les attributs de la maladie qu'il a décrit et qui porte son nom, possède certes une valeur respectable. Mais on ne doit pas pour cela dévaloriser les faits eux-mêmes: ceux qui nous furent dévoilés par l'investigation de nos trois cas.

Deuxièmement, nous connaissons la valeur, peut-être pas illusoire mais sûrement variable et fragile, que les auteurs accordent aux tests des fonctions hépatiques. Nous admettons bien que le résultat d'un test isolé n'a pas de valeur ou très peu, mais nous ne pouvons nous résoudre à rejeter la signification du produit de toute une série de tests, les plus recommandables, quand ils concordent tous dans le même sens et que leurs résultats prennent la même direction chez 3 malades atteints de la même maladie.

Le coefficient de démonstration, faible pour chaque test pris isolément, se renforce en proportion de l'unanimité et du nombre de tests associés.

En plus, particulièrement ici et en rapport avec la citation de Wilson, on doit noter que l'urobiline fut trouvée dans l'urine des deux malades chez lesquels elle fut recherchée.

L'épreuve de l'hyperglycémie et de la glu-

cosurie provoquée n'est pas en général classée comme un épreuve d'une déficience hépatique. Il est vrai qu'elle indique pour une part l'insuffisance du pancréas à remplir sa fonction glucolytique, mais elle décèle aussi le fléchissement de la fonction glycogénique du foie. A. von Ferrer et G. Hetenyi auraient démontré en 1924 qu'elle peut témoigner d'une lésion hépatique; ce qui fut confirmé ultérieurement. A tout événement, elle se montra révélatrice chez nos trois malades. Ce sont des faits qui prennent à notre entendement, par leur répétition, plus qu'un rapport de coïncidence, et plutôt une valeur de pathologie hépatique qu'il est possible de faire servir à la clinique et en définitive au diagnostic de la dégénérescence hépato-lenticulaire.

Nos constatations concordent avec celles de Sweet, Gray et Allen qui appliquèrent une série de tests de fonction hépatique à 9 cas de dégénérescence hépato-lenticulaire. Ces épreuves furent un test de rétention de bilirubine injectée dans les veines, le dosage de la prothrombine sanguine, les tests à la galactose, de la bromesulfaléne, de l'acide hippurique, de la floculation de l'or colloïdal au sérum du sujet, la courbe d'hyperglycémie et de la glycosurie provoquées.

Des 9 malades, 8 offrirent une évidence de perturbation hépatique par un résultat positif d'au moins trois tests pour chacun d'eux, y compris l'épreuve d'hyperglycémie et de glycosurie provoquées. Les auteurs ont observé que les tests du galactose, à la brome-sulfaléne étaient les moins démonstratifs, probablement les moins sensibles d'une insuffisance hépatique au cours de la dégénérescence hépato-lenticulaire. Avec raison, ils insistèrent sur l'utilisation d'épreuves de plus en plus nombreuses et capables de déceler avec plus de constance, de fréquence, de sensibilité et de précocité les déviations de fonctionnement du foie. Cela expliquerait facilement le défaut de concordance entre les résultats obtenus antérieurement par certains auteurs (Walsh, Luthy, Barnes et Hurst) qui avaient formé une con-

ception classique et ceux de Sweet, Gray et Allen comme les nôtres.

D'autre part, Hamburger et Kozal publient en 1946 les observations de 4 cas de dégénérescence hépato-lenticulaire.

Dans les 4 cas, l'épreuve de l'hypoglycémie provoquée fut négative. Ils recherchèrent l'urobilinogène dans l'urine, l'index ictérique, la prothrombine; ils appliquèrent les tests de la céphaline, de la bromesulfaléine, de l'acide hippurique. Seule l'épreuve à la céphaline sembla leur procurer des renseignements positifs, mais variables selon l'évolution de la maladie. Les autres épreuves apportèrent des résultats normaux ou montrèrent des déviations de la normale de valeur insignifiante.

Evidemment, cela ne confirme pas ce que nous avons obtenu et ce que Sweet, Gray et Allen observèrent.

Ces constatations qui sont loin de montrer un parallélisme absolu ne doivent pas s'exclure les unes les autres. On doit conclure de leur enseignement que la dégénérescence hépato-lenticulaire peut manifester une insuffisance de fonction hépatique, que cette insuffisance est susceptible d'être mise en lumière par certaines épreuves de laboratoire, délicates, de sensibilité variable, non seulement de l'une à l'autre mais dans leur application chez différents sujets. Les faits négatifs possèdent une certaine valeur démonstrative, mais les phénomènes positifs n'en prennent pas moins et nous croyons que les tests hépatiques les plus sensibles et les plus sûrs doivent être recherchés dans tout syndrome extrapyramidal que l'on suspecte être la conséquence d'une dégénérescence hépato-lenticulaire. Et cela, à notre avis, au même titre que l'anneau de Kayser-Fleischer. Ils pourront aider à différencier un syndrome post-encéphalitique de la dégénérescence. Que fasse défaut, dans les antécédents du malade, la notion d'un épisode infectieux et neurologique qui avait pris l'allure d'une encéphalite plus ou moins typique, et on devra suspecter chaque fois une dégénérescence hépato-lenticulaire, en rechercher tous les cri-

tères: hérédofamilialité, anneau péricornéen, tests hépatiques et allure assez rapidement progressive de l'évolution.

Un imposant travail de Michel J. André, publié en 1946 et traitant de l'aspect biologique et clinique de la cirrhose Wilsonienne, contient quatre observations personnelles. Dans les quatre cas, des tests hépatiques démontrèrent une altération fonctionnelle du foie. De plus, en revisant la littérature médicale, cet auteur se rendit compte que sur les 45 cas chez lesquels on avait procédé à une investigation biologique de la fonction hépatique, 30 avaient montré des tests positifs et 15 fourni des résultats négatifs.

A propos de ces données, André ajoute « qu'il est cependant hautement probable que si les auteurs avaient non seulement multiplié les épreuves, mais aussi les avaient répétées dans le temps, une insuffisance hépatique aurait été mise en évidence chez la plupart de ces malades, sinon chez tous, à un moment donné de leur évolution ».

A notre avis, ce document possède une réelle valeur démonstrative et confirme les conclusions auxquelles nous voulons arriver.

Nous avons peu à dire du tableau clinique présenté par chacun de nos quatre malades. Il comprend à peu près tous les symptômes énumérés dans cette affection: les spasmes et les accidents tétaniformes comme chez notre premier malade; des manifestations choréiques et même choréo-athétosiques, de l'hyperpronation des deux mains, de la crispation des orteils en flexion plantaire, telles qu'elles furent observées chez notre seconde malade; un tremblement vigoureux dominant la symptomatologie avec impossibilité de tracer la moindre lettre comme se présenta notre troisième malade; enfin un syndrome akinétique, bradykinétique et hypertonique que fut celui de notre quatrième sujet.

Chez les quatre, dysarthrie, appoint parkinsonien indéniable dans la symptomatologie et intervention d'une participation psychique importante qui se révéla avec plus de

sévérité chez le quatrième malade. En fait, chez ce dernier malade et comme on l'a déjà signalé, le syndrome mental y prenait les caractères de l'hébéphrénie et obligea à un placement dans un hôpital psychiatrique.

Chez le premier, des phases d'inconscience se couplaient à un état de contracture en extension qui possédait les attributs d'une rigidité de dicérétration. Dans les intervalles de ces périodes et comme chez les trois autres malades d'une façon permanente, on observait des troubles du caractère, de l'aspontanéité, de l'incurie et une indifférence réelle à l'égard de son état de santé. En somme, perturbation marquée de l'affectivité suggérant une atteinte fonctionnelle, sinon lésionnaire du thalamus et de l'hypothalamus.

Résumé

Quatre cas de dégénérescence hépato-lenticulaire, âgés de 19, 20, 21, 24 ans sont étudiés. Cliniquement, syndrome extrapyramidal chez les 4 malades dont les éléments variaient quantitativement, sauf une dysarthrie importante chez les quatre: chez l'un le phénomène prépondérant était constitué de spasmes musculaires immobilisant littéralement le malade, chez un autre c'était de l'instabilité choréique des mains, chez le troisième un tremblement sévère prédominait, chez le quatrième se trouvait surtout de l'akinésie. Chez les quatre, des troubles psychiques existaient, surtout des troubles du caractère et de l'instabilité affective.

D'autre part, le cercle péricornéen de Kaiser-Fleischer, recherché dans trois cas, fut trouvé chez les trois malades à l'examen macroscopique et plus évidemment à la lampe à fente. Enfin, certaines épreuves de la fonction hépatique les plus couramment agréés: le test à la céphaline, à la brome-sulphatéine, de l'acide hippurique, l'hyperglycémie et la glycosurie provoquée, montrèrent de l'insuffisance fonctionnelle du foie chez les trois malades où elles furent mises en œuvre. Chez deux de ces trois malades, de l'urobilin fut trouvée dans l'urine, ou de l'hypo-prothrombinémie et l'épreuve à la galactose fut positive.

Ce travail tend à démontrer:

1. Qu'on doit toujours suspecter une dégénérescence hépato-lenticulaire en présence d'un jeune sujet à syndrome extrapyramidal, quel que soit le caractère de sa présentation clinique et malgré l'absence de la notion de la familialité;
2. Que la recherche de l'anneau de Kayser-Fleischer doit être effectuée systématiquement chez de tels sujets à l'examen macroscopique et à la lampe à fente;
3. Que la symptomatologie hépatique est importante dans le syndrome et sert réellement à l'identification diagnostique, à condition qu'on utilise des épreuves standardisées explorant le fonctionnement du foie.

BIBLIOGRAPHIE

- Michel J. ANDRE: « Des signes biologiques et des caractères cliniques de la cirrhose wilsonienne. » *Rev. Belge des Sciences Médicales*, **17**: 185, 1946.
- F. H. HEMBERGER et Harry L. KOZOL: « Hepato-lenticular degeneration. » *J.A.M.A.*, **130**: 6, 1946.
- F. KEHRER: « Die erblichen Nervenkrankheiten. » *D.Z.F. Nervenhe.*, **83**: 201, 1924-25.
- F. KEHRER: « Zur aetiologie und nosologie du PseudoKlerose Westphal-Wilson. » *Z.f.d.g. Neur. und Psy.*, **129**: 488, 930.
- W. H. SWEET, S.J. GRAY et J. S. SELEN: « Clinical detection of hepatic disease in hepato-lenticular degeneration. » *J.A.M.A.*, **117**: 1613, 1949.
- L. Van BOGAERT: « La dégénérescence hépato-lenticulaire » in *Traité de Médecine XVI*: 231, Masson et cie, édit., Paris 1949.
- L. Van BOGAERT et E. WILCOX: « Etudes anatomo-cliniques sur la dégénérescence hépato-lenticulaire. » *Rev. Neur.*, **66**: 461, 1936.
- A. Von FERER et G. HETENYI: *It schr. f.d.ges. exper. med.*, **42**: 670, 1924.
- S. A. KINMER WILSON: *Neurology* **11**, Edward Arnold and Co., édit., Londres, 1940.
- E. E. WOLLAEGER et H. C. SHANDS: « Hepato-lenticular degeneration. » *Arch. Int. Med.*, **75**: 151, 1945.

ÉCHEC DU TRAITEMENT DE LA DERMITE ATOPIQUE PAR UN ANTIHISTAMINIQUE

Albéric MARIN, Jean-Paul FOISY et Georges LECLERC (Montréal).

PRÉAMBULE

Depuis quelques années, il existe une tendance marquée à prescrire des antihistaminiques dans à peu près tous les cas de prurit, quelle qu'en soit la cause.

L'hypothèse, non admise de tous, que plusieurs prurits sont dus à des excès d'histamine et que des substances peuvent neutraliser celle-ci, a été le point de départ d'une série de tentatives nombreuses. Celles-ci ont été suivies de résultats qui ont été interprétés, dans plusieurs cas, d'une façon fantaisiste parce que l'on ne s'était pas placé dans des conditions d'observation suffisamment éclairée.

A cet effet, qu'il nous suffise de dire, en exemple, que quantité d'urticaires légères, fugaces, disparaissent d'elles-mêmes, en quelques heures, sans aucun traitement. Nombre d'individus ont subi çà et là une poussée d'urticaire qui ne sont jamais venus consulter et qui ont été guéris sans antihistaminiques. Or, si l'un des sujets prend un antihistaminique au cours d'une crise et que celle-ci disparaisse dans les délais habituels, il est bien évident que ceci ne prouve exactement rien.

Afin de mieux évaluer la valeur des antihistaminiques, nous avons cru qu'il valait mieux observer une série de malades 1° où le prurit était le caractère dominant de la maladie, 2° où les lésions cutanées (si intenses soient-elles dans certains cas) n'en étaient en quelque sorte que la résultante, 3° où l'évolution était chronique et persistante.

La dermite atopique réalise ces conditions.

Le but de cette recherche est donc de déterminer la valeur des antihistaminiques dans le traitement de la dermite atopique.

Les substances antihistaminiques sont des composés synthétiques qui, en médecine expérimentale, ont la propriété d'empêcher le

choc anaphylactique et d'augmenter la résistance à l'histamine chez le cobaye. En médecine humaine, ces substances auraient la propriété de contrebalancer les effets de l'histamine et de la substance « H ».

Plusieurs antihistaminiques ont été mis à la disposition de la profession médicale: l'Antergan (Poulenc), l'Antistine (Ciba), le Benadryl (Parke, Davis & Co.), la Pyribenzamine (Ciba), le Néo-antergan (Poulenc), le Phenergan (Poulenc), la Théphorine (Hoffmann-LaRoche), l'Hétramine (Wyeth), le Decaprvn (Merrill), le Néo-Hétramine (Wyeth), l'Histadyl (Lilly), le Diatrin (Warner), le Trimeton (Scherring), la Thenylène (Abbott).

Les trois antihistaminiques les mieux connus sont le Benadryl, la Pyribenzamine et le Néo-antergan. L'activité de ces trois médicaments n'est pas la même. En médecine expérimentale, le Bénadryl protège le cobaye contre 6 doses mortelles d'histamine, la Pyribenzamine contre 35 doses mortelles et le Néo-antergan contre 100 doses mortelles. Donc, la Pyribenzamine est 6 ou 7 fois plus active que le Bénadryl et le Néo-antergan est 3½ fois plus puissant que la Pyribenzamine.

Le Néo-antergan a été choisi parce qu'il est un des plus actifs et que son action n'a été que peu étudiée dans la dermite atopique.

Pour le traitement de celle-ci, certains antihistaminiques ont été employés en plusieurs milieux mais on n'a publié que des résultats peu concluants.

Ce travail a été fait dans le Service de dermato-syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame d'octobre 1947 à mai 1948.

DERMITE ATOPIQUE

Avant d'exposer notre méthode d'investigation et ses résultats, il convient de donner

quelques notions concernant la dermatite atopique.

La dermatite atopique est caractérisée par un prurit souvent féroce, à localisations multiples et par une éruption inflammatoire consécutive au grattage.

L'appellation « dermatite atopique » s'applique dorénavant à certains syndromes cutanés qui furent décrits autrefois sous les noms de: eczéma infantile des nourrissons, eczéma allergique, neurodermite disséminée, eczéma alimentaire, prurigo simplex chronique (Darier), lichen chronique simple disséminé, dermatite exsudative eczématoïde de Rost, eczéma des asthmatiques, eczéma de la fièvre des foins, etc.

Le terme « atopie » a été créé par Coca et Walzer en 1931 et signifie « étrange » ou « bizarre ». L'atopie serait une diathèse héréditaire, familiale se manifestant par de l'asthme, de la migraine et des éruptions cutanées.

Certains ne font que de la dermatite, d'autres que de l'asthme ou de la migraine. D'autres présentent des alternances: asthme puis dermatite, puis asthme, etc. Cet asthme-eczéma « à bascule » était connu des anciens.

Les lieux d'élection de la dermatite atopique sont le cou, la nuque, le visage, le cuir chevelu, le haut de la poitrine, les saignées, les poignets, les mains, les doigts, les creux poplités, la face interne des cuisses, les cous-de-pied.

Les lésions sont polymorphes. Au début on note des zones d'érythème avec aspect chargé de la peau, puis de la lichenification légère, avec érosions superficielles et suintement léger. Plus tard, on observe de la lichenification franche avec desquamation, suintement, érosions punctiformes ou en nappes, excoriations, fissures, croûtes. Plus tardivement se produisent des altérations de la pigmentation de la peau. Chez le nourrisson on rencontre parfois des vésicules comme dans l'eczéma.

La dermatite atopique procède par poussées. Hill et Sulzberger ont décrit trois phases principales: la phase infantile (avant l'âge de

deux ans), la phase de l'enfance et celle de l'adolescence ou du jeune adulte. Durant chacune d'elles, l'éruption dure de quelques semaines à plusieurs mois, avec accalmies passagères. Certains malades peuvent présenter une éruption en dehors de ces trois époques de l'existence. D'autres peuvent en souffrir durant de nombreuses années sans aucune rémission appréciable. Il est rare de rencontrer cette affection chez une personne âgée de plus de 35 ans. En général, les poussées d'exacerbations surviennent surtout à l'automne et au printemps. La belle saison apporte le plus souvent une rémission prolongée.

La cause réelle de la dermatite atopique est inconnue. On n'y voit jusqu'ici qu'un caractère héréditaire. Il semblerait que l'allergie à certains aliments ou inhalants puisse parfois être invoquée comme cause adjuvante. Dans d'autres cas les exacerbations seraient amenées par des ennuis d'ordre psychique, surmenage, etc.

Il n'existe pas de traitement spécifique de la dermatite atopique. La maladie guérit parfois spontanément au moment le plus inattendu. Les topiques n'apportent le plus souvent qu'un soulagement temporaire. Les injections d'hyposulfite de soude, de gluconate de calcium, l'autohémothérapie, les injections d'arsenic, les extraits de glandes, les vitamines et les nombreuses préparations injectables recommandées par les maisons de produits pharmaceutiques ont une valeur des plus douteuse. Les sédatifs sont souvent nécessaires. Les agents physiques tels que le soleil et les rayons ultra-violetts accélèrent parfois une rémission imminente. Le moyen le plus efficace d'obtenir une rémission est le traitement par les rayons X, mais, comme il s'agit d'une éruption récidivante, il faut être extrêmement prudent dans leur emploi.

MATÉRIEL

Nous avons pris, au hasard de la clinique, des malades souffrant de dermatite atopique.

Treize malades (4 hommes, 9 femmes) en

poussée active ont été observés, durant une période variant de 2 à 6 mois. Les hommes étaient âgés respectivement de 18, 18, 19 et 20 ans. Il y avait 4 femmes de 17 ans et les autres étaient de 19, 21, 23, 26 et 47 ans. Trois sujets présentaient une éruption généralisée à tout le tégument. Les dix autres offraient des lésions localisées à l'une ou plusieurs des régions suivantes: cou, nuque, visage, saignées, poignets, mains et creux poplités.

Six malades avaient fait de l'eczéma infantile des nourrissons durant des périodes variant de quelques mois à une ou deux années et un deuxième épisode d'« eczéma » d'une durée de quelques années entre les âges de 7 et 16 ans. Ils en étaient maintenant à leur troisième phase, celle de l'adolescence ou de l'adulte. Une femme avait eu une seule poussée antérieure entre les âges de 13 et 16 ans. Trois malades en souffraient continuellement depuis 3 à 5 ans. Une autre, âgée de 17 ans, prétendait avoir eu de « l'eczéma » durant toute sa vie. Chez les deux derniers, l'histoire antérieure était inconnue.

L'historique a révélé la présence de manifestations atopiques dans les antécédents héréditaires de 4 individus seulement.

Tous avaient déjà reçu des traitements variés. Ceux-ci avaient consisté en lotions, pommades, pâtes, crèmes et injections diverses. Six avaient subi des traitements de rayons X et cinq avaient déjà été hospitalisés.

Dans onze cas, la période d'observation en vue du présent travail a commencé au mois d'octobre et novembre 1947 et chez les deux autres en février 1948.

MÉTHODE

Les sujets ont d'abord été soumis à une période d'observation préliminaire de deux à quatre semaines, durant laquelle toutes les médications antérieures ont été suspendues et remplacées par des traitements anodins tels que lotion calamine, huile minérale, pâte Lassar et mica panis. La lotion calamine a été employée chez ceux dont l'éruption en était à

une phase suintante et la pâte Lassar chez ceux qui présentaient de la sécheresse des téguments et des fissures aux plis de flexion. Ceci afin d'éliminer, avant de commencer les antihistaminiques, toute possibilité de dermatite médicamenteuse surajoutée et d'amélioration de cause psychique qui auraient pu fausser l'interprétation des résultats.

Des épreuves allergiques intra-dermiques aux aliments et inhalants ont été faites chez 8 des 13 malades. Sept ont donné des réponses négatives aux aliments et aux inhalants, excepté à la poussière de maison qui a provoqué une réponse nettement positive. Une d'elles a de plus donné des réponses positives très fortes à tous les allergènes utilisés lors de la première séance et, à cause d'une réaction constitutionnelle très marquée, cette enquête a été suspendue. La huitième a donné des réponses négatives à tous les allergènes.

Le traitement a consisté dans l'ingestion de comprimés de Néo-antergan à la dose de 100 mg. 3 ou 4 fois par jour, durant une période variant de 1 à 2 mois. Pendant ce temps les médicaments topiques anodins mentionnés plus haut ont été employés.

Ces atopiques ont été vus environ une fois par semaine.

RÉACTIONS

Tous, sauf deux, ont accusé le Néo-antergan de certains ennuis. Dix se sont plaints de somnolence à peu près continue durant le jour, ce qui les força de suspendre cette médication. Trois sujets souffrirent d'étourdissements et trois autres de céphalée. Cinq eurent des troubles digestifs (nausées, vomissements et même d'arrhée). Dans tous les cas l'interruption du traitement fit disparaître ces réactions.

RÉSULTATS

La disparition de l'éruption durant la période du traitement n'a été observée chez aucun des 13 malades. Deux ont été améliorés. L'un d'eux a montré une amélioration légère

qui a persisté durant toute la période d'observation. Il a accusé une diminution de son prurit et un meilleur sommeil. Chez l'autre, après 3 mois de traitements, il y eut amélioration remarquable qui persista durant 1 an.

Chez 7, il n'y eut aucun changement. D'une visite à l'autre on avait parfois une impression de léger soulagement qui était suivi d'une exacerbation évidente. Si bien qu'à la fin de la période d'observation ils étaient à peu près dans le même état qu'au début.

Chez 4, l'éruption s'exacerba durant l'ingestion du Néo-antergan. Chez une femme ceci a été noté à deux reprises. Une autre a quitté la clinique à cause de l'aggravation et n'y est revenue qu'un an plus tard (non guérie).

Chez une malade, la poussée fut suffisamment intense pour nécessiter l'hospitalisation à cause d'œdème des paupières et du visage, avec érythème et suintement généralisés.

POMMADE

Une pommade au Néo-antergan a été employée localement chez 7 atopiques. Ceux-ci devaient appliquer la pommade au Néo-antergan sur un seul membre supérieur et une pâte Lassar sur l'autre membre. Une seule, celle-là même qui avait présenté une amélioration remarquable coïncidant avec l'ingestion des comprimés de Néo-antergan, a été améliorée localement par la pommade. Chez les 6 autres, l'éruption s'aggrava aux seuls endroits où la pommade au Néo-antergan fut appliquée et non aux autres parties du tégument.

COMMENTAIRES

Comme la dermatite atopique est une maladie qui, indépendamment de tout traitement, passe normalement par des périodes de rémission et d'exacerbation on aurait pu observer des rémissions de pure coïncidence durant la période de traitement par le Néo-antergan. Si les malades avaient été traités à des saisons propices comme le début de l'été, il y aurait vraisemblablement eu des cas de rémission complète de mécanisme spontané, ce

qui aurait compliqué l'interprétation des résultats. Mais l'absence de rémission complète chez tous a simplifié le problème.

SOMMAIRE

Treize malades, en poussée active de dermatite atopique, ont été traités par un antihistaminique (le Néo-antergan) à la dose de 100 mg., 3 ou 4 fois par jour, durant une période variant de 1 à 2 mois. Chez tous des réactions diverses furent notées (sommolence, nausées, vomissements, diarrhée).

Les résultats obtenus furent: rémission - 0; amélioration évidente - 1; amélioration légère - 1; aucun changement - 7; aggravation - 4.

La pommade au Néo-antergan a provoqué une exacerbation aux endroits où elle fut appliquée chez 6 des 7 malades qui l'ont utilisée.

Conclusions

Les antihistaminiques n'ont aucune valeur dans le traitement de la dermatite atopique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jacques LEGER: « La médication antihistaminique. » *L'Union Médicale du Canada*, **77**: 5-16 (janvier) 1948.
2. A. SCHNITZER: « Clinical and Experimental with Antergan, an Antihistamine Preparation. » *Dermatologica*, **91**: 92-101, 1945.
3. Harry L. ARNOLD: « Symptomatic Control of Urticaria and Its Equivalents by Benadryl. » *Proc. Staff Meet. Clin., Honolulu* **11**: 123-125 (déc.) 1945.
4. Rudolf L. BEAR et Marion B. SULZBERGER: « Pyribenzamine in Treatment of Itching Skin Conditions. » *Journal of Investigative Dermatology*, **7**: 147-150 (juin) 1946.
5. Francis W. LYNCH: « Benadryl in Dermatologic Therapy. » *Arch. Dermat. and Syph.*, **55**: 101-108 (janvier) 1947.
6. Earl D. OSBORNE, James W. JORDON et Norbert G. RAUSCH: « Clinical Use of a New Antihistamine Compound (Pyribenzamine) in certain Cutaneous Disorders. » *Arch. Dermat. and Syph.*, **55**: 309-321 (mars) 1947.

7. Marion B. SULZBERGER, Rudolf L. BEAR et Harold B. LEVIN: « Local Therapy with Pyribenzamine Hydrochloride. » *J. Invert. Dermat.*, **10**: 41-42 (fév.) 1948.
8. Thomas Hodge McGavack, Philip SCHUMAN, Raymond SCHUTZER et Herbert ELIAS: « Effects of Topical Applications of Diphenhydramine Hydrochloride (Benadryl). » *Arch. Dermat. and Syph.*, **57**: 308-318 (mars) 1948.
9. Wilfrid E. WOOLRIDGE et Herbert L. JOSEPH: « Thephorin in Treatment of Disseminated Neurodermatitis: Preliminary Report. » *J. Investigative Dermat.*, **2**: 93-94 (août) 1948.
10. Bedford SHELMIRE: « Topical Treatment with Thephorin. » *Post Graduate Medicine*, **4**: (nov.) 1948.
11. L. ORECKLIN: « Control of Pruritus with Dephenhydramine (Benadryl) Hydrochloride Ointment. » *Arch. Dermat. and Syph.*, **60**: 629-633 (octobre) 1949.
12. Sidney FRIEDLAENDER, Samuel M. FEINBERG et Alan R. FEINBERG: « Histamine Antagonists: Comparative Activity of some Ethylenediamine Drugs in Guinea Pig. » *J. Lab. and Clin. Med.*, **32**: 47-50 (janv.) 1947.
13. Jean-Paul FOISY: « La dermite atopique. » *L'Union Médicale du Canada*, **77**: 457-458 (avril) 1948.

Rectification.

1° Lire, au renvoi de l'article du *Professeur de la Broquerie Fortier* paru en mars, page 241 « Travail présenté devant le Bureau Médical de l'hôpital de l'Enfant-Jésus » au lieu de « l'hôpital Notre-Dame ».

2° Bien vouloir lire dans l'article du *Dr Gérald Leclaire*, paru en mars 1950, page 275:

« Le médecin, dans ce cas, étiquette tuberculeuse toute cicatrice pulmonaire dont il ignore l'origine.

L'autre moitié sont diagnostiqués S.O.; le médecin dans ce cas réserve l'étiquette tuberculeuse pour les cicatrices dont il connaîtra l'origine tuberculeuse. » au lieu de:

« Le médecin, dans ce cas, réserve l'étiquette tuberculeuse pour les cicatrices dont il connaîtra l'origine tuberculeuse. »

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU PLEXUS BRACHIAL TRAITEMENT DIRECT ET TRAITEMENT INDIRECT¹

Paul VIGNEAU,

Assistant en orthopédie, à titre étranger, des Hôpitaux de Paris.

Depuis les articles classiques de Guillain et Duval, de Delbet et Cauchoix, les lésions du plexus brachial n'ont suscité en France que peu de travaux. Nous ne trouvons guère de publications, hormis le cas de Huguier et de Nardi rapporté à l'Académie de chirurgie, et nous devons nous référer aux rapports de Merle d'Aubigné, Wertheimer et Dejardin, sur les pertes de substance nerveuse en général (Congrès français de chirurgie, octobre 1946) et surtout à celui de Merle d'Aubigné et Guilleminet. (Rapport au congrès d'orthopédie, 1947) concernant le traitement palliatif des paralysies du membre supérieur et apportant des progrès essentiels dans ce genre de chirurgie.

A l'étranger, d'ailleurs, bien peu de travaux avaient été publiés jusqu'à ces derniers mois en dehors des pages de Sterling-Bunnell dans son livre de « La chirurgie de la main ».

Loyal Davis rapporte l'enseignement d'une série de 70 cas.

Alexandre Lurje, de Moscou, citant une statistique de 82 opérations pratiquées à l'hôpital Blagushin, décrit une tentative de neurotisation.

Mais surtout le numéro de février 1949 du *British Journal of Bone and Joint Surgery*, contient un remarquable symposium consacré, sous la direction du professeur Seddon, aux divers aspects des lésions du plexus brachial. Et cet ensemble, auquel nous ferons de fréquentes allusions, représente indiscutablement le plus beau groupe de travaux publiés sur ce sujet.

Il était évident, du reste, que l'on ne pouvait aboutir à des résultats substantiels sur

un thème aussi complexe que dans un centre spécialisé disposant de moyens d'enquête approfondie, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital lui-même.

Et c'est uniquement grâce à l'organisation qu'avait réalisé notre maître, le professeur Merle d'Aubigné à l'hôpital Léopold Bellan, puis à l'hôpital Foch, à Suresnes, que nous pouvons présenter ici les suggestions que permet l'étude de 24 cas.

Notre satisfaction a été de constater que sur de nombreux points, malgré notre faible matériel d'étude, nos conclusions sont sensiblement comparables à celles de nos collègues anglais. Et tout en étant, sur un certain nombre de points, pessimistes, elles représentent néanmoins un véritable progrès, puisque c'en est un que de pouvoir prédire les échecs et savoir renoncer au traitement direct des lésions pour entreprendre rapidement un traitement palliatif qui donne des résultats d'autant plus intéressants qu'ils étaient, jusqu'à maintenant, à peu près insoupçonnés.

A nos yeux, d'ailleurs, cette étude n'est qu'une introduction, puisqu'il faut un recul d'années plus important que celui que nous possédons, nos observations pour la plupart ne s'étageant que de 1946 à ce jour.

Notre conclusion sera la suivante: les lésions du plexus brachial, malgré leur complexité, n'échappent en aucune façon aux règles des lésions nerveuses; elles doivent toujours être explorées tant dans un but de diagnostic que de thérapeutique et elles doivent l'être précocement, puisque de cette précocité de l'exploration dépend, en grande partie, le pronostic ultérieur, qu'il s'agisse aussi bien du traitement direct que du traitement indirect.

1. Travail de la Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice, Hôpital Cochin (Paris), professeur Robert Merle d'Aubigné.

* * *

EXAMEN D'UNE LÉSION DU PLEXUS BRACHIAL.

Quelle que soit sa cause, c'est autant un examen de neurologue que de chirurgien. Il doit être minutieux, systématique et fréquemment répété, si les données de cet examen ne sont pas consignées sur une feuille du type que nous indiquons, on aboutira presque fatalement à des erreurs de diagnostic et d'indications thérapeutiques. Il est en effet nécessaire d'examiner le territoire du plexus, muscle par muscle, en rapportant le résultat non seulement au tronc nerveux mais à la racine correspondante et en donnant une note à chaque contraction suivant sa force et d'après le barème suivant:

- 5 — Contraction normale.
- 4 — Contraction légèrement diminuée mais s'opposant au poids et à la résistance.
- 3. — Contraction s'opposant au poids mais non à la résistance.
- 2 — Simple contraction ne s'opposant ni au poids ni à la résistance.
- 1 — Ebauche de contraction.
- 0 — Pas de contraction.

La sensibilité cutanée doit être notée de la même façon sur des schémas où les zones d'anesthésie sont par exemple représentées en noir, les zones normales en blanc et les zones d'hypoesthésie en hachures d'autant plus serrées que l'hypoesthésie est plus faible. Au fur et à mesure de la récupération, on voit sur les schémas la zone opaque se rétrécir progressivement et on apprécie alors si cette régression se fait suivant des territoires tronculaires ou des territoires radiculaires. Ainsi peut être précisé et calculé, avec une certaine certitude, le siège ou plus exactement la hauteur de la lésion.

Il est parfois du plus haut intérêt d'étudier les troubles sympathiques et en particulier les troubles de la sudation par l'épreuve du « test à la sudation » (sweat-test): le blessé est badigeonné d'un mélange de teinture d'iode et d'huile de ricin; il est ensuite finement

saupoudré de poudre d'amidon et exposé à une chaleur assez vive. Dans toute les zones où l'innervation sympathique a été perturbée, il se produit des modifications de la sudation qui s'expriment par la couleur violet-noir donnée par la sueur à l'empois d'amidon.

De telles modifications peuvent être photographées et comparées aux schémas de sensibilité.

Il va sans dire que l'examen électrique doit être mené par un physio-thérapeute qui soit aussi un neurologue averti.

Nous saisissons cette occasion d'exprimer notre reconnaissance à M. le docteur Humbert, qui a bien voulu pratiquer tous les examens nécessaires à nos blessés.

Mais souvent les réactions électriques sont en retard sur les signes de récupération clinique, qui eux-mêmes sont perçus par le blessé avant qu'ils ne soient objectifs au chirurgien.

Les résultats de l'examen électrique seront inscrits de la même façon sur une feuille d'examen moteur et comparés aux résultats de l'examen clinique.

ÉTIOLOGIE

Les traumatismes du plexus brachial doivent être divisés en traumatismes fermés et traumatismes ouverts.

Les traumatismes fermés comprennent les lésions par compression et les lésions par élongation. Dans le cadre de celles-ci, il faut mettre à part les lésions obstétricales qui sont bien particulières.

Les traumatismes ouverts comprennent des traumatismes opératoires et les lésions par armes blanches et par projectiles, qui représentent, bien entendu en cas de guerre... (et dans notre statistique, 15 cas sur 24), la principale étiologie.

Lésions par compression.

Celles-ci, dont nous avons observé trois exemples, peuvent être dues à une luxation de l'épaule, observation n° 7 (dans ce cas, il était difficile de séparer le rôle du traumatis-

Cas	Nom	Age	Date accident	Nature accident	Lésion osseuse	Lésion vasculaire	Type	Opération directe	Récupération	Opération indirecte
1	Beg.	29	9-8-45	Balle	—	+	S.M.I.	Exploration I	S.M.	O
2	Bri.	21	20-2-47	Elongation	+	—	S.M.I.	O	O	Amputation
3	Cou.	30	4-4-48	Balle	—	+	M.I.	Exploration I	Nerf radial	O
4	Dav.	25	29-1-45	Elongation	+	—	I.	O	O	Ablation d'une côte cervicale.
5	Dem.	27	20-12-46	Balle	+	—	M.	O	M	O
6	Gas.	25	1-2-48	Balle	—	+	M.I.	Exploration I Exploration II Suture	O	O
7	Gas.	36	9-5-48	Traumatisme permanent.	—	—	S.	Exploration I neurolyse	Territoire sensitif du circonflexe.	O
8	Gru.	?	18-9-46	Fracture luxation de la tête humérale.	+	—	M.	Exploration sympathectomie péri-axillaire	O	O
9	God.	39	25-9-44	Eclats d'obus	+	—	I.	Exploration	O	Capsulectomie métacarpo-phalang.
10	Guy	29	10-6-46	Balle	—	+	S.M.I.	Exploration Greffe	S.M.	Arthrodèse du poignet.
11	Lac.	35	5-10-48	Projectile	—	+	I.	Exploration suture	O	O
12	Lac.	31	4-9-44	Balle	—	+	S.M.I.	Exploration I Greffe du radial Suture du cubital	O	Tendèze des radiaux Arthrodèse du poignet. Amputation.
13	Lam.	24	15-1-48	Elongation	+	+	S.M.I.	Exploration I	O	Amputation.
14	Ler.	42	2-5-45	Balle	—	+	M.	Exploration Anévrysmorrhaphie	O	O
15	Les.	11	Paralysie obstétricale	Elongation	—	—	S.	O	O	Transplantation du tendon du grand dorsal
16	Lub.	43	Avril 1947	Coup de couteau.	—	—	S.	Exploration Greffe	O	O
17	Mes.	27	16-7-46	Accident d'auto	+	—	S.	Exploration (neurolyse)	O. Medi. + Musculo cutané.	O
18	Meu.	27	19-11-48	Elongation	—	—	S.	O	En voie de récupération.	O
19	Mon.	28	18-5-48	Balle	—	—	M.	Exploration Greffe	Partiel.	Transplantation tendineuse.
20	Mon.	22	6-10-44	Balle	+	—	S.	O	S.	O
21	Moe.		12-9-44	Balle	—	+	S.I.	Exploration	O	Amputation
22	Ose.		10 6-47	Projectile	+	—	M.	Exploration neurolyse	O: Radial + circonflexe.	Transplantation tend neuse.
23	Poy.	22	18-10-47	Eclats de mortier.	—	—	I.	Exploration II	O	Opération de Bunnell.
24	Wat.	24	18-4-48	Eclats de grenade	—	+	I.	Exploration II Suture	O	O

me et des manœuvres de réduction); à une contusion directe du plexus comme par exemple dans notre observation n° 9, par le timon d'une voiture.

Le cas de l'observation n° 18 mérite d'être souligné, car il relève d'une étiologie qui est maintenant fréquente: c'est au cours d'une intervention menée sous anesthésie intra-veineuse, la compression du plexus et plus spécialement du tronc primaire supérieur par l'épaulière lorsque le bras est mis en abduction exagérée surtout si le malade est placé en position de Trendelenburg, ce qui a été le cas de la patiente que nous avons observée. Cet accident qui est bénin, étant donné qu'il récupère toujours, n'en est pas moins fort gênant car il se traduit par une perte de l'abduction du bras et de la flexion de l'avant-bras, qui, dans le cas que nous avons observé, a duré plus de trois mois.

Paralysies par élongation.

Nous en avons observé deux cas, tous deux ont été extrêmement graves: une paralysie complète du membre s'en est suivie, compliquée dans un cas de causalgie effroyable. Ces lésions sont les plus graves de toutes. Il s'agit fréquemment d'accidents de motocyclettes. Il faut un étirement brusque et violent du plexus, la tête étant tirée dans un sens et le bras dans l'autre, habituellement la tête est tirée en haut et en dedans, et le bras vers le bas; plus rarement, le membre supérieur est attiré vers le haut. Le premier type de mouvement lèse surtout les racines supérieures, le second les racines inférieures. Cliniquement, le cas le plus fréquemment réalisé est une paralysie radiculaire supérieure. Fréquemment aussi, c'est une paralysie totale. Beaucoup plus rarement, on observe un syndrome radiculaire inférieur.

Barnes a eu l'occasion d'observer 63 de ces lésions. Contrairement à la notion classique, il estime qu'elles sont loin d'être toujours définitives, en particulier dans les $\frac{2}{3}$ des cas (22 sur 33) les lésions radiculaires supérieures sont susceptibles de régression et, pendant un an, on est en droit d'espérer celle-ci. Au con-

traire, les lésions radiculaires inférieures, qui sont moins fréquentes et très rarement isolées, ont beaucoup moins souvent tendance à régresser. Si la régression n'est pas survenue au bout des deux premiers mois, il y a peu de chances pour qu'on puisse l'observer.

En tout cas, les trois signes essentiels de gravité sont: a) les douleurs extrêmement vives; b) l'œdème persistant du membre et enfin c) l'existence d'un syndrome de Claude Bernard-Horner. Au contraire, un syndrome radiculaire inférieur sans signe de Claude Bernard-Horner serait presque toujours bénin.

L'anatomie pathologique est intéressante par le siège et la nature des lésions. Le siège est toujours très interne, il y a même souvent arrachement au ras de la dure-mère. Les lésions sont des élongations, des ruptures intra-fasciculaires, très difficiles à apprécier, portant sur de longues zones, et contre lesquelles la neurolyse sera inefficace puisqu'elle ne peut rien contre la sclérose intrafasciculaire. Tous ces éléments semblent donc contre-indiquer l'exploration chirurgicale et d'autant qu'elle est difficile et que la réparation est souvent impossible. Toutefois, on peut penser avec Brooks qu'il n'est pas indifférent d'être renseigné précocement sur le degré des lésions présentées par ces blessés et que le délai de temporisation de deux ans exigé peut être évité par une intervention exploratrice pratiquée lors du 2^{ème} mois. C'est dans ces cas que l'exploration électrique peropératoire du plexus brachial pourra rendre les plus grands services.

Paralysies obstétricales.

Ce sont aussi des lésions par élongation qui n'ont de spécial que leur étiologie et le fait qu'après une amélioration très lente mais à peu près constante, elles se résument essentiellement en la perte définitive des rotateurs externes de l'épaule. Il n'est en outre évidemment pas question, à aucun moment, de tenter un traitement direct de ces lésions mais leur traitement palliatif peut maintenant être considéré comme satisfaisant (observation 15).

Paralysies post-opératoires.

Elles doivent être bien connues, car on en a observé un certain nombre après phrénicectomie après section du scalène antérieur pour lésions pulmonaires ou syndrome scalénique.

Lésions par projectiles de guerre.

Ces lésions sont parmi les plus graves, parce qu'elles s'accompagnent ordinairement de dégâts osseux (humérus, omoplate, clavicule, apophyses transverses (9 cas sur les 15 dans notre statistique). Et aussi de lésions vasculaires, 10 cas sur 15, surtout dans les lésions sous-claviculaires.

Il est difficile de les schématiser. La meilleure classification nous semble celle de Brooks:

- lésions du tronc secondaire antéro-externe, de ses racines et de ses branches.
- lésions du tronc secondaire postérieur, de ses racines et de ses branches.
- lésions du tronc secondaire antéro-interne avec ses racines et ses branches.

Le premier syndrome répond à peu près au médian et au musculo-cutané, le second au radial et au circonflexe, le troisième enfin correspond à une paralysie grave du cubital.

Mais ce qui caractérise ces lésions par plaie de guerre, c'est leur évolution: le syndrome initial semble très grave, mais, presque toujours, on observe une récupération assez importante.

Et cette notion doit être bien connue.

Au point de vue anatomo-clinique, il y a donc trois syndromes:

- interruption complète ou *neurotmésis*, qui ne peut jamais récupérer.
- simple commotion ou *neuropraxie*, qui est une paralysie complète, mais, à l'intervention, les troncs apparaissent sains et les paralysies régressent en quelques semaines habituellement.
- enfin, dans certains cas, c'est un tableau de contusions: la gaine nerveuse est intacte, mais à l'intérieur les axones sont rompus et la ré-

génération se fera suivant les lois habituelles, comme si après les lésions nerveuses, il y avait eu une suture nerveuse idéale. C'est dire que la récupération de cette lésion est essentiellement fonction de la distance qui sépare la blessure du point d'aboutissement des collatérales. Le pronostic est donc fonction du nerf intéressé et, en matière du plexus brachial, les troncs défavorisés sont ceux d'une grande longueur, comme le médian ou le cubital, pour lesquels cette lésion théoriquement réparable aboutira à une incapacité définitive, parce que, lorsque les nerfs auront régénéré, en raison du temps écoulé et des troubles trophiques, l'extrémité du membre ne sera plus en état de reprendre sa fonction.

De toute façon, c'est une règle qui doit bien être connue que les paralysies après coup-de-feu, donnent toujours lieu, spontanément, à une récupération importante. Celle-ci sera favorisée par la neurolyse, à condition qu'elle soit précoce, mais ce sera toujours une intervention délicate, d'autant plus que le temps aura exagéré les phénomènes de sclérose.

Des complications peuvent s'observer dont la première est l'apparition d'un anévrysme traumatique que celui-ci soit artériel (observation 14) ou artério-veineux (observation 24).

Le syndrome clinique, outre les signes propres de l'anévrysme, est dans ces cas une aggravation des symptômes paralytiques qui doivent donc toujours attirer l'attention et faire pratiquer un examen vasculaire minutieux.

On peut enfin observer un syndrome causalgique (observation 21). Cette complication n'est pas plus fréquente après les lésions du plexus brachial qu'après les autres lésions nerveuses, les phénomènes douloureux, d'abord localisés dans le membre supérieur, tendent ensuite à irradier dans le cou, la tête et le thorax. Contre ces phénomènes douloureux, le traitement médical est absolument inefficace, de même la neurolyse, et il faut recourir à une intervention chirurgicale: la sympathectomie

pré-ganglionnaire, comme l'ont montré White et Smithwick.

TRAITEMENT

I — *Exploration et Neurolyse.*

C'est maintenant une règle de la chirurgie des nerfs périphériques, que toute lésion nerveuse soit explorée, si possible au cours du deuxième mois qui suit la blessure, dès que toutes les circonstances sont devenues favorables.

Les lésions du plexus brachial peuvent-elles échapper à cette règle? De nombreux auteurs le pensent, en raison des difficultés que présente l'intervention, surtout si l'on ne dispose pas d'organisation particulière, et en raison du caractère décevant des résultats obtenus par l'action directe sur le plexus. La plupart des auteurs pensent qu'il ne faut pas explorer les lésions par élongation, mais qu'on peut tenter l'exploration des lésions par projectiles. Brooks, au contraire, adopte l'attitude inverse.

Il faut reconnaître que l'exploration du plexus brachial est toujours longue et difficile. Il est indispensable de ne la tenter qu'avec une très bonne anesthésie, sous le couvert d'une réanimation, en ayant à sa disposition aussi bien aspirateur qu'appareil à coagulation électriques, car telle petite hémorragie bénigne est immédiatement jugulée quand on dispose des moyens nécessaires et peut être extrêmement gênante et dangereuse si on ne les possède pas. Dans certains cas, il est bon d'opérer le blessé dans une position assise (Bateman). Il est rarement nécessaire de sectionner la clavicule. Le sillon deltopectoral permet quelquefois d'explorer le plexus sans couper une seule fibre musculaire. Dans tous les cas de lésion basse, on a un accès commode en sectionnant très en dehors le tendon du grand pectoral que l'on reconstituera ensuite facilement en le suturant en deux plans.

Mais les avantages de l'intervention exploratrice sont doubles: a) elle seule permet un diagnostic précis, b) en outre, la simple

neurolyse permet des gains appréciables, quelquefois très rapides, lorsque les lésions sont dues à la sclérose périnerveuse; les résultats sont beaucoup moins nets lorsque l'agent étiologique est la sclérose intra-nerveuse, intra-fasciculaire.

Il est exceptionnel que nous n'ayons pas obtenu un gain appréciable après les neurolyses que nous avons tentées:

Observations n° 3: récupération du nerf radial.

7: récupération du territoire sensitif du circonflexe.

17: récupération du musculo-cutané.

19: récupération partielle du médian et du cubital.

22: récupération du circonflexe.

23: assouplissement d'une griffe irréductible permettant une opération palliative qui sans cela eut été impossible.

Mais la grande difficulté est la conduite à tenir en présence d'un névrome n'interrompant pas la continuité nerveuse. C'est affaire d'expérience, un névrome dur et scléreux est de mauvais pronostic, un névrome souple laisse espérer une récupération. L'idéal serait peut être d'exciser le névrome pour pratiquer une suture, mais les exigences de la réalité sont tout autres. C'est dans de tels cas que l'examen électrique per-opératoire rendrait les plus grands services. « Il est incroyable, dit Seddon, que des interventions sur les nerfs périphériques soient encore conduites sans l'appoint d'une exploration électrique, et cette pratique ne saurait trop être condamnée. »

Notons que l'avantage de l'intervention est parfois de révéler une lésion vasculaire (observation n° 24) ou de permettre de pratiquer une sympathectomie péri-artérielle.

La suture nerveuse

Certains auteurs (Pertuiset) considèrent qu'elle est impossible au niveau du plexus brachial. Cela est exact quant aux lésions par élongation, mais nous avons observé plusieurs blessés, chez qui de nos collègues avaient pra-

tiqué des sutures et nous-mêmes avons pu suturer facilement une plaie du cubital ayant entraîné une perte de substance de 5 centimètres (obs. n° 3). Mais il s'en faut que suture exécutée veuille dire suture réussie, et il faut bien savoir qu'au niveau du creux axillaire les succès des sutures sont relativement rares.

Quels sont les éléments de pronostic d'une suture nerveuse?

Ce sont l'âge du sujet; les qualités techniques de la suture (affrontement rigoureux sans la moindre désaxation) ce qui est particulièrement difficile dans une zone de bifurcations perpétuelles comme le plexus; l'emploi d'un matériel non résorbable et non irritant comme, par exemple, le fil de tantalum et le fil d'acier très fin.

Ce sont ensuite les deux principes bien connus classiquement mais opposés l'un à l'autre: l'absence de tension et l'affrontement de zones absolument saines, le contraste de ces deux principes posant toujours un véritable dilemme. En pratique toute suture nerveuse qui doit réparer une perte de substance de plus de 5 centimètres est pratiquement vouée à l'échec, dans au moins 80% ou 90% des cas. Dans ce cas, il faut donc savoir s'abstenir d'une tentative aléatoire qui pourrait nécessiter des manœuvres susceptibles d'aggraver l'état du blessé et de lui faire perdre un temps précieux.

Mais nous estimons que l'on n'insiste pas assez sur deux facteurs qui sont: la date à laquelle la suture est pratiquée et surtout la hauteur à laquelle on la pratique, c'est-à-dire l'espace qui sépare la suture proprement dite du point d'aboutissement des neurones.

Sont, en effet, presque fatalement vouées à l'échec les sutures primitives parce qu'elles sont habituellement faites dans de mauvaises conditions, et les sutures faites plus de quinze mois après la blessure, parce qu'en admettant, dans le cas le plus favorable, une bonne récupération des neurones, ceux-ci ne retrouveront plus que des muscles atrophiés et peut être aussi des appareils sensoriels dégénérés.

La hauteur intervient donc au premier chef. Si une lésion basse, opérée tard, a encore quelque chance de récupérer, une lésion haute, dans les mêmes conditions n'en a absolument aucune.

Ces notions doivent avoir une sanction absolue; autant il est nécessaire d'explorer, de neurolyser toute paralysie, autant il est indispensable de le faire avec l'idée arrêtée de respecter toutes les lésions relativement bénignes, en ayant bien dans l'idée qu'un névrome souple, n'interrompant pas la continuité du tronc nerveux, donnera certainement au niveau du creux axillaire, un meilleur résultat que la suture la mieux réussie au point de vue technique.

La greffe nerveuse

Donc, bien souvent, en cas de plaie directe, il faut recourir à une greffe nerveuse, si l'on veut combler une perte de substance et cette éventualité s'est rencontrée quatre fois dans notre série.

L'emploi de la greffe nerveuse est justifié par le souci de n'effectuer aucune traction sur les extrémités nerveuses, de dispenser d'une longue dissection du tronc nerveux qui est funeste à son irrigation et qui risque surtout de détruire des collatérales demeurées indemnes, de diminuer enfin le temps d'immobilisation en position de flexion forcée des articulations, qui aboutit si souvent, chez ces sujets enclins aux troubles trophiques, à des syndromes ayant justifié le terme « d'écharpé »

Les tentatives d'hétéogreffe et d'homogreffe ayant abouti à des échecs à peu près constants, la tendance actuelle est de n'employer que des auto-greffes. Malheureusement, on ne peut habituellement employer dans ce cas comme greffons que de très petits nerfs, comme le saphène interne et le brachial cutané interne. Ces petits greffons donnent, on le sait, un très grand pourcentage de bons résultats pour les petits nerfs, comme les rameaux des doigts et même le nerf facial. Mais, quand il s'agit de réparer une plaie du plexus brachial, on est obligé de les coupler en de véritables câbles à nombreux torons. Les quatre

cas, auxquels nous avons fait allusion, furent tous greffés par ce procédé. Nos observations n'ont pas un recul considérable mais, jusqu'à présent, aucune de ces greffes n'a encore donné de récupération appréciable, et d'ailleurs, nous ne connaissons qu'un seul succès publié: une récupération partielle de Seddon.

Est-ce dire qu'il faille donc, au plexus brachial, renoncer à la greffe? Certainement point, car la suppression du névrome et le rétablissement d'une continuité nerveuse interviennent indiscutablement pour diminuer les troubles trophiques et les troubles vaso-moteurs. On voit souvent, très rapidement après une greffe, se produire une récupération dont le mérite ne lui revient pas directement, mais qui est due à la disparition des troubles réflexes qui inhibaient le fonctionnement d'un groupe musculaire qui n'était pas directement intéressé par la section nerveuse. En outre, on pourra, dans certains cas, utiliser des autogreffons constitués par des troncs d'un certain volume. C'est ainsi que lorsqu'on trouve une perte de substance du nerf cubital à l'aisselle, étant donné que ce nerf a très peu de chances de récupérer, on pourra avantageusement employer son tronc pour réparer d'autres branches lésées simultanément.

Mais ici encore, l'existence de nombreuses zones de bifurcation, les enchevêtrements d'axones entraîneront des erreurs d'aiguillage qui feront que, de toute façon, le pronostic d'une greffe au niveau du plexus brachial sera médiocre.

La neurotisation.

Pour compenser ces pertes de substance, Lurje a proposé la neurotisation, c'est-à-dire la réanimation du groupe terminal de certains troncs, comme le musculo-cutané, le circonflexe et le nerf sous-scapulaire, au moyen du bout proximal du nerf du grand dorsal, du grand dentelé et de deux des rameaux collatéraux du radial destinés aux triceps. Cette tentative aurait été suivie de résultats intéressants tant au point de vue clinique qu'électrologique. En fait le résultat de toutes ces tentatives est inférieur aux résultats que peu-

vent donner les procédés de la chirurgie palliative.

TRAITEMENT PALLIATIF.

Le traitement palliatif des paralysies du membre supérieur, répandu en France surtout depuis le rapport de Merle d'Aubigné et Guilleminet, est peut-on dire aussi intéressant que le traitement direct est souvent décevant.

Il comporte trois sortes d'interventions: 1) des transpositions tendineuses; 2) des interventions articulaires; 3) le traitement sympathique des phénomènes douloureux.

Opérations palliatives de transpositions tendineuses.

Nous n'en citerons que quelques exemples, car ces opérations sont extrêmement variées.

a) En cas de *paralysie radiculaire supérieure*, il faut s'efforcer de rétablir la flexion de l'avant-bras sur le bras, compromise par la paralysie du biceps, du brachial antérieur et du long supinateur, qui dépendent tous les trois de C⁵ et C⁶. Le meilleur type d'intervention est l'opération de Clark: elle consiste à utiliser le chef inférieur du grand pectoral que l'on désinsère jusqu'à son insertion sur l'aponévrose du grand droit, en prélevant un petit lambeau de celle-ci; on isole et on conserve soigneusement le pédicule vasculo-nerveux; le chef musculaire est introduit dans une gouttière sous-cutanée préalablement tunnelisée à cet effet. Le tendon terminal, représenté par la languette aponévrotique du grand droit, est suturée au tendon terminal du biceps. On peut espérer une récupération d'environ 90° de flexion de l'avant-bras avec une force notable. La supination est souvent gagnée simultanément puisque le biceps n'est pas seulement fléchisseur mais encore supinateur de l'avant-bras. Dans quelques cas, cette flexion de l'avant-bras ne peut être obtenue sans une adduction synchrone, mais souvent la flexion est parfaitement indépendante, et la paralysie est remarquablement compensée.

b) En cas de *paralysie obstétricale*, les troubles se localisent ordinairement aux rotateurs externes du bras. L'enfant, lorsqu'il veut porter la main à sa bouche, est obligé de prati-

quer une abduction complète du membre supérieur. On a longtemps pratiqué, pour remédier à cette déformation, l'ostéotomie transversale de l'humérus qui corrige l'attitude vicieuse, mais limite notablement la rotation. Il est préférable de pratiquer la transposition des tendons du grand rond et du grand dorsal; ceux-ci sont désinsérés, transposés sur la face externe de l'humérus et réinsérés solidement au fil d'acier, au niveau de l'insertion terminale du grand pectoral (Lépiscope — Merle d'Aubigné). Leur physiologie se trouve ainsi transformée et de rotateurs internes, ils deviennent rotateurs externes de l'humérus, donnant une amélioration importante de la fonction (obs. n° 15).

c) Le cas de paralysie du *territoire du radial*, est le triomphe des interventions de transpositions tendineuses. On néglige la réanimation du triceps, dont le rôle physiologique est loin d'être essentiel et on se consacre à la récupération de l'extension du poignet et des doigts. Dans ce but, le rond pronateur est désinséré et fixé aux tendons des radiaux; le cubital antérieur, désinséré du pisiforme, est fixé par transfixion sur les tendons des cinq extenseurs; enfin, le petit palmaire ou, lorsqu'il est absent, le fléchisseur commun superficiel du 4ème doigt, est fixé sur les tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce. Le blessé est plâtré trois semaines, en hypercorrection, et ordinairement cinq semaines plus tard, il a récupéré l'extension du poignet et des doigts et l'abduction normale du pouce. Il est extraordinaire de constater comment certains muscles peuvent s'adapter rapidement à une physiologie aussi différente ou même opposée à celle qu'ils avaient antérieurement.

Les résultats de ces transpositions tendineuses sont si rapides et si constants dans leurs effets que cette méthode peut presque être préférée systématiquement à la suture nerveuse en cas de lésion du nerf radial, même si celle-ci se révélait possible, le résultat étant toujours plus lent et moins complet qu'après les transpositions tendineuses.

c) En cas de *paralysie du médian et du cubital*, les transpositions tendineuses offrent moins de ressource, d'autant plus que le déficit moteur est aggravé par l'importance des troubles sensitifs. Mais dans un cas de lésion partielle du tronc antéro-interne (obs. n° 23), nous avons pu, comme Sterling-Bunnel, transposer les fléchisseurs communs superficiels des doigts sur les interosseux pour faire disparaître une griffe extrêmement marquée et rétablir ainsi la balance musculaire entre les fléchisseurs et les extenseurs des doigts, mais c'est une indication rare après lésion du plexus brachial.

Arthrodèses.

Le deuxième groupe d'interventions palliatives est celui des arthrodèses.

Les plus communément pratiquées sont celles de l'épaule, du poignet et des doigts.

a) L'arthrodèse du poignet se trouve indiquée toutes les fois qu'il existe une paralysie de deux des trois troncs principaux: médian, radial ou cubital, et même lorsque ces trois troncs sont simultanément paralysés (obs. n° 10).

Dans ces différents cas, le gain est très appréciable, car on a non seulement un poignet stable et solide, que le blessé peut employer, mais encore l'arthrodèse du poignet libère un certain nombre de tendons qui peuvent être employés à des fins plus utiles (réanimation des doigts) En effet, six tendons animent l'articulation; trois sur la face palmaire, le cubital antérieur, le petit et le grand palmaire; trois sur la face dorsale, les deux radiaux et le cubital postérieur; et pour que l'un quelconque soit conservé, on tentera de l'utiliser pour la réanimation des doigts et en particulier l'opposition du pouce.

La technique de l'arthrodèse du poignet est assez délicate. Il est indispensable de pratiquer une arthrodèse par greffons. Le procédé le plus commode consiste à employer comme greffon, l'extrémité inférieure du cubitus (Smith-Petersen). Un résultat à peu près certain est obtenu en cent jours.

Nous n'insisterons pas sur d'autres arthrodèses comme les arthrodèses des doigts pour s'opposer à certaines greffes irréductibles par les autres procédés; sur l'arthrodèse du pouce en position de fonction qui, elle aussi, présente quelques indications. Nous citerons l'arthrodèse du coude, procédé chaudement défendu par Hendry.

Enfin, même lorsqu'il s'agit de recourir à l'amputation, il faut la pratiquer suivant certaines règles et lorsque toutes les collatérales du plexus ont été arrachées et que le membre est absolument inerte. Il faut laisser au moignon huméral une certaine longueur, en associant immédiatement une arthrodèse de l'épaule, la partie amputée servant précisément à fournir les greffons nécessaires à l'arthrodèse. Ce moignon sera facilement appareillable et on voit le gain de temps que représente pour un blessé une exploration précoce du plexus, qui, révélant des lésions irréparables, permet, dans le même temps opératoire, de réaliser l'amputation et l'arthrodèse et de gagner ainsi 21 à 24 mois d'attente sur les données classiques de temporisation désarmée.

Nous ne sommes pas revenus sur le chapitre du traitement de la douleur de ces blessés. Qu'il suffise de dire que le traitement médical est absolument inopérant et qu'il ne faut ordinairement rien espérer de la simple neurolyse quant à la disparition des troubles suggestifs. C'est uniquement aux méthodes sympathiques qu'il faut avoir recours pour le soulagement de ces douleurs, dans la mesure où un recul de deux à trois ans nous permet de poser une telle affirmation.

Disons en terminant que la concentration de ces diverses lésions du plexus brachial en des centres de chirurgie réparatrice, bien spécialisée, permettrait des progrès importants.

Ces lésions, étant extrêmement complexes, nécessitent un ensemble de mesures physiothérapeutiques et chirurgicales directes et indirectes. Leur étude exige un recul important, de nombreuses enquêtes qui gagneraient à être poursuivies à intervalles réguliers et d'une façon prolongée et qui permettraient la comparaison d'un nombre important de cas.

On pourrait peut être ainsi améliorer sensiblement encore les résultats qui, s'ils sont relativement décevants quant aux tentatives directes, sont, au contraire, extrêmement encourageants si l'on sait pratiquer à temps les interventions palliatives nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

- Roland BARNES: «Traction of the Brachial Plexus in adults.» *The British Journal of Bone and Joint Surgery*, **31 B**: 10 (fév.) 1949.
- James F. BATEMAN: «An operative approach to supraclavicular Plexus Injuries.» *The British Journal of Bone and Joint Surgery*, **31 B**: 34 (fév.) 1949.
- Donald M. BROOKS: «Open wounds of the Brachial Plexus.» *The British Journal of Bone and Joint Surgery*, **31 B**: 17 (fév.) 1949.
- L. DAVIS, J. MARTIN et G. PERRET: *Annals of Surgery*, **125**: 647, 1947.
- O. DESIROTTE: «So called operation table paralysis.» *Revue médicale, Liège*, **1**: 101 (15 août) 1946.
- P. DUVAL et GUILLAIN: *Les paralysies radiculaires du plexus brachial*. 1901.
- K. A. GRIGOROVICH: «Surgical access to brachial plexus following gunshot wounds.» *Khirurgiya*, no 2, pp. 58-61.
- E. H. HAMBLY: «Should brachial plexus injury be explored.» *Lancet*, **2**: 360 (22 sept.) 1945.
- A. M. HENDRY: «The treatment of Residual paralysis after Brachial Plexus Injuries.» *The British Journal of Bone and Joint Surgery*, **31 B**: 42, 1949.
- HUGUIER et MARDI: *Académie de Chirurgie*, 25 février, 1942.
- Alexandre LURJE: *Annals of Surgery*, **126**: 317 (fév.) 1948.
- N. MEADOFF et A. B. GRAY: «Brachial plexus injuries.» *Physiotherapy Review*, **24**: 10, 1944.
- Robert MERLE D'AUBIGNE et GUILLEMINET: Congrès français d'orthopédie, octobre 1947.
- MEERLE D'AUBIGNE, WERTHEINER et DESJARDIN: «Réparation des pertes de substance traumatiques des troncs nerveux des membres.» XLIXe Congrès français de Chirurgie, oct. 1946.
- Wilder PENFIELD: «Late spinal paralysis after avulsion of the brachial plexus.» *The British Journal of Bone and Joint Surgery*, **31 B**: 40 (février) 1949.
- H. PLATT: *In Modern Operative Surgery*. H. W. Carson, édit., London, Cassell 1 Co.
- O. SCAGLIETTI: *Zentralblatt für Neurochirurgie*, **7**: 129, 1947.
- H. J. SEDDON: «War Injuries of Peripheral nerves.» *British Journal of Bone and Joint Surgery*, no 2 (supplément), 1949.
- STERLING-BUNNEL: *Surgery of the Hand*.

REVUE GÉNÉRALE

GOITRE INFANTILE

Réal DORÉ,

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

CAUSES PRIMAIRES, CAUSES SECONDAIRES.

SYNDROME HYPERTHYROÏDIEN: FORME FRUSTE,
FORME CLASSIQUE.

SYNDROME HYPOTHYROÏDIEN: SYMPTOMATOLOGIE,
FORMES CLINIQUES, PROPHYLAXIE.

TRAITEMENT MÉDICAL, CHIRURGICAL.

* * *

Quelle est la cause primaire à laquelle on est en droit d'attribuer toute dysfonction thyroïdienne, dysfonction constatée au cours de la vie de l'individu?

Pour répondre à cette question j'invoque et résume, en quelques mots, les recherches expérimentales et les observations cliniques qu'a poursuivies le docteur W. B. Patterson, hôpital Geisinger, département de pathologie et d'obstétrique, Danville, Pennsylvanie, avec le concours de ses collaborateurs, travail considérable publié dans le rapport du congrès de l'« American Association for the Study of Goiter », tenu à Détroit, en 1937.

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

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

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

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

Trois facteurs concourent à la fonction normale de la glande thyroïde.

1) Le degré d'activité de la glande ou de ses vésicules.

2) L'apport suffisant extérieur d'iode.

3) La demande physiologique en iode de l'organisme.

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

Normalement le sang contient de 12 à 15 microg. % d'iode. Une quantité inférieure à ce chiffre moyen indique qu'il y a hypofonction glandulaire. Si, au contraire, ce chiffre moyen est dépassé la glande est en hyperactivité iodée, comme ce fait se rencontre dans le goitre colloïde dont la teneur en iode sanguin atteint et même dépasse 20 microg. %.

L'iode est éliminé par la voie rénale à raison de 0,025 à 0,075 mg. par jour. Ce taux éliminé sera modifié en plus ou en moins suivant le degré d'activité de la glande thyroïde.

Dans le laboratoire de pathologie de la Clinique Cleveland, œuvre d'un grand disparu, G. W. Crile, on voit le résultat de nombreuses expériences pratiquées sur de jeunes chiens présentant à leur naissance une hypertrophie congénitale de la glande thyroïde. Des biopsies pratiquées en série révèlent, tout d'abord,

qu'à la naissance la vésicule thyroïdienne est en hyperactivité, que sa colloïde est peu abondante et pâle. Puis, sous l'effet de l'iodothérapie, cette vésicule devient de moins en moins active, ses cellules se rapprochent graduellement de la forme cubique, sa substance colloïde est plus facilement colorable et sa quantité s'accroît. L'examen macroscopique de la glande thyroïde démontre que le volume de celle-ci s'amende graduellement.

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

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

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

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

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

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

Quand la glande thyroïde est en cause le cholestérol sanguin varie en raison inverse de l'activité de la vésicule thyroïdienne. En d'autres termes, plus la vésicule est active moins il y a de cholestérol dans le sang. Quand il y a goitre par déficience le contraire se produit.

S'appuyant sur ce principe, Patterson a tout d'abord déterminé, à intervalles fréquents, en utilisant la technique de Bloor modifiée, le cholestérol sanguin chez une série de 1 000 femmes enceintes et chez des lapines gravides.

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

De ces observations cliniques et expérimentales Patterson a démontré la relation qui existe entre le cholestérol sanguin de la mère et celui du fœtus, puis, par des examens histologiques, le degré d'activité de la vésicule thyroïdienne de la mère et de celle du fœtus.

Les premières expériences pratiquées ont comporté l'observation de lapines dont trois groupes différents sont décrits. Je fais grâce de la presque totalité des très nombreux chiffres qui accompagnent chaque observation expérimentale et je m'en tiens à quelques conclusions de Patterson, conclusions qui lui sont inspirées par les faits observés.

Une mère thyroïdectomisée totalement, quand il n'y a pas un apport suffisant d'iode ou de thyroxine venant de l'extérieur, au cours de sa grossesse, essaie de compenser sa déficience thyroïdienne en s'emparant de l'iode ou de la thyroxine de son enfant. Celui-ci, même en hyperplasiant sa glande thyroïde, ne réussit pas à répondre à sa propre demande en iode ni à celle de sa mère. Comme il y a chez cet enfant déficience et hypothyroïdie son cholestérol sanguin monte considérablement, jusqu'à 0,200 mg. % et l'examen histologique de sa glande révèle une hyperplasie extrême sans colloïde vésiculaire. L'extrait thyroïdien donné au cours de la grossesse contrôle la déficience maternelle ou l'hypercholestérolémie. De 0,224 mg. %, c'est un chiffre moyen, le cholestérol baisse à 0,197 mg. % Avec la cessation de l'extrait thyroïdien, le cholestérol remonte, en moyenne, à 0,230 mg. %.

S'il y a hypercholestérolémie marquée de la mère au cours du troisième semestre de la

de la grossesse il apparaît aussi une élévation du cholestérol sanguin de l'enfant à la naissance.

A la lumière des variations du cholestérol sanguin chez la mère, au cours de sa grossesse, et chez l'enfant, à sa naissance, puis des expériences pratiquées chez les lapines et leur fœtus, enfin des biopsies examinées au microscope, Patterson a conclu à la présence, pendant la vie intra-utérine, d'une glande thyroïde altérée, glande à laquelle la mère a demandé un surcroît de travail intempestif. La glande thyroïde altérée de l'enfant, glande déjà en hyperplasie, même avant sa naissance, sera incapable à lutter, affirme-t-il, au cours de la vie contre certains facteurs goitrigènes. Cette hyperactivité de la glande, au cours de son évolution fœtale, activité qui se produit avant que la structure thyroïdienne soit normale, peut en toute probabilité être cause de lésions permanentes de la vésicule thyroïdienne.

Au cours de la vie de l'adolescent ou de l'adulte une cause secondaire, déficience, stimulation, infection, s'attaquant à un tissu déjà altéré, sera vite suivie de l'apparition d'un syndrome thyroïdien d'hypo ou d'hyperfonction.

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

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

CAUSES SECONDAIRES DU GOITRE.

Elles sont très nombreuses. Mais il est possible de les grouper sous cinq chefs différents.

1) *Déficience alimentaire.*

L'alimentation fournit à l'organisme les éléments divers et nécessaires dont il a besoin pour son comportement normal. Si cette alimentation ne répond pas à tous ses besoins il y a déficience vis-à-vis de l'un d'eux. L'iode est souvent le plus en cause chez l'enfant.

Plusieurs autres éléments en déficience peuvent aussi être cause d'une hyperplasie thyroïdienne compensatrice, tels la vitamine B₁, le fluor, le bore, l'arsenic, le manganèse, etc.

La littérature médicale est riche de faits de ce genre.

2) *Hypo ou hyperfonction organique.*

L'hypofonction de l'ovaire, de la glande mammaire, peut être suivie d'une hypertrophie compensatrice de la glande thyroïde.

L'hypofonction de l'hypophyse prédispose à l'hypothyroïdie ou au myxœdème.

L'hyperfonction des capsules surrénales, par leur hormone, est une des causes du goitre exophtalmique.

Le goitre, par déficience organique, prédomine chez les mères de familles nombreuses.

Le goitre de la ménopause est attribuable à une déficience.

3) *Présence de foyers microbiens.*

Toute infection microbienne, d'origine dentaire, amygdalienne, abdominale, gastro-intestinale, ou provenant d'eau polluée, peut se transmettre à la glande thyroïde et cause, au niveau de celle-ci, une suractivité cellulaire de défense. Dans cette catégorie les caractères de la thyroïdite prédominent.

Crotti:

1) « la carence d'iode comme facteur étiologique du goitre est loin d'être prouvée... »

2) « des micro-organismes se retrouvent dans les eaux goitrigènes... »

3) « avec ces éléments on peut reproduire expérimentalement le goitre chez les chiens... »

(voir rapport du congrès de Berne, 1927, page 379).

4) *Suractivité nerveuse et psychique.*

Le surmenage de toute nature (physique, nerveux, moral, psychique), en l'excitant, cause une suractivité glandulaire, suractivité qui peut dégénérer même en basedowisme. Le doc-

teur Dunhill, de l'hôpital St-Barthélemy de Londres a rapporté plusieurs observations de ce genre. Personnellement je puis en citer une.

Le gros industriel, l'homme d'affaires très pris par son négoce, la femme du monde qui se sature d'alcool, de nicotine quotidiennement, au cours de cocktails ou de 5 à 7 qui se prolongent jusqu'à une heure avancée de la nuit, sont tous des gens voués au basedowisme. Les contrariétés morales et psychiques surexcitent le système sympathique. Il n'en faut pas moins pour que la glande thyroïde réponde à cette excitation, à sa manière, en se basedowifiant.

Chez les goitreux de cette catégorie il ne peut pas être question de déficience alimentaire ou d'avitaminose.

Si le goitre compensateur par déficience organique ou alimentaire est l'apanage des pauvres mamans ou des miséreux, le basedowisme est celui de la classe aisée.

5) *Radio-activité de l'eau et du sol.*

Les émanations radio-actives de l'eau et du sol exercent une action stimulante sur la glande thyroïde dont l'activité sécrétoire est augmentée. Cette question d'émanation est fort complexe. C'est pourquoi je prie le lecteur de prendre connaissance du rapport du congrès international du goitre, congrès de Washington, de 1938.

Le goitre étant constitué, la dysfonction thyroïdienne étant une affaire faite, comment se comportera l'enfant en dysfonction thyroïdienne?

SYNDROMES ET FORMES CLINIQUES.

La glande thyroïde de l'enfant ou de l'adolescent, comme celle de l'adulte, est, à l'état pathologique, en hypo ou en hyperfonction.

Ces deux syndromes doivent être étudiés séparément. En présence d'un cas de goitre il faut déterminer l'existence de l'un ou de l'autre. De ce diagnostic dépendra le traitement approprié.

I SYNDROME HYPERTHYROÏDIEN

Le syndrome hyperthyroïdien présente deux formes cliniques.

- 1) Forme fruste.
- 2) Forme classique.

Forme fruste.

L'enfant est malingre, un peu nerveux, irritable, un peu agité.

En classe le maître rencontre quelques difficultés à stabiliser l'enfant, peu docile, chicanier. Ces constatations sont faites aussi, à la maison, par la maman.

Mais le symptôme du début, qui semble le plus probant, qui plaide en faveur de l'hyperthyroïdie, réside dans le fait que l'enfant n'accroît pas son poids graduellement comme normalement la chose doit se produire. Quand, sans raison, avec un bon appétit, l'enfant n'engraisse pas normalement, qu'il est, comme l'expression consacrée le veut, plus ou moins nerveux, les probabilités sont en faveur d'un début d'hyperthyroïdie. Quand à la glande thyroïde elle-même elle n'est pas ou que peu modifiée dans sa consistance ou son volume.

Sainton, Simonnet et Brouha décrivent cette forme clinique comme suit: début insidieux, température sub-fébrile, albuminurie orthostatique, présence de quelques mouvements choréiformes, croissance accélérée, ossification plus rapide, puberté retardée, quelquefois le développement psychique est sub-normal. L'hyperthyroïdie de la puberté survient peu de temps après l'apparition des menstruations mal installées, irrégulières.

Forme classique de l'hyperthyroïdie chez l'enfant.

Quand l'enfant atteint la forme classique de l'hyperthyroïdie le tableau clinique qu'il présente enlève tout doute sur son existence.

Tous les symptômes classiques de l'hyperthyroïdie de l'adulte se rencontrent chez l'enfant avec un degré d'intensité variable.

Voici l'énumération des nombreux symptômes de cette forme clinique classique de l'hy-

perthyroïdie: amaigrissement avec un bon appétit, dans de rares cas il y a embonpoint, éréthisme cardiaque, pouls bondissant, insomnie, irritabilité, agitation, mouvements choréiformes, transpirations profuses, peau moite, exophtalmie, dyspnée fréquente, diarrhée toxique.

Quand l'évolution se poursuit il y a accélération de la croissance, diminution de la mémoire, de l'intelligence, troubles sexuels, osseux.

La glande thyroïde est augmentée de volume, sa consistance est plus dure. Le tissu thyroïdien est parenchymateux ou nodulaire.

Il est indispensable de se rappeler que, en présence d'un syndrome hyperthyroïdien classique, si la glande thyroïde est normale de volume et de consistance, la recherche du goitre lingual ou aberrant s'impose.

De tels cas sont rapportés dans la littérature médicale. Je puis citer un cas personnel, toxique, qui reçut 40 séances de radiothérapie sur sa glande thyroïde normale. Il s'agissait, chez elle, d'un goitre franchement rétro-sternal. L'extirpation de cette masse thyroïdienne rétro-sternale a été suivie de myxœdème, la glande thyroïde ayant été sclérosée totalement par radiothérapie.

Métabolisme basal chez l'enfant toxique.

Le métabolisme basal est difficile à pratiquer chez l'enfant. Il y a manque de coopération de la part de celui-ci.

Chez l'enfant le métabolisme basal est toujours élevé si on le compare à celui de l'adulte.

Traitement médical de l'hyperthyroïdie chez l'enfant.

Ce n'est pas toujours chose facile mais il faut le tenter surtout si l'enfant est docile et coopère.

Quand la forme clinique est fruste, seul le traitement médical doit être institué.

Pour traiter médicalement l'hyperthyroïdie chez l'enfant il faut avoir recours aux données que nous enseignent l'étiologie du goitre.

1) L'alimentation devra être généreuse et

surtout variée. Tout aliment ou liquide stimulant sera banni: thé, café, etc.

2) La vitamine B₁ est à prescrire.

3) Comme l'iode s'est avéré l'élément le plus souvent déficient, l'iodothérapie constituera la base du traitement médical.

4) Tout foyer microbien devra disparaître: dentaire, amygdalien, abdominal, gastro-intestinal, etc.

5) L'habitude de la masturbation peut être néfaste chez l'hyperthyroïdien. Il faut s'enquérir de ce fait, si possible, et y remédier le cas échéant.

6) Les barbituriques, comme chez l'adulte, prescrits à dose thérapeutique appropriée, calmeront l'éréthisme.

Traitement chirurgical de l'enfant hyperthyroïdien.

Quand la forme fruste devient classique et surtout si le basedowisme s'installe, le traitement chirurgical s'impose.

Il en sera de même si le goitre est nodulaire, adénomateux ou kystique.

Le cancer est rare chez l'enfant mais il faut y penser quand la glande thyroïde en présente les caractères.

Passons en revue, dans leurs grandes lignes, les formes cliniques, chirurgicales, leurs indications opératoires, le pronostic.

Kyste thyroïdien.

Le kyste thyroïdien se caractérise par la présence d'une tumeur sphérique, rénitente. Cette forme anatomique ne se cancérisse pas mais comme elle peut devenir toxique dans 25% des cas et même se basedowifier, il y a indication d'intervenir.

Adénome thyroïdien.

L'adénome a une forme sphérique mais sa consistance est franchement ferme. Dans 25% des cas l'adénome devient toxique, peut se basedowifier et de 5 à 7% se cancérisent. Avec ces chiffres il est inutile d'insister sur la précocité de la thyroïdectomie.

Cancer thyroïdien chez l'enfant.

Les caractères de la cancérisation chez l'enfant sont ceux de l'adulte. La tumeur présente des contours mal délimités. Ils sont festonnés. Sa surface est bosselée. Un seul lobe, au début du moins, est intéressé, ce qui la différencie de la thyroïdite, (thyroïdite: les deux lobes sont pris, la surface est lisse, les contours sont nets...)

Le cancer chez l'enfant, s'il est rare, est toujours d'une grande malignité. Il s'agit toujours d'une forme atypique.

Personnellement je n'en ai rencontré qu'un seul cas. Il s'agissait d'un lympho-sarcome qui a emporté en un mois ma petite opérée de 13 ans.

Goitre exophtalmique de l'enfant.

Il est important, je crois, de consacrer un paragraphe au goitre exophtalmique de l'enfant.

Le goitre exophtalmique est rare chez l'enfant au dessous de 5 ans.

Les symptômes cliniques de cette forme sont ceux que l'on rencontre chez l'adulte.

L'exophtalmie est très fréquente chez l'enfant. Il faut en tenir compte au cours du traitement médical. S'il y a augmentation progressive de l'exophtalmie, ce que nous dit le tonomètre, l'intervention doit être pratiquée sans délai.

« Un traitement énergique s'impose dans le goitre exophtalmique chez l'enfant », dit Welti.

« La fonction thyroïdienne normale est essentielle pour le développement intellectuel et psychique de l'enfant », dit Cattell.

L'hyperthyroïdie accélère une croissance anormale. Le développement sexuel débute dans de mauvaises conditions; il y a retard de la menstruation et de la puberté. La mémoire est diminuée, l'instruction compromise.

« Le fait que le malade est en période de croissance n'est pas une raison pour différer l'intervention. Au contraire c'est précisément parce que le malade est en période de croissance qu'il importe de recourir en temps utile à

l'intervention chirurgicale... Il y a apparition prématurée des points d'ossification. Souvent de vives douleurs osseuses sont ressenties. Il y a cyphoscoliose, accroissement en longueur des os décalcifiés, suture prématurée des cartilages de conjugaison... »

« Si l'opération est pratiquée en temps opportun tous ces symptômes disparaissent. Les épiphyses mal calcifiées reprennent, après l'opération, leur texture homogène. Les poils repoussent, les fonctions testiculaires et ovariennes redeviennent normales.

Du point de vue légal il est important de radiographier les os avant et après le thyroïdec-tomie. » (Welti)

D'après le Docteur Justin Besançon, l'exophtalmie est due à une contraction des fibres musculaires lisses de la bourse fibro-conjonctive (capsule de Ténon) et du muscle de Muller. Il invoque, pour ce faire, l'expérience de la bille dans l'orbite, expulsée par l'excitation du ganglion étoilé.

L'exophtalmie aurait pour cause aussi, chez l'hyperthyroïdien, la présence de varices du fond de l'orbite et, chez l'hypothyroïdien, l'œdème.

Quand la thyroïdectomie chez l'enfant doit-elle être pratiquée?

Deux facteurs interviennent:

1) Quand il y a aggravation de l'état général et plus particulièrement du cœur sous l'action du traitement médical.

2) Quand l'exophtalmie s'aggrave graduellement. (seul le tonomètre l'indique au début).

L'aggravation de l'état du cœur et de l'exophtalmie peut conduire le cœur à l'arythmie complète et l'exophtalmie à la cécité.

Welti, de la clinique Mayo, Cattell, de la clinique Lahey, Simonet, Black, Webster préconisent la thyroïdectomie dans l'hyperthyroïdie et le goitre exophtalmique chez l'enfant.

L'opinion générale peut se résumer en disant que le risque opératoire n'est pas plus grand et, en général, moins grand que chez l'adulte, que tous les symptômes mentionnés, causés par

l'hyperthyroïdie, disparaissent quand la thyroïdectomie est pratiquée en temps opportun, que le pronostic éloigné est très bon, que l'enfant ne présentera aucune anomalie fonctionnelle future attribuable à la thyroïdectomie.

Le traitement pré-opératoire ne diffère en rien de celui de l'adulte.

Goitre colloïde de l'enfant.

Le goitre colloïde, circonscrit ou diffus, qui se caractérise par son volume, quelquefois considérable, et par sa consistance plutôt molle, ayant pour cause une déficience, à moins qu'il ne soit compressif, nécessite un traitement conservateur, médical.

Thyroïdite.

La thyroïdite est toujours consécutive à une infection à distance.

Comme l'infection de cette glande n'aboutit que rarement à la suppuration il est exceptionnel d'être appelé à intervenir.

Ce qu'il importe de faire c'est de calmer dans le plus court délai possible l'inflammation de cette glande. Si l'inflammation englobe tout le parenchyme glandulaire il s'en suivra fatalement un myxœdème consécutif.

Le traitement médical comporte: glace localement, les sulfamidés, la pénicilline, le thiouracil (King), etc. et le traitement de la cause infectieuse éloignée.

* * *

J'ai opéré à date environ 10 cas de goitre chez des enfants âgés de 10 à 15 ans. Je puis affirmer que l'enfant supporte une thyroïdectomie tout aussi bien que l'adulte et même mieux que celui-ci.

Quant aux résultats éloignés post-opératoires, ils sont ceux de l'adulte mais à condition que le moignon laissé en place, lors de la thyroïdectomie, soit plus volumineux que celui de l'adulte. Sinon il y a le risque de l'hypothyroïdie consécutive, ou quelquefois du myxœdème.

Avant de tenir compte de cette condition, que j'ignorais au début, la littérature ne men-

tionnant pas encore ce détail technique très important, j'ai eu à déplorer quelques cas de ce genre.

II HYPOTHYROÏDIE CHEZ L'ENFANT.

Etiologie.

1) Agénésie ou atrophie congénitale de la glande thyroïde due à la syphilis, à la tuberculose, à l'intoxication alcoolique des parents ou à un traumatisme ou à une congestion pendant la grossesse.

2) Lésion locale: infection, intoxication, tuberculose, gomme, kyste, actinomycose.

3) Lésion générale: infection ou intoxication générale (maladie infectieuse, grippe, rhumatisme, érysipèle).

4) Liée à un goitre destructeur d'éléments cellulaires (R, infection, traumatisme, etc.).

5) Thyropathie endémique. Il y a crétinisme avec tumeur thyroïdienne (goitre) d'autres avec atrophie de la glande thyroïde.

6) Hypothyroïdie du père, de la mère.
(Sainton, Simonet, Brouha).

Syndromes hypothyroïdiens chez l'enfant.

1) Forme fruste.

2) Forme classique.

Cette dernière forme se subdivise en 3.

A) Hypothyroïdie classique.

B) Myxœdème.

C) Crétinisme.

N.B.: — L'idiotie mongolienne et le nanisme, quoique n'ayant aucune origine thyroïdienne, doivent être inclus, je crois, dans le chapitre de l'hypothyroïdie chez l'enfant pour en faire le diagnostic différentiel, certains de leurs caractères étant ceux de l'hypothyroïdie.

Syndrome hypothyroïdien.

Forme fruste.

Début insidieux caractérisé par: immobilité, indifférence, apathie, ni pleurs, ni sourire. L'enfant ne tette pas ou peu. Température basse, intestins paresseux, urines rares. Joues molles, cireuses. Il y a bradycardie.

(Sainton, Simonet, Brouha).

Traitement médical de l'hypothyroïdie fruste chez l'enfant.

Quand l'on soupçonne l'hypothyroïdie fonctionnelle chez l'enfant un traitement adéquat doit être institué. Même dans le doute il s'impose.

Il faudra tout d'abord éliminer toute cause secondaire du goitre, rechercher la ou les causes de l'hypothyroïdie.

La médication de cette forme fruste, douteuse, consistera dans l'administration d'iode. Cet élément de choix favorise l'augmentation de la substance colloïde de la vésicule thyroïdienne d'où la récupération de la fonction normale de celle-ci.

A défaut d'une amélioration satisfaisante, de l'extrait thyroïdien est indiqué à faible dose quotidienne.

Hypothyroïdie classique de l'enfant.

Ici il n'y a plus de doute sur l'existence de ce syndrome.

Ses caractères sont ceux de la forme fruste mais à un degré plus marqué d'intensité.

S'ajoutent à ceux-ci: obésité, œdème, diminution de la mémoire, retard de la puberté, ou troubles menstruels, fatigue, troubles gastro-intestinaux, retard du développement sexuel.

Traitement.

Avant tout il faut rechercher la cause probable.

Dans l'hypothyroïdie classique, l'iode seul ne suffit généralement pas à compenser l'état hypothyroïdien. Il faut lui ajouter l'extrait thyroïdien. Cet extrait doit être prescrit à dose faible de peur d'annihiler complètement ce qui pourrait rester de fonction thyroïdienne.

L'hormone thyrotrope, dans le but de stimuler la fonction thyroïdienne, est tout indiquée.

Myxœdème infantile.

Means définit le myxœdème chez l'enfant comme suit: « Un état d'athyroïdie acquise

avant l'époque de la puberté de l'enfant et de son développement complet ».

Le myxœdème infantile coïncide avec une période très importante de la vie, celle de la croissance, du développement du squelette, des dents, de l'intelligence, etc. Le myxœdème de l'adulte cause beaucoup moins de dégâts, l'adulte étant normalement développé physiquement et intellectuellement. (Means)

Symptômes du myxœdème infantile.

Période d'état.

Tête: volumineuse, front bas, cheveux gros et secs, retard de la dentition, oreilles massives, paupières gonflées, lèvres épaisses, voix rauque, fosses nasales en largeur.

Cou: large, court.

Thorax: peu développé.

Abdomen: énorme, ombilic saillant.

Organes génitaux: rudimentaires.

Membres: pachydermie, œdème, doigts courts et boudinés.

Peau: sèche, pâle, poils clairsemés secs et cassants.

Squelette: la croissance s'arrête au moment du segrave (cause du nanisme).

Fonction rénale: ralentie.

Troubles circulatoires: cyanose des extrémités, pression artérielle basse, hypothermie, bradycardie, cœur mou, à l'électro diminution du voltage et abaissement de l'onde T., globules rouges diminués, hémorragies fréquentes, vitesse plus grande de la sédimentation des hématies.

Troubles psychiques: ces troubles sont moins marqués si l'insuffisance thyroïdienne n'est pas congénitale mais acquise après la naissance.

L'enfant est figé, lent, il y a lassitude, fatigue, diminution de la mémoire. L'enfant est déprimé. Quelquefois il y a confusion mentale.

Troubles sensoriels: surdité, surdi-mutité.

Fonction ovarienne: menstruations de courte durée ou retard ou aménorrhée.

Troubles gastro-intestinaux: paresse.

Système pileux: peu abondant, poils clairsemés, secs, cassants.

Aspect général: obésité, apathie.

Traitement du myxœdème infantile.

- 1) Iode.
- 2) Extrait thyroïdien.
- 3) L'hormone thyrotrope peut réveiller ce qui reste de vésicule thyroïdienne susceptible de fonction.
- 4) Greffe thyroïdienne (technique de Curtis).

Crétinisme.

Le crétinisme est le degré extrême du myxœdème. Ceux qui en sont atteints sont généralement des descendants de parents goitreux.

Le crétinisme est à l'état endémique dans certains pays montagneux.

Le crétinisme peut exister avec ou sans goitre. Il peut y avoir chez lui athyroïdie dès la naissance. Si goitre il y a, la fonction de quelques vésicules est pratiquement nulle.

Tout de même chez le crétin avec goitre les caractères du crétinisme sont un peu moins marqués et ils se rapprochent de ceux du myxœdème classique.

Caractères du crétinisme.

Dès le troisième mois de vie ces caractères se dessinent; ils deviennent évidents au sixième mois.

Squelette: ossature volumineuse.

Tête: asymétrique,

proéminence des maxillaires,

front bas,

yeux à moitié fermés, petits, en ligne droite,

langue épaisse, carrée,

cheveux: absence ou gros et secs.

Articulations: flexibilité exagérée.

Main et pieds: larges, courts.

Peau: rugueuse, sèche, ridée.

Teint: pâle, cirieux.

Psychisme: infériorité de l'intelligence, expression hébétée, apathique, sans vie.

Traitement du crétinisme.

Comme il y a athyroïdie l'extrait thyroïdien est le seul médicament indiqué. L'opothérapie thyroïdienne doit être instituée le plus vite possible, tout au début de la croissance pour prévenir, si faire se peut, tout dégât physique et intellectuel.

L'extrait thyroïdien, à raison de 1 à 2 grains par jour, et la vitamine B₁ ont donné, dans quelques cas, quelques résultats.

La greffe thyroïdienne est très indiquée. (technique de Curtis)

Idiotie mongolienne.

Cet état morbide doit être classifié dans le chapitre de l'hypothyroïdie.

Ses caractères cliniques ressemblent beaucoup à ceux du myxœdème et du crétinisme quoique son étiologie diffère de ces deux entités.

L'idiotie mongolienne est toujours congénitale. On l'attribue à la vieillesse et à l'épuisement des parents, à des chagrins et à des émotions vives de la mère au cours de la grossesse. L'hérédosyphilis serait exceptionnelle.

Caractères.

Facies asiatique,

Taille courte, petite,

Lissencéphale, brachycéphale,

Yeux petits, en amande, axe oblique, épicanthus,

Front bas, étroit,

Nez déprimé à sa base,

Fontanelles se soudent tardivement,

Dentition retardée, irrégulière,

Développement corporel retardé, malformations diverses, micromélie,

Idiotie presque complète.

Les mongoliens sont gais, remuants, agités. Ils ont la faculté d'imitation. Ont un certain degré d'affection et un sens musical développé.

Cette affection peut exister sous la forme fruste ou atypique.

L'idiotie amaurotique est caractérisée par une diminution progressive de la vision du deuxième au huitième mois de la vie.

Le diagnostic différentiel avec le myxœdème est parfois difficile à faire.

Traitement.

Cette affection est pratiquement incurable. Il faut tenter le traitement spécifique, l'opothérapie thyroïdienne, la greffe thyroïdienne.

Nanisme.

Dans le nanisme il y a ralentissement de

l'activité du cartilage épiphysaire mais le processus d'ossification périosté subsiste.

Toutes les parties du corps subissent une diminution; la taille se trouve inférieure à la moyenne.

Il y a deux sortes de nains. Dans le nanisme essentiel il y a diminution en longueur d'un squelette sain. (Pygmées). D'autres, ce sont les plus nombreux, sont atteints de dystrophies variées: nains myxœdémateux, achondroplasiques, rachitiques, pottiques, etc.

Une dysfonction endocrinienne, par absence de somaton ou de thyro-stimuline, en serait la cause.

ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE DES DIARRHÉES SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT*

Maurice SAINT-MARTIN,

Bactériologiste en chef, Ministère de la Santé, Montréal.

GÉNÉRALITÉS

D'après Garnier et Delamare (1), le terme diarrhée infantile est un nom générique sous lequel on réunit, en pathologie infantile, tous les états morbides dont le principal symptôme est la diarrhée, sans préjuger en rien de leur nature. Aujourd'hui, on admet que les diarrhées infantiles sont le plus souvent l'expression symptomatique de l'infection des voies digestives.

Avant de décrire les agents responsables de ces diarrhées, il me semble utile d'exposer quelques notions sur l'infection en général et sur l'infection entérique en particulier.

Si l'on définit l'état de santé comme l'expression de l'équilibre entre le parasitisme d'un microbe potentiellement pathogène et l'hôte non susceptible, il est évident que tout facteur conduisant à un déséquilibre entre ces deux termes donnera naissance à l'état de maladie.

Cette perturbation peut être causée soit par une augmentation de la virulence du microbe, soit par un fléchissement de la résistance naturelle de l'hôte.

Les microbes abondent dans la nature. Plusieurs d'entre eux sont des parasites de l'homme: les uns sont des commensaux pratiquement inoffensifs; les autres sont des organismes capables de causer, dans certaines circonstances, des infections sérieuses. Pourquoi ces organismes hautement parasitiques sont-ils incapables de produire la maladie chez l'individu sain, quand d'autres espèces, voisines et presque semblables, peuvent causer un processus infectieux grave, même à dose infime? Pourquoi certains organismes causent-ils des maladies chez certains individus et non chez d'autres parmi la même population? Ces phénomènes dépendent de deux facteurs: le pouvoir pathogène du microbe et l'état de résistance de l'hôte.

*Travail présenté à la Société de Pédiatrie de Montréal, le 1er décembre 1949.

La virulence d'un bacille est souvent fonction de son nombre. En effet, si le pus d'un abcès tuberculeux tuberculise un cobaye très lentement, l'injection de bacilles provenant d'une culture pure de ce même pus aura la même virulence, pour le cobaye, que l'inoculation d'un crachat fourmillant de bacilles de Koch.

De même, les passages répétés sur l'animal peuvent exalter le pouvoir pathogène d'un microbe. Ainsi, le streptocoque hémolytique du groupe A fraîchement isolé est relativement peu virulent pour la souris. Après plusieurs passages, il est capable de tuer cette même souris à des doses de 1 ou 2 microbes. Dans ce cas, les mutants virulents seraient sélectionnés, alors que les formes moins virulentes seraient graduellement détruites. On a cru longtemps, avec raison peut-être, mais sans preuve convaincante à l'appui, que ce phénomène se produisait durant les épidémies chez les humains. Une opinion courante veut que l'écllosion d'une épidémie soit due à un mutant très virulent sélectionné avant le début de cette épidémie (2).

L'étude de la virulence des bactéries Gram-négatives, responsables de la plupart des diarrhées infantiles, offre de sérieux inconvénients. En effet, il est le plus souvent impossible de reproduire sur l'animal l'infection constatée chez l'enfant. Il semble que c'est la substance elle-même du bacille, vivant ou mort, qui possède la fonction toxique. A l'encontre des microbes Gram-positifs qui sécrètent des toxines et des enzymes dans le milieu ambiant, ces bactéries ne produisent pas de vraies toxines, mais plutôt des substances toxiques provenant de l'autolyse des bacilles.

Ces substances toxiques, ou endotoxines, sont étroitement liées à l'antigène somatique O, car la perte de cet antigène par mutation entraîne la perte de la virulence. Les inconvénients de la vaccination contre la typhoïde sont dus à la présence de ces endotoxines.

Le rôle précis de cet antigène toxique O est encore discuté. Cependant l'on sait qu'il inhibe l'effet bactéricide du système anticorps-complément, produit une leucopénie sanguine et

possède un pouvoir anti-phagocytaire. Son action sur les cellules des tissus est une action toxique directe. Il s'attaque surtout à l'endothélium de vaisseaux sanguins en augmentant leur perméabilité. Un point d'interrogation cependant se pose. Comment expliquer que le colibacille, parasite normal de l'intestin possédant des antigènes O aussi toxiques que ceux des salmonelles, ne soit pas la cause d'infection entérique? Seuls, l'isolement et l'identification de la toxine, nous donnera la solution de ce problème.

Laissons de côté les bactéries et occupons-nous des réactions de l'hôte. L'individu se défend de l'action du parasite par une première ligne de défense formée à la porte d'entrée des bactéries. En ce qui concerne les diarrhées infantiles causées ordinairement par l'ingestion de produits contaminés, la bouche, l'oropharynx et même l'estomac, ne semblent pas posséder de mécanismes adéquats de défense. Par son fort contenu en sels biliaires, le petit intestin se débarrasse de presque tous les cocci Gram-positifs, sans réduire en aucune façon le nombre des bactéries Gram-négatives. En somme, l'intestin offre peu de résistance à l'infection, si ce n'est le drainage des bactéries effectué par son système lymphatique.

Le phénomène de la phagocytose débarrasse l'organisme des particules étrangères. Il y a alors mobilisation des polynucléaires et des macrophages qui ingèrent les bacilles et les détruisent. Si la phagocytose est efficace, l'organisme reste indemne. Si les microbes résistent à la phagocytose ou s'ils ne sont phagocytés qu'en nombre infime, l'infection s'installe. Le temps compris entre l'injection des microbes, l'essai de phagocytose infructueux et la multiplication subséquente des bactéries serait la phase d'adaptation des bactéries pathogènes. Cette phase correspondrait assez exactement à cette période obscure que nous appelons la période d'incubation.

Malheureusement, les entérobactéries responsables des diarrhées spécifiques de l'enfant résistent à la phagocytose par les polynucléaires. Malgré l'ingestion d'un nombre limité de

bacilles, les polynucléaires ne peuvent les digérer, étant eux-mêmes détruits par les bacilles libres. Bien plus, le transport de leur charge bactérienne au foie et à la rate, peut contribuer à la distribution des germes.

La faillite des polynucléaires à juguler l'infection amène à la rescousse les macrophages. Souvent les bacilles assument une localisation intra-cellulaire et utilisent ce milieu pour leur survie. Des expériences sur l'embryon de poulet ont démontré que l'*Aerobacter aerogenes*, le streptocoque viridans, le bacille de Koch et le bacille typhique, usaient de ce mode de conservation.

Cette localisation intracellulaire explique en partie les échecs thérapeutiques des antisérums spécifiques, si l'on sait que les anticorps protecteurs ne peuvent pénétrer à l'intérieur de la cellule. Dès 1916, Rous et Jones ont démontré que le bacille typhique phagocyté résiste à l'action du cyanure. De même, lorsque la bactérie se loge dans la muqueuse, l'efficacité des anticorps circulant dans le torrent sanguin, est problématique.

TECHNIQUES BACTÉRIOLOGIQUES.

Le diagnostic bactériologique des diarrhées infantiles comporte la culture des germes à partir des matières fécales. Les selles doivent êtreensemencées à l'état frais; autrement, les bactéries saprophytes forment des produits de fermentation capables de détruire les organismes pathogènes. Si l'examen doit être différé, comme c'est le cas dans notre laboratoire, il faut se servir d'un préservatif. Nous employons le glycérol à 30% tamponné à pH 7,0 qui possède une action bactériostatique et conserve bien les échantillons, à condition que le prélèvement ne soit pas trop abondant.

L'isolement des bacilles Gram-négatifs pathogènes présente un problème spécial dû au développement de bacilles saprophytes du type colibacille. Comme le diagnostic étiologique d'une diarrhée est souvent difficile à poser, le laboratoire de diagnostic bactériologique du Ministère de la Santé a adopté une méthode d'examen permettant l'isolement et l'identifica-

tion de tous les bacilles capables de causer des diarrhées parmi la population de notre province (3), (4).

Sans entrer dans le détail de ces techniques, disons seulement qu'il faut se servir de milieux spéciaux auxquels ont été ajoutées des substances favorisant l'isolement des bactéries pathogènes. Ces substances sont: 1° des agents qui empêchent la poussée des saprophytes intestinaux comme le vert brillant et les sels biliaires; 2° des agents favorisant la poussée des pathogènes et inhibant les organismes coliformes comme le tétrathionate et le citrate de sodium; 3° des substances donnant un aspect caractéristique aux diverses colonies, comme l'addition de lactose avec indicateur colorant.

Dès leur arrivée au laboratoire, les échantillons sont ensemencés sur le milieu non-sélectif de MacConkey, permettant ainsi la poussée des rares bactéries pathogènes, incapables de se reproduire sur les milieux sélectifs. Les selles sont ensuite inoculées sur des milieux hautement sélectifs comme la gélose *Salmonella-Shigella* et la gélose au sulfite de bismuth. Enfin, les matières fécales sont placées dans le milieu d'enrichissement au tétrathionate de sodium qui permet souvent l'isolement de bacilles pathogènes que la culture directe n'avait pas permis de déceler. Une partie de ce bouillon est ensuite transportée sur les milieux solides déjà mentionnés. Toute colonie suspecte est repiquée sur le milieu aux trois sucres de Hajna et sur un milieu à l'urée. Les réactions sur ces deux milieux permettent de placer les bactéries dans leur groupe respectif. L'ensemencement sur des réactifs biochimiques indique le genre de la bactérie. Enfin, l'identification finale du bacille, quant à son espèce, demande la détermination de son type sérologique ou bactériophagique à l'aide d'antisérums et de bactériophages spécifiques.

DYSENTERIE AMIBIENNE.

Cette technique bactériologique ne peut s'appliquer au diagnostic de la dysenterie amibienne, maladie causée par un protozoaire, l'*Entamoeba histolytica*, et caractérisée par des

lésions du gros intestin et l'émission de sang et de mucus. Maladie des pays tropicaux, elle se rencontre dans les régions tempérées sous la forme d'une infection chronique ou inapparente. Selon Miller (5), 2% de la population canadienne héberge cette amibe. Ce même auteur, recherchant les passeurs de kystes chez 90 enfants d'un orphelinat âgés de 7 à 11 ans, trouva que la moitié de ces enfants hébergeaient des kystes amibiens. Il ne put cependant observer de dysenteries aiguës, mais plutôt une infection chronique dont les symptômes prédominants étaient la fatigue précoce et l'anorexie. Chez quelques enfants, il mit en évidence un syndrome formé de diarrhée, de vomissements et de douleurs abdominales simulant l'appendicite chronique récurrente (6).

L'examen à l'état frais des matières fécales semi-fluides permet de déceler la forme végétative de l'amibe appelée trophozoïte. Ce trophozoïte laisse voir deux zones dans son cytoplasme, l'une claire, périphérique, l'exoplasma, et l'autre granuleuse, centrale, qui contient le noyau et des globules rouges phagocytés. Ce dernier caractère la différencie des amibes non-pathogènes comme *E. coli*. L'examen doit être fait au lit du malade, car l'*E. histolytica* perd sa mobilité sous l'influence du froid en 5 à 10 minutes et meurt après quelques heures à la température ambiante. Dans notre laboratoire, nous demandons des selles en bouteille thermos à une température de 37° C. L'échantillon de choix consiste en des sécrétions prélevées par sigmoïdoscopie.

Dans certaines conditions défavorables de vie, l'amibe s'enkyste et la formation qui en résulte est une cellule plus petite, quadrinucléée. Les colorations à l'iode et à l'héματοxyline permettent de distinguer ce kyste amibien de celui de l'*E. Coli* qui a 8 noyaux. La méthode de choix pour la recherche de kystes est la méthode par flottaison au sulfate de zinc précédée d'une purge saline (7). Le kyste étant une forme de résistance survit au passage de l'estomac pour causer une infection avec ou sans symptômes, alors que l'amibe est détruite

par le suc gastrique et ne peut se multiplier en dehors de l'organisme.

DYSENTERIE BACILLAIRE.

Quoique de nombreux auteurs aient donné d'excellentes descriptions de la dysenterie bacillaire, ce n'est qu'à la fin du 19^e siècle que cette entité clinique fut séparée des dysenteries amibiennes. Les bacilles en cause sont des parasites obligatoires du tractus intestinal faisant partie du genre *Shigella*. Ce groupe comprend des pathogènes reconnus comme le bacille de Shiga (*Shigella dysenteriae*) le plus redoutable des bacilles dysentériques, heureusement non rencontré dans notre pays, les bacilles découverts par Flexner et Boyd appelés *Sh. paradysenteriae* comprenant au moins quatorze sérotypes (I à XIV), le bacille de Sonne (*Sh. Sonnei*), le bacille de Schmitz (*Sh. Ambigua*) et les bacilles décrits par Sachs aux Indes. Le bacille *alkalescens*, fréquemment isolé dans notre province, possède un pouvoir pathogène facultatif, car s'il est fréquemment rencontré dans des selles normales, il semble être capable de causer des gastro-entérites chez les nourrissons et les jeunes enfants. C'est pourquoi notre laboratoire en fait toujours mention dans ses rapports aux médecins, vu sa signification douteuse.

Dans la province de Québec, la *Sh. paradysenteriae* Flexner est l'espèce la plus commune, tel que révélé par l'étude intéressante de Fortier et ses collaborateurs (8) et les isollements pratiqués à notre laboratoire. Les épreuves d'agglutination avec sérums absorbés commencés en 1949 démontrent que les sérotypes Flexner II (bacille de Strong) et Flexner III (la forme Z de Andrews et Inman) forment le groupe le plus fréquemment isolé. Le bacille de Sonne-Duval (*Sh. sonnei*) vient en second lieu.

La sévérité de l'infection dépend d'abord du nombre et de la virulence du bacille ingéré et ensuite de facteurs non spécifiques comme l'âge et l'état général du patient, les facilités de traitement, la saison des chaleurs, la promiscuité, le fléchissement du contrôle sanitaire. La déshydratation intense, la perte de poids

rapide et l'anémie secondaire qui accompagnent la maladie en font une cause de mortalité importante chez le nourrisson et le jeune enfant (9).

L'examen systématique des selles contribue à faire disparaître les diagnostics de « diarrhée estivale », « grippe intestinale » et « diarrhée d'acclimatation ». Les selles sont liquides avec mucus, sang et pus à polynucléaires. Le mucus des dysenteries ambienales contient surtout des mononucléaires. Les diarrhées infantiles dues à d'autres organismes ne présentent pas généralement de sang et de pus et la quantité de mucus est moindre. L'infection étant locale, l'hémoculture ne donne pas de renseignements et le sérodiagnostic comporte tellement d'incertitude qu'il ne sert pas d'ordinaire au diagnostic. Les selles doivent être examinées au début de l'infection, car, après 6 ou 7 jours, il devient souvent impossible d'isoler les bacilles. La recherche du microbe est fructueuse à partir des glaires muco-sanglantes et des sécrétions prélevées au moyen d'écouvillons rectaux.

Comme nous avons déjà exposé les techniques générales de diagnostic, disons que le milieu de Wilson-Blair et le bouillon d'enrichissement au tétrathionate ne favorisent pas la poussée de ces bacilles. Les réactions biochimiques permettent l'identification présomptive de l'espèce. Comme ces réactions peuvent varier et que certaines espèces comprennent plusieurs variétés, l'identification finale doit se faire par des sérums spécifiques absorbés. Pour le clinicien, l'identification de la souche dans le détail peut paraître futile et peu pratique, mais c'est le seul moyen de mener à bien l'enquête épidémiologique des cas.

SALMONELLOSES.

Ce terme générique englobe les infections à Salmonelles qui comprennent trois entités cliniques: les fièvres entériques, les gastro-entérites et les septicémies.

L'exemple classique de fièvre entérique est la fièvre typhoïde. Chez le nourrisson, l'aspect clinique diffère de celui de l'adulte (10). La

constipation est au moins aussi fréquente que la diarrhée: on remarque aussi une température élevée, des vomissements et une toxémie profonde. La mortalité est élevée. A l'autopsie, on note une inflammation moins marquée des plaques de Peyer. Sako et Fleet ont décrit un cas de fièvre typhoïde chez un nourrisson de 7 mois (11). Vu la rareté de l'infection dans certains milieux, son diagnostic est souvent difficile. A l'hôpital Herman Kiefer de Détroit: sur 190 cas hospitalisés pour typhoïde, seulement 60% furent confirmés (12).

Les hémocultures sont positives durant la première et la deuxième semaines, rarement durant la troisième. Les coprocultures peuvent être positives dès le début et 1° le rester jusqu'à la convalescence. Les bacilles disparaissent des selles vers la 5e ou 6e semaine. Les urines deviennent positives vers la deuxième ou la troisième semaine et peuvent contenir des bacilles longtemps après la convalescence. A la période septicémique, il y a invasion de la moelle osseuse, du foie, de la rate et de la vésicule biliaire. La périodicité du déversement du contenu biliaire dans l'intestin peut expliquer les résultats irréguliers obtenus dans la recherche des bacilles chez les patients et les porteurs de germes. Les rechutes représentent probablement une re-invasion du torrent sanguin à partir de foyers locaux.

Les autres fièvres entériques sont les paratyphoïdes des types A, B et C et correspondent respectivement à *S. paratyphi*, *S. schottmuel-leri* et *S. hirshfeldii*. La variété A est rare dans notre province, alors que la variété C n'a été isolée qu'une seule fois dans l'histoire de notre laboratoire. Fréquente dans le Québec, la paratyphoïde B est la plupart du temps bénigne. En 1947, Foley a décrit une épidémie à bacille paratyphique B survenue dans une garderie. (13). Vingt-quatre cas furent observés dont seize chez des nouveau-nés. Il n'y eut aucune mortalité et le seul symptôme observé fut l'érythème fessier. De leur côté, Gauveau et Morin (14), de Québec, ont rapporté une méningite mortelle chez un enfant de 5 semaines, et Royer (15), de Montréal, a observé deux cas extrê-

mement graves avec une mortalité chez un bébé de 22 mois.

Les gastro-entérites à *Salmonella* surviennent à la suite de l'ingestion d'aliments contaminés. La courte période d'incubation peut être expliquée par le grand nombre d'organismes ingérés. L'hémoculture et le sérodiagnostic sont généralement négatifs, alors que les selles renferment l'agent pathogène. Comme la maladie passe souvent inaperçue chez l'adulte, c'est chez le nourrisson qu'elle est le plus souvent observée. Etudiant 200 cas de diarrhées infantiles estivales, Cataldi en trouva 41% causées par des bactéries (16). Les *Salmonelles* furent responsables de 26,5% des cas, les bacilles dysentériques 125% et les deux organismes furent trouvés dans 2,5% des cas. En 1948-49, le laboratoire du Ministère de la Santé isola 19 types différents de *Salmonella* et les plus fréquemment isolés furent *S. newport* et *S. typhi-murium*. La réputation de *S. enteritidis* d'être un agent très fréquent de gastro-entérite semble donc être surfaite, au Canada du moins.

Les septicémies avec invasion du sang, haute température rémittente et localisation purulente, peuvent aussi se rencontrer. Chez l'adulte, l'intestin est presque toujours épargné. Chez les nourrissons, la septicémie est souvent une complication de la gastro-entérite. Watt et Carlston (17), Abramson (18), ont décrit des épidémies d'infection à *S. typhimurium* chez des prématurés. Dans ces épidémies, il est intéressant de noter les variations dans la gravité des cas. Des 24 cas rapportés, il y eut 2 mortalités, 2 infections graves avec septicémie, et 20 cas relativement bénins de gastro-entérite. Dans chaque cas, le bébé, contaminé par sa mère à l'accouchement, avait communiqué l'infection aux autres bébés. Cependant, chaque espèce de *Salmonella* est potentiellement capable de causer n'importe lequel de ces trois types d'infection.

Le diagnostic de ces infections demande l'isolement et l'identification de la *Salmonelle* dans le sang, les fèces ou les urines, ou la démonstration dans le sérum sanguin d'une aug-

mentation du titre des anticorps spécifiques pour un organisme donné.

L'isolement des bacilles se fait suivant les méthodes déjà énoncées. Ajoutons que le milieu de Wilson et Blair est excellent pour la recherche du bacille typhique et que le bouillon d'enrichissement est indispensable. Le transport du sang, pour hémoculture, se fait en présence de bile à 20%, ce qui permet de recevoir un sang fluide exempt de contamination. Les réactions biochimiques permettent de grouper le bacille et aident aussi à la différenciation de quelques espèces. L'identification finale demande l'agglutination de la souche par des sérums spécifiques absorbés. La classification de l'espèce ou de la variété est basée sur le schéma de Kaufmann-White qui décrit la structure antigénique de chaque espèce. Alors, suivant le contenu en antigènes somatiques O et en antigènes flagellaires H, il est possible de décrire au delà de 150 types sérologiques. Cet renseignement n'est pas essentiel au clinicien, mais permet un diagnostic étiologique exact des infections et l'étude de leur épidémiologie.

Le même souci épidémiologique a présidé à la détermination des variétés de bacilles typhiques et de bacilles paratyphiques B par leurs bactériophages spécifiques. A l'aide de 32 bactériophages antityphiques et de 5 bactériophages anti-para B, mon collègue Desranleau a mis au point des méthodes d'identification extrêmement sensibles. Il a même réussi à préparer des bactériophages très efficaces pour le traitement de la typhoïde (19).

Un moyen de diagnostic indirect et moins satisfaisant, est le sérodiagnostic de Widal qui recherche les agglutinines spécifiques dans le sérum des patients. Il donne des résultats dans les fièvres entériques, les septicémies et les gastro-entérites à allure grave 1 à 2 semaines après le début de l'infection. L'apparition ou l'augmentation du titre des agglutinines O dénotent habituellement une infection. Les agglutinines H indiquent ordinairement une vaccination ou une infection passée. La recherche des agglutinines Vi sert au dépistage des porteurs de germes. Comme la typhoïde, au

début, peut se confondre avec la brucellose, notre laboratoire pratique de routine le sérodiagnostique de la brucellose sur tous les échantillons.

DIARRHÉE A PROTEUS.

Les *Proteus* sont présents partout dans la nature. Quoique leur présence soit fréquente dans les selles de l'homme et des animaux, ce n'est que lors d'une perturbation du mécanisme intestinal que l'on peut les trouver en grand nombre (20). Leur rôle dans l'étiologie des diarrhées estivales du nourrisson n'est pas encore complètement élucidé, mais il n'y a pas de doute qu'ils puissent se multiplier à un rythme accéléré dans l'intestin des jeunes enfants. Les études fouillées de Snyder, sur la flore microbienne normale de l'intestin des nourrissons âgés de 2 semaines à 1 an, démontrent l'absence de *Proteus* à ces âges. Il est raisonnable de penser que l'intestin du nourrisson sensible à un microbe étranger, réagit vigoureusement et que cette réaction se manifeste par un syndrome diarrhéique.

En 1906, Morgan isola, des selles de malades souffrant de diarrhée estivale, un bacille du genre *Proteus* appelé plus tard le *Proteus morganii*. Neter et Bender rapportèrent 7 cas d'entérocrites du nourrisson, avec quatre mortalités (21). Le seul organisme constamment isolé des selles fut *P. morganii*. L'enquête épidémiologique révéla que deux de ces cas survinrent simultanément chez des jumeaux dont la mère était porteuse de bacille de Morgan.

Le diagnostic bactériologique suit les techniques déjà exposées. Le milieu à l'urée confirme le diagnostic du genre. Le diagnostic de l'espèce est donné par l'ensemble des réactions biochimiques. Notre laboratoire isole un grand nombre de ces bacilles durant l'été, et a soin de les mentionner dans les rapports expédiés aux médecins.

DIARRHÉE A PYOCYANIQUE.

La propriété que possède le bacille pyocyanique ou *Pseudomonas æruginosa* de causer des gastro-entérites extrêmement graves chez l'en-

fant, fut longtemps mise en doute, vu son existence saprophytique dans la nature et dans l'intestin de l'homme. De nombreux auteurs lui ont assigné, avec raison, un rôle secondaire dans l'étiologie de ces infections. Cependant, il semble qu'à la lumière d'observations déjà anciennes et d'autres plus récentes, il soit impossible de nier la possibilité que, dans certains cas, cet organisme soit le seul microbe responsable. (22).

Calmette isole seulement le pyocyanique chez 15 sujets sur 16 victimes d'un syndrome dysentérieforme en Indochine. Chez les enfants de quelques semaines à 2 ans et demi, Cooley rapporte 28 cas de diarrhée à pyocyanique avec neuf mortalités. Escherich observe deux cas de diarrhée à pyocyanique chez deux enfants mis en contact avec un cas de septicémie due au même microbe. Lartigau rapporte 15 cas avec 4 décès chez des enfants de 19 mois à 5 ans. Le *Ps. æruginosa* fut isolé de l'eau du puits et des excréments des patients.

Hunter et Ensign ont observé une épidémie de 24 cas chez des enfants au-dessous de deux ans, hospitalisés dans un hôpital général. (23). Les symptômes furent par ordre de fréquence: diarrhée, vomissements, déshydratation, cyanose, syncope, douleurs et fièvre. Fait à noter, comme le pyocyanique produit des acides hydrocyaniques, on pensa à un empoisonnement lent. L'injection de bleu de méthylène indiqué dans cette variété d'empoisonnement donna des résultats merveilleux, faisant disparaître la cyanose et les signes de toxémie en moins de dix minutes. Un lait fortement contaminé, duquel le *Ps. æruginosa* fut isolé, était à l'origine de l'infection. Dans l'hôpital même, plusieurs cas furent observés dans d'autres départements et 24 infirmières furent victimes de gastro-entérites. En février 1949, dans un hôpital de la province, une épidémie affectant 11 nourrissons, dont 4 moururent, nous permit d'isoler le bacille pyocyanique chez 8 bébés.

Le diagnostic bactériologique de ces infections se fait à partir des selles, suivant les règles déjà énoncées. La production du pigment pyocyanine dans les milieux donne le diagnos-

tic de l'espèce. Comme l'infection est souvent distribuée par le sang, il y a toujours lieu de faire une hémoculture.

DIARRHÉES A COLIBACILLES ET A PARACOLIBACILLES.

Les bactériologistes n'osent se prononcer sur le rôle étiologique de ces bactéries dans les diarrhées infantiles. S'il est vrai que le colibacille puisse jouer quelque rôle dans la diarrhée des enfants, ce qui est loin d'être prouvé, deux hypothèses peuvent être mises de l'avant.

L'organisme humain s'accommode bien de la présence du colibacille dans son intestin, alors que le même bacille transporté dans d'autres organes peut causer des infections sérieuses. Il y a donc lieu de penser qu'il existe une adaptation spéciale entre l'individu et les souches de colibacilles habituellement présentes dans son système digestif. Il est donc possible que l'ingestion de souches étrangères puisse causer des troubles gastro-intestinaux. Comme Kauffman a pu différencier 116 types différents de colibacilles, la preuve de cette théorie pourrait se faire par le typage des souches de colibacilles présentes chez le nourrisson sain, et par la répétition de cette analyse, lors de l'éclosion d'une diarrhée chez le même nourrisson. La deuxième hypothèse tient compte du fait que le système digestif du nouveau-né est stérile à la naissance. L'alimentation au sein ou artificielle modifie cette situation durant les premiers jours de vie. Lors d'une ingestion massive de bactéries non pathogènes, l'intestin délicat du nouveau-né réagirait à ces bacilles, ou à leurs produits, par une diarrhée physiologique. Chez des races de souris élevées dans des conditions de stérilité absolue, on a pu provoquer des diarrhées avec des organismes aussi peu dangereux que le bacille subtilis.

Les paracolibacilles comprennent un groupe hétérogène de bacilles qui, pour une raison ou pour une autre, ne peuvent être inclus dans les coliformes qui fermentent le lactose ou dans les groupes qui ne le fermentent pas. Contrairement au colibacille, ils fermentent le lactose lentement ou pas du tout. Ils diffèrent des *Sal-*

monellæ et des *Shigellæ* par leur fermentation du lactose, du saccharose ou de la salicine, et par leur manque d'antigènes caractérisant ces deux groupes.

Comme ces organismes sont fréquemment isolés des fèces de personnes normales, il est peu probable qu'ils soient tous des agents responsables d'infections entériques. Cependant, il n'y a pas de doute que certains types soient capables de causer des gastro-entérites à allure épidémique. Buttiaus et Kesteloot (1948) ont isolé, de selles de syndromes dysentériques aigus, trois souches de paracolibacilles du groupe Arizona à l'exclusion de tout autre microbe pathogène (24). Plass (1947) rapporte une épidémie à paracolibacilles où le même organisme fut retrouvé dans les selles de 16 malades et dans le poulet incriminé (25). Stuart et ses collaborateurs (1943) ont pu observer 4 infections de laboratoire dues à des bacilles de ce groupe (26). En 1948, nous avons isolé de nombreux paracoli d'un jambon soupçonné d'être la cause d'un empoisonnement alimentaire chez les membres d'une même famille. Vu l'incertitude qui règne encore quant au rôle étiologique de ces organismes, notre laboratoire n'en fait pas mention dans les rapports qu'il envoie aux médecins.

DIARRHÉE A VIRUS.

La diarrhée épidémique du nouveau-né est une infection aiguë, infectieuse et contagieuse vraisemblablement causée par un virus filtrant. Cet agent isolé des selles de nouveau-nés par Light (1943) puis par Cummings et al (1946) produit la diarrhée chez de jeunes veaux. Le virus de la stomatite et de la diarrhée des nourrissons, isolé par Buddingh et Dood (1944) et rapporté comme étant aussi la cause de la diarrhée épidémique du nouveau-né, n'a pas encore été confirmé dans la littérature.

La trainée épidémique de l'infection comporte l'éclosion d'un ou deux cas bénins qui servent de foyer d'infection. Une période d'accalmie allant de quelques jours à 3 semaines peut survenir avant l'apparition de nouveaux cas. Puis de nouveaux cas apparaissent, seuls ou par

groupes de deux ou trois, et ainsi toute une pouponnière peut y passer. L'intervalle souvent éloigné entre l'apparition des cas peut faire penser à tort que l'épidémie est terminée. Quelquefois, l'épidémie peut revêtir un caractère explosif, surtout en présence de bébés prématurés ou débiles. La forme clinique peut être bénigne ou maligne. Rice et ses collaborateurs rapportent 505 cas avec 42% de mortalité survenus dans 11 hôpitaux de New-York pour les années 1934 à 1936. Quoique la maladie soit observée chez les bébés de moins d'un mois, Cummings a rencontré des cas chez des nourrissons de 2 mois. (27).

Le diagnostic différentiel de cette infection est souvent difficile à poser. Il faut d'abord éliminer certaines infections à caractère fulminant, comme les méningites et les septicémies. Le fait que cette maladie n'apparaît seulement que dans les pouponnières restreint le nombre des maladies à considérer. Cependant, le clinicien doit exclure les diarrhées fermentatives ou physiologiques, les diarrhées parentérales et les diarrhées spécifiques.

L'observation clinique et l'examen bactériologique, fréquent et négatif, des selles, du sang par hémoculture ou Widal, des sécrétions de la gorge et du nez et de tout échantillon indiqué, confirment le diagnostic. S'il y a décès, une autopsie pourra donner de précieux renseignements.

La conclusion de ce travail ne peut être que celle-ci: l'examen bactériologique des selles dans les cas de diarrhées infantiles ou autres, devrait être le premier souci du clinicien. Ainsi, son diagnostic sera plus précis, sa thérapeutique plus efficace, et sa clairvoyance contribuera à diminuer le nombre des infections entériques évitables.

BIBLIOGRAPHIE

1. M. GARNIER et V. DELAMARE: *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, 8e édit. Maloine, Paris, 1923, p. 171.
2. *Bacterial and Mycotic Infections of Man*. Lippincott, Philadelphie, 1948, Chap. IV-V.
3. J.-M. DESRANLEAU: « Techniques bactériologiques actuelles de Entérobactériacées. » *Can. Journ. of Med. Tech.*, **11**: décembre 1949.
4. P. GASTINEL: *Précis de Bactériologie Médicale*. Masson, Paris, 1949, p. 236.
5. H. STARKEY et J. POOL: « Survey of Intestinal Parasites in Repatriated Prisoners of War from Hong-Kong. » *Can. Med. Ass. Journal*, **57**: 377 (octobre) 1947.
6. M. J. MILLER: Study on Amebiasis. « A Clinical Study of Children Passing Cysts of Entamoeba histolytica. » *Can. Med. Ass. Journal*, **57**: 373 (octobre) 1947.
7. *Diagnostic Procedures and Reagents*, 2e édition, 1945, p. 405.
8. De la Broquerie FORTIER, R. TURCOT et P. LADOUCEUR-DUPUIS: « Les Dysenteries Bacillaires. » *L'Union Méd. du Canada*, **76**: (mai) 1947.
9. M. L. BLATT et N. G. SHAW: « Bacillary dysentery in children: Study of 356 cases from Children's Division in Cook County. » *Hospital, Chicago, Arch. Path.*, **26**: 216 (juillet) 1938.
10. P. LETONDAL: « La fièvre typhoïde chez le nourrisson. » *L'Union Médicale du Canada*, **51**: (août) 1922.
11. W. SAKO et J. FLEET: « Typhoid Fever in a seventh month old infant. » *J. Pediat.*, **23**: 340 (septembre) 1943.
12. F. H. TOP: *Communicable Diseases*, 2e édit., Mosby, St-Louis, 1947.
13. A. R. FOLEY: « An outbreak of Paratyphoid B Fever in the Nursery of a small hospital. » *Can. Journ. Pub. Health*, **38**: (fév.) 1947.
14. L. GAUVREAU et J. E. MORIN: « Purulent Meningitis due to Bacterium Paratyphoeum B. type 3a in a New-born. » *Canad. Med. Ass. Journ.*, **60**: (février) 1949.
15. A. ROYER: *Communication personnelle*, nov. 1949.
16. M. S. CATALDI: « Infectious Etiology of Infantile Summer Diarrhea. » *Rev. Asoc. Argentina Dictol.*, **2**: 118-121, 1944.
17. J. WATT et C. CARLSTON: « An Outbreak of Salmonella Typhimurium Infection among New-born Premature Infants. » *Pub. Health Reports*, **60**: (29 juin) 1945.
18. H. ABRAMSON: « Infection with Salmonella typhimurium in the New-born. » *Amer. J. Dis. Children.*, **74**: 576, 1947.

19. J.-M. DESRANLEAU: « Quelques essais de traitement de la typhoïde par les bactériophages anti-typhiques Vi. » *Sem. Hôp. Paris*, no 94, 18 déc. 1948.
20. TOPLEY et WILSON: *Principles of Bacteriology and Immunity*, 1947. Arnold, Londres, 3e édit., vol. I, p. 642.
21. E. NETER et N. C. BENDER: « Bacillus Morgani Type I in Enterocolitis of Infants. » *Journ. of Pediat.*, 19: (juillet) 1941.
22. H. H. WAITE: « A Contribution to the Study of Pyocyanus Infection with a Report of two cases. » *J. Inf. Diseases*, 5: 542, 1908.
23. C. A. HUNTER et P. R. ENSIGN: « An Epidemic of Diarrhea in a New-born Nursery caused by Pseudomonas aeruginosa. » *Am. Journ. Pub. Health* 37: 1166 (septembre) 1947.
24. R. BUTTIAUX et A. KESTELOOT: « Les B. para-coli du groupe Arizona. Leur pouvoir pathogène pour l'homme. » *Ann. Inst. Pasteur*, 75: 379 (octobre) 1948.
25. H. PLASS: « Outbreak of Diarrheal Disease Associated with Paracolon. » *J. Lab. Clin. Med.*, 32: (7 juillet) 1947.
26. STUART et coll.: « Biochemical and Antigenic Relationship of the Paracolon Bacteria. » *J. Bact.*, 45: (février) 1943.
27. G. D. CUMMINGS: *Epidemic Diarrhea of the New-born in Communicable Diseases*, par F. H. Top. 1947.

ATÉLECTASIE PULMONAIRE VALEUR DE LA BRONCHOSCOPIE ¹

Valmore LATRAVERSE,

Broncho-œsophagologiste, hôpital Notre-Dame (Montréal).

Les conférenciers précédents viennent de vous exposer comment et jusqu'à quel point l'anatomie pathologique, la clinique et la radiologie peuvent nous permettre d'interpréter et de reconnaître les phénomènes d'atélectasie pulmonaire. Ils ont eu la bonne indulgence de mentionner le droit de cité de la bronchoscopie.

Avec l'avènement de l'école des Jackson de Philadelphie, la bronchoscopie a révélé le véritable mécanisme de l'atélectasie par obstruction bronchique. Les Jackson et leurs élèves en ont démontré la valeur à la fois diagnostique et thérapeutique.

Au cours des dix dernières années, grâce à la bronchoscopie jusqu'à un certain point, bronchoscopistes et anesthésistes se sont rendu compte de l'importance de la pression négative intrapulmonaire dans le processus de l'atélectasie post-opératoire ou post-traumatique.

Avouons que le bronchoscopiste nous a fait mieux comprendre le processus atélectasiant associé à une réaction inflammatoire aiguë (broncho-pneumonie-laryngo-trachéo-bronchite aiguë) ou résultant d'un déséquilibre neurovasculaire tel dans l'asthme essentiel ou cardiaque. C'est encore la bronchoscopie qui aide l'anatomiste, le radiologiste et le chirurgien à mieux concevoir la distribution broncho-pulmonaire en segments qui sont le siège des zones d'atélectasie. D'où est venue la nomenclature bronchique maintenant en usage. (cf. *L'Union Médicale*, novembre 1946).

Pour répondre à l'esprit synthétique de ce symposium, nous nous contenterons de passer rapidement en revue les applications diagnostiques et thérapeutiques de la bronchoscopie dans l'atélectasie pulmonaire. Nous mentionnerons les principaux états pathologiques atélectasiant et dirons sommairement ce que le bronchoscopiste peut y constater.

Résumons immédiatement ce que comme méthode de traitement la bronchoscopie peut

1. Travail présenté aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1949.

réaliser. A travers le bronchoscope, l'endoscopiste pratique l'extraction des corps étrangers, la broncho-aspiration des sécrétions ou du sang hémoptoïque ou aspiré, l'insufflation directe d'oxygène en ajoutant au besoin une légère pression positive; l'irrigation bronchique en présence de sécrétions trop épaisses; l'installation de médicaments telle la pénicilline, l'ablation ou l'électrocoagulation de tumeurs et de bourgeons charnus, la dilatation d'une sténose bronchique.

Mais, avant même d'introduire le bronchoscope, le bronchologue, conservant ses prérogatives de clinicien, orientera ses manœuvres après avoir bien observé le type respiratoire du malade confié à son intervention.

Comme l'atélectasie résulte de la privation d'air d'un territoire donné, selon que l'obstacle au passage d'air siègera au niveau des voies respiratoires supérieures ou inférieures, nous serons en présence d'un syndrome différent.

Dans le tableau qu'il nous trace de la laryngo-bronchite aiguë, Chevalier Jackson met en relief les phénomènes associés à l'obstruction laryngotrachéale.

Ce genre d'obstruction donne naissance à la dyspnée stridoreuse, inspiratoire, imitant le ronronnement du chat et pouvant aller jusqu'au son guttural qui accompagne le tirage proprement dit.

De cette dyspnée inspiratoire résultent d'une part l'élimination d'air résiduel pendant la course expiratoire à défaut d'air inspiré, d'autre part, l'augmentation de la pression négative intrapulmonaire. Ce qui, selon le jeu de soupape exposé par Chevalier Jackson, explique l'inondation bronchique par les sécrétions provenant de la transsudation de liquide à travers la muqueuse vers la lumière bronchique.

C'est en enlevant la cause d'obstruction et en pratiquant la broncho-aspiration que le bronchoscopiste se rend compte de ce phénomène. Aussi est-ce en vain qu'on tentera de faire absorber de l'oxygène à un malade inondé de sécrétions.

Selon que l'obstacle siègera au-dessus ou au-dessous de la fourchette sternale, on aura affaire à des affections causales tantôt pharyngo-laryngées, tantôt trachéo-bronchiques.

En présence des atélectasies associées aux obstructions des voies respiratoires supérieures c. à d. siégeant au niveau du pharynx et du larynx, la dyspnée inspiratoire stridoreuse devient le signe avant-coureur important d'atélectasie.

Dans ce groupe, le geste d'urgence à appliquer consistera soit à soulever l'obstacle soit à contourner la difficulté par la trachéotomie précoce et basse, suivie des traitements post-opératoires appropriés.

Ici encore, la broncho-aspiration devra toujours se pratiquer avantagement et parfois elle devient la thérapeutique salutaire.

C'est dans le groupe des affections trachéo-bronchiques que se situe réellement l'atélectasie décrite par les confrères participant au symposium. La privation d'air d'un poumon, d'un lobe ou d'un segment trouvera souvent son explication endoscopique dans la présence d'un corps étranger, d'une sténose organique ou d'une tumeur.

CONSTATATIONS ENDOSCOPIQUES

Mettant de côté le détail des descriptions bronchoscopiques, nous citerons, de préférence, les syndromes où la bronchoscopie présente une valeur tantôt diagnostique, tantôt thérapeutique.

Il n'y a pas que les sténoses bronchiques par corps étrangers, tumeur et anneau cicatriciel, qui peuvent engendrer le syndrome atélectasiant. Le plus souvent, on rencontrera une hypertrophie congestive de la muqueuse diminuant ainsi la lumière bronchique; cette dernière sera remplie de flocons de mucosités gélatiniformes qui seront d'un volume disproportionné à l'importance du syndrome clinique: petite cause locale à grand effet. La broncho-aspiration rétablira vite la ventilation pulmonaire, faisant ainsi disparaître l'aspect dramatique de l'atélectasie.

Grâce à la bronchoscopie, la pression négative intra-pulmonaire engendrée par la cause atelectasiant endo-bronchique laissera place à la pression positive physiologique que l'insufflation endoscopique d'oxygène pourra augmenter au besoin.

L'obstacle endobronchique atelectasiant peut aller du simple bouchon de mucus à l'inondation sécrétoire. Quant aux autres facteurs étiologiques, les exposés cliniques et anatomo-pathologiques en ont fait mention.

SYNDROMES ET PNEUMOPATHIES OÙ LA BRONCHOSCOPIE SE TROUVE INDIQUÉE.

Atélectasie pulmonaire

I — *Obstruction par:*

- a) corps étranger: métallique, végétal, inerte, broncholite;
- b) sang: hémoptysie — amygdalectomie — traumatisme du thorax;
- c) sécrétions:

purulentes:

- 1 — laryngo-trachéo-bronchite aiguë
- 2 — broncho-pneumonie (infectieuse ou post-opératoire tardive)
- 3 — abcès ou gangrène
- 4 — bronchiectasie

non-purulentes:

- 1 — asthme (allergique ou cardiaque)
- 2 — atelectasie (post-opératoire récente à la suite d'opération abdominale; post-traumatique; post-obstétricale du nouveau-né.)

II — *Sténose bronchique:*

- a) inflammatoire: T.B. — cicatricielle;
- b) par compression extra-trachéo-bronchique:

(1) adénopathie: T.B., néoplasie, Hodgkin, sarcoïdose; (2) médiastinite; (3) goitre plongeant; (4) anévrisme de l'aorte; (5) tumeur bénigne ou maligne.

III — *Tumeur endobronchique:*

- a) bénigne: adénome (carinoïde), papillome, angiome, lipome, ostéo-chondrome, scléroma;
- b) maligne: épithélioma, sarcome.

Bronchoscopie au lit du malade.

Chez les grands malades dont l'état nécessite une aspiration bronchoscopique, notre technique de la bronchoscopie au lit du malade s'est montrée des plus saluaires. Car, soit qu'il s'agisse de traumatisé du thorax ou de l'abdomen, soit d'opéré récent ou d'asthmatique essentiel ou cardiaque en crise sub-aiguë, ces grands malades ne supportent pas sans danger, les déplacements importants; on les évite par cette méthode. En effet, nous exécutons la bronchoscopie, le patient étant maintenu en position un peu inclinée et dans l'axe du lit.

Conclusion

Tout syndrome d'atelectasie exigera une bronchoscopie exploratrice qui, dans certains cas, deviendra thérapeutique. Le bronchoscopiste devient non plus le consultant, mais bien le collaborateur immédiat du médecin appelé auprès du malade menacé d'atelectasie pulmonaire ou se débattant dans l'état de celle-ci déjà installée.

L'EXAMEN CLINIQUE EN UROLOGIE ¹

Jean CHARBONNEAU,
Neurologue à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

L'urologie permet de faire un diagnostic précis, et c'est par un examen clinique bien fait, complété par une exploration instrumentale des plus au point, qu'on y arrive.

Avant d'étudier rapidement les qualités d'un bon examen clinique, rappelons quatre points capitaux qui doivent, au premier abord, orienter le médecin dans cet examen.

L'anatomie de l'appareil génito-urinaire comprend deux grandes parties: l'une, inférieure ou génitale, l'autre, supérieure ou urinaire. Toute affection se localise d'abord à l'une ou l'autre de ces régions et, secondairement, se propage à la partie voisine. La vessie peut être considérée comme une portion intermédiaire et, en fait, l'infection vésicale est la plupart du temps consécutive à une infection rénale ou génitale. Le premier grand point clinique consiste donc à *faire la distinction entre une lésion de l'appareil urinaire et une lésion de l'appareil génital.*

Deuxièmement, il importe de *déterminer si la lésion est obstructive ou non obstructive.* Plusieurs lésions de l'appareil génito-urinaire ne sont pas aussi sérieuses en elles-mêmes que par leurs effets sur l'excrétion urinaire. La gravité de ces lésions doit donc être édictée en fonction de l'excrétion.

Le troisième point constatera *la présence ou l'absence d'infection urinaire.* Problème troublant que cette infection qui entraîne les complications les plus difficiles à traiter. C'est l'exemple d'un tout petit calcul urétéral qui peut devenir mortel, si les manipulations pour l'extraire s'accompagnent d'infection et de pyélonéphrite.

Enfin le médecin, en quatrième lieu, jugera opportun ou non de faire un examen instrumental.

Messieurs, ce court entretien n'a pas pour but de revoir toute la sémiologie urinaire. Nous voulons seulement étudier avec vous les deux grands symptômes qui amènent généralement le patient à consulter: *la douleur et les troubles de la miction.*

LA DOULEUR.

Avant de considérer le caractère des douleurs causées par le rein, l'uretère, la vessie et les organes génitaux, disons un mot sur ce que les malades appellent le mal de reins, la douleur lombo-sacrée ou le « low back pain » des anglais. Lorsqu'un patient se présente pour un mal de dos, un mal de rein ou mal aux reins, il importe de déterminer si la douleur est locale ou si elle trouve son origine dans une région éloignée. En urologie, la plupart des douleurs, sauf celles causées par les organes génitaux externes, sont des douleurs réflexes. Ainsi, les maladies de la peau, des muscles et des tissus squelettiques sont les causes principales des douleurs locales du dos. Il en est de même des affections rhumatismales, des myalgies, des arthrites, des lésions vertébrales. Les fractures, souvent méconnues, des apophyses transverses des vertèbres lombaires, donnent des symptômes simulant souvent une affection rénale. Et, fait important à signaler, les lésions de l'estomac, des intestins, du foie, de la vésicule biliaire, de la rate et du pancréas, peuvent aussi engendrer des crises douloureuses analogues à la colique rénale. La raison physiologique en est que les fibres sympathiques des viscères abdominaux et celles venant de l'uretère et du rein se terminent toutes dans les mêmes segments de la moelle. Conclusion logique, il faut considérer la douleur comme une indication sérieuse de la nécessité de rechercher l'origine de celle-ci, jusqu'à ce que des renseignements positifs nous fixent sur le diagnostic.

1. Travail présenté au Congrès Régional de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, tenu à Chicoutimi, juin 1949.

La douleur rénale proprement dite est typiquement ressentie à l'angle costo-vertébral. Elle est habituellement accompagnée d'irradiation à l'abdomen, le long des fausses côtes; le long de l'uretère, vers le flanc et la fosse iliaque, du côté correspondant. Les patients, qui nous la décrivent, ont l'habitude de se placer le pouce à l'angle costo-lombaire, et les doigts au-dessous des fausses côtes. Elle se présente habituellement sous forme de pesanteur, de tiraillement et d'élançements. *La colique rénale*, dite néphrétique, est une douleur à point de départ costo-lombaire, s'irradiant le long de l'uretère vers la vessie et les organes génitaux externes, s'accompagnant de troubles digestifs réflexes, sous forme de nausées ou de vomissements et, également, de troubles urinaires (pollakiurie, hématurie). Si typique soit-elle, la colique néphrétique ne doit pas être nécessairement la signature d'un calcul. Toute obstruction de l'uretère, par une bride, un vaisseau anormal, une masse siégeant dans le petit bassin, peut causer une colique néphrétique. La fréquence de la douleur dans les régions rénales est un indice de son importance. Il est malheureux, toutefois, que cette douleur ne soit pas toujours pressante, car elle seule dirige le malade chez son médecin et permet à celui-ci de faire un diagnostic précoce.

La douleur urétérale est souvent reliée à la douleur rénale et, probablement, causée par une diminution du calibre de l'uretère, en un endroit quelconque de son trajet. Elle peut être provoquée par une lésion siégeant soit dans la lumière urétérale elle-même, soit dans la paroi de l'uretère ou en dehors de l'uretère. Lorsque les parois de l'uretère sont inflammatoires, les douleurs locales sont plus marquées que des douleurs irradiées. Les fibres nerveuses qui desservent l'uretère supérieur ont leur origine dans le plexus rénal, au niveau du même segment de la moelle que celles qui innervent le rein et le bassinet; mais elles sont en plus étroite relation avec les fibres nerveuses qui vont aux testicules. Pour cette raison, on peut supposer qu'une douleur s'irra-

diant vers le testicule, est plus le fait d'une lésion urétérale que d'une lésion rénale.

Les douleurs vésicales sont, le plus souvent, associées aux troubles de la miction et se présentent comme une douleur sourde siégeant immédiatement en arrière du pubis. Le trigone étant la partie la plus sensible de la vessie, les lésions qui ne s'y étendent pas ne sont pas, généralement, très douloureuses. Les douleurs vésicales ont deux origines: 1° les lésions qui siègent dans la vessie ou dans ses parois et 2° les lésions qui sont extrinsèques à la vessie. Les douleurs d'origine intra-vésicale sont habituellement plus constantes, tandis que les autres sont, la plupart du temps, causées par des adhérences au rectum, aux trompes, à l'utérus et aux organes avoisinant la vessie.

Les douleurs ayant comme siège le testicule ou l'épididyme sont suffisamment localisées, pour qu'on les identifie facilement. *L'épididymite* donne une douleur très aiguë qui s'irradie le long du cordon, vers la région inguinale, la face antérieure de la cuisse et le périnée.

La douleur prostatique est intimement liée à la miction. Une douleur du début de la miction et persistant tout le temps de cette miction est caractéristique de la prostatite aiguë. Si le trigone participe au processus inflammatoire, les douleurs persisteront jusqu'à la fin de la miction. Les douleurs prostatiques s'irradient habituellement vers le sacrum et les orthopédistes savent qu'ils sont souvent consultés pour des douleurs lombo-sacrées ayant la prostate comme origine.

LES TROUBLES DE LA MICTION.

Les principaux troubles de la miction, sur lesquels nous voulons dire un mot, sont: la pollakiurie, la dysurie, l'incontinence et l'anurie.

La pollakiurie résulte de l'augmentation du nombre des mictions. Cette augmentation est provoquée, soit par une réduction de la capacité vésicale, soit par une diminution du volume excrété à chaque miction, à cause d'une obstruction. Les principales lésions qui provoquent la pollakiurie sont de deux ordres.

D'abord les causes générales telles que diabète, régime alimentaire, causes psychiques et réflexes; et, deuxièmement, les infections locales de l'urètre, de la prostate, telles que prostatite, rétrécissements urétraux, cystite, trigonite.

La dysurie est la difficulté qu'éprouve le patient à émettre une partie ou la totalité des urines. Un jet bifide, en tire-bouchon, est significatif d'un rétrécissement de l'urètre. L'hésitation ou le bégayement du début de la miction est l'apanage des prostatiques. Des changements dans le volume et la force du jet accompagnent à peu près toutes les formes de dysurie.

L'incontinence, c'est-à-dire l'émission involontaire et inconsciente des urines, peut être complète ou partielle. Lorsqu'elle est complète, le sphincter est complètement relâché, de sorte que l'urine s'écoule continuellement. Lorsqu'elle est partielle, elle peut être de plusieurs variétés. Le faible contrôle survient quelquefois à la suite de prostatectomie, de sorte qu'un mouvement brusque peut être accompagné du passage de quelques gouttes

d'urine. Le traumatisme de l'urètre, au cours de la grossesse, cause quelquefois de l'incontinence, tandis que l'incontinence passive est celle que l'on rencontre chez les distendus urinaires qui urinent, en somme, par regorgement. Un autre type d'incontinence est celle que l'on rencontre dans les vessies dites automatiques. On peut produire expérimentalement cette incontinence chez l'animal, par section de la moelle lombaire. La vessie perd alors son pouvoir de contraction volontaire, mais le tonus muculaire est suffisant pour lui permettre de se contracter involontairement.

L'anurie, enfin, est caractérisée par l'absence complète d'urine dans la vessie. Elle peut être causée, soit par une obstruction mécanique, soit par un arrêt de la sécrétion urinaire, soit enfin par une association des deux facteurs. Je n'ai pas le temps de développer le chapitre de l'anurie; j'insiste, toutefois, sur l'importance de reconnaître rapidement l'absence d'urine dans la vessie, car, reconnue tardivement, son traitement devient difficile et sa guérison incertaine.

L'AMÉNORRHÉE

Jean GRIGNON, F.R.C.P. (C) (Montréal).

Il semble bien logique avant de parler d'aménorrhée de situer notre sujet; de mentionner quelques faits qui, au cours de l'exposé, vont aider la compréhension du problème.

D'abord qu'est-ce qui se produit durant le cycle menstruel au niveau des glandes et des organes responsables de ce cycle? Je tiens à mentionner au tout début que le cycle menstruel connu depuis si longtemps, malgré les théories les plus extraordinaires qui semblent l'expliquer, malgré les expériences et les recherches concluantes sur certains points présente encore au chercheur des points obscurs susceptibles d'être éclairés davantage.

Je ne veux pas m'étendre sur la physiologie de l'ovaire et de l'utérus que vous connaissez assez bien, ni sur l'état de ces organes qui doivent être normaux si l'on veut avoir un cycle menstruel normal, pour regarder un peu ce qui se passe dans la glande mère i. e. l'hypophyse.

Il fut un temps où les gonadotropines A et B avaient une fonction bien précise, étaient sécrétées à tel ou tel moment du cycle de façon quasi mathématique. Mais les constatations cliniques et conséquemment les recherches biologiques nous ont enlevé l'illusion d'un processus vital aussi simple. Et si aujourd'hui, avant

d'arriver à la synthèse définitive, les chemins sont encore nébuleux par endroits, nous pouvons tout de même dresser les jalons qui, avec les années, nous conduiront à la simple vérité.

Depuis les travaux de Greep et d'Astwood entre autres, nous savons que le facteur FSH (follicule stimulating hormone) seul peut faire croître le follicule ovarien. Mais ce follicule pourra sécréter des œstrogènes à condition qu'il présente en même temps des traces du facteur LH (luteinizing hormone). La combinaison de ces deux facteurs est nécessaire à la ponte ovulaire et à la formation du corps jaune; mais ici encore, pour sécréter de la lutéine, le corps jaune a besoin d'un troisième facteur: le facteur LU (lutéotrophique).

Chez la femme qui menstrue normalement, ces gonadotropines sont libérées à des taux différents et au moment voulu, sans l'intermédiaire de stimulus externe comme on peut le prouver chez la chatte et la lapine; mais elles sont dépendantes des sécrétions ovariennes et de l'état de l'hypothalamus.

Voilà en résumé à peu près où nous en sommes dans la compréhension des mécanismes intimes qui gouvernent le cycle menstruel chez la femme.

Normalement la femme commence à menstruer vers 13-14 ans et cesse de le faire entre 40-50 ans. Les menstrues peuvent apparaître un peu avant ou un peu après 13 ans, cesser un peu avant ou un peu après 50 ans tout en restant dans les limites physiologiques. Mais si la menstruation n'est pas apparue à 18 ans, ou si elle cesse avant 35 nous pouvons alors penser à quelque chose de pathologique.

Le terme aménorrhée primaire veut dire que les menstrues ne sont jamais apparues; tandis qu'on parlera d'aménorrhée secondaire pour la patiente qui cesse de menstruer après avoir présenté des menstruations normales. Il ne faudrait pas parler d'aménorrhée secondaire avant deux ou trois mois d'aménorrhée.

Pour ce qui est de la classification des amé-

norrhées, je viens vous proposer celle de mon maître Albright. Elle a le désavantage d'être basée sur des tests hormonaux; mais elle a l'avantage de mieux situer et simplifier le sujet en attendant que nos hôpitaux voient la nécessité et aient les moyens de pratiquer ces mystérieux!!! tests hormonaux qui, à notre avis, seront à l'avenir aussi utiles au clinicien que le sont actuellement une azotémie ou une glycémie.

Albright classe les aménorrhées suivant le taux de FSH trouvé chez la patiente:

1. — *Aménorrhée avec FSH +* (augmenté)
Insuffisance ovarienne quelconque (ménopause).
2. — *Aménorrhée avec FSH 0* (absent)
absence idiopathique du seul facteur FSH.
3. — *Aménorrhée avec FSH — ou 0* (diminué ou absent)
hypopituitarisme de toutes sortes:
troubles primitifs;
tumeurs ovariennes ou surrenaliennes;
tous les troubles métaboliques: obésité, malnutrition, troubles thyroïdiens, troubles surrenaliens, maladies cachectisantes, etc.
4. — *Aménorrhée avec FSH* (normal).
Troubles utérins primaires ou secondaires; troubles hypothalamiques organiques ou fonctionnels.

1. — AMÉNORRHÉE AVEC FSH +.

C'est l'aménorrhée de la ménopause et de toutes les insuffisances ovariennes primitives. Il semble bien que l'ovaire puisse devenir réfractaire aux stimulations hypophysaires à tout âge; et cela sans présenter de lésions organiques, comme on peut le constater pour la thyroïde entre autres. Mais il arrive plus souvent que la ménopause précoce soit causée par des lésions organiques (kystes, tumeurs, inflammations) qui ont avec le temps détruit la réceptivité ovarienne.

Cette insuffisance ovarienne, arrivant après une période de fonctionnement normal, ne pré-

sentera pas cliniquement le même aspect que celle due à des troubles prépubertaires ou congénitaux des ovaires. Dans le premier cas les caractères sexuels secondaires sont encore présents même si l'on peut noter une certaine régression; tandis que dans le deuxième cas, ces caractères sont absents et la stature vraiment eunuchoïde.

Dans cette aménorrhée, les œstrogènes sanguins sont le plus souvent subnormaux. Je dirais bien le plus souvent, car il est possible, après une castration, d'en trouver durant quelques mois un taux assez normal. Nous en avons fait la constatation quelquefois et il faut en attribuer la cause à une plus grande sécrétion par le cortex surrénalien.

Traitement.

Le traitement causal est ici bien rare. Il pourra être employé avec parfois certains succès si l'étiologie est tumorale ou infectieuse (syphilis). Le plus souvent il en sera un de substitution.

Même si une femme ne doit jamais pouvoir jouir des plaisirs de la maternité, elle a le droit de bénéficier au moins de certaines attributions propres à son sexe. Il est à notre avis du devoir du médecin de ne pas abandonner cette patiente qui est d'ordinaire instable et déprimée et qui peut facilement verser dans la névrose ou la psychose.

D'abord sédation et psychothérapie, puis médication opothérapique de remplacement. Essayer par de fortes doses d'œstrogènes de lui développer les glandes mammaires, les organes génitaux, etc., même la faire menstruer cycliquement avec ou sans progestérone.

Même chez la ménopausée normale, nous conseillons de très faibles doses d'œstrogènes, avec périodes d'abstention, bien entendu, dans le but d'aider ses muscles, sa peau et surtout son squelette à garder leur souplesse et leur vigueur le plus longtemps possible.

2. — AMÉNORRHÉE AVEC FSH = 0.

C'est l'aménorrhée due au manque idiopa-

thique de FSH hypophysaire avec, par ailleurs, une pituitaire normale.

Ces cas sont rares. Les caractères sexuels secondaires sont absents, la taille est en général au-dessus de la normale parce que la croissance en longueur n'a pas été arrêtée par les hormones gonadiques, les 17 kétostéroïdes sont subnormaux. Sauf par les tests hormonaux, il est impossible de différencier ces cas d'avec les insuffisants ovariens prépubertaires.

Traitement.

Théoriquement nous devrions espérer certains succès par l'injection de gonadotropines. Pratiquement, il est encore impossible d'obtenir plus qu'un succès temporaire, parce que les extraits hypophysaires causent des réactions d'antihormones et parce que nous ignorons la proportion des différentes gonadotropines à injecter aux différentes périodes du cycle menstruel.

Et, ici comme précédemment, nous employons une thérapeutique de substitution.

3. — AMÉNORRHÉE AVEC FSH = 0 ou —.

Cette aménorrhée est causée par l'insuffisance pituitaire primitive ou secondaire, organique ou fonctionnelle.

L'aspect clinique variera suivant la période et le degré d'atteinte pituitaire. Touchée avant la puberté l'hypophyse ne permettra qu'un hypo-développement des caractères sexuels secondaires et, parce que d'habitude cette glande est touchée dans plusieurs de ses facteurs, notre patiente sera de petite taille avec parfois un type physique eunuchoïde.

Si l'atteinte survient à l'âge adulte, il est évident que les mensurations de l'individu seront normales avec des caractères sexuels secondaires que l'on pourra trouver à tous les stades de régression en plus des signes d'insuffisance surrénale, thyroïdienne, etc., si l'atteinte hypophysaire est totale.

L'insuffisance pituitaire est le résultat d'une atteinte organique par une tumeur de la glande

même (tumeur à cellules œsinophiles, basophiles, chromophobes), ou du voisinage (craniopharyngiome ou toute tumeur ou kyste du voisinage), ou d'une destruction de l'hypophyse par un traumatisme, une infection, une hémorragie ou une nécrose comme dans le syndrome de Simmond et de Sheehan.

Mais, la plupart du temps, l'insuffisance pituitaire n'est que fonctionnelle et facilement réversible contrairement à ce que l'on a cru pendant trop longtemps. D'abord il faut mentionner les tumeurs ovariennes et surrénales qui sécrètent des stéroïdes, et qui vont ainsi inhiber le FSH. Et nous savons que tous les troubles métaboliques généraux vont toucher l'hypophyse dans plusieurs de ses fonctions. Ce peut être une nutrition insuffisante au point de vue calorique aussi bien que la diète pauvre en protéines et en vitamines. Ce peut être l'obésité par l'absence de certains facteurs alimentaires aussi bien que par la surcharge graisseuse ou fonctionnelle que doit supporter la pituitaire. Ce peut être un hypermétabolisme par une excrétion trop rapide d'œstrogènes et par souffrance tissulaire générale; ce peuvent être des troubles des surrénales (Cushing, l'adreno-génital Addison) par leurs effets sur le métabolisme général aussi bien que directement sur l'hypophyse. Ce peuvent être enfin toutes les maladies cachectisantes qui, d'une façon ou d'une autre, sont dommageables à tous les tissus.

Le diagnostic étiologique, parfois complexe, s'impose par tous les moyens; il peut forcer l'interniste à déployer tous ses atouts. D'abord un questionnaire serré aussi bien du patient que de son entourage, un examen général des plus minutieux et des examens assez complexes qui vont exiger l'aide du gynécologue, de l'ophtalmologiste, du neuro-chirurgien et de l'endocrinologiste.

Traitement.

Il variera évidemment suivant l'étiologie reconnue. Certains cas relèveront de la chirurgie gynécologique, nerveuse ou glandulaire. La plupart du temps, puisque la cause en est une de métabolisme général, la patiente

sera traitée adéquatement par le médecin. Diète pour les obèses et les hypo-nourris, guérison si possible des infections chroniques, extraits glandulaires divers judicieusement choisis et aux doses convenables pour chaque cas, traitement psychologique de ces sujets qui sont hypo ou hyper-nourris par troubles psychologiques.

Les résultats ainsi obtenus sont parfois définitifs et sensationnels. Parfois il faut une thérapeutique de substitution utile et nécessaire la plupart du temps. Parfois aussi il faut oublier l'aménorrhée pour ne s'occuper définitivement que de l'état général comme dans la maladie d'Addison et le syndrome de Simmond.

4. — AMÉNORRHÉE AVEC FSH NORMAL.

Cette aménorrhée peut être primaire ou secondaire si elle est due à un trouble utérin (sténose du col, absence d'utérus, sclérose de l'endomètre); elle est secondaire dans les troubles fonctionnels hypothalamiques.

Dans ces deux éventualités les caractères sexuels secondaires sont normaux. Chez une patiente qui a ces caractères normaux et qui n'a jamais menstrué, il faut examiner son utérus très attentivement; car un examen sommaire peut donner une fausse certitude, bien regrettable parfois pour la patiente. Les cas les plus difficiles sont ceux qui n'ont qu'une sténose du col et qui n'ont pas bien remarqué ces douleurs abdominales basses qui durent de trois à cinq jours chaque mois et qui sont la traduction d'une menstruation en vase clos. Ces patientes qui ont un utérus responsable de leur aménorrhée ont des œstrogènes sanguins à taux normal, ce qui doit nous orienter d'avantage.

Une jeune fille qui arrive à l'hôpital pour un cours de garde-malade, qui a eu une vie génitale absolument normale et qui cesse de menstruer pour plusieurs mois. La femme qui après un premier accouchement a chambardé son genre de vie et qui n'a pas de menstrue avant un an. La patiente qui fait de l'anorexie nerveuse et qui a cessé de menstruer avant

que ne se développe l'anorexie. Ces cas et bien d'autres similaires souffrent d'aménorrhée hypothalamique.

Ces patientes ont toujours menstrué normalement et, à la suite d'un choc émotionnel quelconque, cessent de le faire complètement. Tous les examens ordinaires ne décèlent rien. Mais le curetage médical ou chirurgical est négatif et les œstrogènes sanguins sont très bas. Le choc a causé une dysnergie entre l'hypothalamus et l'hypophyse. Le FSH est normal; mais les facteurs LH et LU ne sont pas sécrétés et par conséquent il n'y a pas d'œstrogènes sécrétés, pas d'ovulation, etc.

Traitement:

Si, au niveau des organes génitaux internes, la lésion est réparable, il faut tenter l'intervention, même si les résultats ne sont pas aussi bons qu'on le voudrait.

Dans l'aménorrhée hypothalamique il faut d'abord ne pas nuire avec des médications inopportunes qui pourraient laisser des traces plus tard.

Parmi les médications qui peuvent être utiles il y a les injections d'APL à 1000 i.u. chaque jour pour dix jours, ou la progestérone 5 mg. par jour pour dix jours. Ces injections sont répétées tous les mois afin d'aider l'ovaire et l'utérus à garder leur réceptivité pendant les mois d'aménorrhée. Parfois ces injections peuvent amener une menstruation, parfois rien du tout.

Certains préconisent de faibles doses d'œstrogènes cycliquement dans le but de forcer la sécrétion de LH. Certains ne font rien du tout et la menstruation va apparaître spontanément après quelques mois quand l'inhibition sera levée. Il est bien évident que la psychothérapie a ici sa place très importante. Nous conseillons des cycles artificiels tous les deux ou trois mois pour éviter l'atrophie endométriale et la présence de lésions irréversibles quand les gonadotropines seront de nouveau sécrétées normalement.

Je vous ai présenté un schéma un peu différent de l'aménorrhée. Il n'est pas plus élaboré que les autres. Il peut sembler ignorer quelque peu le côté clinique. Il a pour grande valeur de classer d'une façon compréhensible les différentes aménorrhées.

BIBLIOGRAPHIE

- ASTWOOD: *Endocrinology*, **28**: 309-320, 1941.
 ALBRIGHT et REIFENSTEIN: Clinique des troubles ovariens: 1945-46 (non publié).
 KLINEFELTER et ALBRIGHT: « FSH in urine. » *Journal of Clinical Endocrinology* **3**: 529-544, 1943.
 John ROCH: « Menstruation, its disorders and their treatment. » *New England Journal*, **233**: 817, 1945.
 MARKEE: « Release of LH from the hypophysis of the rabbit. » *Recent progress in hormone Research*, vol. II, page 117.
 O. et S. SMITH: « Functional flowing. » *Journal of Clinical Endocrinology*, **5**: 319-321 (sept.) 1945.

LES SYNDROMES ANGINEUX

Fernand SÉGUIN,

Cardiologue à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Les syndromes angineux provenant d'un trouble de la circulation coronarienne, dû le plus souvent à l'athéro-sclérose des artères coronaires, nous résumerons en quelques minutes ces troubles de la circulation coronarienne et leur traitement immédiat. Nous les diviserons en deux stades, à savoir le stade aigu et le stade chronique.

Le stade aigu peut comprendre trois phases:

1° l'occlusion coronaire avec infarctus du myocarde qui est presque toujours la conséquence d'une thrombose d'une artère coronaire scléreuse et plus rarement celle d'une embolie septique dans l'endocardite, d'une embolie par métastase dans le cancer, ou d'une embolie paradoxale;

2° l'infarctus du myocarde, sans occlusion coronaire aiguë, qui peut arriver dans l'obstruction chronique complète ou partielle à l'occasion d'un effort physique violent;

3° l'occlusion coronaire aiguë sans infarctus du myocarde qui est plutôt rare, parce qu'en général il y a un peu de fibrose du myocarde comme résultat.

Les manifestations cliniques des troubles coronaires aigus dépendent surtout de l'étendue et de la localisation de la zone d'ischémie du myocarde. L'occlusion coronaire aiguë avec infarctus du myocarde présente les symptômes suivants: une douleur sévère et prolongée dans la région du sternum, la région précordiale ou la région abdominale supérieure; le patient est frappé au repos ou au travail, durant le sommeil ou à l'état de veille souvent sans douleurs prémonitoires. Quelquefois il n'y a qu'une sensation de malaise. L'irradiation de la douleur se fait vers le bras gauche, l'épaule, la mâchoire, l'abdomen, etc. (comme dans l'angine de poitrine). La douleur a une durée variable de plusieurs heures à plusieurs jours. Il faut bien se rappeler que l'on peut avoir un infarctus sans douleur et que ces cas sont caractérisés par l'apparition su-

bite d'œdème pulmonaire, de décompensation cardiaque, de choc ou de faiblesse (ainsi chez les nègres la dyspnée et non la douleur accompagne le plus fréquemment l'infarctus).

Il existe un état de choc avec baisse de la pression artérielle et veineuse, une transpiration abondante, de la pâleur, un pouls petit et rapide ou une bradycardie si l'attaque a débuté par une syncope ou s'il s'agit d'un infarctus postérieur. L'examen cardiaque peut être négatif ou ne déceler qu'un assourdissement des bruits, surtout le premier, un bruit de galop, des frottements péricardiques ou des arythmies. Les examens de laboratoire vont montrer une leucocytose, une sédimentation élevée, une glycosurie passagère, une hématurie (s'il y a eu infarctus rénal par embolie), une azotémie élevée s'il y a eu anurie réflexe.

L'électrocardiogramme permet de faire le diagnostic dans la plupart des cas où il y a eu infarctus; mais il faut se souvenir que les tracés caractéristiques peuvent n'apparaître que quelques heures et quelquefois plusieurs jours après l'attaque.

L'athéro-sclérose des coronaires existe souvent sans donner de symptômes tant que le débit des artères coronaires n'est pas réduit de façon critique. Les manifestations cliniques apparaissent lorsqu'une insuffisance relative est produite par l'occlusion ou la diminution de calibre des vaisseaux coronariens: alors la circulation coronarienne, suffisante au repos, ne peut suffire à fournir au myocarde ce qu'il lui faut pour une bonne nutrition et une bonne oxygénation.

L'angine de poitrine est la manifestation clinique caractéristique d'une insuffisance coronarienne relative. C'est un symptôme complexe et non une maladie. Le diagnostic repose premièrement sur l'histoire clinique et non sur des faits objectifs, sauf l'électrocardiogramme lorsque positif.

La douleur se présente par paroxysmes avec quelquefois persistance d'une douleur sourde

entre les paroxysmes. Elle dure ordinairement moins de cinq minutes et rarement plus de quinze minutes; elle est sous-sternale et contractive et s'irradie vers l'épaule, la partie interne du bras gauche et les deux derniers doigts, vers le cou ou la mâchoire inférieure. La douleur en coup de poignard à la pointe est rarement signe d'angine. *Le caractère le plus fondamental de la douleur angineuse est son étroite subordination à l'effort, spécialement à la marche, et sa disparition subite au repos et à l'administration des nitrites.* L'examen du cœur et les examens de laboratoire sont négatifs; la pression artérielle reste normale ou s'élève un peu. L'électrocardiogramme peut être normal dans plusieurs cas. Depuis quelques années, on prend des moyens pour provoquer artificiellement une anoxémie myocardique aiguë et transitoire capable d'imprimer aux courbes électrocardiographiques des modifications permettant de déceler l'insuffisance coronarienne: ces moyens sont l'épreuve à l'effort de Master, à l'anoxie (respirer une atmosphère pauvre en oxygène) et l'épreuve à l'adrénaline de Levine.

L'insuffisance coronarienne transitoire donne la symptomatologie de l'angine de poitrine, si elle se prolonge et si l'ischémie du myocarde persiste, la douleur peut durer une demi-heure à une heure et peut s'accompagner de transpiration, de pâleur, de chute de pression artérielle et d'assourdissement des bruits cardiaques. Il y a des changements caractéristiques à l'électrocardiogramme (une dépression des segments ST). Puis en une demi-heure, tous les symptômes disparaissent, le premier bruit devient mieux frappé et en dernier lieu, en moins de 24 heures, l'électrocardiogramme redevient normal, le patient revient à son état antérieur à la crise.

Les facteurs qui favorisent une telle insuffisance coronarienne aiguë sont de trois groupes:

1° une augmentation soudaine du travail du cœur soit par élévation de la pression artérielle, du rythme cardiaque (tachycardie, paroxystique, fibrillation auriculaire paroxys-

tique, un effort physique violent, une émotion intense, un état infectieux, l'administration de médicaments tels l'adrénaline et la pituitine);

2° une diminution de la circulation coronarienne à la suite d'une chute de pression artérielle et d'un débit cardiaque abaissé: à la suite d'un choc par hémorragie, hypotension aiguë ou bradycardie excessive;

3° un trouble d'oxygénation du sang produisant l'anoxémie du myocarde dans l'asphyxie, l'embolie pulmonaire, les maladies pulmonaires aiguës ou chroniques (asthme bronchique).

Si l'ischémie du myocarde se prolonge à la faveur d'une insuffisance coronarienne aiguë elle peut causer un infarctus du myocarde et en donner la symptomatologie. Dans ces cas, les lésions consécutives sont surtout représentées à l'autopsie par de petits foyers de nécrose disséminés dans la partie sous-endocardique de myocarde du ventricule gauche.

L'occlusion coronaire est l'occlusion complète d'une artère coronaire tandis que l'insuffisance coronarienne est la dysharmonie entre l'irrigation du myocarde et ses exigences fonctionnelles. Les deux états se différencient par leur pathologie: dans l'occlusion coronaire, l'artériosclérose est invariablement la maladie sous-jacente et l'occlusion aiguë est déclenchée par une hémorragie de l'intima, un hématome ou une thrombose. Dans l'insuffisance coronarienne, l'artère peut être normale mais aussi sténosée ici et là par la sclérose: les parties nécrosées, s'il y en a, sont en général par plaques souvent microscopiques. L'endocarde peut être la seule région atteinte; il n'y a pas de thrombose intra-murale ni d'embolie puisque l'endocarde n'est pas atteint.

TRAITEMENT DE LA CRISE D'ANGINE DE POITRINE

1° Le repos qui consiste à se tenir debout ou assis tranquille pour quelques minutes, parce qu'il est dangereux de ne pas arrêter immédiatement l'effort qui a déterminé la crise.

2° La médication: l'administration des nitrites qui agissent par leur effet vasodilatateur: le nitrite d'amyle, en inhalation, qui a

l'effet le plus rapide, la nitro-glycérine en absorption sous-linguale qui est presque aussi rapide d'effet (1 à 2 minutes) et dont l'action dure plus longtemps (15 minutes à 1 heure) à la dose de 1/100, 1/150, 1/200 grain; le nitrite de soude $\frac{1}{2}$ gr. à 1 gr.), à effet en 10 à 15 minutes qui dure 1 heure; l'érythrol-tétranitrate ($\frac{1}{4}$ gr. à $\frac{1}{2}$ gr.), à effet en 15 minutes qui dure plusieurs heures; le mannitol hexanitrate ($\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ gr.), dont l'effet dure encore plus longtemps.

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE CORONARIENNE AIGUË

Ici des mesures actives et énergiques qui, dès le début, tendent à corriger les facteurs ayant déterminé la crise, peuvent réussir à diminuer l'anoxémie du myocarde et prévenir un infarctus et, s'il y a infarctus, prévenir d'autres dommages.

Donc le traitement variera suivant le facteur causal: 1°) on éliminera l'effort physique ou l'état émotif; 2°) on emploiera les vasodilatateurs; 3°) on emploiera la quinidine ou la digitale dans la tachycardie ou la fibrillation paroxystique; 4°) on utilisera, dans la crise hypertensive, les vasodilatateurs, la saignée, les sédatifs; 5°) dans la thyroxicose, on emploiera le propylthiouracil, l'iode, l'iode radioactif, la thyroïdectomie; 6°) contre l'infection, on usera de la pénicilline, de la streptomycine.

Si l'insuffisance coronarienne est due à une diminution du débit des coronaires: 1°) par choc ou hémorragie, on restaurera le volume du sang, la pression artérielle et l'hémoglobine par une transfusion de sang ou de plasma; 2°) par crise hypotensive, on administrera des liquides, du sel et de l'extrait de cortex, de la surrénale; 3°) par hypotension après sympathectomie ou anesthésie rachidienne: l'éphédrine, la parédrine, la néosynéphrine (cette dernière agissant surtout sur la pression minima); 4°) par hypoglycémie: prévention et traitement du diabète.

Si l'insuffisance coronarienne aiguë est due

à une anoxie: 1°) par anesthésie, on favorisera une oxygénation adéquate; 2°) par anémie grave, on effectuera une transfusion; 3°) par empoisonnement par le monoxyde de carbone, on utilisera l'oxygène et la transfusion; 4°) par embolie pulmonaire, on donnera la papaverine, l'atropine, les anticoagulants: héparine et dicoumarol.

THROMBOSE CORONAIRE ET INFARCTUS

Le traitement de l'infarctus du myocarde doit avoir en vue de réduire le travail du cœur jusqu'à ce que la région de l'infarctus soit cicatrisée et combattre le choc et la décompensation, si présents, et enfin de combattre les arythmies et les complications possibles.

Le repos complet au lit est la base du traitement, le patient doit être transporté à la maison ou à l'hôpital en ambulance.

Contre la douleur ou l'état d'anxiété, on donne: 1°) la morphine ou un autre opiacé en quantité suffisante; 2°) l'oxygénothérapie sous la tente à une concentration de 50 à 60% d'oxygène, ou par cathéter nasal avec une concentration d'oxygène de 100%; 3°) l'aminophylline en intraveineuse. Si de larges doses d'opiacés sont nécessaires et qu'il y a un effet dépressif sur les centres respiratoires, la respiration diminuant à 12 ou moins par minutes, on emploie alors la coramine ou autres dérivés du camphre et le benzoate de caféine. L'aminophylline est le remède de choix s'il y a respiration du type Cheyne-Stokes.

Contre l'état de choc, il n'y a pas de traitement spécifique ni satisfaisant. On a proposé l'injection intraveineuse de 50 à 100 cc. d'une solution glucosée à 50% ou une transfusion de 150 à 250 cc. de sang ou de plasma; mais tous les auteurs ne s'accordent pas sur les mérites d'un tel traitement, parce qu'ici l'état de choc est dû à une lésion du cœur lui-même. S'il y a danger immédiat à la suite du choc (effondrement de la pression et pouls filiforme) on peut employer prudemment 3 à 5 gouttes d'épinéphrine, solution 1-1000, en injection sous-cutanée ou intra-musculaire ou 1cc. d'une solution 1/1000 dans une solution glucosée à 5%

en goutte à goutte intraveineux, 1cc., par minute; la parédrine en intra-musculaire 5 à 10 mg. ou néosynéphrine hypodermique ou intra-musculaire à la dose de 3 à 5 mg. ont l'avantage de hausser la pression artérielle sans accélérer le rythme cardiaque.

Contre l'insuffisance ventriculaire gauche avec œdème du poumon, on donne les opiacés, l'aminophylline en injection I.V. à la dose de 0,5 mg. dans une solution à 20%, l'oxygénothérapie, l'ouabaïne ou la digitale; contre les arythmies on emploie la quinidine (6 grains 5 fois par jour est une dose effective). Quelques cliniciens emploient la quinidine, à titre préventif, dans tous les cas d'infarctus du myocarde durant les deux premières semaines.

La diète des premiers jours est de préférence liquide. On ne donne rien pour l'intestin durant les trois premiers jours.

Depuis quelques années, en vue de prévenir les embolies si fréquentes dans l'infarctus du myocarde, on emploie des anticoagulants, mais malheureusement ce traitement, demandant une analyse quotidienne de la prothrombine, ne peut être institué que dans un milieu hospitalier. Ces anticoagulants sont l'héparine et le dicoumarol. L'héparine peut être donnée les deux premiers jours jusqu'à ce que le dicoumarol soit effectif ou le dicoumarol peut être donné seul. L'héparine est employée à la dose de 50mg. en injection intra-veineuse, toutes les quatre heures, et le dicoumarol est pris par la bouche à la dose de 300 mg. et une dose décroissante nécessaire pour maintenir la prothrombine aux environs de 20 à 30% de la concentration normale, durant 4 semaines.

AVANTAGES ET DÉSAVANTAGES DE L'INTUBATION

Jacques LAMBERT,

Anesthésiste de l'hôpital Sainte-Justine (Montréal).

Il est une méthode anesthésique qui tend de plus en plus à se généraliser, pour les interventions majeures, depuis quelques années, c'est l'intubation orotrachéale ou nasotrachéale. Nous tenterons ici, dans ces quelques lignes, de résumer les avantages et les désavantages de cette méthode, sans nous arrêter sur les techniques que nous supposerons connues du lecteur.

L'intubation qu'elle soit naso ou orotrachéale présente comme grand avantage, en premier lieu, le passage libre de l'air ou des agents anesthésiques volatils dans les bronches et les poumons, sans que la langue ou les amygdales ou les cordes vocales puissent s'interposer à l'entrée du larynx.

Deuxième important avantage, c'est le contrôle absolu que l'anesthésiste peut exercer sur la ventilation pulmonaire. Ainsi, par des pressions rythmiques sur le sac, on peut gonfler à volonté les poumons en cas de collapsus respiratoire par exemple. Autre grand avantage, et non le moindre, c'est la quantité d'anesthési-

que employée qui peut être diminuée d'une façon appréciable, puisque ce dernier est introduit directement dans les poumons, surtout si on n'a aucune fuite autour du tube, dans le larynx et la trachée. Ainsi les risques sont d'autant diminués pour le malade.

Un autre avantage de l'intubation, c'est la réduction de l'espace mort compris dans les cavités buccales, nasales et pharyngées, facilitant ainsi l'élimination rapide de l'anhydride carbonique. On peut citer aussi le fait que l'anesthésiste peut se tenir à distance du champ opératoire, diminuant ainsi les risques de contamination et favorisant le travail du chirurgien, dans les opérations de la tête et du cou. L'intubation facilite aussi, en cas de nécessité, l'aspiration de mucus, du sang ou autres sécrétions et corps étrangers contenus dans le tractus respiratoire. Enfin, l'intubation peut prévenir ou vaincre, dans certains cas, le laryngo-spasme.

Comme toute autre technique, le tube endotrachéal a aussi son revers de médaille. Il y

a aussi des inconvénients et des accidents possibles et que tout anesthésiste se doit de connaître. En premier lieu, les incisives peuvent se briser avec un laryngoscope introduit trop brusquement dans la bouche, ou, encore, la lèvre supérieure peut s'introduire entre les dents et la lame horizontale de l'appareil, et ainsi causer une hémorragie profuse. De plus, si on emploie la voie nasale, on peut causer une hémorragie, surtout si le patient a une déviation de cloison assez marquée, ou encore une hypertrophie des queues de cornets.

En second lieu peut apparaître, à la suite d'une intubation, de la laryngite, avec raucité de la voix, allant jusqu'à la paralysie complète des cordes vocales et l'œdème de la glotte nécessitant parfois, quoique rarement, la trachéotomie. Le cathéter, ainsi introduit dans la trachée, agit comme corps étranger et cause de l'irritation et peut provoquer le réflexe de la toux, de même que le lubrifiant nécessaire pour l'introduction fait office de substance semi-liquide non volatile et, en coulant dans les bronches et bronchioles, peut causer des abcès ou pneumonies par corps étrangers. La paroi même du tube diminue la lumière de l'entrée de la trachée et peut causer une obstruction partielle, particulièrement chez les nourrissons et les enfants pour lesquels les cathéters employés sont d'un diamètre relativement faible.

Suit ensuite le fait non négligeable que l'anesthésie nécessaire pour l'intubation doit être poussée plus profondément que pour l'intervention elle-même: ceci pour abolir le réflexe de la toux dans la trachée, le deuxième degré du stade chirurgical étant nécessaire pour abolir ce réflexe. Ajoutons de plus que la flore bactérienne contenue dans le nasopharynx est introduite dans la trachée et les bronches, si la voie nasale est empruntée.

Enfin, pour terminer, disons que la toux et l'effort du patient, durant l'anesthésie légère, augmente la pression veineuse et pourrait être néfaste surtout chez les débilités et les cardiovasculaires.

Quant aux accidents et aux complications, durant l'intubation elle-même, ils sont aussi multiples. Le cathéter peut se couder, être pin-

cé ou obstrué par des sécrétions et la lumière du tube peut ainsi être plus ou moins complètement fermée. Le tube peut être introduit dans l'œsophage au lieu de la trachée, ce qui serait d'ailleurs une faute de technique.

Le patient peut aussi mordre le tube, surtout en anesthésie peu profonde, si on n'a pas eu la prévoyance d'introduire un ouvre-bouche ou autre instrument du genre entre les dents. Il peut aussi faire de l'apnée immédiatement après l'insertion du cathéter, ceci à cause de la provocation du réflexe de la toux en anesthésie légère, et déterminer par la suite un bronchospasme. Si le tube n'a pas la longueur appropriée, trop long par exemple, il sera introduit plus loin que la bifurcation de la trachée, dans une des grosses bronches, et on aura ainsi de l'atélectasie de tout un lobe ou même de tout le poumon opposé; trop court, il sortira de la trachée, car on sait qu'à chaque inspiration, la glotte descend légèrement. Enfin, en tout dernier lieu, il faut penser aux corps étrangers contenus dans les narines ou le nasopharynx, surtout chez les enfants, lesquels corps sont repoussés dans la trachée avec le tube, dans l'intubation par voie nasale. Accident peu fréquent il est vrai, mais dont quelques cas ont été rapportés.

Tout ceci, non pour décrier cette méthode d'anesthésie, mais pour en montrer la difficulté et essayer de prouver qu'elle a ses indications précises et qu'on ne doit pas l'employer d'une manière trop générale, ni la confier à des mains sans expérience. Nous l'avons appliquée personnellement quelques centaines de fois dans notre stage hospitalier, mais toujours avec discernement et pour des cas qui le nécessitaient vraiment.

BIBLIOGRAPHIE

- J. ADRIANI: *Techniques and Procedures of Anesthesia*.
 LEIGH et BELTON: *Pediatric Anesthesia*.
 Nadia du BOUCHET: *Manuel d'anesthésie*.
 C. S. DWYER, S. KRONENBERG et M. SAKLAD: «The Endotracheal tube.» *Anesthesiology*, **10**: 714 (nov.) 1949.
 R. FOREGER: «The Value of Endotracheal Intubation.» *J. A. M. A.*, **133**: 1200 (19 avril) 1947.
 J. S. LUNDY: *Clinical Anesthesia*.

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 79, No 4 — Montréal, avril 1950

LA CHIRURGIE DU PANCRÉAS

« Toute la suite des hommes, pendant
« le cours de tant de siècles, doit être
« considérée comme un même homme
« qui subsiste toujours et qui apprend
« continuellement. »

Pascal.

Cette image est certes fort belle et très suggestive. S'il est vrai que l'homme apprend sans cesse, on constate néanmoins qu'au nombre des grandes conquêtes scientifiques, certaines furent bien tardives, et d'autres hérissées de difficultés sans nombre. Ce n'est qu'après quatre-vingt siècles de tâtonnements d'aveugles que la chirurgie a pu prendre son essor pour arriver à l'état de perfection que nous lui connaissons aujourd'hui.

Nombre de chirurgiens de la précédente génération pouvaient témoigner des luttes épiques entre retardataires et révolutionnaires en chirurgie. Leur mémoire gardait vivantes les formules ironiques, les assertions puériles, les prophéties de malheur que certains de leurs contemporains ou de leurs proches devanciers clamaient avec une déconcertante ténacité.

Pierre MALLET-GUY: « La splanchiectomie gauche dans le traitement des pancréatites chroniques. » *Presse Médicale*, 27 mars 1943.

P. MALLET-GUY: « Le point douloureux sous-costal gauche des pancréatites chroniques. » *Presse Médicale*, 3 avril 1943.

P. MALLET-GUY: « Résultats éloignés de la pancréatectomie gauche pour pancréatite chronique. » *Lyon Chirurgical*, juillet-août 1943.

C'était dans un livre classique que le baron A. Boyer écrivait à la veille des grandes conquêtes rénovatrices: « La chirurgie semble avoir atteint, ou peu s'en faut, le plus haut degré de perfection dont elle paraisse susceptible. » C'était aussi vers la même époque que Velpeau prophétisait dans sa *Médecine Opératoire*: « Eviter la douleur dans les opérations est une chimère qu'il n'est plus permis de poursuivre aujourd'hui »; tandis que Malle, en 1841, répète le mot: « Diminuer la douleur occasionnée par l'instrument tranchant est une de ces chimères qui ont préoccupé les chirurgiens des siècles passés ». Cependant, s'obstinant à poursuivre la chimère, les américains Horace Wells, Jackson et Morton l'atteignaient moins de trois ans plus tard, l'un en utilisant le protoxyde d'azote, et les deux autres l'éther dans les premières anesthésies générales.

Et pendant que Chassaignac, contemporain de Claude Bernard, ironisait à l'Académie de Médecine, sur « La chirurgie de laboratoire qui fait périr beaucoup d'animaux et sauve très peu d'hommes », Pidoux et d'autres renchérisaient sur le même sujet: « Il n'est point au pouvoir de la physiologie d'expliquer la plus simple des affections morbides », « La physiologie n'est qu'une science de luxe dont on peut parfaitement se passer ».

Pouchet, illustre faux savant buté, et par surcroît irréductible adversaire

J.-F. MARTIN, P. MALLET-GUY et J. FEROLDI: « Les lésions nerveuses des pancréatites chroniques. » *Lyon Chirurgical*, novembre-décembre 1943.

P. MALLET-GUY et P. MAILLET: « Le traitement chirurgical de l'hyperinsulinisme. » *Lyon Chirurgical*, mars-avril 1944.

P. MALLET-GUY et J. FEROLDI: « Kyste malin du corps du pancréas; pancréatectomie gauche. » *Lyon Chirurgical*, septembre-octobre 1944.

de Pasteur, admettait bien à la rigueur que « quelques microzoaires voligeaient ça et là », mais que la théorie de la spécificité des germes infectieux lui semblait « une ridicule fiction ».

Quand au chirurgien Lefort, il croyait ferme que « cette théorie — des germes infectieux — dans ses applications à la clinique chirurgicale est absolument inacceptable ».

Velpeau, qui décidément n'avait pas de chance avec ses prophéties, s'obstinait quand même à ranger définitivement la simple ovariectomie « parmi les attributions de l'exécuteur des hautes œuvres ».

La chirurgie annexielle ainsi cataloguée, que pouvait-on donc alors penser de celle des autres viscères abdominaux!...

Et de celle du pancréas en particulier? Cette fois, c'est Tillaux qui va nous le dire en 1895, dans son *Traité d'Anatomie Topographique avec Applications à la Chirurgie*. Dans ce *Traité* de 1120 pages, généreusement, il consacre au pancréas exactement 13 lignes dont j'extrais les plus convaincantes: « Le pancréas est de tous les viscères contenus dans la cavité abdominale celui dont le chirurgien doit le moins se préoccuper à cause de la profondeur à laquelle il est situé; aussi ne ferais-je que le mentionner... Les tumeurs développées dans le pancréas ne peuvent qu'être soupçonnées, en raison du siège profond de la glande. » Et voilà!

P. MALLET-GUY, R. JEANJEAN et P. SERVET-TAZ: « Résultats éloignés de la splanchiectomie unilatérale dans le traitement des pancréatites chroniques. » *Lyon Chirurgical*, mai-juin 1945.

P. MALLET-GUY et R. JEANJEAN: « Précisions apportées par le contrôle manométrique et radiologique per-opératoire au problème des pancréatites chroniques. » *Lyon Chirurgical*, mai-juin 1946.

D'ailleurs, à la même époque, les autres pays n'étaient pas moins fertiles en esprits forts, générateurs d'inepties analogues. Mais les apôtres de la vérité et leurs disciples n'ont pas désarmé. Grâce aux découvertes de Wells, de Jackson et Morton, grâce aux travaux de Claude Bernard, de Pasteur, de Lister et de Terrier, l'ère des succès de la grande chirurgie viscérale allait commencer; elle va bientôt atteindre les limites les plus profondes de l'anatomie et, s'éclairant désormais aux lumières grandissantes de la physiologie et de la pathologie générale, remporter ses plus belles victoires.

La chirurgie du pancréas, l'une des dernières venues dans la chirurgie des viscères abdominaux ne remonte guère qu'à une quarantaine d'années. Elle a connu à la suite de la découverte de l'insuline par Banting et Best un regain de vitalité; ses indications se précisent sans cesse, ses bons résultats se multiplient.

Deux événements nous le rappelaient dernièrement: le récent et trop court passage parmi nous du Professeur Mallet-Guy, de Lyon, et le cinquante-deuxième Congrès de l'Association française de Chirurgie, tenu à Paris, en octobre dernier.

On ne saurait méconnaître l'apport de la médecine française dans l'évolution de la chirurgie pancréatique. C'est d'elle que nous tenons les premières pancréatectomies gauches, et l'École de

P. MALLET-GUY, P. MARION et R. JEANJEAN: « Indications et résultats de la pancréatectomie gauche dans la lithiase du canal de Wirsung. » *Lyon Chirurgical*, novembre-décembre 1946.

P. MALLET-GUY, R. KOPPEL, J. SERMONARD et Mlle M. RADEMAKER: « Duodéno-pancréatectomie pour cancer de la tête du pancréas; guérison. » *Lyon Chirurgical*, janvier-février 1948.

Lyon avec ses représentants, dont Pierre Mallet-Guy actuellement, y joua un rôle primordial. Des travaux multiples s'y élaborent sans cesse. Et les notes bibliographiques ci-jointes témoignent, entre autres, de la diversité des recherches en cours.

Le cinquante-deuxième Congrès français de Chirurgie soulignait de nouveau l'importance grandissante de cette chirurgie, en inscrivant comme première question à l'ordre du jour: « Le traitement radical du cancer du pancréas ». Je ne saurais mieux faire pour terminer que de rappeler les premiers paragraphes des rapporteurs Léger et Bréhant:

« Malgré le très consciencieux travail de Sauvè, vieux déjà de 40 ans, la pancréatectomie céphalique était, jusqu'à ces dernières années, considérée comme un tour de force chirurgical et la pancréatectomie totale regardée comme

dangereuse vu l'importance physiologique de cette glande. »

« En réalité, les physiologistes ont montré que la sécrétion externe n'était pas une nécessité vitale et que la sécrétion interne pouvait être suppléée par une insulinothérapie bien comprise. »

« Par ailleurs, le cancer du pancréas a une évolution relativement lente, l'envahissement lymphatique n'est ni trop précoce, ni trop extensif, les métastases sont tardives. »

« Enfin, les progrès techniques, l'utilisation des antibiotiques, les méthodes modernes d'anesthésie, sont autant de facteurs permettant d'envisager aujourd'hui avec confiance la possibilité d'exérèse du pancréas. »

Le pancréas n'est donc plus « de visière dont le chirurgien doit le moins se préoccuper ». Et il méritait ici plus qu'une « simple mention ».

Pierre SMITH.

P. MALLET-GUY et R. LACOUR: « Indications et résultats de la pancréatectomie gauche (d'après 16 observations personnelles). *Lyon Chirurgical*, mars-avril 1949.

P. MALLET-GUY, J. FEROLDI et E. REBOUL: « Recherches expérimentales sur la pathogénie des pancréatites aiguës. Leur provocation par l'excitation du nerf splanchnique gauche. » *Lyon Chirurgical*, mai-juin 1949.

Michel DENIKER: LIIe Congrès de l'Association Française de Chirurgie. *Presse Médicale*, 15 octobre 1949.

Henri BOUSQUET: *La chirurgie*. Librairie Hachette, Paris.

Paul LECENE: *L'évolution de la chirurgie*. Flammarion, éditeurs.

Paul VALLERY-RADOT: *La vie de Pasteur*. Flammarion, éditeurs.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

LE BILAN-SANTÉ À MONTRÉAL EN 1949¹

Ad. GROULX, M.P.H.,

Directeur du Service de Santé, Ville de Montréal.

Pour la quatrième année j'ai l'honneur et le plaisir de venir au « Quart d'heure de Concordia » vous présenter le bilan-santé de Montréal pour l'année qui vient de se terminer.

L'état de santé de la population montréalaise s'est maintenu bon et satisfaisant en 1949, avec un taux de mortalité générale de 9,6 par 1 000 de population, il est resté inférieur à 10 pour la cinquième année consécutive, malgré une augmentation de 145 décès sur l'année 1948.

Il y a eu une légère diminution dans le taux de la nuptialité: 10,8 par 1 000 de population comparativement à 11 en 1948. Le taux de la natalité est resté le même, soit 22,8 par 1 000 de population. Il en résulte quand même un accroissement naturel élevé de 13,1 par 1 000 de population. Ce qui aussi est un indice d'une population en santé. En effet, une population qui croît et grandit en nombre est une population saine.

La mortalité infantile, avec un taux de 51,5 par 1 000 naissances vivantes, et la mortalité par néphrites et par tuberculose, avec des taux respectifs de 108,9 et 42,5 par 100 000 de population accusent une diminution.

L'excédent des décès que j'ai signalé il y a un instant est attribuable aux causes suivantes qui accusent une certaine augmentation:

La mortalité maternelle en 1949 accuse une légère augmentation avec 41 décès et un taux de 1,72 par 1 000 naissances vivantes.

Les maladies du cœur demeurent au premier rang des 10 premières causes de mortalité avec 2 147 décès et un taux de 204,6 par 100 000 de population; le cancer demeure également au deuxième rang, avec 1 524 décès et un taux de 145,2 par 100 000 de population; les maladies des artères coronaires (angines de poitrine)

gardent le quatrième rang avec 851 décès et un taux de 81,1 par 100 000 de population.

Les pneumonies avec 447 décès et un taux de 42,6 par 100 000 de population accusent une augmentation et sont passées du neuvième rang au sixième rang; ceci est dû au fait que l'influenza et la grippe et ses complications, dont les pneumonies, ont évolué à allure épidémique en mars et avril 1949.

Les hémorragies cérébrales, avec ou sans artério-sclérose, sont passées au neuvième rang avec 403 décès et un taux de 38,4 par 100 000 de population.

L'une des caractéristiques de l'année 1949 a été l'apparition d'une épidémie bénigne de poliomyélite qui, dans la ville de Montréal, a causé 231 cas et 11 décès. En plus, 223 cas venus d'autres municipalités ont été hospitalisés à Montréal, sur ce nombre il y a eu 12 décès.

D'autres causes de décès parmi les maladies contagieuses ont accusé une augmentation, ce sont: la diphtérie avec moins de cas et plus de décès, soit 48 cas et 8 décès comparativement à 65 cas et 4 décès en 1948; la coqueluche qui a sévi à allure épidémique du milieu de 1948 à la mi-juillet 1949, avec près de 2 300 cas et 20 décès; les diarrhées et entérites du nourrisson dont le taux est passé de 5,5 en 1948 à 7,5 par 1 000 naissances vivantes en 1949.

Malgré les épidémies de poliomyélite et de coqueluche le nombre des maladies contagieuses rapporté en 1949 a été de 16 708 comparativement à 21 623 en 1948, soit une diminution de 22,7%; parmi les principales: la rougeole qui avait évolué à allure épidémique en 1948, avec 9 764 cas et 12 décès, a causé, en 1949, 3 878 cas et 9 décès avec plus de 700 cas depuis le début d'octobre dernier; elle semble laisser prévoir un nouveau cycle épidémique. La scarlatine a aussi accusé une augmentation avec 2 114 cas, mais sans décès, contre deux en 1948.

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », le lundi 16 janvier 1950, à 10 heures et demie du soir.

La typhoïde et les paratyphoïdes A et B ont causé moins de cas, soit 23 contre 27, le nombre des décès (2), restant le même.

Parmi les faits saillants de l'année, je mentionnerai les suivants:

Le service de santé a bénéficié des avis des membres du Comité de polio qui a été réuni quelquefois à l'occasion de l'épidémie de poliomyélite qui a sévi au cours de l'été et de l'automne.

Le service de santé a continué sa campagne conjointe de nutrition et d'hygiène dentaire dans les écoles avec la collaboration de la Ligue d'hygiène dentaire et des autorités scolaires et du personnel enseignant.

La division des maladies vénériennes a continué son travail de liaison et de collaboration avec la section de la carte de santé, le service de la police et la division provinciale des maladies vénériennes; en 1949, on a enregistré 5 884 cas de maladies vénériennes dont 2 427 cas de syphilis et 3 457 de blennorragie; la syphilis a causé 91 décès et son taux de mortalité est de 8,7 par 100 000 de population comparativement à 7,4 en 1948.

2 056 cas de tuberculose ont été rapportés à la division de la tuberculose; on a enregistré 446 décès attribuables à cette maladie comparativement à 522 en 1948. A la clinique de radiologie municipale Laurier on a pris 30 805 radiographies et fait 247 tubages gastriques. On a commencé en 1949 la vaccination par le BCG à la clinique Laurier.

51 682 cartes de santé ont été émises en 1949 aux manipulateurs d'aliments et autres personnes pour qui elle est requise; sur ce nombre, 25 669 prises de sang ont été faites pour la recherche de la syphilis et on a procédé à 20 500 radiographies pulmonaires avec la collaboration de la Ligue antituberculeuse de Montréal Inc., et de la clinique municipale Laurier.

En 1949, 19 587 personnes ont été vaccinées contre la variole; 14 918 enfants ont été immunisés contre la diphtérie et 16 066 contre la coqueluche.

Dans le domaine de l'inspection sanitaire et de l'habitation, malgré une augmentation dans

les constructions, les 9 294 nouveaux logements terminés en 1949 ont encore été insuffisants pour répondre aux besoins de la population et pour diminuer le nombre de logements insalubres. Ces nouveaux logements sont, en général, trop dispendieux pour les familles à revenu modique. On note cependant une tendance vers la construction de maisons uni-familiales à coût moins élevé.

Au point de vue sanitaire, 334 911 inspections de toute nature ont été faites par les inspecteurs sanitaires dont 189 320 pour répondre aux 12 000 plaintes formulées à la salubrité, aux logements, etc., et 145 591 par les inspecteurs attachés à la division des aliments, pour la surveillance du lait et de ses sous-produits, des viandes et des établissements de produits alimentaires.

Aux laboratoires, 70 800 analyses bactériologiques, sérologiques et chimiques ont été faites pour aider au diagnostic des maladies infectieuses et au contrôle sanitaire des aliments.

Dans les huit districts sanitaires de la ville, les médecins et les infirmières ont assuré le contrôle des maladies contagieuses en faisant 19 514 visites à domicile; dans les 6 consultations prénatales et les 59 consultations de nourrissons et préscolaires, ils ont suivi 366 mères et 29 841 bébés et enfants d'âge préscolaire qui ont requis 119 355 examens et consultations; dans les écoles (1948-49) 75 219 élèves et 1 965 professeurs ont été examinés; 48 315 écoliers ont été examinés par les dentistes et 19 420 traités dans les 13 cliniques dentaires municipales dont la clinique d'orthodontie; 3 518 enfants ont été examinés au point de vue mental dans les écoles et à la clinique d'hygiène mentale. Les infirmières hygiénistes ont fait dans les écoles plus de 507 000 examens d'élèves et plus de 98 000 visites à domicile.

Les travaux préliminaires du futur Centre d'hygiène Rosemont ont été inaugurés; les bureaux du nursing ont été installés dans un édifice municipal situé rue Ogilvy. Des nouveaux locaux plus appropriés ont été mis à la disposition des consultations municipales: St-Paul,

dans l'ancien Hôtel de ville de Côte-St-Paul, rue de l'Eglise; St-Edouard, à l'hôpital Ste-Justine; St-Raymond, à l'école Gilson (N.D. G.) et à St-Bernard.

Parmi les nominations et promotions importantes, signalons celles du Dr B. Primeau, pédiatre consultant, de Mlles B. Laliberté, infirmière en chef, et G. Hubert, infirmière chef de groupe à la section de l'hygiène mentale, et F. Durand, comme nutritionniste grade 2.

Sept bourses ont été octroyées par la Cité pour études complémentaires; plusieurs inspecteurs sanitaires ont obtenu leur C.S.I.

Je désire ajouter que l'on a reconnu la compétence de plusieurs membres du personnel du service de santé en leur confiant des postes honorifiques ou de confiance en certaines occasions au cours de 1949. Signalons que le directeur a été appelé à siéger au Comité fédéral consultatif (Advisory Board) à titre de représentant de la C.P.H.A. et membre d'un sous-comité technique provincial d'études des services de santé. Au cours de la dernière réunion annuelle à New-York, il a été élu vice-président de l'A.P.H.A. Le docteur A. Plouffe, directeur-adjoint, est appelé à siéger au Comité consultatif d'enquête provinciale; le Dr J.-N. Laporte, directeur-adjoint, a été appelé à assister, à titre d'aviséur, le directeur général de l'Association des médecins de langue française du Canada, au Comité fédéral cité plus

haut; le Dr J.-A. Landreville, officier spécial et chef adjoint des districts sanitaires, a été nommé « assistant régulier à titre enseignement » à la chaire d'hygiène de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal; le Dr A. Valois, démographe et surintendant, a été élu « Fellow » de l'A.P.H.A.

La collaboration des journaux et de la radio nous a été d'un précieux concours dans notre travail d'éducation. Je me dois de rendre de nouveau hommage à la coopération du poste CKAC qui met à la disposition du service de santé son émission du troisième lundi de chaque mois du Quart d'heure de Concordia. M. Claude Bourgeois, son initiateur distingué, nous a offert l'hospitalité à plusieurs reprises au forum « Occupons-nous de nos affaires ». Je l'en remercie cordialement.

La situation avantageuse de la santé publique à Montréal et les résultats très favorables obtenus dans ce domaine n'ont pu l'être que grâce à la bienveillance des administrateurs de la Ville qui nous ont fourni les crédits nécessaires pour poursuivre notre tâche et ont démontré ainsi leur souci constant de la santé et du bien-être de la population.

La somme de travail accompli n'a été possible également que par l'intérêt et le dévouement déployé par tout le personnel du Service dans l'accomplissement de sa tâche quotidienne; je désire ici lui en rendre témoignage.

VARIÉTÉS

ENCORE LA GUERRE BACTÉRIOLOGIQUE...

Wilfrid LeBLOND, D.H.P. (Lyon),
Bactériologiste à l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Il ne s'agit évidemment pas ici de cette guerre que les microbes, ou du moins un certain nombre d'entre eux, mènent contre l'humanité depuis le jour déjà assez lointain où les créatures se retournèrent contre l'homme, roi de la création, lequel avait du reste donné l'exemple de la révolte contre l'ordre établi. Il s'agit bien de considérer la possibilité et l'éventualité de l'utilisation des « infiniment petits » comme engins de guerre pour la *réduction à l'impuissance de forces ennemies*.

Ces derniers mots ont été soulignés parce qu'ils résument les conventions internationales en ce qui a trait aux buts immédiats d'une guerre. Ces conventions n'ont pas été abolies; mais un regard sur l'Europe occidentale, cinq ans après le dernier conflit, nous montre ce qu'il en coûte de ne pas les respecter et de donner comme but immédiat à la guerre la destruction totale et des forces ennemies, et des populations. L'utilisation des microbes comme engins de guerre remettrait en évidence encore plus terrible le mal qui résulte de la guerre portée chez les non-combattants.

La publication récente de documents trouvés dans les décombres de la chancellerie de Berlin prouve bien que le haut-commandement nazi avait considéré sérieusement l'opportunité d'utiliser la « Rinderpest » en 1943. On trouva plus sage de laisser tomber l'idée, plutôt que le virus. Soyons assuré cependant que le scrupule des Allemands n'avait rien de moral; il était strictement d'ordre stratégique.

A tout événement les hommes de guerre contemporains n'auront pas le triste mérite d'avoir inventé la guerre bactériologique. Longtemps avant l'ère pastorienne et la notion de bactérie, il fut considéré de bonne guerre que

de déclencher la maladie et la mort chez son voisin, ou chez son ennemi, en jetant dans ses sources d'approvisionnement d'eau des carcasses d'animaux morts, véritables milieux de culture sans correctif de bactériophage.

Au 18^{ème} siècle avant Jésus-Christ les Egyptiens furent les victimes d'une attaque « bactériologique » dans leur conflit avec les Hébreux. Il y eut d'abord l'épizootie décrite dans l'Ancien Testament sous le nom de « cinquième plaie » d'Egypte. (Exod. Chap. IX, 1-7.). La description de la « peste du bétail » se superpose assez bien à celle de la Rinderpest qu'on a songé à provoquer en territoire ennemi durant la dernière guerre. Le cheptel égyptien ayant été complètement décimé, la santé générale d'une population essentiellement agricole comme celle des fellahs devait fatalement s'en ressentir. Et n'oublions pas que les « plaies » précédant celle de la peste du bétail avaient bouleversé considérablement l'état sanitaire de la vallée du Nil; il y avait eu en effet la pollution massive des eaux du fleuve (« l'eau changée en sang — Exod. Chap. VII), puis la « plaie des grenouilles » (Idem), celle des « poussières de la terre changées en moustiques » (Exod. Chap. VIII), et « les scarabées » (Idem).

C'est à cette phase que se produit la sixième plaie, celle des « tumeurs bourgeonnantes », apparaissant après qu'une « fine poussière » eut envahi le pays d'Egypte. Des pathologistes autorisés ont vu là une « épidémie » et même une pandémie de tuberculose aiguë. Pour qu'une telle contamination en masse se soit produite, il a fallu une dissémination brusque et massive du bacille tuberculeux dans la vallée du Nil peu d'années avant

l'Exode, jointe à un fléchissement collectif de la résistance physique et même morale des Egyptiens. Nous avons vu les causes matérielles de la diminution de la résistance dans les « plaies », les causes morales étaient là aussi. Le problème hébreu créait un cruel dilemme pour les Egyptiens. Ce peuple errant qu'un Pharaon avait accueilli à la demande de Joseph ne s'était jamais donné aux travaux de la terre; il avait créé le commerce de l'argent. Garder les Hébreux, en Egypte, c'était la « plaie » permanente. Les laisser partir, c'était laisser fuir toute la fortune monnayée et mobilière du pays. Ainsi s'expliquent les hésitations, les tergiversations, les insomnies, le sommeil coupé de cauchemars du Pharaon et de toute l'Egypte avec lui. La sixième plaie d'Egypte résume donc toutes les conditions essentielles à une guerre bactériologique menée à bonne fin, mais avec cette indication très claire donnée par Moïse et les Hébreux, à l'effet que l'agresseur devra, à l'inverse des conquérants ordinaires, fuir le pays où il aura mené cette guerre. Ce dernier point est très important pour estimer l'éventualité d'une guerre bactériologique, car il demeure absolu dans son application. Adolf Hitler faisait-il de l'exégèse? C'est peu probable, mais ce que l'ont sait bien c'est qu'il voulait « occuper » les territoires qu'il conquerrait; et il a renoncé à la guerre bactériologique...

Au hasard de l'histoire de la guerre bactériologique rappelons qu'au cours de la guerre de 1914-18, parmi les « atrocités » mises au compte des Allemands, il y eut l'histoire, illustrée des dessins de Raemaker, des bonbons chargés de microbes que les soldats de Guillaume II distribuaient aux « pauvres » petits Belges. Il n'a jamais été dit combien d'enfants belges étaient morts victimes de cette offensive au sucre-d'orge; mais il est fort douteux qu'elle ait été plus meurtrière que l'assaut bactério-chimique annuel que subissent les estomacs de nos enfants lors de l'offensive des « Hots-dogs » durant les foires provinciales ou régionales. Il n'est pas possible de faire ici le recensement de tout ce qui s'est écrit sur la

guerre bactériologique moderne, mais il est peut-être intéressant de regarder ce qui s'est dit et ce qui s'est fait, au Canada, dans ce domaine.

Ce n'est ni dévoiler un secret militaire, ni manquer de respect à la mémoire d'un très grand savant que de relater les faits suivants: à l'automne de 1936 se tenait à Toronto la réunion annuelle des délégués des régions militaires de l'association des médecins des forces armées du Canada. Au cours d'une réunion « Top-secret », tenue à huit clos (et quel huis-clos!) des soldats de faction à l'unique porte de la salle « filtraient » les délégués; à l'intérieur, nouveau déploiement de forces militaires qui nous encadraient littéralement. Les fenêtres étaient non seulement fermées hermétiquement, malgré une chaleur artificielle intense, mais encore tendues de velours épais. Dans ce décor de chambre mortuaire apparut Sir Frederick Banting lui-même qui nous confia gravement ce que nous devons savoir de la guerre bactériologique en perspective.

D'après les renseignements obtenus par notre Deuxième Bureau, au moins six nations préparaient la guerre bactériologique, nommément l'Allemagne et les Soviets. Les microorganismes qui devaient être éventuellement utilisés, d'après Sir Frederick, étaient ceux de la typhoïde, du choléra asiatique, du botulisme. Rappelons qu'en 1936 on n'avait pas encore isolé, en quantité industrielle du moins, le *Rickettsia provaczeki*, sans quoi on l'aurait sûrement versé aux stocks de l'Ordonnance. Des aéronefs ennemis viendraient nuitamment, et silencieusement, laisser tomber au milieu de nos populations saines et non-immunisées des engins explosifs contenant des cultures virulentes...

Était-ce la chaleur ou était-ce la gravité de la déclaration? Mais on vit des gouttes de sueur perler sur les fronts. Il y avait quand même un auditeur qui n'avait pas le droit d'être impressionné; c'était le seul bactériologiste et le seul québécois présent. Et pour cause: à propos de terreurs et de menaces bactériologiques installées en permanence au

pays de Québec, il songeait aux dépotoirs municipaux installés en plein cœur du périmètre d'habitation urbaine, à la distribution du lait non-pasteurisé, à Ginsberg, ce chrétien baptisé-au-sécateur qui ne mangeait pas de porc lui-même, mais qui détaillait du vertrat mort de cachexie sénile, avec le « nihil obstat » et le « Manducatur » du Bureau d'Hygiène, aux eaux refluentes et noires des rivières St-Charles et Lairer, ces bouillons de culture épais auprès desquels le Styx et le Léthé paraîtraient de claires fontaines.

Les bombes bactériologiques de Sir Frederick semblaient assez anodines à côté des têtes de ponts que les hordes de bactéries pathogènes avaient depuis longtemps établies chez-nous. Mais passons...

Depuis celle de Sir Frederick Banting en 1936, il y a eu, comme l'on sait, bien d'autres communications sur la guerre bactériologique. Mais il y a eu surtout dans le domaine pratique depuis ce temps-là des manifestations qu'on pourra appeler négatives, mais qui n'en sont pas moins instructives sur l'éventualité de l'utilisation de l'arme microbienne. Il y a eu la guerre sino-japonaise, la guerre d'Espagne, l'invasion de la Pologne, l'invasion de la Finlande, puis la guerre totale en Norvège, dans les Pays-Bas, dans les Flandres, partout. Et le 22 juin 1941 s'affrontaient enfin les deux nations qu'on nous avait désignées comme les plus idoines à porter la guerre bactériologique: l'Allemagne et les Soviets. On sait que dans aucun de ces conflits, dans aucune de ces invasions où pourtant la rage et l'ingénuité de l'homme dans l'art de détruire son semblable se sont vraiment surpassées, on n'a vu utiliser l'arme bactériologique. Et pour cause.

C'est à la fin de l'année 1941 que les Canadiens furent appelés à jouer un rôle dans la préparation de la guerre bactériologique au moins défensivement. Les recherches et les travaux poursuivis par les savants canadiens, de concert avec des chercheurs américains, furent tenus dans le plus grand secret; et ce n'est qu'en 1946 que les revues scientifiques

spécialisées furent autorisées à en faire la publication parcellaire.

Le « War Disease Control Station » établi dans la Grosse-Ile, à la station de quarantaine maritime du bas-St-Laurent, avait pour tâche d'organiser la défense de l'hémisphère occidental contre la Rinderpest; parce que l'on avait des motifs sérieux de craindre qu'une ou plusieurs puissances ennemies projetassent de contaminer le cheptel continental américain avec le virus de cette maladie pour y provoquer des épizooties meurtrières qui n'auraient pas manqué de ruiner notre effort de guerre. C'est Napoléon qui disait qu'une armée « marche sur son ventre »; pas de « bully-beef », pas guerre.

Dès le 16 juillet 1943, les savants de la Grosse-Ile avaient réalisé la préparation d'un vaccin contre la Rinderpest et la possibilité même d'une offensive avec cette arme était désormais enrayée, éliminée.

Cet épisode de la guerre bactériologique qui s'est déroulé en somme sur notre territoire est l'image miniature, la synthèse de toute guerre à microbes, celle d'une guerre qui n'a pas éclaté et qui n'éclatera jamais. Et pourquoi? Pour deux ordres de raisons:

Premièrement parce que la bactériologie n'est pas un art comme la politique ou la guerre, par exemple, où tous les artifices et les subterfuges sont permis ou tolérés tout comme dans la peinture, la musique, la littérature; la bactériologie est une science positive, avec des disciplines bien établies et spécifiques qui éliminent les fantaisies ou la possibilité du mystère d'un bactériologiste découvrant et développant une espèce microbienne meurtrière, préparant un vaccin contre ce même microbe ou virus, et tout ceci sans qu'aucun autre bactériologiste n'en ait eu notion ou prémonition.

Ce sont là des choses qui n'arrivent jamais dans l'état actuel des disciplines bactériologiques. Et ceci est tellement vrai que, durant la dernière guerre, on a vu le cas des microbiologistes français et autres en territoires occupés qui, malgré leur manque de commu-

nication avec le monde scientifique étranger, sont arrivés cependant aux mêmes conclusions que les collègues américains, anglais et autres dans leurs travaux sur les antibiotiques par exemple.

Deuxièmement, une nation qui voudrait réduire à l'impuissance les forces armées, et à plus forte raison si elle veut anéantir la population civile d'un pays, par l'utilisation d'une arme bactériologique devra au préalable vacciner toutes ses futures troupes d'occupation, ses services auxiliaires, le gouvernement militaire, etc...

S'il s'agit d'un pays dont la frontière est commune à la sienne, il devra nécessairement vacciner toute la population du territoire métropolitain.

Croit-on sérieusement qu'une opération de médecine préventive de cette envergure puisse se faire assez rapidement et assez secrètement pour obtenir l'objectif désiré alors que durant la dernière guerre la radio allemande, d'une part, pouvait annoncer douze heures à l'avance le menu du déjeuner qui devait être offert à Churchill lors de sa rencontre « secrète » avec l'Etat-major français à l'automne 1939 et que, de son côté, la « B.B.C. » servait à ses auditeurs le texte d'un discours que Hitler devait prononcer quarante-huit heures plus tard à la Hoffbraü de Munich?

C'est impossible. Il y a toujours prémonition, et même exagération, comme ce fut le cas à Toronto en 1936, et à la Grosse-Ile en 1941.

Si elle demeure une arme, la bactériologie ne servira jamais autrement que dans la guerre-des-nerfs, et c'est là que la presse fait inconsciemment le jeu de l'ennemi. Il n'y a pas que les journaux à sensation qui s'enrôlent sans le savoir dans la cinquième colonne de cette guerre; un article paru dans le « New-York Times » illustre bien jusqu'à quel point on peut tomber dans la fantaisie pure au sujet de la guerre bactériologique. L'auteur de cet article, qui a peut-être mis les pieds, mais sûrement pas la tête, dans un laboratoire de bactériologie et qui croit sans doute que la culture des microbes se fait sur des petites

plates-bandes de terre, brosse le tableau d'un dîner dans un grand hôtel de la métropole américaine. Tous les hôtes de ce dîner sont morts foudroyés après avoir mangé d'un rosbif imprégné de toxine botulinique et chargé de substances radio-actives au point qu'il a fallu se servir d'un « bull-dozer » (sic) pour enfouir les cadavres des convives sous des tonnes de terre. Ils étaient devenus des piles radio-actives. Tout cela à la suite d'une attaque sournoise de l'ennemi, attaque qui combinait les puissances microbiennes et l'énergie cellulaire. C'est impossible.

Les créations les plus extraordinaires ont toujours un élément de manifestation simpliste. C'est ainsi qu'après les travaux longs et ardues nécessités pour la préparation de la bombe atomique, il a fallu quand même, pour obtenir l'effet désiré, qu'un aviateur aille tout bonnement laisser tomber l'engin sur Hiroshima. Dans le cas de ce dîner fantastique servi aux malheureux new-yorkais il aurait fallu que des agents ennemis bardés de plomb ou de béton armé viennent déposer des quartiers de bœufs auxquels on aurait fait bouffer de leur vivant des substances radio-actives en plus de les contaminer avec la toxine botulinique; il aurait fallu qu'un fournisseur, « colonnard » par dessus le marché, apporte avec les mêmes précautions la viande à l'hôtel, etc. Et quand on sait quelle odeur faisandée, abominable pour un odorat normal, dégage la viande contaminée par le botulinique, on n'éprouve qu'un regret mitigé à l'annonce du décès des anormaux qui en ont mangé, et l'utilisation d'une nivelleuse pour l'enterrement nous paraît tout indiqué, sans le bénéfice de l'utilisation des isotopes.

L'utilisation des microbes comme engins de guerre paraît donc peu probable.

De toute façon la guerre bactériologique « provoquée » ne paraît ni plus, ni moins dangereuse que la guerre plusieurs fois millénaire que nous subissons de la part des microbes. Dans l'un et dans l'autre cas ce n'est pas la dissémination plus ou moins massive d'un mi-

crobe pathogène ou d'un virus qui peut à elle seule causer la maladie, l'épidémie, la mort. Il y a un autre groupe de conditions à réaliser c'est la diminution de la résistance individuelle, c'est le terrain favorable, non immunisé, propice à l'éclosion de la maladie microbienne. La graine ne suffit pas pour obtenir une tige de blé, il faut aussi le terrain propice. C'est élémentaire. C'est l'Hygiène qui nous

gardera toujours, avec la bactériologie elle-même, contre la guerre bactériologique.

Qu'il s'agisse du typhus, de la peste, de la typhoïde, du choléra, de la toxine botulinique qu'une puissance ennemie vienne déverser sur nos têtes: restons calmes, gardons, développons des habitudes de propreté, d'hygiène, d'hygiène alimentaire surtout, et il ne nous arrivera rien.

CONCEPTIONS FRANÇAISES ACTUELLES SUR LA POSOLOGIE INFANTILE

Professeur René FABRE,

Doyen de la Faculté de Pharmacie de Paris,
Pharmacien de l'hôpital des Enfants-Malades,
Membre de l'Académie de Médecine.

La Société de Pédiatrie de Montréal, grâce à l'Institut Scientifique Franco-Canadien et à la Société Médicale, a rendu hommage à la plus ancienne société de pédiatrie de France, qui célébrait l'an dernier le cinquantenaire de sa fondation. Par un dîner-causerie en l'honneur du professeur René Fabre, qui avait lieu le 6 octobre 1949, au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur Paul Letondal, elle a mis en relief le magnifique travail effectué par la Commission, nommée par la Société de pédiatrie de Paris, pour mettre au point les doses des médicaments employés chez les enfants et dont M. Fabre, pharmacien de l'hôpital des Enfants-Malades, est le grand responsable, puisqu'il en a été l'inspirateur au cours de discussions à l'Académie de médecine avec ses collègues en pédiatrie.

En exposant les conceptions françaises actuelles sur la posologie et la thérapeutique infantiles, l'éminent doyen de la Faculté de pharmacie de Paris souligna qu'il n'y a pas de maladies mais des malades, et qu'il faut tenir compte non seulement des règles classiques, mais des conditions physio-pathologiques de l'âge considéré. Il y a donc lieu, chez l'enfant, de toujours prescrire un médicament avec un esprit clinique.

Ce travail de la Commission de la Société de Pédiatrie de Paris sur la posologie infantile a été favorablement accueilli dans la plupart des pays, si bien que l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations a publié, en 1946, des tableaux de posologie analogues et la Pharmacopée française a suivi son exemple. Il n'est pas douteux qu'il s'agit là d'une documentation précieuse sur l'art de formuler chez les enfants.

Nos lecteurs sauront gré au professeur Fabre d'avoir bien voulu rédiger sa causerie et de nous l'avoir envoyée pour publication dans l'Union Médicale du Canada.

N.D.L.R.

* * *

Permettez-moi de vous assurer de ma profonde et amicale gratitude pour l'accueil si cordial que vous avez bien voulu me réserver en cette dernière soirée que je passe à Montréal, et de remercier votre président des paroles par trop élogieuses qu'il vient de prononcer à mon sujet. Je vous demande de ne me considérer que comme un homme de bonne volonté, qui s'efforce d'être utile à ses semblables et à l'humanité souffrante; n'est-ce pas ce but que nous devons poursuivre, surtout en cette période difficile, instable, où l'on a tant besoin de

trouver un réconfortant refuge dans la force morale et le courage civique?

Le docteur Paul Letondal, dès mon arrivée à Montréal a bien voulu prendre contact avec moi; ce dont je lui suis très reconnaissant et il m'a demandé de réserver à mes distingués collègues de la Société de Pédiatrie et de la Société Médicale, un court exposé sur la posologie infantile. Il pensait, j'en suis sûr, en formulant cette demande, à ce petit fascicule publié l'an dernier chez Doin et Masson¹, et qui a pu l'abuser sur ma compétence en cette matière.

J'ai accepté, tenant surtout, en me trouvant au milieu d'une assemblée si amicale, à vous apporter le salut cordial et affectueux de vos confrères qui poursuivent, dans les hôpitaux de Paris, la même tâche humaine et bienfaisante de soulager les souffrances humaines.

J'ai accepté également, parce qu'il me plaît de rappeler devant vous le nom de grands pédiatres français, MM. les Drs Grenet, Hallé, Lesné, Ribadeau-Dumas, Tixier et Turpin, auxquels j'ai apporté ma modeste collaboration dans les travaux de la Commission de posologie et de thérapeutique infantiles, nommée par la Société de Pédiatrie de Paris. Je puis de la sorte, en votre nom, leur dire combien leur œuvre scientifique est appréciée et combien ils méritent que je leur dise mon estime et mon amitié.

Permettez-moi de revivre avec vous les séances de travail de cette Commission de posologie et de thérapeutique infantile. Nos premières réunions datent des jours héroïques de la Libération de Paris. Dans cette atmosphère d'espérance où nous étions, très impatients d'apprendre toujours une nouvelle avance de nos libérateurs, où nous nous efforcions de faire notre devoir civique et humain dans l'activité hospitalière à laquelle nous donnions le meilleur de nous-mêmes, nous tenions séance dans

le bureau retiré de mon laboratoire des Enfants-Malades. Loin du bruit et loin des indiscrets, nous ne manquions pas, vous n'en doutez pas, d'échanger nos impressions sur les événements historiques que nous vivions, comme sur nos possibilités d'aider dans notre domaine, ceux qui, si magnifiquement, refoulèrent l'opresseur. La si grande confiance qui nous unissait s'alliait à un enthousiasme que nous retrouvions juvénile, malgré nos cheveux blancs, et ce sont là des souvenirs qui demeurent assez profondément gravés dans nos cœurs pour que je trouve, en les revivant devant vous, l'excuse de les rappeler ici.

Après ces prémisses, nous nous mettions au travail pour apporter au plus tôt notre rapport. La Société de Pédiatrie qui, estimant que l'on doit tenir compte, dans la thérapeutique infantile, non seulement des règles de la posologie classique, mais également des conditions physio-pathologiques de l'âge considéré, avait exprimé le désir de réunir les données de thérapeutique infantile, en se basant sur les travaux les plus récents autant que sur l'expérience de pédiatres les plus réputés. De la sorte, il paraissait possible, à nos collègues, de renseigner utilement les praticiens et d'éviter bien des hésitations dans les prescriptions.

La tâche n'apparaissait pas aisée et, depuis près de vingt ans, je m'efforce de convaincre nos étudiants des difficultés qui se présentent en thérapeutique infantile, car les enfants réagissent bien différemment des adultes et l'on ne peut envisager que le poids du sujet comme seul paramètre valable.

Les enfants, les nourrissons surtout, tolèrent en général, par kilogramme de poids, des doses relativement plus élevées que les adultes. Claude Bernard, dans ses « Leçons sur les substances médicamenteuses et toxiques », écrivait à ce sujet « Le kilogramme du jeune lapin exige plus de poison pour mourir, comme il exige plus d'oxygène pour vivre, que le kilogramme du lapin adulte ».

Ce fait, bien connu des toxicologues, tient peut-être à la dilution plus grande des médicaments dans un organisme plus riche en eau,

1. *Memento de posologie et de thérapeutique infantiles*, par une Commission de la Société de Pédiatrie de Paris: R. Fabre, H. Grenet, J. Hallé, Ed. Lesne, L. Ribadeau-Dumas, L. Tixier, R. Turpin. Rédigé par R. Turpin, Paris. G. Doin & Cie, Masson & Cie, éditeurs, 1948.

aux qualités du métabolisme cellulaire, à l'activité des appareils d'excrétion, en général inactifs, et favorisés par un débit circulatoire plus actif que celui de l'adulte. Mais je soulève là un point fort délicat pour les conditions mêmes de la prescription; toutefois, il ne faut jamais oublier la vérification d'un fonctionnement normal des émonctoires, pour appliquer les règles normales de la thérapeutique, aussi bien pour les enfants que pour les adultes. N'oublions pas qu'il n'y a pas de maladies, mais des malades, et que les médications standard méritent, dès lors, bien des critiques.

Mais si la thérapeutique infantile ne se distinguait de celle de l'adulte que par la valeur générale de l'indice médicamenteux, il devrait être possible de déduire la première de la seconde par l'emploi d'un coefficient convenable. La recherche séduisante, et en apparence facile, de cette proportionnalité, a tenté divers auteurs, mais, d'une part, les résultats enregistrés sont fort discordants, et, d'autre part, aucun pédiatre n'estime qu'une des solutions proposées était satisfaisante.

Par exemple, si nous fixons à 0g., 10 la dose de gardénal qui convient en moyenne à un adulte, la dose pour un nourrisson d'un an serait:

d'après Bruntoz	4 mg.
d'après Gaubius	8 mg.
d'après Martinet	10 mg.
d'après Nobécourt	30 mg.

De tels chiffres sont particulièrement éloquentes et nous font abandonner le concept par trop mathématique de la posologie infantile.

Il est possible que certaines de ces règles trouvent leur application dans le cas particulier de certains médicaments, mais leur application générale doit nécessairement être abandonnée.

On peut se demander pourquoi la notion simpliste de la toxicité ramenée au kilogramme d'individu ne peut être extrapolée de la dose toxique à la dose thérapeutique quand il s'agit de sujets d'âges différents.

L'expérience seule répond: on a constaté que l'enfant tolère mieux l'atropine et moins bien

la strychnine, et que les sensibilités varient avec l'âge et les périodes de croissance. Aussi, loin d'être satisfaite par une transposition simple de la thérapeutique de l'adulte, la thérapeutique de l'enfant, comme celle des nourrissons, exige des règles sûres et personnelles qui ont été précisées par la longue pratique des pédiatres.

Ces règles découlent non seulement des particularités constitutionnelles de l'organisme à traiter, des effets du traitement, variables avec la voie d'administration du médicament, et de l'organe touché, mais encore, second aspect du problème dont l'importance ne vous échappera pas, de la maladie à combattre.

Je voudrais vous relater quelques cas où l'on ne peut invoquer la proportionnalité calculée d'après le poids. Un foyer diphtérique exige une sérothérapie proportionnelle au pouvoir toxigène du germe.

Un tænia, qu'il se développe dans un organisme de 60 kg ou de 15 kg, n'exige-t-il pas la même dose d'antihelminthique, sans considération pour le poids de l'hôte?

Un contre-poison ne doit-il pas être administré en dose proportionnelle à la dose de toxique absorbée plus qu'au poids de l'intoxiqué?

Le médecin doit composer à la fois avec les possibilités de l'organisme et les exigences de la maladie. Il doit encore tenir compte de la psychologie de ses petits malades et savoir choisir le médicament et la présentation les plus faciles à faire accepter: les mellites, les gelées de fruits dissimulent souvent un médicament qu'on ne peut prescrire à l'enfant sous forme de pilules ou de cachets; tout en respectant les instructions de la pharmacologie, il doit préférer les voies digestives et rectales, et ne pas abuser des voies parentérales.

Tels sont les principes directeurs que la Commission de la Société de Pédiatrie de Paris a suivis pour la rédaction de son rapport.

Dans les tableaux annexés à ce rapport, les doses usuelles indiquées sont les doses totales pour 24 heures, à prescrire en une ou plusieurs fois, suivant les règles de la posologie. Quand les chiffres limites sont proposés pour

une période d'âge, la valeur la plus basse est celle qui convient, en principe, à l'âge le plus bas de la période considérée, la valeur la plus haute, à l'âge le plus élevé. Ces limites permettent de trouver, par un calcul simple d'interpolation, les valeurs qui correspondent aux âges intermédiaires.

Les doses maximum se rapportent à l'âge maximum, 30 mois ou 15 ans, excepté le cas où elles ont pu, sans erreur, être calculées en fonction du poids.

Lorsque ce travail fut présenté devant la Société, il retint tout particulièrement l'attention de nos confrères, car c'était une innovation dont l'intérêt n'échappait à aucun d'entre eux. Etant donné que certaines doses ont été fixées par des praticiens en fonction de leur expérience, peut-être ont-elles paru erronées à quelques médecins. Peut-être d'ailleurs, convient-il de faire intervenir dans l'évaluation des doses à prescrire des conditions raciales, topographiques, diététiques ou autres, qui peuvent conduire à des modifications plus ou moins importantes.

Quoi qu'il en soit, le fait reste et l'idée a fait son chemin, à tel point que l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations a publié, en 1946, des tableaux de posologie analogues.

La Pharmacopée française a suivi l'exemple et nul doute que, dans tous les pays, les formulaires officiels s'inspireront de cette idée pour fournir une documentation précieuse sur l'art de formuler.

Avec le recul du temps, je vois peut-être mieux encore l'intérêt de notre travail et je pense qu'il ne vous surprendra pas que nos collègues et amis aient insisté pour qu'un pharmacien des hôpitaux de Paris leur apporte sa collaboration. C'est que nul n'ignore le rôle important que joue, dans la vie hospitalière en France, le Pharmacien des hôpitaux: soit pour la délivrance des médicaments, soit pour l'exécution de toutes les analyses chimiques et biologiques, soit pour les recherches à entreprendre dans les divers domaines de la médecine expérimentale, la collaboration pharmaceutique est infiniment précieuse aux médecins des hôpitaux. D'où le travail en commun, dans un climat d'amitié et de confiance totale qui produit des fruits particulièrement utiles dans l'avancement des sciences médicales, pour le plus grand bien de nos malades.

Nul doute pour qu'une telle collaboration soit également fructueuse à Montréal où, chacun apportant sa pierre à l'édifice, celui-ci sera plus puissant et plus harmonieux.

L'ÂME DU CHIRURGIEN ¹

Urgel GARIÉPY, F.R.C.S. (C), F.A.C.S.,
Chirurgien honoraire de l'hôpital Notre-Dame,
Membre (associé étranger) de l'Académie de Chirurgie de Paris.

— WARwick 5729? Le docteur Legure?

— Oui, Monsieur!

— Ici, l'hôpital St-Jean l'Évangéliste, le résident de garde en chirurgie qui parle.

— Oui, docteur.

Une malade vient d'entrer dans le service, atteinte d'une embolie artérielle de la jambe droite.

— J'arrive.

Dès son entrée à l'hôpital, il fut accueilli par son résident en chirurgie, le docteur Roger Chalut, et la garde-malade, Alice Gervas, attaché spécialement à son service.

De haute taille, les cheveux grisonnants, le nez un peu busqué, la figure régulière, les yeux gris encore jeunes, malgré la cinquantaine, mais où brillait la flamme sacrée, le front large et découvert, une légère moustache ombrageant la bouche fine, quoiqu'un peu amère, les traits fatigués, une cicatrice de guerre marquant la joue droite, quelques rides précoces aux tempes, le menton carré, l'air respirant l'autorité, dégageant un magnétisme discret, le port résolu, l'allure aisée, vêtu sobrement, la distinction émanant de sa personne, tel apparaissait physiquement le docteur Rodolphe Legure.

Le verbe bref et nerveux, le geste impérieux, voulant être obéi au commandement, d'un caractère tranché, il n'admettait les discussions que dans le seul intérêt du patient. C'est ce côté altier de son caractère qui tirait une ligne entre lui et ses assistants. Aussi, s'il imposait le respect, il ne s'attirait pas l'affection. D'ailleurs, il n'existait dans son idée que deux devises qui dominaient sa vie: l'amour de sa maison et le soin du malade. Tous n'admettaient pas ce point de vue. Partant, les attitudes du docteur Legure étaient-elles

critiquées ou débattues dans un sens qui ne lui était pas toujours favorable. Il n'en avait cure. Il allait droit au but, sans se préoccuper outre mesure des à-côtés du métier qu'il possédait à fond. Cependant on lui pardonnait ses sautes d'humeur en regard de son application au travail. Nul ne contestait son expérience, sa dextérité chirurgicale, son attachement à sa clinique et son sens de discrimination qui le hissait au premier rang de ses pairs. La qualité de son cœur démentait l'expression des lignes de son visage. On pouvait dire de lui comme des bijoux mérovingiens: « c'est un diamant serti dans du fer ». Néanmoins, sa mine changeait dès qu'il s'approchait d'un déshérité du sort. Un rayon de bienveillance ensoleillait son regard, il questionnait les malades avec aménité, les aidant à se retrouver dans le fouillis de leurs réponses, extrayant peu à peu la vérité du fatras de leurs détails et finissant par étiqueter les constatations fournies par les patients. Il avait le don de faire la synthèse des signes qu'il observait. Il ne laissait rien au hasard et posait son diagnostic après un examen objectif approfondi, appuyé, au besoin, par les multiples ressources des laboratoires. Il pesait scrupuleusement et minutieusement ses décisions d'où découlait la thérapeutique ou l'indication opératoire.

Gros, de courte taille, blond, le docteur Roger Chalut était dénué d'attraits physiques, mais il avait une tête qui attirait de suite l'attention. Deux yeux bleus, profondément intelligents, frappaient d'abord et ensuite l'observateur. D'une déférence marquée vis-à-vis de ses supérieurs, de manières courtoises, d'un sang-froid imperturbable, possédant une compétence reconnue, malgré sa jeunesse chirurgicale, d'un dévouement total pour ses malades, avec une perception nette de ses responsabilités, agissant toujours avec méthode,

1. Extrait d'un roman en préparation: *Quand la nuit tombe.*

prototype même du devoir, d'une habileté digitale qui en faisait un aide opératoire de premier choix, le docteur Chalut était l'assistant préféré du docteur Legure. Aussi celui-ci lui confiait-il ses clients pour les histoires de cas, pour la préparation pré-opératoire, pour les suites opératoires et pour les appels d'urgence dans ces suites ou dans toutes circonstances qui précédaient sa venue personnelle. On pouvait penser de lui qu'il était la doublure exacte de son patron. Toutefois, à cause du caractère de son chef, il avait l'air de se tenir sur la défensive, quoique dans ses façons d'agir, rien ne donnât prise à ce commentaire. On le pressentait plutôt qu'on ne le discernait. L'harmonie complète régnait entre eux, probablement parce que le collaborateur contrôlait mieux ses réflexes. Ses yeux restaient d'un bleu limpide qu'aucune ombre ne venait obscurcir, quelles que fussent les remarques ou les agissements de son maître à son égard.

La garde Alice Gervas était de stature petite, mais bien proportionnée, les jambes légèrement arquées, la structure physique culminée par une tête aux cheveux bruns et animée par deux yeux noirs et lumineux. Elle avait 35 ans. Ce qui ressortait de son maintien, c'était la composition des gestes qui révélaient une nature calme. Tout respirait en elle la tranquillité de l'esprit. Elle avait un parler doux, une exposition facile des faits. Sa démarche était discrète, ses pas semblaient à peine appuyer sur le sol. Sa réserve expliquait sa froideur apparente. Nulle n'était plus adroite qu'elle pour faire des injections, parce qu'elle était d'une prestesse sans égale pour les rendre indolores. Elle manipulait les pansements avec des doigts de fée qui les rendaient peu ou pas douloureux. Elle semait la confiance partout sur son passage. Les mille riens dont elle entourait ses patients créaient une atmosphère de joie et de contentement dont se ressentait l'évolution des maladies. Les malades reprenaient goût à la vie et foi en eux-mêmes; ses prévenances les comblaient et les réconfortaient dans leurs afflictions.

Pourtant, derrière cette physionomie placide,

s'abritait une âme ardente. Elle aimait le docteur Legure d'un amour non partagé. Elle savait si bien dissimuler ses sentiments qu'ils ne transparaissaient pas dans ses manières. Tous les soirs, seule dans sa chambre, elle retirait d'un tiroir secret, pour la contempler longuement, la photographie de son idole. C'est dans son cœur qu'elle brûlait l'encens de l'adoration. Elle se portait discrètement au devant de tous les désirs du docteur Legure. Elle préparait les examens des malades à un point côtoyant la perfection. Son assistance aux opérations était impeccable. Elle présentait, à point nommé, à son chirurgien, les instruments sans qu'il eût à les demander. Quand le docteur Legure paraissait dans son service, un éclair vite éteint fulgurait dans son regard. Lui ne s'apercevait de rien, car l'amour ne prenait aucune part à la conception de sa profession.

Il avait fait de la chirurgie une religion dont il s'était fait le prêtre desservant. Pour s'y adonner tout entier, il était resté célibataire. Il estimait sa mission tellement haute, qu'il lui aurait semblé déchoir s'il s'était incliné vers toute autre considération. Il avait été aiguillé dans cette voie par une aventure amoureuse dont il avait failli, au début de sa carrière, être la victime et qui l'avait vacciné contre les effusions du cœur. Depuis, il avait trouvé en sa profession une amante incomparable dont la fidélité était à l'abri de tout fléchissement. Il était payé au centuple des efforts qu'il faisait pour lui plaire. Il l'avait parée de tous les dons qu'aucune autre image ne pourrait refléter. Toutes ses facultés étaient tendues vers la consommation de son ministère chirurgical. Il s'était créé une âme d'apôtre, diffusant, autour de lui, la charité, le mieux-être corporel et mental. L'existence était pour lui un autel de sacrifices sur lequel il immolait ses goûts personnels. Il avait si bien compris sa vocation que ses jours, ses veilles, une partie de ses nuits étaient dédiés à l'adoucissement des malheurs d'autrui.

Il faisait mentir le lieu commun qui veut qu'un chirurgien, par l'habitude qu'il acquiert

des souffrances du prochain, reste insensible devant les bourrasques qui culbutent ou ébranlent la santé. Au lieu de se refroidir devant les misères physiques ou morales, ou de s'y accoutumer, il se sentait inquiet et désolé devant l'indigence des mesures à prendre, surtout dans les conditions pathologiques désespérées. Là, sa compassion montait en proportion inverse de ses échecs. Il faisait entrer la conviction et l'espérance de la guérison dans les âmes torturées par le mal qui les rongeaient. Il était persuadé qu'un mot placé à propos avait plus de valeur parfois qu'une opération parfaitement réussie ou du moins la complétait heureusement. La douceur de ses manières envers ses malades contrastait avec le ton qu'il prenait avec ses égaux. Ce qui l'impressionnait le plus, c'était de voir les jeunes tomber sous les coups de la faux exterminatrice. Tous ont droit à la vie, mais celui qui est au terme de son mandat vital ne doit pas s'attendre à ce que la prolongation de ses jours soit mesurée au même titre que celui de la jeunesse. Ceci ne veut pas dire que les quinquagénaires ou les sexagénaires doivent être négligés à cause de leur nombre d'années. Moralement parlant, les deux âges s'opposent et les valeurs ne sont plus égales. C'est par suite de cette différence que l'intérêt spirituel et social se concentre sur les jeunes.

Le docteur Legure s'émouvait de ces espoirs frustrés; il faisait des prodiges de science, d'adresse et de conception mentales pour détourner les attaques de la maladie. Si l'évolution s'avérait néfaste, il trouvait dans son cœur des trésors de pitié pour apaiser ces jeunes âmes révoltées contre la fatalité.

Sa conscience professionnelle ne tolérait pas plus la perte des gens d'âge mûr ou des vieillards. Jamais il ne se résignait à accepter le reçu final de la mort. Il se faisait parfois des reproches, fouillant impitoyablement ses réminiscences opératoires et post-opératoires, passant au crible d'une critique serrée les différents modes et tactiques employés dans l'exécution de ses actes professionnels. Après une investigation approfondie, il était forcé de s'a-

vouer vaincu devant la destinée. Le mal l'avait emporté sur la science. La sentinelle intérieure imperturbable ne pouvait se cabrer devant le fait accompli, car il avait humainement utilisé toutes les ressources à sa disposition.

Telle était la revue des faits et des pensées qui sillonnaient en tous sens l'esprit du docteur Legure durant son trajet à l'hôpital. Là, tout en écoutant les explications du docteur Chalut, il se dirigeait vers la chambre de la malade. Celle-ci était une jeune femme de trente ans, qui portait sur sa figure les signes d'une souffrance atroce. Des yeux d'un noir intense, des cheveux blonds éblouissants, formant un nimbe autour de la tête ovale, accaparaient de suite l'œil du visiteur. C'était un coup de soleil vivant. Son corps fin et élancé, ses membres aux délicates attaches tressaillaient sous les douleurs lancinantes qui se répercutaient à travers tout son organisme. Il existait dans son regard une telle supplication que le docteur Legure fut ému jusqu'au plus intime de son être.

Une inspection rapide suffit pour juger la situation. Devant ce pied bleui, froid, en transpiration abondante, devant l'absence de battements artériels dans la jambe et le pied, le diagnostic s'imposait: embolie artérielle tel que l'avait énoncé le docteur Chalut dans son message. Tout fut mobilisé pour apporter une atténuation temporaire aux tortures physiques et morales endurées par la malade. Sérums, papavérine, morphine, injection para-vertébrale n'étaient qu'un traitement d'attente. Seule, l'opération pouvait tenter de sauver et la vie et le membre. Aussi, la patiente, avertie du danger, se prêtait à tout pour interrompre les secousses douloureuses de ses muscles.

Des ordres furent donnés par le docteur Legure pour préparer la salle d'opération. Il n'y avait pas de temps à perdre. Car, dans les maladies de ce genre, il s'agit de devancer la progression de l'affection pathologique. Si l'on hésite, si l'on tergiverse, chaque heure, chaque minute même augmente les dégâts, les rend aussi parfois irréparables et mène rapidement à la catastrophe. Il y a une heure chi-

urgicale, que l'on peut appeler l'heure C et que l'on ne doit pas laisser passer.

Après les préparatifs pré-opératoires d'usage, tels que désinfection du membre en cause, sédation nerveuse, la malade fut transportée à la salle d'opération. Une rachi-anesthésie fut pratiquée. Il ne fallait pas que l'anesthésie générale par inhalation accrût le choc nerveux. La rachi-anesthésie consiste à enfoncer une aiguille entre deux corps vertébraux, lombaires en ce cas-ci, et vise à baigner les nerfs dans une solution analgésique qui inhibe complètement mais temporairement le courant sensitivo-moteur dans les membres inférieurs.

Avec ses murs carrelés bleus, son plancher de tuiles vertes, avec sa grande fenêtre aux vitres dépolies, avec ses tables garnies de toiles blanches et d'instruments, avec les infirmières tout de blanc vêtues, observant un silence religieux, avec le docteur Legure, le docteur Chalut et garde Alice Gervas, stérilisés, revêtus d'une blouse verte aseptique, gantés, masqués, debout dans une attitude hiératique, la salle d'opération représentait un sanctuaire solennel qui rappelait les rites accomplis autrefois par les mages.

La chirurgie est un art, comme en témoignent le soin, la précision, la délicatesse, l'élégance et l'originalité des procédés employés dans une opération à laquelle le sentiment de sécurité, l'adresse et la rapidité du chirurgien, sa gravité même et l'impression de la catastrophe possible confèrent un cachet spécial. Des émotions puissantes se dégagent d'une opération, malgré l'imperturbabilité apparente du chirurgien. La rareté du cas, la difficulté de l'intervention, l'importance des accidents imprévisibles, la nature de la responsabilité et le souci de sa réputation revêtent certaines opérations d'une portée exceptionnelle pour l'opérateur et constituent un ensemble assez fort pour provoquer chez lui cette excitation cérébrale qui exalte son énergie et multiplie ses facultés. Une certaine appréhension tient le chirurgien en éveil, où son esprit combinera les techniques pour la réussite de son opération du lendemain, dont

il cherchera à prévoir les aléas et les complications. (Jean-Louis Faure).

Enfin, c'est l'heure décisive. Quel est l'opérateur qui n'a pas senti, à ce moment-là, le souffle d'un frisson le saisir et l'élever pour donner à tout son être un élan nouveau. Si les battements de son cœur se précipitent, la pensée reste limpide, les mouvements doivent s'affermir, les muscles doivent être prompts, sa main reste ferme et son front quiet.

Quand l'opération est commencée, une sorte de détente se produit, parce que l'anxiété fébrile devant la perspective des tracas a fait place au calme qui naît de la vision nette de ces difficultés.

Une complication soudaine peut raviver cette émotion, mais la perception de l'obstacle vaincu, la conviction de la manœuvre délicate et sûre brillamment exécutée, la facilité même d'une opération qui reste sérieuse malgré sa simplicité et de laquelle dépend le salut du malade, procurent une sensation de douce et paisible satisfaction. Le chirurgien domptera le mal et rendra la santé à qui lui a confié sa vie. Il éprouvera l'enchantement d'avoir accompli une œuvre utile ou simplement une bonne action.

Il y a quelquefois des revanches cruelles telles qu'une hémorragie soudaine. L'opérateur ne doit pas perdre son sang-froid. Plus l'écoulement sanguin est dangereux, plus celui-là doit conserver son impassibilité. Tous ses efforts, toutes ses pensées se conjuguent et se concentrent sur un seul but: arrêter la perte de sang. Il ne peut trouver le temps de s'occuper d'autre chose. L'activité étouffe l'émotion.

Certains cas peuvent provoquer chez le chirurgien une angoisse beaucoup plus grande et sont la source d'alarmes plus douloureuses. Il est, en effet, des complications opératoires qui ne sont devinées souvent que par le chirurgien seul. Une lésion peut avoir déformé le paysage habituel au point de déguiser un danger sous-jacent, de masquer un traquenard tendu sous des organes malades et de produire des péripéties graves immédiates ou en-

traînant des conséquences mortelles dans les jours suivants.

Une seconde de distraction ou une attention trop soutenue, un geste un peu trop lent ou un peu trop précipité, un effort un peu trop brusque ou un peu trop retenu, peuvent déterminer une issue fatale. C'est un métier redoutable que la chirurgie et les chirurgiens ne sont que des hommes. (Jean-Louis Faure).

Par-dessus tout, le grand chirurgien voit toujours clair. Il ne tempêtera pas, il ne grondera pas, il ne rejettera pas sur ses assistants les ennuis qu'il traverse. Non! il maintiendra sa sérénité d'âme. Il gardera la direction de l'opération. L'expérience lui viendra en aide, son ingéniosité, ses connaissances de l'anatomie et de la technique opératoire qu'il amènera au besoin, chemin faisant, la sûreté et la justesse manuelles, lui feront l'emporter sur les enchevêtrements et sur les entraves qui le brident pour l'instant. L'orage disparaîtra, le calme renaîtra, à condition que le chirurgien garde le contrôle de ses nerfs. Il grandit avec les supposés acculs qui serviront à faire triompher l'esprit sur la matière. C'est le cerveau qui commande et c'est la main qui obéit.

Le public, en général, ne réalise pas la dépense physique et mentale du chirurgien dans le cours d'une opération. Pour lui, c'est le temps seul qui compte dans une intervention. Il ne sait pas que telle opération d'une demi-heure requerra plus d'énergie parfois qu'une opération d'une heure ou plus. Le chirurgien use sa santé par suite de la tension nerveuse qu'il supporte. Il travaille toujours dans une salle surchauffée et, après une matinée opératoire, il sort harassé de cette séance. Ces considérations ne tirent pas à conséquence, car le chirurgien fait son devoir, tout son devoir, il met son savoir et son habileté au service de l'humanité. Il sera un jour victime de ses œuvres, mais il mourra avec la satisfaction du bien accompli.

Quand le résultat de la rachi-anesthésie fut positif chez la malade, l'intervention fut commencée. Il fallait découvrir l'artère obs-

truée, à un niveau au-dessus du blocage, l'ouvrir sur une longueur donnée et extraire le caillot qui y était logé. Le chirurgien appliqua la dernière technique qui ne se limite pas à enlever seulement le caillot, mais à le dégager en même temps que la tunique interne de l'artère sans crainte d'une coagulation secondaire. Les globules blancs viennent venir la paroi interne du vaisseau d'une couche protectrice qui facilite le glissement ou le roulement des globules rouges. Tout marcha à souhait. Le tube artériel fut dégagé de son obstacle et, après suture, la circulation reprit son cours. C'était un succès complet.

La malade fut ramenée à son lit. En pleine connaissance, grâce à l'anesthésie appropriée, elle accueillit son chirurgien avec un sourire plein de grâce et de gratitude. Si satisfaite était-elle et croyant à son rétablissement total, elle lui demanda, comme faveur spéciale, de la baiser au front. Paternellement, celui-ci se pencha et fit droit à sa requête. Il mit dans cette attitude toute la déférence d'un cœur bien pensant et honnête. C'était la consécration de la foi que la patiente avait en lui.

Les jours qui suivirent confirmèrent l'idée première que le docteur Legure s'était faite. Le courant sanguin était rétabli dans le membre qui était redevenu rose et chaud. Les douleurs avaient fui. Il s'ensuivit un sentiment d'euphorie que devaient démentir les événements. La convalescence s'annonçait heureuse, quand, une semaine après l'opération, la malade présenta des signes d'agitation cérébrale et de perturbation nerveuse. L'insomnie s'installa pendant plusieurs nuits que des sédatifs pouvaient à peine calmer. La malade voyait s'approcher le soir avec appréhension et avec raison.

Quand la nuit tombe, l'imagination des malades se peuple de fantômes et de cauchemars, des figures hideuses et grimaçantes y dansent leurs sarabandes effrénées, les rêves se font pénibles, zébrés d'éclairs douloureux dans les muscles. Le cerveau, enregistreur implacable, accuse les contre-coups de l'influx ner-

veux périphérique et les renvoie dans l'organisme sous forme d'ondes réflexes déchirantes, retentissant dans tout le devis psychosomatique et, principalement, dans la partie lésée. D'autres fois, la torpeur accable les malades et les rend étrangers aux rapports extérieurs. On dirait que l'armature est faussée et que le détraquement aura raison de la machine organique du sujet.

Autrement, c'est un délire froid qui prend possession du patient. Rien n'est plus effarant que d'écouter les divagations que ne justifient nullement la température ni le pouls normaux. L'opéré raconte des histoires abracadabrantes, conçues par les cellules cérébrales intoxiquées.

Souvent, c'est l'insomnie qui tourmente l'opéré. Le sommeil joue à cache-cache avec la volonté qui l'appelle de tous ses vœux. Les phantasmes se déforment, se bouffissent, subissent des inflexions vagabondes, le raisonnement s'éclipse et ne contrebalance plus l'effet nocif des réceptions nerveuses dénaturées. La guérison semble reculer, parce que les sens troublés désaxent le cerveau à cause du ravitaillement défectueux en matériel normal. Et les malades, au matin, émergent épuisés de cette veille forcée.

Devant les prodromes que dévoilait sa malade, le docteur Legure s'attendait à une complication ou à un nouvel épisode dramatique. En effet, un soir, il fut appelé d'urgence près de son opérée, frappée d'une autre embolie, cérébrale celle-là, avec une paralysie de la moitié droite du corps. Elle était étendue là, loque lamentable, hagarde, bafouillant des paroles incompréhensibles par suite d'une lésion concomitante du centre-moteur facial. Cette nouvelle complication s'expliquait par la maladie de cœur dont était atteinte la malade. Il se produit parfois, dans ces cas, une pluie d'embolies, dues à des particules microscopiques qui se détachent des valvules cardiaques et sont lancées dans la circulation. On eût dit que c'était la revanche du sort contre la beauté.

Nul ne peut rester indifférent à la Beauté. De tout temps, depuis l'antiquité jusqu'aux temps modernes, les peintres, les sculpteurs, les poètes, les littérateurs ont proclamé, chacun dans sa sphère, la séduction qu'exerce la beauté sur l'esprit et sur le cœur. Les uns, de leurs palettes aux riches teintes, les autres avec leur ciseau, d'aucuns avec leurs expressions les plus riches et les plus harmonieuses se sont élevés aux plus hautes cimes pour fixer sur la toile, sur le marbre ou dans leurs écrits le gracieux galbe d'un visage, l'attrait d'un regard, la joliesse d'une main, la richesse de la ligne anatomique, la finesse de la membrane ou tout autre emblème qui emplit leur vision pour se transformer en ciselures artistiques. Pétrarque, dans ses sonnets sublimes à la belle Laure de Noves ou Dante dans ses canzones à Béatrice Portinari sont les plus fidèles chantres de cet hommage à la féminité que l'ont pourrait dire déifiée. On ne parle pas de la beauté plastique qui est une nature morte. C'est Galatée à qui Pygmalion doit insuffler la vie. Mais la beauté, doublée de l'intelligence, est transcendante. Elle resplendit d'un éclat incomparable et lance les plus vifs rayons sur le diorama humain. L'on comprend qu'elle a pu embraser des cœurs, qu'elle a eu des chevaliers tenants et que quelqu'un se soit écrié: « Vous êtes la dame de mes pensées et la reine de mon cœur ». La beauté a une influence sur les générations d'hommes. Quel est le but de la vie? L'amour, la gloire, la richesse, les honneurs ne sont convoités que pour les déposer aux pieds d'une femme qui motive les gestes de ceux qui cherchent à les conquérir. Les paladins antiques n'avaient d'autre mission que de partir dans de dangereuses aventures pour plaire à l'élue de leur âme. La vie ne vaudrait pas la peine d'être vécue si l'être de grâce par excellence n'était là pour la transfigurer et la hausser jusqu'au sublime.

Voilà les réflexions qui se heurtaient dans le cerveau du docteur Legure quand, un soir, il entra chez sa malade. Il était désespéré de son ankylose médicale contre l'accident af-

freux qui s'abattait sur elle. Une telle phase aiguë dépassait les moyens de la combattre efficacement. Sans doute, il y avait bien un traitement, l'injection du ganglion étoilé, ganglion nerveux qui préside à la circulation cérébrale. Mais, en user présentement équivalait à un accroissement de l'hémorragie cérébrale. Le spasme aurait probablement cessé après l'infiltration. C'était là le danger. Quand même, il fallait laisser au temps le soin de consolider la lésion. Cette attente demandait des semaines. A la famille inquiète, autour du lit, il n'avait que des sympathies et des mots de commisération à proférer.

Ce beau soir d'été, au firmament rutilant d'or, où le soleil avait la forme d'un disque sanglant qui fondait à l'horizon, où les feux du couchant jetaient des traînées de cuivre rouge, où les nuages voyageaient par toutes les mutations croissantes et décroissantes des couleurs, gris, gris-rosé, mauve, carmin, cramoisi, gris-clair, mauve léger, jaune doré, ce beau soir d'été déployait un voile triomphal sur la nature frémissante et semblait se recueillir dans l'expectation de la nuit. La richesse des nuances se dissolvait dans le clair-obscur où tout devenait alternativement brillant et noir, ombre et feu, ténèbres et clarté. Les fleurs du jardin, ouvrant leurs corolles à la rosée vespérale, laissaient exhaler un parfum délicieux et enivrant. La terre renvoyait les odeurs d'humus que le soir tombant rendait encore plus capiteuses. Le jour ne se décidait pas à mourir. C'était une scirée limpide invitant à l'amour. Vénus se levait à l'est réverbérant dans le ciel les miroitements de sa moire lumineuse. Les oiseaux pépiaient sous la ramure, un silence impressionnant embrassait l'atmosphère. C'était l'apothéose au dehors, c'était le deuil et la tristesse dans cette chambre de mourante; ce contraste emplissait le docteur Legure d'une mélancolie et d'une amertume incommensurables. Devant cette jeunesse qui n'avait pas pu surmonter la maladie et dont la vie coulait lentement comme l'eau filtre entre les doigts qui essaient de la retenir, il avouait son impuissance.

Pendant que le monde extérieur avait entonné l'hymne et l'exultation de la reconnais-

sance à la création, que tout clamait la soif de vivre, le réservoir de la dynamique se vidait progressivement chez l'embolisée, la respiration s'amenuisait jusqu'à n'être plus qu'un souffle par instants, les énergies vitales se démobilisaient par l'asphyxie et l'anémie graduelles du milieu humoral et le chirurgien se demandait où était la justice ici-bas.

La malade eut tout à coup une lueur de compréhension. Elle sourit à son chirurgien. Ce sourire, malgré sa distorsion, avait une telle beauté et laissait irradier une telle marque de confiance que le docteur Legure en fut remué jusqu'au tréfonds de lui-même. Il se baissa sur cette tête à l'agonie et déposa sur ses cheveux un baiser respectueux et plein de regrets. Un sanglot monta à sa gorge que râcla une sensation d'âcreté, des larmes perlèrent à ses paupières et maudissant sa stérilité thérapeutique, il resta là, violemment ému, attendant le passage définitif dans la mort. Même défunt, le visage de cette jeune femme gardait une impression de majesté infinie, ayant l'air, malgré l'anéantissement, de décocher un défi à la désagrégation corporelle.

Le docteur Legure demeura longtemps en méditation insondable devant ce spectacle de la négation vitale. Cette jeune malade représentait tous les attributs de la vie. La mort avait marqué de son sceau indélébile cet être aux formes correctes. Que restait-il de cet élan vers les aspirations, les ambitions, les désirs qui constituent l'attraction de l'existence? Un cadavre, c'est-à-dire rien, puisque l'âme avait déshabité le corps et, comme le dit Bossuet, « un je ne sais quoi qui n'a plus de nom dans aucune langue ».

Le docteur Legure devait garder de ce tableau un souvenir immarcessible. Il finit par laisser la chambre, la mine songeuse, et quitta l'hôpital avec une allure vague et la déception dans le regard.

Toutefois, les nécessités de la vie reprenaient leurs droits et les devoirs de son métier revenaient à l'avant-scène. Le décès de la jeune femme n'était qu'un épisode dans le grand livre de la vie.¹

1. Extrait d'un roman en préparation: « Quand la nuit tombe ».

UNE CHAIRE DE CANCÉROLOGIE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

La Faculté de Médecine de Paris, dans le but de développer l'enseignement et la recherche sur le cancer, vient de créer une chaire de cancérologie.

Le premier titulaire en est le professeur Charles Oberling qui prononça une magistrale leçon inaugurale le 27 janvier 1950. Le Professeur Oberling fut, à Strasbourg, l'élève du Professeur Masson, de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, et du Professeur Roussy, décédé tragiquement il y a un an ou deux. Nous extrayons ce passage de la leçon du Professeur Oberling et nous le reproduisons ici bien volontiers puisqu'il concerne notre distingué titulaire de la chaire d'anatomie pathologique. D'un angle et sur un plan différent, nous joignons notre hommage au Professeur Masson et nous offrons au nouveau titulaire nos plus chaudes félicitations. Mais voici, plutôt :

« ...Très rapidement, l'Université française de Strasbourg s'organisa. Parmi les jeunes Maîtres français envoyés en Alsace, Pierre Masson produisit sur les étudiants une impression profonde, non seulement par la qualité de son enseignement mais en raison de la grande autorité en matière de cancer dont il jouissait déjà à cette époque.

« J'étais attiré à ce moment-là par la chirurgie et, désirant étudier à fond une maladie dont le traitement devait être une de mes grandes préoccupations, je sollicitai une place d'assistant à l'Institut d'Anatomie pathologique. Ma demande fut acceptée et c'est alors que commença une des périodes les plus actives de ma vie. Nous étions là, toute une équipe de jeunes que quatre années de guerre avaient littéralement assoiffés de connaissances. Dans un institut qui avait été un des berceaux de l'anatomie pathologique et qui, sous l'impulsion de son nouveau directeur, allait rapidement reprendre son rang du passé, nous partagions tout notre temps entre la

salle d'autopsie, le laboratoire et la bibliothèque. Notre Maître, jeune encore et plein d'enthousiasme, était constamment à nos côtés; détournant notre esprit de la forme trop livresque du savoir, il nous ramenait sans cesse à l'observation des faits tels qu'ils se présentent dans la nature. Masson est resté un des Maîtres incontestés de l'histopathologie, alliant les ressources inépuisables d'une technique ingénieuse à un don d'observation, à un « coup d'œil histologique » vraiment extraordinaire. La sûreté, et souvent l'instantanéité de son diagnostic sont restés pour moi un sujet d'étonnement. Nous n'aurions pu trouver de meilleur guide pour nous initier au diagnostic histo-pathologique des tumeurs, ce domaine si déroutant pour le débutant, et si déconcertant même pour l'initié, car on peut avoir examiné des coupes de cancer pendant toute sa vie et rencontrer presque tous les jours des aspects nouveaux. Cet entraînement nous fut grandement facilité par le souci constant qu'avait notre Maître de placer les faits histo-pathologiques dans le cadre général des phénomènes biologiques, d'expliquer ainsi les structures rencontrées et de montrer aussi que les tumeurs, qui sont en sommes des caricatures de tissus, révèlent souvent, en les exagérant, certaines propriétés normales ignorées jusque-là... »

Et nous ne pouvons résister de citer ce second passage terminant une leçon inaugurale, qui constitue une magnifique synthèse des connaissances actuelles sur la genèse du cancer. La fin de cette leçon non seulement expose l'opinion personnelle de l'auteur sur l'origine du cancer, mais elle contient un élément d'optimisme et de conquête éventuelle sur un fléau que tous doivent craindre. On y apprend aussi l'espoir que le titulaire place sur l'inventivité des chercheurs français, suppléant à l'insuffisance matérielle, et pouvant s'appliquer dans une conjoncture straté-

gique pour atteindre le but ultime qui serait la connaissance définitive de la cause du cancer et de son traitement radical.

«...L'hypothèse des virus va-t-elle finalement triompher? Nous le pensons. Mais il faut le prouver et nous sommes loin du but. Les recherches dans ce domaine sont extrêmement laborieuses et à chaque pas des difficultés nouvelles surgissent. La question des virus se complique de plus en plus. Dans certaines phases de l'infection, il devient impossible de dire ce qui appartient au virus et ce qui est à la cellule. A cette échelle, il n'y a plus d'unité vivante, on se trouve en présence de groupements moléculaires constituant les rouages de la vie. Les recherches sur le cancer se confondent ici avec celles sur le mécanisme intime de la vie.

« Cancer et vie, les deux sont toujours liés. Mais cette idée n'est plus faite pour nous effrayer. Les progrès réalisés au cours des dernières années ont tout changé. Ils nous ont ouvert la porte de la cellule, et aujourd'hui nous avons la certitude que le cancer sera vaincu. Partout les volontés sont tendues vers ce but et la compétition est ouverte entre les nations. Devant les efforts gigantesques que l'on fait ailleurs et les sommes énormes mises à la disposition des travailleurs, nous nous sentons parfois dépassés, nous, si peu nombreux en France, avec nos moyens hélas! si limités. Mais, au lieu de nous lamenter sur ce qui nous manque, utilisons à fond ce que nous avons, car dans la tâche qui nous incombe nous ne sommes pas totalement dépourvus d'atouts. Dans les batailles que livre la science comme dans les grandes mêlées de l'histoire, ce ne sont pas toujours les nombres, les masses et le matériel qui amènent la dé-

cision: ce sont souvent quelques hommes engagés au moment critique, au point crucial du combat. C'est, dans le déchaînement des forces anonymes, la revanche de l'individu. Des événements récents l'ont à nouveau confirmé et nous entendons encore cette phrase célèbre qu'un grand homme d'Etat, doublé d'un grand orateur, a prononcée au lendemain d'une victoire décisive pour rendre hommage à cette poignée d'hommes, à « ces quelques-uns, auxquels tant d'autres doivent tant ». C'est cela, ce rôle de l'individu qui est notre principal atout. Ce rôle où chacun de nous doit mettre toutes les ressources de ses capacités, sa foi, son obstination, sa confiance dans le succès final. Ce rôle où nous avons avec nous la longue tradition d'un peuple qui, dans les réalisations quotidiennes comme dans les grands achèvements de l'art, de la science et de la technique, a souvent su pallier au manque de moyens par l'initiative individuelle et par l'esprit inventif. Mettons-nous à l'œuvre, ne craignons ni l'immensité de la tâche, ni l'insuffisance de nos moyens, faisons tout ce qui est en notre pouvoir pour que, si la chance veut bien nous sourire, nous puissions aspirer à cette suprême récompense: être parmi les « quelques-uns » dans cette lutte gigantesque contre le cancer qui est devenue la croisade moderne du monde civilisé. »

* * *

Cet élan, ce grand enthousiasme pour la recherche et la découverte, cette ferme confiance dans le zèle et la lucidité de savants de son pays est un exemple qui peut servir de leçon. Nos vœux sont que de l'Ecole d'Oberling jaillisse la lumière qui dissipera définitivement le mystère du cancer et vaincra ses œuvres mortelles.

Roma AMYOT.

“L'Union Médicale du Canada” en 1881

La prostitution et la syphilis.

Avril 1881.

Il ne manque, à Montréal, que fort peu des traits qui caractérisent les grandes villes et on ne saurait que difficilement lui refuser une place au nombre des grands centres de population et de progrès. Tout lui donne droit à ce titre: sa position géographique et commerciale, le nombre de ses habitants, ses millionnaires, ses misérables... et le chiffre de la prostitution qui s'y étale.

Nous ne voulons pas cependant tout accaparer et reconnaissons volontiers que plusieurs autres villes de la Puissance nous disputent vigoureusement la suprématie sur bien des points, y compris le dernier.

Nous n'oserions risquer une évaluation, même approximative, du chiffre de la prostitution à Montréal et n'accepterions même que sous toute réserve les opinions de notre chef de police à ce sujet. La latitude illimitée laissée aux prostituées et leur indépendance absolue de tout contrôle de la part des autorités laissent le champ libre aux suppositions les plus vagues, mais rendent impossible une statistique exacte. On ne peut en juger que par ses ravages et son ubiquité. La prostituée coudoie la femme honnête dans les rues, les théâtres et toutes les assemblées publiques; elle poursuit ses victimes au grand jour et dans l'ombre, protégée par la loi comme femme mais ignorée comme prostituée. Faut-il s'étonner, dès lors, que la syphilis infecte au lit nuptial la génération qui passe et au berceau celle qui naît. Ici, la prostituée est syphilitique par état et, si elle accepte momentanément le contrôle du médecin (ce dont elle se dispense le plus souvent), elle n'a pour s'en débarrasser qu'à solder la note de ses honoraires; l'Etat n'a rien à y voir et la Faculté n'y peut rien.

La prostitution est une plaie dont aucun précepte religieux, aucune loi civile ne pourront jamais guérir la société et c'est d'accord avec ce fait qu'on ne saurait discuter qu'en France on tolère la prostitution, qu'on *inscrit* la prostituée afin de pouvoir exercer sur elle une surveillance active, un contrôle effectif, afin de prévenir les conséquences les plus désastreuses d'un mal qu'il est impossible d'extirper et d'en mettre à l'abri la partie saine de la population.

Nos lois ne tolèrent pas la prostitution et prétendent faire mieux que de la régulariser en l'étouffant, (*Stamp it out*, comme disent les Anglais) mais, nous le répétons, c'est là une utopie et toutes les lois pos-

sibles à ce sujet resteront toujours théorie stérile et lettre morte. Voyons-en l'application ici.

La prostitution n'est pas tolérée; elle y est aussi répandue qu'ailleurs et ses effets sont plus désastreux, il est facile de le prouver: aucun propriétaire n'a le droit de louer une maison à des prostituées, elles trouvent à se loger dans tous les quartiers de la ville. Si les voisins se plaignent de leur tapage, la police fait une descente dans les maisons les plus turbulentes et en livre tous les hôtes à la justice. Celle-ci les condamne à une amende modérée qui leur permet de retourner à leur trafic et, à défaut de paiement, les jette pour quelques semaines dans nos prisons communes, où le système cellulaire est inconnu ou reconnu trop barbare... ou trop dispendieux! La prostituée est là, en contact continu avec d'autres détenues condamnées pour vol, ivrognerie, etc. Et ce n'est assurément pas entre pareils sujets que: « Du choc des opinions jaillit l'étincelle de la vérité. »

Tant que la prostituée ne dévalise par le trésor public en vendant sans licence des liqueurs spiritueuses, tant qu'elle ne trouble pas, par un horrible tapage, le sommeil des honnêtes gens, elle peut impunément, sans même y mettre trop de forme, exercer son ignoble métier, parcourir tout le jour et jusqu'à une heure avancée de la nuit nos rues les plus fréquentées, être de toutes nos réunions publiques et propager, par l'intermédiaire des débauchés, la syphilis au sein des familles.

Si nous nous adressions au public, ce serait ici le temps de lui demander, ou plutôt de lui dire (que de gens sont vérolés sans le savoir!), combien de citoyens honorables, de femmes et d'enfants portent une âme pure sous une enveloppe syphilitique. Les médecins le savent surabondamment. N'est-ce pas là une des maladies que nous rencontrons tous les jours sous l'un ou l'autre de ses mille aspects?

Devons-nous rester spectateurs et victimes résignés d'un fléau qui crétinise la progéniture, flétrit la jeunesse, empoisonne la vie, souille la famille et déshonore la société.

Nous admettons volontiers qu'il n'est pas permis de faire le mal pour en éviter un plus grand, mais nous protestons contre l'application de ce principe de morale, à la question qui nous occupe.

La prostitution ne demande à personne le droit d'exister, elle le prend, et puisqu'il est de fait que nous ne pouvons l'en empêcher ce n'est assurément pas un mal que de lui imposer des restrictions.

Dans le traitement d'une maladie incurable on s'attaque aux symptômes et aux complications et, si on ne peut empêcher la crue du fleuve, on peut au moins construire des digues pour prévenir les inondations.

Cela ne s'appelle pas un mal pour un bien.

Nous reviendrons sur ce sujet.

Il est assez amusant et instructif de lire cet éditorial de 1881. Problème de tous les temps et de tous les pays que celui de la prostitution, des mœurs relâchées dans les grandes villes. Ces propos sont d'actualité à toutes les époques et encore plus à cette heure, à Montréal. Etre pris de panique ou de scandale ne peut être la réaction qui apporte une solution. Juger objectivement la situation et y apporter des remèdes adaptables comme le suggère l'éditorialiste, sont la seule conduite à tenir.

R. A.

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. Report of the Council. — **Vitamine E.** (*Vitamin E.*) "J. A. M. A.", 142: 485 (18 fév.) 1950.

Il y a plus de 3 ans, le bruit circula au sujet de l'efficacité de la vitamine E dans plusieurs affections cardiaques.

Plusieurs articles furent publiés sur la valeur thérapeutique de cette vitamine, toutefois sans contrôle satisfaisant tant au point de vue du diagnostic que de l'association médicamenteuse. Les recherches sérieuses subséquentes n'ont toutefois pas prouvé la vérité de ces avancés.

En 1947, à une assemblée de l'« American Medical Association », on publia que la vitamine E n'avait pas de valeur dans les maladies de cœur coronariennes, dans l'hypertension ou dans les maladies cardiaques rhumatismales.

Shute et ses associés publièrent aussi que la vitamine E était bonne pour certaines maladies vasculaires et dans le diabète. Encore une fois, Buest, Bensley et ses collaborateurs réfutèrent ces affirmations.

La Fondation Shute est financée par des souscriptions et par les honoraires des patients. Les circulaires de cette fondation publient un succès de 80% dans tous les cas (toujours la même statistique depuis le début). La Fondation Shute vient de lancer un nouveau périodique pour vanter ses succès.

Il est regrettable de donner de faux espoirs aux malades et les vrais savants n'agissent pas de cette façon. Au contraire ils sont heureux

de discuter de leurs travaux dans des réunions scientifiques.

Les gens qui recherchent la publicité avant les faits rendent un mauvais service à l'humanité.

Bernard DESMARAIS.

PHTISIOLOGIE

Anton MERTENS et Rolf BUNGE. — **Etat actuel de la chimiothérapie en tuberculose avec le conteben.** (*The present status of the chemotherapy of tuberculosis with conteben, a substance of the thiosemicarbazone series. A review.*) "American Review of Tuberculosis", 61: 20 (janv.) 1950.

Les auteurs font une revue des expériences faites sur plus de 10 000 patients tuberculeux en Allemagne avec le conteben (Tb 1/698) ou tibione, une substance de la série des thiosemicarbazones.

La T. B. miliaire et la méningite tuberculeuse ne répondent pas d'une façon satisfaisante à cette thérapeutique.

Dans la tuberculose pulmonaire, les lésions exsudatives offrent les résultats les plus encourageants. L'on note chez les patients une amélioration rapide de l'état général, une augmentation de l'appétit et un gain important du poids. La température baisse, les régressions radiologiques sont notables.

Dans les formes chroniques de la tuberculose pulmonaire les résultats sont moins prometteurs même si l'on obtient parfois la fermeture des cavités et la négativation du patient quant au B. K. L'instillation de conteben en poudre (0,1 à 2 g. dans une suspension de 1 à 2 cc. de glycérol dans les cavités), adjointe à la caver-nostomie a donné des résultats très impressionnants.

La tibione s'est révélée très utile pour préparer les patients à une opération et contrôler les complications post-opératoires.

C'est surtout dans la tuberculose des muqueuses: tuberculose endobronchique, laryngée, intestinale et vésicale que la tendance à la guérison s'est montrée la plus forte.

L'on ne peut à l'heure actuelle porter un jugement quant à l'efficacité du conteben sur la T. B. rénale, la T. B. osseuse et la T. B. articulaire.

Le dosage du médicament doit varier selon les individus, le stade de la maladie, la forme de la tuberculose. La dose orale s'établit à environ 2 mg. par kilogramme de poids pour les adultes.

Le traitement par le thiosemicarbazone n'est pas sans toxicité. Il n'est pas rare au début du traitement de rencontrer de l'anorexie, de l'embarras gastrique voire même des nausées et des vomissements. Ces troubles disparaissent d'eux-mêmes sans qu'il soit nécessaire d'interrompre la thérapeutique.

Un exanthème souvent précédé de conjonctivite a été observé. Une anémie du type hémolytique est fréquente avec l'emploi de fortes doses (300 mg. ou plus). Des cas d'agranulocytose à éosinophiles et à lymphocytes ont été rapportés. Jusqu'à quel point les fonctions hépatiques peuvent être atteintes par l'usage prolongé du Tb 1/698? Les auteurs ne savent pas le préciser, mais ils notent une tendance marquée à la surcharge graisseuse du foie chez les patients soumis à son action.

Il n'est pas prudent de soumettre des patients à cette médication sans des examens sanguins et des épreuves fonctionnelles du foie, répétés à brefs intervalles.

Maurice DORAY.

P. LOWYS, O. METIVIER et C. LEPERCQ. —

Etude sur 510 observations de cavernes tuberculeuses du poumon chez l'enfant. "Bull. et Mémoire de la Société Médicale de Passy", 28: 8, 1949.

Les cavernes pulmonaires tuberculeuses sont fréquentes chez l'enfant. Dans une étude chez 2 632 enfants tuberculeux de 5 à 15 ans, les auteurs trouvent 510 cas soit 20%. Elles se rencontrent surtout chez les filles à l'âge de la pu-

berté. Dans les deux tiers des cas le début fut insidieux. Fait à noter, le caractère paucibacillaire de certaines cavernes rend le diagnostic plus difficile. Aussi, outre les réactions cutanées à la tuberculine faites systématiquement, faut-il répéter les examens de laboratoire tant radiologiques que biologiques.

Les auteurs soulignent la gravité de la T. B. cavitaire en général et le caractère exceptionnel des guérisons spontanées. Puis, ils notent le rôle catastrophique de la puberté féminine en matière de tuberculose et le pronostic très réservé des lésions bilatérales.

Après avoir posé le principe que toute caverne T. B. doit être aussitôt collabée, les auteurs font remarquer que la streptomycine et l'acide para-amino-salicylique ne jouent qu'un rôle de préparation ou d'association et ne peuvent se substituer à la collapsothérapie. Les auteurs repassent ensuite les divers modes de collapsus du poumon et indiquent dans quels cas l'on doit préférer le pneumothorax intra ou extra-pleural ou la thoracoplastie, et illustrent leurs avancés par la présentation de nombreux cas cliniques.

Maurice DORAY.

Jerome R. HEAD et Chester W. MOEN. —

Les complications tardives non tuberculeuses des ganglions hilaires calcifiés. (*Late nontuberculous complications of calcified hilus lymph nodes.*) "Amer. Rev. of Tuberculosis", 60: 1 (juillet) 1949.

Dans un grand nombre de cas, l'atteinte tuberculeuse du poumon est bénigne. Les lésions parenchymateuses et ganglionnaires passent cliniquement inaperçues et laissent comme vestige permanent des calcifications ganglionnaires ne présentant qu'un intérêt radiologique et anatomo-pathologique.

Les auteurs, se basant sur la littérature et sur l'observation personnelle de 10 cas, affirment qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Habituellement l'atteinte primitive des ganglions évolue vers la guérison spontanée et l'imprégnation calcaire. Les B. K. demeurent emprisonnés vivants dans cette coque, conser-

vant le pouvoir d'émigrer et de provoquer des réinfections. Les bacilles peuvent ne pas se prévaloir de leur pouvoir et les ganglions peuvent devenir le siège d'une infection secondaire et s'hypertrophier jusqu'à comprimer, perforer la bronche et même l'œsophage. Le tableau clinique réalisé peut donner le change pour un carcinome bronchique.

Cette infection secondaire se fait par 4 voies :

- 1) La voie directe (infection endobronchique avec ulcération de la paroi)
- 2) La voie de contiguité (provenant du parenchyme)
- 3) La voie sanguine.
- 4) La voie lymphatique (le ganglion calcifié peut demeurer perméable au flot lymphatique).

Les ganglions les plus souvent atteints sont par ordre de fréquence: le ganglion de la bronche souche supérieure droite, celui de la bronche gauche inférieure, et celui de la bronche moyenne.

Le tableau clinique est celui de toute affection pulmonaire et bronchique aiguë et chronique, ayant comme mécanisme l'ulcération de la paroi bronchique, son rétrécissement et subséquemment son occlusion.

L'hémoptysie peut demeurer le seul symptôme initial, mais s'accompagne souvent de toux spasmodique. Des sibilances persistantes, à la phase aiguë et à la région atteinte, constituent un signe habituel et suggestif.

Les complications sont les suivantes: abcès pulmonaires, empyème, atélectasie aiguë récidivante, fistule broncho-œsophagienne.

Le symptôme pathognomonique est le rejet, par les expectorations, d'éléments calcaires de taille variable, dont le diamètre peut atteindre un centimètre. L'image radiologique correspond à l'infection broncho-pulmonaire. La tomographie peut montrer et situer le ganglion calcifié qui couvre la bronche. La bronchoscopie, qui n'est pas sans danger dans ces cas,

pouvant produire des hémorragies importantes, révèle la présence d'un tissu de granulation et d'un phénomène sténosant.

Le traitement est celui de l'infection parenchymateuse. Le chirurgien interviendra dans l'abcès et l'empyème. Toute fistule pourra être cautérisée par voie endoscopique. L'exérèse du calcium demeure périlleuse, à cause du voisinage des gros vaisseaux pulmonaires.

La persistance de l'infection constitue une excellente indication pour la lobectomie.

Charles LEPINE.

GASTRO-ENTEROLOGIE

Cecil James WATSON. — **Pronostic et traitement de l'insuffisance hépatique.** (*Prognosis and treatment of hepatic insufficiency.*) "Ann. Int. Med.", 31: 405-423, 1949.

Il est difficile de préciser l'étendue de l'insuffisance hépatique. L'auteur, tout en reconnaissant la valeur des tests de fonction hépatique, plaide pour une évaluation plutôt clinique de l'insuffisance i.e. qu'il faudra reconnaître au début, même avant l'apparition de l'ictère.

La grosseur du foie est d'une grande importance dans le pronostic. Une diminution rapide signifie qu'une nécrose diffuse s'installe et généralement l'issue est fatale. L'augmentation de volume du foie à cause d'une cirrhose graisseuse offre un pronostic favorable.

L'auteur fait une mise au point concernant le traitement diabétique de l'insuffisance hépatique. Il rapporte quelques cas de cirrhose alcoolique traités avantageusement avec un régime approprié. Il mentionne, en plus, l'efficacité de l'extrait hépatique *intra heptol* la vitamine B. complexe, poudre de levure, mélange choline et cystine, tel que préconisé par Palek.

L'auteur termine en rapportant 9 cas pour démontrer les différents genres d'insuffisance hépatique que l'on rencontre couramment.

A. CANTERO.

K. B. CASTLETON et D. A. DOLOWITZ. — **Ulcère peptique de l'œsophage avec hémorragie profuse, contrôlée avec l'oxycel.** (*Peptic ulcer of the esophagus with severe bleeding controlled by oxycel.*) "Gastro-Enterology", 10: 797 (mai) 1949.

L'ulcère peptique du tiers inférieur de l'œsophage est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit.

Le cas est rapporté d'un ulcère de l'œsophage où l'examen endoscopique met en évidence l'artère au fond de l'ulcère d'où provenait l'hémorragie. L'hémorragie était tellement profuse que la transfusion 2 500 cc. de sang et l'application locale d'oxycel étaient nécessaires pour contrôler l'hémorragie avant de procéder à la résection gastrique.

Les auteurs préconisent l'emploi de l'oxycel pour les hémorragies provenant de varices œstigiennes.

A. CANTERO.

CHIRURGIE

Clarence H. HEYMAN. — **Le traitement du coxa-vara de l'adolescence. Etude des résultats de 42 cas.** (*Treatment of slipping of the upper femoral epiphysis. A study of the results of 42 cases.*) "Surg., Gynec. and Obst.", 89: 559 (novembre) 1949.

L'auteur rapporte les résultats immédiats du traitement de 42 cas de coxo-vara de l'adolescence contrôlés cliniquement et radiologiquement.

Ces résultats sont cliniquement bons dans les cas de hanche indolore avec très faible limitation des mouvements et légère boiterie; ils sont passables lorsque la douleur est absente, la boiterie et la limitation des mouvements plus accentuées; mauvais lorsqu'il y a douleur, boiterie marquée ou limitation considérable des mouvements.

En se guidant sur les images radiologiques, le résultat sera plus ou moins satisfaisant, suivant que ces images se rapprocheront plus ou moins de l'image normale.

Les dix cas de soudure par curettage du cartilage épiphysaire n'ont donné que d'excel-

lents résultats. Des 21 manipulations suivies d'immobilisation plâtrée, 17, ou 81%, ont donné de bons résultats cliniques, et 14, ou 67%, une excellente image radiologique. Aucune nécrose aseptique n'a été notée.

Sur 8 ostéotomies dont 3 avec clou de Smith-Petersen et 5 avec plâtre spica, on n'a obtenu que deux guérisons partielles, un bon résultat uniquement clinique, chez un malade, et un résultat satisfaisant, uniquement radiologique, chez un autre patient. Chez les 3 malades où l'A. n'a pratiqué qu'une résection du sommet de l'angulation, il y eut amélioration de la fonction de la hanche.

Les résultats que l'A. a obtenu par sa technique de manipulation sont en contradiction avec ceux des publications récentes. L'A. affirme que la manipulation doit être pratiquée, car elle est sensée corriger la déformation et assurer la soudure de l'épiphysaire. On ne devrait pas attribuer à la manipulation les lésions d'arthrite dégénérative qui se produisent sur une hanche atteinte de glissement épiphysaire.

L'A., d'après les résultats qu'il a obtenus, préconise les traitements suivants: au premier stade de glissement, pratiquer la soudure du cartilage épiphysaire; à un stade de glissement plus prononcé, manipulation et plâtre; après ankylose en position glissée, ostéotomie sous-trochantérienne pour corriger l'attitude vicieuse. Elle peut être complétée d'une résection de l'angulation du col pour faciliter la mobilité de la hanche.

Guy LAFOND.

R. B. CATTELL. — **La pancréatectomie partielle.** (*Partial pancreatectomy: Excision of the tail and body of the pancreas.*) "S. Clin. North America", 29: 779, 1949.

Le diagnostic précis des maladies du pancréas est toujours difficile avant l'opération et même au cours de l'exploration abdominale.

Les indications de la pancréatectomie partielle sont les kystes du pancréas, la pancréatite récidivante, la lithiase et les fistules pancréatiques, l'adénome langheransien et le néo du corps.

Les petits kystes du corps pancréatique, qui ne communiquent pas avec les canaux, peuvent être enlevés sans faire d'exérèse de portion pancréatique. Les kystes plus volumineux, associés à une inflammation chronique, nécessitent le drainage en un premier temps suivi de pancréatectomie partielle trois mois après.

La plupart des kystes qui communiquent avec les canaux doivent être traités par la pancréatectomie partielle en un ou deux temps.

Dans les cas de pancréatite récidivante, surtout localisée au corps, la pancréatectomie partielle reste l'intervention de choix mais celle-ci ne doit pas être tentée quand le processus est trop étendu.

La lithiase pancréatique est rare et quand elle est localisée au corps ou à la queue, la pancréatectomie partielle est indiquée.

La fistule pancréatique peut être le résultat d'un traumatisme ou de blessures, ou bien peut faire suite à une pancréatite aiguë quand il y a eu drainage.

Elle survient surtout à la suite d'un drainage de kyste. Parfois ces fistules peuvent être transplantées dans l'estomac ou le jéjunum. L'excision de la fistule avec fermeture des communications aux canaux est rarement suivie de succès et la pancréatectomie partielle est l'intervention de choix.

Quand l'adénome langheransien ne peut pas être mis en évidence pour l'énucléer, il faut recourir à la pancréatectomie partielle.

Le néo du corps peut aussi être une indication de pancréatectomie partielle.

Malheureusement la majorité des lésions néoplasiques du corps, quand elles sont découvertes, ont déjà envahi les régions avoisinantes et la résection est devenue impossible.

Pour atteindre le corps et la queue du pancréas, l'auteur passe par l'épiploon gastrocolique qu'il divise largement en évitant les artères gastroépiploïques le long de la grande courbure de l'estomac. Le point le plus difficile de l'intervention est la protection du réseau vasculaire.

Tous les vaisseaux doivent être identifiés et protégés. Le ligament splénocolique est divisé

et l'angle splénique est refoulé vers le bas en même temps que l'estomac est tiré vers le haut. Les lésions antérieures du pancréas font souvent que les limites de l'organe sont difficiles à préciser et c'est pourquoi la rate est enlevée au cours de cette intervention, l'artère splénique étant liée assez loin de la rate. Par ce procédé la dissection devient plus facile et se fait de gauche à droite.

A la section du col du pancréas, le canal de Wirsung est identifiée et lié.

Le col est suturé par des points séparés. Un drain est placé dans le lit pancréatique par une petite incision dans l'épiploon gastrohépatique et ensuite l'épiploon gastrocolique est refermé.

Maurice GERVAIS.

J. GOSSET. — **Le drainage biliaire après cholédocotomie selon le procédé de Voelcker modifié.** "La Semaine des Hôpitaux", 25: 177 (octobre) 1949.

Le drainage du cholédoque, par la méthode classique de Kehr, en établissant une dérivation externe de la bile produit des déséquilibres physiologiques si sévères que bien des malades fatigués ne peuvent les supporter, malgré l'amélioration des traitements pré- et post-opératoires.

Cependant le drainage interne par cholédoco-duodénostomie, outre les difficultés techniques qui rendent souvent l'opération irréalisable, présente des dangers immédiats et éloignés bien plus considérables encore. Soit que la bouche anastomotique fonctionne mal dès l'opération, soit qu'elle se rétrécisse dans la suite. Mais ce qu'il faut redouter davantage, c'est l'angiocholite récidivante éventuelle, souvent incurable, qui est fréquente après une opération si peu physiologique.

Le drainage transvatérien, préconisé par le Dr Pierre Duval, plus logique de prime abord, a dû être abandonné par la plupart des chirurgiens, à cause de l'inconvénient réel de la rétention du drain.

L'A., depuis 1945, a employé un procédé qui a les avantages du drainage transvatérien, sans

en avoir les dangers. Il consiste à introduire une sonde de Pasteau Marion, no 20, dans l'orifice de cholécotomie, à la faire passer à travers l'ampoule de Vater et à la faire sortir à l'extérieur à l'union des deuxième et troisième portions du duodénum. Après avoir tiré la sonde, on fait monter son extrémité supérieure vers l'hépatique et l'on suture transversalement l'orifice de cholédoctomie, pratiquée suffisamment basse pour être ensuite recouverte par un surget avec le duodénum.

Dans la portion sous-vatérienne de la sonde ainsi placée, on taille aux ciseaux un ou deux orifices assez larges pour que la bile puisse s'écouler librement dans le duodénum. Enfin le drain sort de l'abdomen par une petite boutonnière pratiquée à travers le muscle droit. La bile s'écoule en partie à l'extérieur durant cinq ou six jours seulement, et l'on peut encore régler l'importance de cet écoulement, en modifiant la puissance du siphon réalisé par le tube plongeant dans un bocal placé plus ou moins bas sous le lit du malade. La sonde est enlevée vers le douzième jour après l'opération.

L'A. pratiqué personnellement cette opération chez six malades souffrant de calculs du cholédoque; il cite en outre un cas de Bonvallet et un autre de Janvier, qui furent également des succès.

Les principaux avantages de la méthode sont les suivants: immédiatement après l'opération, la bile passe en partie dans l'intestin et l'écoulement externe s'arrête le sixième jour.

On peut vérifier à volonté la perméabilité du drain et pratiquer une cholangiographie à l'aide d'une sonde urétérale que l'on peut glisser dans le drain.

L'opération n'offre aucune difficulté spéciale; l'introduction de la sonde est facile, elle nécessite seulement un conducteur métallique assez long et malléable.

Aucun inconvénient n'a été observé jusqu'à maintenant; pas de fistule duodénale persistante.

L'A. propose donc ce drainage transduodéal à la Voelker, modifié, qui après avoir donné

huit succès consécutifs, devrait retenir l'attention des chirurgiens.

Rosaire LAUZER.

P. MALLET-GUY, J. FEROLDI et F. MICEK. — **Maladie du sphincter d'Oddi. Analyse de 70 observations nouvelles recueillies du 12-7-45 au 7-5-49.** "Lyon Chirurgical", 45: 33 (janvier) 1950.

Par l'analyse de ces 70 observations nouvelles, les A. recherchent dans quelle mesure et sur quels points particuliers pourraient être modifiées ou complétées les conclusions déjà apportées par deux d'entre eux dans un précédent travail alors basé sur 36 cas personnels et paru dans le "Lyon Chirurgical", 40 553-586, 1945.

Les A., ayant distrait de la présente étude deux observations mentionnant une lithiasie de la voie principale, ont maintenant une pratique de la maladie du sphincter d'Oddi qui porte sur 104 observations, dont 47 au cours de la lithiasie et 57 en dehors d'elle. Chaque fois, en cours d'opération, la vérification du diagnostic a été faite, grâce au contrôle manométrique et radiographique extemporané.

Cette étude analytique envisage d'une part l'angle physio-pathologique, d'autre part les facteurs étiologiques et, finalement, les constatations anatomo-pathologiques.

1. — *Physio-pathologie.* L'hypertonie du sphincter d'Oddi dans le cadre des hypertopies des voies biliaires; le degré maximum est représenté par un spasme de la totalité de l'hépatocolédoque; plus fréquemment se trouve réalisée l'hypertonie conjuguée des zones sphinctériennes de Lutkens et d'Oddi; ces deux spasmes sphinctériens peuvent d'ailleurs s'échelonner dans le temps. « L'enchaînement des faits peut être le suivant: à l'origine, hypertonie diffuse des voies biliaires, qui peu à peu s'estompe et dont la localisation oddienne persistera à titre de séquelle », se compliquant ultérieurement de sclérose musculaire.

2. — *Facteurs étiologiques.* Parmi ces facteurs les A. relèvent 2 fois la tuberculose pulmonaire, 1 fois le diverticule de la région va-

térienne du duodénum, 7 fois la coexistence d'un ulcère duodénal, un cas de pancréas aberrant, la lithiase banale de la vésicule dans 22 cas, et le syndrome récidivant après cholécystectomie dans 10 cas.

3. — *Documents anatomo-pathologiques.* 26 biopsies sphinctériennes apportent les précisions nouvelles suivantes: « possibilité de lésions inflammatoires de la seule muqueuse vatrienne, éventuelle association de sclérose sphinctérienne et d'adénomatose microkystique, lésions des cellules nerveuses sympathiques, stades évolutifs successifs de la maladie, lésions d'amont pouvant s'observer sur la voie principale, la vésicule, le parenchyme hépatique ou le pancréas ».

Cet article de 23 pages, enrichi de multiples tableaux et de 18 figures (reproduction de documents radiographiques, anatomo-pathologiques et manométriques) mérite lecture et étude attentive. Avec les travaux précédents sur la maladie du sphincter d'Oddi, et l'étude clinique et thérapeutique qui sera publiée ultérieurement, il formera en quelque sorte un corps de doctrine dont il faudra tenir compte et dont le grand mérite reviendra, certes, à l'École de Lyon.

Pierre SMITH.

D. K. MURRAY et R. P. SMITH. — **Polypose recto-colique familiale.** (*Familial multiple polypoid disease of the colon.*) "Can. Med. Ass. J.", 61: 478 (novembre) 1949.

Cette maladie peut être soit familiale, atteindre plusieurs membres d'une même famille et alors apparaître le plus habituellement dès l'adolescence, soit acquise, d'apparition plus tardive et indépendante de toute contingence héréditaire.

La forme familiale, seule envisagée ici, intéresse généralement tout le cadre colique avec prédominance des lésions sur le segment recto-sigmoïdien; elle présente aussi une tendance plus marquée à la transformation cancéreuse. La polypose recto-colique familiale serait plutôt rare, si l'on en croit les A. et la littérature publiée jusqu'ici.

La muqueuse colique peut présenter un nombre plus ou moins considérable de petites saillies parfois à peine visibles à l'œil nu, comme aussi de multiples tumeurs pédiculées plus volumineuses.

La fréquence de la transformation néoplasique est telle que Boyd affirme que le papillome ou l'adénome recto-colique doit être considéré comme lésion précancéreuse; et Fitzgibbon est d'avis que tout cancer du côlon se développe sur un polype préexistant.

D'après maints auteurs, la prédisposition familiale ou héréditaire semble aujourd'hui bien démontrée.

Les symptômes peuvent demeurer longtemps imprécis et être ainsi confondus avec ceux d'autres affections intestinales: cancers, colite chronique ulcéreuse, diverticulose ou diverticulite, endométriose de la paroi intestinale. Si une histoire familiale analogue peut être retrouvée le clinicien songera plus aisément à la polypose; bien entendu ni la recto-sigmoïdoscopie, ni l'exploration radiologique, ni le toucher rectal ne doivent être omis.

La colectomie totale reste jusqu'à présent le traitement de choix. Dans certains cas, une colectomie partielle avec anastomose iléo-sigmoïdienne ou iléo-rectale et électro-cautérisation du segment colique restant peut être recommandée.

Pierre SMITH.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Arthur C. ALLEN. — **Une orientation nouvelle de l'histogénèse et de la signification clinique des nævi et des mélanomes.** (*A reorientation on the histogenesis and clinical significance of cutaneous nevi and melanomas.*) "Cancer", 2: 28 (janv.) 1949.

S'il est vrai que la connaissance de la genèse d'un néoplasme n'est pas toujours requise pour la détermination de sa malignité, il semble que, en ce qui concerne les mélanomes, une telle connaissance soit de prime importance.

Les types de nævi:

1) Nævus dit de jonction (junctional type). Il est caractérisé par la présence dans l'épider-

me de cellules mélanoblastiques ayant perdu un certain degré de cohésion avec les cellules épidermiques avoisinantes. L'auteur est d'opinion que ces cellules mélanoblastiques possèdent certains caractères épidermiques.

2) Nævus intra-dermique qui est le nævus banal.

3) Nævus bleu, homologue de la tache mongolique, qui peut siéger dans la face, sur le dos des mains et des pieds et aux hanches.

4) Nævus mixte (compound nævus) qui comprend une association d'amas mélanoblastiques intra-épidermiques (junction type) et une coulée de cellules mélanoblastiques, parallèle à la surface de l'épiderme.

5) Mélanome juvénile: Cette entité possède des caractères histologiques de malignité (d'où son nom de mélanome) mais se conduit comme une lésion bénigne. L'épiderme montre des lésions de l'ordre de celle que l'on rencontre dans le nævus dit « Junction type » auquel il ressemble par le manque de cohésion des cellules mélaniques intra-épidermiques, par la présence de mitose et par le détachement de la goutte de cellules mélaniques qui tombe dans le derme.

Dans la discussion, l'auteur croit pouvoir rejeter la théorie nerveuse de la genèse des nævi et se rattache à la thèse épidermogénétique. Les cellules de l'épiderme possèderaient la propriété de se transformer en mélanoblastes (dopa positifs) après quelques heures d'irradiations. Les mélanomes se développent non pas à partir du nævus intra-dermique (ou neuro-nævus) mais à partir du nævus intra-épidermique.

Pour terminer, l'auteur se demande ce que devient le « mélanome juvénile » après la puberté: devient-t-il un nævus banal? Pour répondre à cette question il faudrait, prétend-il, transplanter ce mélanome dans un milieu tumoral et endocrine correspondant à celui d'un adulte humain.

S. LAUZE.

H. Z. LUND et G. Dorr STOBBE. — **L'histoire naturelle des nævi pigmentaires: facteurs d'âge et de localisation.** (The natural history of the pigmented nevus: factors of age and anatomic location.) "The Am. Journ. of Path.", 25: (novembre) 1949.

Au cours de la vie, les nævi évoluent; les changements se présentent sous forme de variation dans le nombre et la taille des cellules næviques, sous forme de proliférations cellulaires dans l'épiderme ou à un endroit situé à la jonction du derme et de l'épiderme. La présence de mitoses, de fibrilles et d'éléments ressemblant à des nerfs sont d'autres éléments de différenciation.

Pour leur étude qui porte sur 200 nævi, les auteurs, tout en tenant compte de l'âge, subdivisent l'organisme en régions suivantes: 1) tête et cou (non les conjonctives), 2) le tronc en incluant les organes génitaux externes et le périnée, 3) les parties proximales des extrémités (i.e. épaules, bras, hanche et cuisses), 4) les parties distales des extrémités (i.e. avant-bras, mains, jambes et pieds).

D'après leur configuration en coupes histologiques examinées à l'œil nu, les nævi sont classifiés en stratifiés minces, stratifiés épais et en massifs. Les premiers se présentent surtout dans la première décade tandis que les types massifs sont plus fréquents dans la 2e et la 3e décade, mais à tout âge, les types stratifiés minces sont rares à la tête et au cou et fréquents dans la portion distale des extrémités.

D'après l'examen histologique, on subdivise les nævi en cinq groupes:

1) les nævi comportant des cellules næviques dans l'épiderme et à la jonction dermo-épidermique. On appelle « cellule nævique » des amas de cellules à cytoplasme clair contenant peu ou pas de pigment mélanique. Cette classe appartient surtout à la première décade et leur situation élective est dans la partie distale des extrémités.

2) Ce deuxième groupe comporte le même élément que le précédent avec en plus quelques groupes de cellules næviques, situés profondément.

ment dans le chorion. On trouve de tels nævi dans la première et la deuxième décade. Après 40 ans, on ne voit plus cette forme; même localisation de prédilection que dans le cas précédent.

3) Dans ce groupe le gros des cellules næviques se trouve dans le derme mais il existe encore des amas dans l'épiderme et à la jonction derme-épiderme. Ce groupe survient surtout de la naissance à la puberté, mais il se rencontre jusqu'à l'âge de 60 ans. La localisation de prédilection est la tête et le cou.

4) Ici les cellules næviques sont situées dans le derme: il n'y a pas de zones de prolifération à la jonction dermo-épidermique. Cette forme est peu fréquente avant la puberté. Sa fréquence maxima se situe entre 15 et 30 ans et diminue graduellement jusqu'à l'âge de 60 ans. Même localisation de prédilection que le cas précédent.

5) Ce dernier groupe est caractérisé par la présence de formations fibrillaires ressemblant à des nerfs entre les cellules næviques. Il ne se rencontre pas avant l'âge de 15 ans. C'est la forme la plus fréquente à partir de 30 ans et c'est pratiquement la seule forme existant après l'âge de 60 ans.

Localisation de prédilection: tête, cou et tronc. On a trouvé cette forme à 3 reprises seulement dans la portion distale des extrémités.

Considérations générales: Les mitoses sont rares dans le nævus. On en a trouvé (peu nombreuses) dans 12 cas, on a trouvé des cellules multinucléées en grand nombre dans 10 cas; cinq d'entre eux étant des nævi de la tête ou du cou.

Conclusion

Les nævi évoluent et on ne saurait faire de distinctions trop rigides. On doit s'attendre de trouver chez le jeune adulte des formes de nævi montrant des signes de prolifération (îlots à la jonction dermo-épidermique.) et ceci ne signifie pas qu'une telle lésion soit précancéreuse. Mais plus inquiétante est la forme jeune (classe « 1 ») chez un adulte surtout s'il a dé-

passé 40 ans. Il peut alors s'agir en réalité d'un nævus jeune, d'un nævus resté au repos depuis la naissance ou d'un mélanocarcinome.

S. LAUZE.

LABORATOIRE

A. E. GESSLER, Clifford GREY et Al. — **Notes sur la microscopie électronique des tissus.** 1) Tissu normal — 2) tissu néoplasique. (*Notes on the electron microscopy of tissue sections. 1) Normal tissue — 2) Neoplastic tissue.*) "Cancer Research", 8: 534, 1949.

Grâce au microtome à haute vitesse, il est maintenant possible de faire des coupes de tissu ayant l'épaisseur de 1/10 de micron et les techniques de fixation et de coloration permettent d'étudier ces coupes au microscope électronique.

L'on reconnaît grâce à cette méthode que les membranes externes et nucléaires, dans la cellule normale, sont bien délimitées et fermes. Les noyaux sont formés avec grains fins, de forte densité.

Le cytoplasme apparaît sur un fond bien démarqué, mais constitué de particules donnant un aspect de verre dépoli. Le tissu intercellulaire révèle une structure plutôt fibrillaire.

Dans le tissu néoplasique, de nombreux signes d'une structure adhérente sont mis en évidence. L'on note des espaces vacuolaires dans le tissu intercellulaire et les cellules mêmes. Il y a destruction de la membrane nucléaire et rétrécissement de la masse nucléaire en filaments très denses.

Ces signes sont en faveur d'une cellule en voie de néoformation.

A. CANTERO.

ANESTHÉSIE

G. J. THOMAS et P. A. SICA. — **Le chlorhydrate de néo-synéphrine dans l'anesthésie et le choc.** (*Neosynephrin Hydrochloride in Anesthesia and Shock.*) "Anesthesia and Analgesia", 27: 101 (mars-avril) 1948.

L'analgésie rachidienne, à cause de l'appréhension, des nausées et d'autres réactions peu

désirables qui lui sont associées, ne jouit pas encore de la faveur universelle malgré l'excellent relâchement musculaire qu'elle procure en chirurgie abdominale. Mais elle deviendrait une aide bien plus précieuse si l'on considérait plus judicieusement les facteurs mental et physique du sujet, la pharmacodynamie des drogues et leurs effets respectifs.

La Procaine est vite absorbée par le sang et occasionne très souvent une toxémie dite « procaïnique ». Qu'elle soit donnée dans la veine ou dans l'espace subarachnoïdien, cette substance présente quasiment le même degré de toxicité. Il est reconnu que les barbiturates sont les antagonistes de la cocaïne et de ses dérivés; ils atténuent les troubles psychiques, digestifs et cardio-vasculaires de la rachianesthésie. Selon les auteurs, l'injection intermittente de Pentothal sodique fournit en l'occurrence des résultats fort satisfaisants.

Il apparaît essentiel de maintenir la tension artérielle du patient à son niveau normal ou en relation proportionnelle avec ses besoins circulatoires. Les mesures seront à la fois prophylactiques et curatives.

A — Dosage des anesthésiques suivant le genre et les phases de l'intervention en cours.

B — Infusions endoveineuses. On sait que l'opéré, dont le système vasculaire renferme la quantité nécessaire de fluide, est alors plus résistant à toute chute éventuelle de la pression sanguine.

C — L'oxygène sous tension légère sert bien au malade qui accuse de l'hypotension; il corrige l'anoxémie et renforce la musculature cardiaque.

D — Les composés sympathomimétiques sont d'ordinaire injectés en un seul temps par voie sous-cutanée ou intra-musculaire. Cette manière de procéder rend leur action variable quant à l'efficacité et à la durée.

En 1910, Barger et Dale passèrent en revue les médicaments vaso-presseurs et la majeure partie de nos connaissances actuelles, sur ce point, tire son origine du travail de ces deux maîtres. En 1941, le département d'anesthésiologie de l'Hôpital Saint-François, à Pittsburg,

entreprit une étude élaborée concernant ces produits et leurs divers modes d'administration. Thomas et Sica emploient les hypotenseurs mis à l'épreuve clinique depuis plusieurs années et celui qui, pour eux, tient le premier rang est le chlorhydrate de néo-synéphrine.

La néo-synéphrine est un lévo- alpha- hydroxy- beta- methyl- amino- hydroxy- ethyl- benzène hydrochloruré; sa structure l'apparente de près à l'adrénaline et l'éphédrine; mais elle est plus stable et moins toxique que ses deux congénères.

Entre ces trois drogues, il existe une relation étroite, concernant leur pouvoir fonctionnel; elles sont douées d'une action similaire à celle qu'éveille l'excitation du système neurovégétatif. Cependant, leurs effets diffèrent quelque peu.

L'adrénaline amène une vaso-constriction plus intense des capillaires et des artérioles, mais de moindre durée que l'éphédrine et la Néo-synéphrine. Cette dernière offre toutefois une marge de sécurité plus grande; ne stimulant point les centres et la moelle épinière, elle ne provoque ni anxiété, ni vertiges, ni tremblements. A l'encontre des autres vaso-presseurs, la Néo-synéphrine, sans créer d'irrégularité, modère le rythme du cœur dont elle renforce les contractions et augmente le débit. C'est pour ces motifs qu'elle est hautement préconisée dans les « conditions qui requèrent un maintien adéquat du niveau de la pression sanguine, telles que l'anesthésie spinale, le choc et le collapse avec défaillance circulatoire. »

La méthode idéale, selon les deux auteurs, d'administrer ces vaso-presseurs est la voie endoveineuse en goutte à goutte continu. Depuis neuf ans, ils utilisent de cette façon la Néo-synéphrine avec avantage pour l'opéré, en y adjoignant l'instillation intraveineuse de pentothal sodique.

Voici le procédé qu'ils suivent:

Les trois-quarts d'un centimètre cube de Néo-synéphrine (7½ milligrammes) sont mélangés à 500cc d'une solution glucosée (5% à 10%). Aussitôt après l'injection sub-durale, le patient est couché sur le dos. Puis au moyen d'un robi-

net spécial, on laisse passer une dose initiale de pentothal (3cc à 5%) et par un autre tube on ajuste le soluté de Néo-synéphrine au courant de 50 à 60 minimes à la minute.

Pour empêcher toute baisse possible de la tension artérielle, l'oxygène inspiré par voie nasale a son importance: il tend à prévenir l'anoxémie en fortifiant le myocarde et en accentuant le volume sanguin.

On doit faire la lecture fréquente du sphygmomanomètre (à intervalles de 5 minutes) et on variera en conséquence le taux du goutte à goutte. Le pouls est aussi un indicateur très précieux; il faut tenir compte de sa vitesse, de sa régularité et de son amplitude pour apprécier comme il convient la constance cardio-circulatoire.

Si le patient présente un certain degré de choc, dû à l'intervention, à l'hémorragie ou à l'anesthésie, le mélange de Néo-synéphrine et de glucose, dénué de tout risque d'incompatibilité soit avec le sang ou le plasma, sera continué tant que le tableau clinique n'est pas revenu à la normale. Souvent, l'on se contente de donner au malade 5 minimes de Néo-synéphrine I.M. lorsque l'opération est terminée.

Cette étude repose sur seize observations consécutives où les opérés reçurent, par voie endoveineuse, du chlorhydrate de Néo-synéphrine à des doses variant de 5 à 15 milligrammes. Les tracés furent effectués ainsi: la veille de l'intervention, dans l'heure qui la précédait, pendant l'anesthésie et durant les 24 ou 48 heures suivantes.

Thomas et Sica analysèrent l'influence relative de certaines drogues, telles que l'atropine, la morphine et le pentothal sodique sur le complexe cardiographique en vue de préciser la différence de leurs effets avec ceux de la Néo-synéphrine.

I. — La morphine agit sur le vague, elle retarde la contraction cardiaque, affaisse l'onde R et élève la courbe T.

II. — L'atropine stimule le nœud sino-auriculaire et abaisse l'onde T.

III. — Le pentothal ne change pas la conductibilité, ni ne touche le myocarde.

IV. — Le chlorhydrate de Néo-synéphrine, combiné au pentothal, à la rachi-anesthésie et à la prémédication ralentit le rythme du cœur par l'intermédiaire du pneumogastrique. Le mécanisme sinusal n'est pas altéré. Sur plusieurs clichés, l'espace P. R. s'allonge, mais demeure toujours dans la limite normale de 0,20 seconde ou moins.

Des électrocardiogrammes antérieurs ont montré que l'adrénaline et l'éphédrine accroissent l'activité du système conducteur du myocarde. Les ondes T ont tendance à fléchir sous l'influx du vague et du sympathique; maintes fois, des battements prématurés (extrasystoles) surviennent avec l'emploi de ces composés.

Le présent exposé comprend 1 470 cas où la chirurgie abdominale est fortement représentée: appendicectomie, résections gastriques et intestinales, cholécystectomies, cures de hernie, interventions gynécologiques. L'âge des malades va de 16 à 78 ans. Quelques-uns étaient atteints de diabète, de lésions cardiaques, hépatiques et rénales; trois en état de choc accusaient une rupture d'ulcère peptique; terize avaient une tension systolique en deçà de 100. Les auteurs ne pensent pas que l'hypotension artérielle soit un obstacle à l'analgésie spinale; pour eux, le blocage du cœur, une asthénie marquée du myocarde et la bradycardie seraient les seules contre-indications.

Les docteurs Thomas et Sica sont d'avis que leur technique apporte au chirurgien un concours des plus appréciables et au patient, un confort pratiquement exempt de nausées et de vomissements, dont la moyenne habituelle est de 80% en anesthésie rachidienne.

René LEBEAU.

NOUVELLES

COURS DE PERFECTIONNEMENT ORGANISÉ PAR LE COMITÉ PROVINCIAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE

Le premier cours de perfectionnement organisé par le Comité provincial de défense contre la Tuberculose sera donné à l'Université de Montréal, du 1er au 6 mai prochain, avec le concours de professeurs de l'Université de Montréal, de phthisiologues reconnus de l'American Trudeau Society, de la Montreal Medico-Chirurgical Society (section Tuberculose), des Sociétés de Phthisiologie de Québec et Montréal, de membres du Ministère de la Santé du gouvernement provincial, de l'Association Canadienne Antituberculeuse et d'autres autorités dans le traitement des maladies du poumon dans les hôpitaux généraux.

Vous trouverez plus bas le programme des cours qui seront donnés durant cette semaine d'études.

Programme des cours

Lundi, le 1er mai.

*Séance de l'avant-midi, présidée par
Dr Hugh E. Burke.*

- 9.00 Inscription dans le Hall d'Honneur de l'Université de Montréal.
- 9.30 « Bienvenue » par M. le docteur Hugh E. Burke, président du Comité provincial de défense contre la Tuberculose.
- 10.00 « Anatomie topographique du thorax et des poumons »:
Dr Maurice Blais, professeur d'anatomie normale à l'U. de M.
- 11.00 « Phthisiogénèse »:
Dr Armand Frappier, professeur agrégé à l'U. de M. et directeur de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'U. de M.

*Séance de l'après-midi, présidée par le
Dr Eugène Grenier.*

- 2.00 « Médication symptomatique en Tuberculose »:
Dr Roger Dufresne, professeur titulaire de la chaire de matière médicale à la Faculté de Médecine de l'U. de M.
- 2.30 « Chimiothérapie de la tuberculose »:
Dr Roger Barré, professeur titulaire à la Faculté des sciences de l'U. de M.

- 3.00 « Indications, doses et contre-indications dans l'usage de la streptomycine et du P.A.S. en tuberculose pulmonaire »:
Dr Ruben Laurier, de l'hôpital du Sacré-Cœur, Montréal.
- 4.00 « Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte »:
Dr Lasalle Laberge, F.C.C.P., directeur médical du sanatorium St-François, Sherbrooke.
- 6.30 « Banquet » au Cercle Universitaire, 515 est, rue Sherbrooke.

Mardi, le 2 mai.

*Séance de l'avant-midi, présidée par le
Dr J.-A. Vidal.*

- 9.00 « Bactériologie »:
Dr M. St-Martin, bactériologiste du Laboratoire Provincial.
- 10.00 « Allergie et immunité »:
Dr A. Frappier, professeur à l'U. de M.
- 11.00 « Diagnostic différentiel par la radiologie »:
Dr Jean Bouchard, radiologiste de l'hôpital Royal Victoria.
- Midi Déjeuner suivi d'une causerie-forum sur les « Tumeurs pulmonaires ».
Dr G. Deshaies, président; Drs Jules Prévost, R. Boucher, P.-M. Ricard, V. Latraverse et Jacques Bruneau.

*Séance de l'après-midi, présidée par le
Dr J.-A. Baudoin.*

- 2.00 « Epidémiologie et contrôle de la tuberculose dans la Province, hors de Montréal »:
Dr A. R. Foley, épidémiologiste du ministère provincial de la Santé.
 - 2.30 « Organisation de la lutte contre la tuberculose dans un centre urbain »:
 - 3.00 Repos de 20 minutes.
 - 3.20 « La tuberculose au Canada en 1950 »:
Dr G. J. Wherrett, M.R.C.P., F.R.C.P. (C), secrétaire de l'Association Canadienne Antituberculeuse.
 - 4.30 « Tuberculinisation et vaccination par le B.C.G. »:
Dr R. Guy, directeur-adjoint du Service du B.C.G. à l'U. de M., professeur à l'École d'Hygiène à l'U. de M.
- Soirée
- 9.00 Séance de la Société Médicale de Montréal, à l'hôpital du Sacré-Cœur, sous la présidence du Dr Origène Dufresne.

Mercredi, le 3 mai.

*Séance de l'avant-midi, présidée par le
Dr Gérard Michaud.*

- 9.00 «Pneumothorax intra-pleural»: Dr M. Verschelden, F.C.C.P., directeur du sanatorium de Rosemont.
- 10.00 «Pneumo extra-pleural et phrénicectomie»: Dr B.-G. Bégin, F.C.C.P., chirurgien à l'hôpital du Sacré-Cœur, Cartierville.
- 10.45 «Traitements chirurgicaux en tuberculose»: (Thoraco-résection pulmonaire): Dr G. Deshaies, chef du service de chirurgie thoracique à l'hôpital du Sacré-Cœur.
- Midi Déjeuner suivi d'une causerie-forum sur le diagnostic et le traitement des épanchements pleuraux et empyèmes:
Dr Hugh E. Burke, président; Drs E. Bousquet, E. Gagnon, J.-M. Lemieux et B.-G. Bégin.

*Séance de l'après-midi, présidée par le
Dr B. Cuddihy.*

- 2.30 «Maladies industrielles pulmonaires»: Dr P. Cartier, Thetford-Mines, Qué.
- 3.30 «Suppurations broncho-pulmonaires non tuberculeuses» (Bronchectasie, abcès): Dr V. Latraverse, assistant à titre enseignement à la chaire O.R.L. à l'U. de M. — En charge de la clinique de broncho-œsophagologie de l'hôpital Notre-Dame.

Jeu di, le 4 mai.

*Séance de l'avant-midi, présidée par le
Dr L. D. Mason.*

- 9.00 «Bronchoscopie en tuberculose pulmonaire»: Dr M. Bonnier, F.C.C.P., chef du service de broncho-œsophagologie des hôpitaux Ste-Justine et du Sacré-Cœur.
- 9.30 «Bronchographie»: Dr C.-A. Messier, F.C.C.P., broncho-œsophagologue des hôpitaux Ste-Justine et du Sacré-Cœur.
- 10.00 «Administration sanatoriale au point de vue médical»: Dr F. Hébert, directeur médical de l'hôpital du Sacré-Cœur.
- 11.00 «Pneumopéritoine»: Dr H. Gauthier, directeur médical du sanatorium de Mont-Joli.
- Midi Causerie-forum: «Aspect médico-social de la tuberculose pulmonaire à Montréal»: Dr L. Ladouceur, président; Garde Deland, Garde Dufault, Mme Jean Raymond, Mlle Lucette Besner.

*Séance de l'après-midi, présidée par le
Dr Georges Grégoire.*

- 2.00 «Anatomo-pathologie»: Dr L.-C. Simard, professeur agrégé à l'U. de M.
- 3.00 «Physiologie cardio-respiratoire»: Dr F. Grégoire, de Saranac Lake, N.Y.
- 4.00 «The use and abuse of bed rest in pulmonary tuberculosis»: Dr R. S. Mitchell, Associate Medical Director, Trudeau Sanatorium, Trudeau, N.Y.
- 8.00 Réunion conjointe des Sociétés de Phtisiologie: Société de Phtisiologie de Montréal — Société de Phtisiologie de Québec — Montreal Medico-Chirurgical Society, sous la présidence du Dr M. Verschelden; conférencier invité: Dr David T. Smith, Duke Univ., Durham, N.C.

Vendredi, le 5 mai.

*Séance de l'avant-midi, présidée par le
Dr F. Hébert.*

- 10.00 Séance d'étude à l'hôpital du Sacré-Cœur.

*Séance de l'après-midi, présidée par le
Dr A. L'Espérance.*

- 2.00 «Dépistage systématique en général»: Dr Gaétan Jarry, directeur médical de l'Institut Bruchési.
- 3.00 «Dépistage dans l'industrie»: Dr P. Landry, officier médical de la Ligue anti-tuberculeuse de Montréal.
- 3.40 Repos de 20 minutes.
- 4.00 «Réhabilitation du tuberculeux»: Dr Paul Dufault, directeur du Rutland State Sanatorium.

Samedi, le 6 mai.

- 10.00 Cas de diagnostic et exposition scientifique au Royal Edward Laurentian Hospital, 3674, rue St-Urbain.

**"SURGIT PARVULO SOLATOR" EN HOMMAGE AUX MÉDECINS PRATICIENS
LE BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS PRÉSENTE "LA SEMAINE DU PRATICIEN"**

**Série d'entretiens et conférences-cliniques
du 17 au 22 avril 1950.**

L'Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec.

Hommage aux fondateurs du Bureau Médical.

Le Bureau Médical de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus fut fondé au mois de novembre 1923. Deux membres-

fondateurs demeurent encore en service très actif dans notre hôpital. A ces ouvriers de la première heure, qui furent aussi nos Maîtres, nous formulons le vœu jubilaire: *Ad multos et faustissimos annos*,

au Docteur Albert Paquet,
et au Docteur Willie Verge.

« Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir, et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins. »

(Extrait du serment d'Hippocrate.)

A ceux qui ne sont plus...

MM. René Fortier, premier président du B.M.;
Achille Paquet, Jos. Vaillancourt, Alexandre Edge,
Charles Turcot.

R. I. P.

But de la Semaine du Praticien à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

Il y a un « malaise » indéniable chez les praticiens... Les mesures d'exception prises par certaines institutions soit à l'égard du praticien lui-même, soit à l'égard de son droit légal de poser tel ou tel acte médical, la perte de tout contact direct ou indirect avec son malade hospitalisé, la menace suspendue sur son économie par le compartimentage parfois arbitraire des spécialisations, tout cela donne à craindre au praticien qu'on veuille faire de lui un médecin de « seconde zone ».

Or cela n'est pas et ne doit pas être.

Le praticien est et demeurera la cheville ouvrière, la clef de voûte du Grand Œuvre médical dont tous les « spécialistes » ne sont que les artisans.

A ce Grand Œuvre, dont il est depuis Hippocrate le principal élément de structure, les spécialités ne sont venues que s'ajouter, les unes comme des contreforts ou des arcs-boutants, les autres comme de simples motifs, feuilles d'acanthé ou volutes qui n'ajoutent rien à la solidité de la colonne qu'elles décorent. Le praticien demeure le Médecin tel que nous avons rêvé de l'être dans l'élan et la générosité de nos vingt ans.

Le rappel et la méditation de cette vérité fondamentale constitueraient un motif suffisant pour la « Semaine du Praticien ». Mais elle doit avoir un but plus réaliste, celui de rétablir un contact plus intime entre le praticien et la médecine des hôpitaux; de fournir au praticien l'occasion de connaître et de juger le concours qui lui est offert par ses confrères des services hospitaliers pour l'observation et le traitement de son malade, avant, pendant et après l'hospitalisation; l'occasion aussi de s'entretenir avec son collègue des hôpitaux de ces milliers de malades

qu'on ne voit jamais dans les hôpitaux. Cette collaboration est une nécessité. Dans le tableau que compose l'Art de guérir, au contraire d'être l'antyclimax, praticiens et médecins des hôpitaux doivent évoluer suivant des courbes parallèles. Comme les parallèles ils se rejoignent dans l'infini: praticien, spécialiste, etc., on ne trouvera qu'un seul et même titre à ajouter à leur nom sur la pierre du souvenir:

Medicus... in æternum.

Wilfrid LeBlond,
médecin.

PROGRAMME

(Toutes les réunions, sauf celle du samedi, se tiendront dans la matinée.)

Lundi, 17 avril.

à 9 h. 30 au « 200-droit »:

M. le Docteur Jean Sirois.

Tournée du service et entretiens sur

« Le comportement du praticien en présence de traumatismes crâniens. »

10 h. 30 à 11 h.:

Visite au Service d'oto-rhino-laryngo-ophtalmologie.

M. le Docteur Paul LaRochelle.

à 11 h. dans l'auditorium:

M. le Docteur C.-A. Gauthier.

Conférence-clinique:

« De quelques accidents nerveux au cours de l'insulinothérapie. »

Mardi, 18 avril.

à 9 h. 30 au « 400-centre »:

M. le Docteur Henri Laliberté.

Tournée du Service et entretien sur:

« La conduite du praticien en présence de l'hyper-tendu »

10 h. 30 à 11 h.:

Visite au Service-Dispensaire de Dermatologie.

M. le Docteur Maurice Beaudry.

à 11 h. dans l'auditorium:

M. le Docteur de la Broquerie Fortier

Conférence-clinique:

« Aspect sémiologique et thérapeutique des troubles digestifs chez le nourrisson. »

Mercredi, 19 avril.

à 9 h. 30 au « 200-gauche »:

M. le Docteur Antoine Pouliot.

Tournée du Service et entretien sur:

« Les traumatismes articulaires. »

10 h. 30 à 11 h.:

Visite au Laboratoire d'Anatomo-pathologie.
M. le Docteur Carlton Auger.

à 11 h. dans l'auditorium:
M. le Docteur Hector Beaudet.

Conférence-clinique:
« La chirurgie au service des affections thoraciques. »

Jeudi, 20 avril.

à 9 h. 30 au « 300-gauche »:
M. le Docteur de la Broquerie Fortier.

Tournée du Service et entretien sur:
« Les affections pédiatriques courantes en clientèle. »

10 h. 30 à 11 h.:

Visite au Service d'Electro-radiologie.
M. le Docteur Henri Lapointe.

à 11 h. dans l'auditorium:
M. le Docteur Léonide Reid.

Conférence-clinique:
« Le traitement des cervicites en clientèle. »

Vendredi, 21 avril.

à 9 h. 30 au « 300-centre »:
M. le Docteur Antoine Pettigrew.

Tournée du Service et entretien sur:
« La conduite du Praticien en présence du drame appendiculaire. »

10 h. 30 à 11 h.:

Visite au laboratoire de Bactériologie et chimie médicale.

M. le Docteur Wilfrid LeBlond.

à 11 h. dans l'auditorium:
M. le Docteur Henri Laliberté.

Conférence-clinique:
« Les insuffisances hépatiques en clientèle. »

Samedi, 22 avril.

Il n'y aura pas de réunion dans la matinée.

à 8 h. 30 du soir dans l'auditorium:
Clôture de la « Semaine du Praticien. »

MM. les Médecins-résidents et Internes
présentent

Les péripéties d'un dossier; du bureau des admissions jusque chez Morgagni.

(essai de dilatation splénique.)

Docteur Robert Pagé, Chef-Interne.

MM. les Docteurs François Gagné, Jean Brochu, Paul Labbé, Charles Plamondon, Maurice Coulombe, Claude Gaudreau, Georges Reinhardt, Georges Laperrière.

JOURNÉES PÉDIATRIQUES DE MONTRÉAL LES 25, 26 ET 27 AVRIL 1950

La Société de Pédiatrie de Montréal inaugurera les 25, 26 et 27 avril prochains des Journées Pédiatriques, qui seront désignées sous le nom de « Journées Pédiatriques de Montréal ». Elles seront tenues sous le haut patronage du ministre de la Santé, l'honorable Albiny Paquette, du doyen de la Faculté de médecine, le professeur Edmond Dubé, des professeurs J.-A. Leduc et Gaston Lapierre et présidées par le docteur Paul Letondal, président actuel de la Société.

Leur but est de mettre les pédiatres et les praticiens de médecine générale au courant des grandes questions d'actualité en pédiatrie, questions qui seront exposées sous forme de symposium. Chacune de ces journées débutera par la visite de l'hôpital ou du service de pédiatrie de l'institution, au cours de laquelle il y aura présentations de malades et démonstrations pratiques des derniers procédés de diagnostic et de traitement. Une conférence pédiatrique, sur un sujet d'intérêt général pour la profession médicale, terminera chacune de ces journées.

Programme

*Première Journée à l'hôpital Sainte-Justine
le mardi 25 avril*

Présidents d'honneur: Docteurs Edmond Dubé, J.-A. Leduc, Gaston Lapierre et J.-A. Leveillé.

9 h. Inscription.

Visite de l'hôpital. Présentation de malades et démonstrations pratiques.

10 h. SYMPOSIUM SUR LA VITAMINE D EN PÉDIATRIE.

a) Métabolisme phospho-calcique et vitamine D.
Dr N.-R. BOUZIANE

b) La vitamine D dans le rachitisme.
Dr Paul-M. LARIVIERE

c) La vitamine D en dehors du rachitisme et l'hypervitaminose D.
Dr Raymond LABRECQUE

11 h. 30 Conférence du Dr Marcel LANGLOIS, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa: « Le pédiatre et l'hygiène publique ».

12 h. 30 Buffet froid offert gracieusement par le Bureau d'administration de l'hôpital Sainte-Justine aux médecins régulièrement inscrits.

*Deuxième Journée à l'hôpital Pasteur
le mercredi 26 avril*

Présidents d'honneur: Docteurs Roméo Boucher, Henri Charbonneau, Armand Frappier et Adélarde Groulx.

9 h. Inscription.

Visite de l'hôpital. Présentation de malades et démonstrations pratiques.

10 h. SYMPOSIUM SUR LA POLIOMYÉLITE.

a) Formes cliniques et traitement médical.

Dr Henri CHARBONNEAU

b) Etiologie et virologie.

Dr V. PAVILANIS

c) Epidémiologie et prophylaxie.

Dr Gustave CHAREST

d) Physiothérapie.

Dr Gustave GINGRAS

11 h. 30 Conférence du Dr de la Broquerie FORTIER, professeur de clinique pédiatrique à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec:

« La formation du pédiatre ».

12 h. 30 Buffet froid gracieusement offert par le Bureau d'administration de l'hôpital Pasteur aux médecins régulièrement inscrits.

*Troisième Journée à l'hôpital Notre-Dame
le jeudi 27 avril*

Présidents d'honneur: Docteurs Albert de Guise, Georges Hébert, Albert Guilbeault et J.-R. Boutin.

9 h. Inscription.

Visite du service de pédiatrie. Présentation de malades et démonstrations pratiques.

10 h. SYMPOSIUM SUR LA MALADIE RHUMATISMALE.

a) Modalités cliniques.

Dr Jean-Marie BEAUREGARD

b) Complications cardiaques.

Dr Paul DAVID

c) Prophylaxie et traitement.

Dr Albert GUILBEAULT

11 h. 30 Conférence du Dr Paul LETONDAL président de la Société de Pédiatrie de Montréal:

« Evolution de la pédiatrie ».

12 h. 30 Buffet froid offert gracieusement par le bureau d'administration de l'hôpital Notre-Dame aux médecins régulièrement inscrits.

RÈGLEMENTS GÉNÉRAUX

Les Journées Pédiatriques sont organisées pour les membres de la Société de Pédiatrie de Montréal, mais tous les médecins y sont cordialement invités.

L'inscription est gratuite.

Pour de plus amples renseignements sur les Journées Pédiatriques, appeler LANCASTER 7580 ou MARQUETTE 6713.

JOURNÉE MÉDICALE EN MAURICIE

La Société médicale de Shawinigan et Grand'Mère organise, pour le samedi 27 mai de la présente année, une grande Journée médicale, à l'adresse de tous les médecins de la région du Saint-Maurice et des environs.

Le programme, tel qu'établi à l'heure actuelle, comportera les activités suivantes: durant l'avant-midi, six conférences-éclair, par des conférenciers de la région, sur des sujets d'intérêt général. Cette séance sera suivie d'une discussion libre; à midi trente, buffet froid, à l'hôpital Sainte-Thérèse pour les médecins; à midi trente également, au Cascade Inn, dîner-causerie pour les épouses des médecins; durant l'après-midi, symposium sur les maladies du foie et de la vésicule biliaire par trois professeurs universitaires de Montréal; à 7 heures p.m., souper-causerie avec, comme conférencier, un invité de marque.

Les séances médicales auront lieu à l'hôpital Sainte-Thérèse de Shawinigan Falls. Les organisateurs s'attendent à la présence d'une centaine de médecins.

AIDE AU MÉDECIN DURANT LES MOIS D'ÉTÉ

Alertée par la poussée toujours croissante vers la spécialisation, l'Association Canadienne des Etudiants en Médecine et des Internes s'est déclarée en faveur du principe de stimuler un intérêt plus grand pour la pratique générale en médecine.

L'Association juge que ceci est une question d'éducation et plus spécialement de connaissance plus grande et plus intime de la fonction, du besoin et de la valeur du médecin de famille dans la société.

Elle a institué un projet par lequel cette éducation pourrait être transmise aux étudiants en médecine grâce à la coopération des praticiens de médecine générale.

Nous exhortons les praticiens de médecine générale à accepter un étudiant en médecine de deuxième ou troisième année (années cliniques) comme apprenti durant les mois d'été.

Veuillez écrire au soussigné en donnant vos nom et adresse et les qualifications spéciales que doit avoir l'étudiant si les services de celui-ci sont désirés.

Ces renseignements seront transmis aux étudiants des facultés de médecine du Canada. Ils adresseront personnellement leur demande aux médecins qui nous auront écrit.

Pour faire suite à la politique de l'A.C.E.M.I. et au travail efficace déjà accompli dans ce domaine par nos prédécesseurs, l'Exécutif National de 1949-50 continue le projet d'emploi d'été.

La coopération de toute la profession médicale du Canada est essentielle à la réussite de ce projet, c'est pourquoi nous faisons appel à celle-ci afin que le plan soit un succès complet.

En instituant ce projet, l'A.C.M.I. a pour buts principaux:

1. de stimuler chez les étudiants un plus grand intérêt pour la médecine générale;

2. d'aider l'étudiant en médecine à acquérir une plus grande connaissance pratique de la clinique faite, soit dans les hôpitaux, soit dans le cabinet du praticien de médecine générale;

3. de fournir à l'étudiant en médecine un moyen de se tenir en rapport intime avec la science médicale durant ses vacances d'été.

L'atteinte de ces buts ne sera obtenue que par la collaboration intense des organisations médicales suivantes:

a. *Les hôpitaux canadiens.*

Voilà des éléments très importants dans la formation de l'étudiant en médecine. Conséquemment, nous lançons un appel à ceux-ci dans l'espoir qu'ils favoriseront notre projet.

Les étudiants en médecine sauront apprécier tout travail médical, fut-ce la clinique ou le laboratoire.

b. *Les collègues provinciaux des médecins et chirurgiens.*

Dans chaque province, le Collège des médecins et chirurgiens se montrerait d'une aide précieuse en fournissant à l'A.C.E.M.I. le nom des praticiens de médecine générale qui consentiraient à employer un étudiant en médecine durant les vacances d'été.

c. La section des praticiens de l'Association Médicale Canadienne.

d. Le Conseil Canadien des Hôpitaux.

Il serait fort désirable que chaque association ci-haut mentionnée nous écrive le plus tôt possible afin que nous puissions mettre notre projet en marche. Une publicité adéquate sera faite dans les diverses revues médicales canadiennes en ce qui concerne ce projet.

Adressez toute correspondance à:

M. Guy Lemieux,
Officier national des Relations Extérieures,
Le comité national de l'A.C.E.M.I.,
Faculté de médecine,
Université de Montréal,
2900, boulevard du Mont-Royal,
Montréal 26.

HONNEUR AU DOCTEUR PIERRE JOBIN

Le docteur Pierre Jobin, de Québec, vient d'être élu président général de tous les clubs Richelieu.

LE DOCTEUR PAUL LETONDAL ÉLU MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE LYON

Le docteur Paul Letondal, F.R.C.P. (C.), président de l'Association des Pédiatres de la Province de Québec et de la Société de Pédiatrie de Montréal, Directeur de *L'Union Médicale du Canada*, a été nommé « Membre Correspondant » de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon.

C'est le président actuel de cette Société, le professeur Charles Garin, qui, dans une lettre en date du 7 février dernier, informait notre collègue de son élection et lui adressait ses plus vives félicitations.

La valeur scientifique de l'École lyonnaise de pédiatrie est bien connue. Il n'est pas permis d'ignorer les travaux des professeurs Weill et Mouriquand et de leurs collaborateurs, sur les maladies par carence et les avitaminoses, la radiologie de la pneumonie infantile, la tuberculose médicale de l'enfance, l'acrodynie, etc. Ce que l'on sait moins, c'est le rôle éminent joué par les représentants de cette École de pédiatrie dans la vie même de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon.

Nous sommes heureux de joindre nos félicitations à celles du professeur Garin et d'exprimer notre joie au docteur Letondal pour cette haute distinction, qui rejaillit sur toute la profession médicale canadienne et sur la pédiatrie du Québec en particulier.

Cet honneur conféré à l'un de nos directeurs atteste, une fois de plus, la solidité des liens qui unissent, au point de vue culturel, le Canada à la France.

BANQUET OFFERT À DES MÉDECINS, À PARIS

Pour bien marquer le développement de la vente des produits pharmaceutiques français au Canada, surtout dans la province de Québec depuis la libération, les directeurs d'une société de produits chimiques ont convié à un banquet les 63 médecins canadiens qui effectuent actuellement, dans les hôpitaux de Paris et à la faculté de médecine, des recherches et suivent des cours de perfectionnement. Cette manifestation a été présidée par M. de Lébine, membre de l'Institut.

M. Fulgence Charpentier, attaché culturel et de presse, a pris la parole au nom de l'ambassadeur du Canada.

Les docteurs Melançon et Saint-Pierre ont été les interprètes des docteurs canadiens, le professeur Kourilsky, des médecins français. Ce dernier, qui revient du Canada, a insisté sur le fait que les médecins de langue française avaient particulièrement bien réussi

dans cette profession, qu'ils avaient su faire reconnaître leurs capacités, en bref qu'ils s'étaient imposés.

LE CINQUIÈME CONGRÈS DU CANCER AURA LIEU À PARIS

Coïncidant avec les manifestations commémoratives du cinquantième anniversaire de la découverte du radium par Pierre et Marie Curie, le 5e congrès international du cancer se tiendra à Paris, à la Sorbonne, du 15 au 22 juillet 1950. Une exposition générale consacrée à la lutte contre le cancer aura lieu simultanément.

L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE ET LE CENTRE ÉTUDIANT DE MONTRÉAL

Tous les amis de l'Université de Montréal, qui ont si généreusement répondu à son appel d'il y a deux ans, seront heureux d'apprendre qu'une partie des projets annoncés lors de la campagne se réaliseront bientôt. Il est impossible, pour le moment, de préciser à quelle date commenceront les travaux. Les autorités universitaires et les administrateurs du fonds désirent utiliser l'argent avec le plus grand discernement et seulement après une étude approfondie des besoins de l'institution. Cette étude va bon train et, d'ici peu, les plans de l'hôpital universitaire et du centre étudiant seront achevés.

La Société d'administration de l'université a nommé les architectes et formé des comités de construction pour chacun des deux projets.

Les architectes de l'hôpital universitaire sont MM. Gascon et Parent, avec, comme conseil, M. Ernest Cormier, qui fut l'architecte de l'immeuble central. Le comité de l'hôpital se compose des membres suivants: le docteur Donatien Marion, président; M. Louis Casaubon, secrétaire; Mgr Olivier Maurault, recteur; le docteur Edmond Dubé, doyen de la faculté de médecine, et les docteurs Wilbrod Bonin, Armand Frappier, Jules Prévost, J.-Henri Charbonneau et Jacques Bruneau.

Pour le centre étudiant, l'architecte est M. L. Venne. Le comité se compose de M. G.-E. Léonard, président; Mgr Olivier Maurault, recteur, et MM. Jean Houpert, Roland Bruneau, Fernand Delhaes, André Mercier, ainsi que le président de l'Association générale des étudiants.

BOURSE D'ÉTUDE À DEUX MÉDECINS MONTRÉALAIS

La Société canadienne d'arthrite et de rhumatisme a accordé des bourses d'étude à cinq autres médecins

canadiens, dont le docteur Raymond A. Hughes et le docteur Roger Demers, de Montréal.

Il s'agit là d'un deuxième groupe de médecins qui profiterait de ces bourses; elles les aideront à parfaire leurs connaissances médicales dans les centres de la Grande-Bretagne, des États-Unis et du Canada.

L'octroi de ces bourses d'étude fait partie d'un projet de longue portée qui a pour but de favoriser une éducation médicale plus poussée dans le domaine des maladies rhumatismales. Les bourses, qui varient entre \$1 500 et \$4 000, sont valables pour une période d'un an.

TROIS CANADIENS BOURSIERS DE LA FONDATION MARKLE

Trois médecins canadiens figurent parmi les vingt boursiers de la fondation John et Mary R. Markle destinée à favoriser l'enseignement et la recherche chez le personnel des écoles médicales. Les institutions dont dépendent ces médecins recevront \$5 000 par année, pendant cinq ans, « dans le but de venir en aide aux jeunes savants de mérite qui ont choisi la médecine scientifique plutôt que la pratique ou la recherche médicale dans les laboratoires industriels ».

L'Université Laval de Québec a reçu une bourse, au nom du docteur Georges-Albert Bergeron, pour la physiologie et la physiologie pathologique.

L'Université McGill de Montréal jouira de la même faveur pour le docteur Gardner C. McMillan, spécialiste de la pathologie et des maladies de dégénérescence.

Une autre bourse va à l'Université de London, Ont., pour le docteur Lloyd Grenfell Stevenson, qui se spécialisera en histoire de la médecine et en médecine préventive. Le docteur Stevenson fait actuellement un stage d'études en Grande-Bretagne.

L'HÔPITAL DE GRANBY, AGRANDI PROCHAINEMENT

Au cours de l'année écoulée, l'hôpital St-Joseph de Granby a admis 3 671 patients, soit 319 de plus qu'en 1948. Le nombre d'adultes et d'enfants qui ont eu recours à l'hôpital local se chiffre à 3 003. On a enregistré 668 naissances, comparativement à 607 en 1948. Ceux qui eurent recours à la médecine sont au nombre de 1 175; la chirurgie a accueilli 1 006 patients, tandis que les cas d'obstétrique atteignent le nombre de 811. La capacité actuelle de l'hôpital est de 103 lits; on compte aussi 25 bassinets.

Des démarches se poursuivent en vue de l'agrandissement de cette institution locale. Un octroi de

\$80 000 serait accordé par le fédéral à la condition que la province imite ce geste. Une aile de 80 lits serait ajoutée et, de plus, on ouvrirait une école de gardes-malades. Les pourparlers sont en cours depuis déjà plusieurs mois. On attend une décision de part et d'autre.

NOUVEL HÔPITAL

Les premiers travaux du futur nouvel hôpital Sainte-Justine, rue Doussin, et chemin de la Côte Sainte-Catherine, vont commencer sous peu. Les débuts sont modestes, \$34 000. Pour le moment, on construira une clinique temporaire. Toutefois, on est à préparer les plans d'un édifice pouvant contenir 600 lits.

LES DOCTEURS FRAPPIER ET R. GUY, DANS L'OUEST

Les docteurs Armand Frappier et Roland Guy, de l'Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal, furent les invités de la Société Médicale de Calgary (Alberta). Le docteur Frappier avait choisi comme sujet « A new way of fighting tuberculosis ».

Ces deux médecins de l'Institut de Microbiologie ont rencontré les autorités de la santé et les têtes dirigeantes de la lutte antituberculeuse dans les provinces des prairies, afin d'exposer, à la demande des intéressés, les moyens nouveaux qu'ils ont mis en œuvre dans la province de Québec, de concert avec le ministère de la santé, pour la prévention spécifique de la tuberculose, notamment par la vaccination au moyen du BCG.

La collaboration entre l'Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal et les organisations antituberculeuses des provinces des prairies a été établie depuis plusieurs années, car le BCG qui est utilisé dans ces provinces provient de l'Institut montréalais.

Les docteurs Frappier et Guy se sont arrêtés dans les villes suivantes: Edmonton, Calgary, Saskatoon, Fort Qu'Appelle, Ninette, Brandon, Winnipeg et St-Boniface. A ce dernier endroit, ils ont donné des causeries radiophoniques en plus de celles qu'ils ont été appelés à prononcer dans divers hôpitaux des autres provinces et de cette dernière province.

Il est intéressant aussi de mentionner qu'à l'école d'hygiène de l'université de Montréal, dirigée par le docteur Frappier, étudie présentement un boursier du gouvernement du Manitoba, le docteur Léonard Marcoux, dont le père, l'hon. Sauveur Marcoux, est ministre des affaires municipales de cette province.

HONNEUR AU DOCTEUR MOÏSE CLERMONT

Le docteur Moïse Clermont, chef du service d'anesthésie de l'hôpital Général de la Miséricorde depuis 1939, a obtenu récemment le titre de « fellow » de l'American College of Anesthesiologists. Le docteur Clermont est, en outre, « fellow » de l'International Anesthesia Research Society, anesthésiste en chef à la faculté de chirurgie dentaire de l'Université de Montréal et président de la Société canadienne des anesthésistes.

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

La Société de Chirurgie de Montréal tenait à l'Hôtel-Dieu, sous la présidence du docteur Paul Bourgeois, une séance le mercredi 8 mars, à 4.30 heures p.m.

Les communications suivantes furent présentées:

- a) La gastrectomie d'urgence: Dr Marcel Lamoureux;
- b) Le fibrosarcome primitif du grand épiploon: Dr René Roux.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR PAUL DAVID

Le docteur Paul David, cardiologue de l'hôpital Notre-Dame, vient d'être nommé membre correspondant de la Société de Cardiologie de Paris.

UNE RÉUNION MÉDICALE AUX CHUTES SHAWINIGAN, EN MAI

La Société Médicale de Shawinigan et de Grand-Mère est à organiser une journée médicale pour la fin de mai 1950.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR ROGER LEMIEUX

Le docteur Roger Lemieux a donné une conférence intitulée: « La psychothérapie de groupe: principes généraux et application aux névroses », dans la salle de réunions du Sanatorium Prévost. Il a été présenté par le docteur Jean Saucier.

ÉLECTIONS AU CONSEIL MÉDICAL DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Le docteur P.-C. Laporte, d'Edmunston vient d'être élu président du Conseil Médical du Nouveau-Brunswick. Le docteur M. Barry de Saint-Jean a été choisi comme secrétaire-trésorier.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LA VALLÉE DU SAINT-AURICE

Les élections ont eut lieu récemment à la Société Médicale de la Vallée du Saint-Maurice. Le docteur Maurice Chrétien, a été élu président, en remplacement du docteur Lasalle Mondor, sortant de charge, le docteur Adrien Paradis a été élu vice-président et le docteur André Legendre, secrétaire.

LETTRE ADRESSÉE AUX CORONERS DE LA PROVINCE

Mon cher docteur,

Il me fait plaisir de vous informer que, grâce aux démarches du Président et de l'Exécutif du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, les coroners recevront dorénavant \$25.00 pour la tenue d'une enquête complète, avec rapport, au lieu de \$15.00, et \$10.00, au lieu de \$5.00, dans le cas de recherches, sans enquête.

Un projet de loi à cet effet est actuellement devant les Chambres et cette augmentation sera payée dès que celle-ci sera approuvée par le Lieutenant-Gouverneur.

Espérant que cette nouvelle sera reçue avec joie et que vous y verrez une autre œuvre utile de l'Exécutif actuel du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province, en faveur de la profession médicale, je demeure,

Votre tout dévoué,
le Président,
Marc Trudel, M.D.

L'INSTITUT BRUCHÉSI DE MONTRÉAL Inc.

NOTES DU MOIS

L'index de la réaction tuberculinique.

Chez les enfants d'une population donnée, l'index de la réaction tuberculinique devrait établir, en une certaine mesure, l'étendue de la prophylaxie tuberculeuse et l'état progressif ou stationnaire de la lutte.

Malheureusement nous n'avons pas de chiffres généraux dont on pourrait tirer une indication précise.

Les réactions tuberculiques faites pendant les dix années de 1939 à 1948, à l'Institut Bruchési, ont donné un pourcentage de 43,10 de réactions positives contre 56,90 de réactions négatives.

En comparant les chiffres admis par tous les phthisiologues il y a trente ans, on en conclut que les proportions sont totalement renversées. Il y a, aujourd'hui, plus d'enfants qui n'ont pas subi l'atteinte du bacille tuberculeux.

Par contre, le nombre des enfants contaminés est encore trop élevé. Il est vrai que nos chiffres s'appliquent à une clientèle toute spéciale d'enfants. Tous ceux qui viennent à la clinique ne sont pas tous des cas contagieux. Il y en a qui consultent pour un examen prophylactique, tout simplement parce que les parents craignent la tuberculose.

Dans un autre groupe d'enfants, aurions-nous une différence plus marquée? C'est possible. Ainsi les réactions tuberculiques faites dans les écoles de Montréal ont donné des pourcentages variés de réactions positives. En 1944, 10,84%, en 1945, 20%, en 1946, 15,90% en 1947, 12,17%. Nous devons toucher à la réalité avec ces chiffres, bien que le nombre des réactions tuberculiques ne soit pas assez considérable pour exprimer une généralité.

Dans la recherche d'un index de réactions tuberculiques positives, il y aurait lieu de séparer les enfants de contagieux, les enfants d'âge préscolaire, des écoliers, attendu que les risques de la contamination ne sont pas les mêmes dans chaque catégorie. En 1932, nous avons fait cette discrimination. Elle nous a donné une indication intéressante. Chez nos consultants, sans contact connu avec des contagieux: de 0 à 6 ans, nous avons trouvé 23,5% de positifs, de 6 à 15, 39%. Chez les enfants de contagieux: de 0 à 6 ans, 66% et de 6 à 15 ans, 68%. Dans l'ensemble le pourcentage des positifs était de 55.

Que conclure de tous ces chiffres? Certainement que la prophylaxie de la contamination laisse encore beaucoup à désirer. De la part des familles où vit un tuberculeux, un effort plus sérieux devrait correspondre à un enseignement hygiénique plus répandu et à une surveillance médico-sociale plus active.

Il faut malheureusement reconnaître que, malgré un dépistage massif et malgré des organismes d'examen et de diagnostic de mieux en mieux outillés et de plus en plus disposés à servir, des tuberculeux ignorés traînent partout, mais surtout au foyer, leur contamination mortelle. Il y a aussi les tuberculeux qui refusent de demeurer à l'hôpital pour y faire une cure sérieuse et qui reviennent dans leur famille pour la contaminer massivement.

Sur certains malades, les conseils n'ont aucune prise... Ils ont devant leurs responsabilités les mêmes

réflexes que des bandits devant la loi. Cette grande proportion d'enfants contaminés indique que si la lutte antituberculeuse fait des progrès, par ailleurs, les risques de la dissémination tuberculeuse sont encore assurés pour une génération.

Pour juger de la situation de la lutte antituberculeuse.

Les progrès par tuberculose ont jusqu'ici toujours servi de critère pour estimer les progrès ou les baisses de la lutte antituberculeuse. C'est en fonction de ces chiffres que l'on réclamait des lits d'hôpital, que l'on amplifiait le travail de dépistage, que l'on bâtissait de vastes projets, que l'on établissait même la proportion des tuberculeux malades.

La démonstration de Framingham avait fixé à 10, pour chaque décès annuel de tuberculose, la proportion des tuberculeux à diverses étapes de leur maladie. Quand on s'aperçut que chez les tuberculeux dépistés, on avait un plus grand nombre de cas de début, l'on succomba à la tentation de diminuer cette proportion.

Sans le savoir, à chaque diminution des taux de la mortalité l'on faisait correspondre une diminution de la morbidité. Il serait bon de considérer autrement la situation.

Aux Etats-Unis, une étude sur les statistiques de la morbidité tuberculeuse en relation avec la mortalité, a établi qu'entre 1940 et 1947, le taux des décès a diminué de 45,8 à 33,5 par 100 000, soit une baisse intéressante de 27%. Par contre le nombre des nouveaux cas de tuberculose a augmenté de 76,4 à 93,3 par 100 000, soit une différence de 22%.

Evidemment il y a augmentation de la population, mais cette augmentation vaut aussi pour le taux des décès. Il y a également plus de facilité de dépistage et de diagnostic mais, grâce à l'hospitalisation, à la séparation des contagieux, à l'éducation, la contamination aurait dû baisser dans une même proportion que la mortalité et en proportion inverse de la guérison.

On ajoutera que le dépistage massif a retrouvé un plus grand nombre de tuberculeux: dans la Cité de New-York, 500 000 examens photofluoroscopiques annuels, n'ont fourni que 3,4% de tous les nouveaux tuberculeux enregistrés. De plus, le classement des cas rapportés au bureau d'Hygiène de New-York révèle une proportion croissante de tuberculeux plus avancés, 66% de modérément et de très avancés en 1943, contre 76% en 1948. Renversement d'une situation établie depuis plusieurs années, identique dans la province de Québec et tout le Canada. Mais ce qui est encore plus surprenant, c'est que dans certains Etats

du pays voisin, de nouveaux tuberculeux n'ont été dépistés que par leur certificat de décès.

Cette situation, signalée aux Etats-Unis, n'est peut-être pas encore très apparente chez nous. Pour la première fois pendant ces cinq dernières années, notre taux de mortalité descend régulièrement, de 82,1 en 44 à 58,4 en 1948. Mais le nombre des nouveaux cas rapportés a tendance à échapper à cette baisse régulière. En 1949, il a augmenté de 341, alors que le taux de décès a descendu de 7 points. L'on peut signaler aussi cette disproportion entre la morbidité générale, 56,1 pour 100 000 en 1932, et 10,6 en 1947 et la morbidité tuberculeuse de 107 en 1932 et 140,9 en 1947 donnant un surplus d'augmentation de 33,9%.

Ce qui a été dit du dépistage massif; des conditions de prophylaxie et d'éducation hygiénique, pour les Etats-Unis, s'applique à la Province de Québec, dans une très grande mesure. Nous ne trouvons là aucune raison pour expliquer toutes ces différences. Nous avons, dans ces observations qu'il faudra continuer pour confirmer une nouvelle orientation dans la lutte contre la tuberculose, un premier jalon qui nous incite déjà à ne plus donner le même crédit aux taux de mortalité, mais à reporter notre attention et nos efforts vers ceux qui ajoutent leurs noms à la liste plus longue des nouveaux tuberculeux.

C'est pour eux que nous devons réclamer des lits d'hôpital, les facilités de traitement, y compris les traitements modernes, chimiques et antibiotiques, l'assistance, la réadaptation.

La lutte antituberculeuse doit se modifier, selon les modifications de l'endémie tuberculeuse. Le facteur principal n'est pas le pauvre malade qui meurt, mais celui que la tuberculose vient de frapper. Elle doit donc se poursuivre, non sur le plan des morts, mais sur le plan des vivants.

CONSULTATION GÉNÉRALE DE LA CLINIQUE DES MALADIES DU THORAX

Le 24 février 1950

Lymphome médiastinal — Dr S. Lauzé.

Pneumatocèle et pneumothorax chez un asthmatique — Drs F. Duval et R. Lapointe.

Abcès multiples et bronchiectasie — Drs Lépine et M. Lafortune.

Analyse bactériologique des expectorations — Dr Ledue.

Le 3 mars 1950

Diabète et pleurésie enkystée — Drs R. Rolland, Beauregard et Forest.

Tumeur du médiastin — Drs Mackay et Choquette.

Pleurésie à éosinophiles — Drs Baillargeon et Boulanger.



les aspects psychologiques d'un bon tonique

Tout médecin connaît la valeur "psychique" du petit rituel des trois doses quotidiennes, simple geste qui contribue à égayer la vie "routinière et interminablement terne" de leurs vieux malades. Car, pour ceux-ci, un "bon tonique" ne représente pas seulement un simple cordial aux vertus apéritives et reconstituantes.

Il est surtout un symbole tangible et réconfortant de la vigilance de "son médecin."

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 1

Une dose pour adultes, soit 2 drachmes liq.
(2 cuillerées à thé) contient:
Alcool 10 pour cent
Vitamine B₁ (chlorhydrate de thiamine)
(250 Unités Int.) 0.75 mg.
Glycérophosphate de strychnine, anhydre
1/64 grain
Glycérophosphate de sodium 2 grains
Glycérophosphate de calcium 2 grains
Acide phosphorique à 75% 1.7 minimes

Présenté en flacon de 6 onces liq.

'Eskay's Theranates'

Formule des fameux 'NEURO PHOSPHATES'
plus la VITAMINE B₁.

UN NOUVEAU PÉRIODIQUE MÉDICAL

Il s'agit de *The American Journal of Proctology*, journal officiel de "International Academy of Proctology". La première livraison de cette nouvelle Revue spécialisée a paru en mars 1950.

Son rédacteur en chef est le docteur Alfred J. Cantor. Elle est publiée à New-York sous la direction de Daniel Weiss, 1819 Broadway, New-York 23, N. Y. Publication mensuelle qui paraît offrir toutes les garanties de valeur scientifique, elle pourra satisfaire les médecins et chirurgiens qui, sans centrer exclusivement leur intérêt et leur attention sur la dernière partie de l'intestin, désirent cependant développer, par leurs travaux et leurs études, un domaine important de la pathologie digestive.

\$173 500 À L'INSTITUT NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui qu'une subvention fédérale de \$173 500 est accordée à l'Institut neurologique de Montréal, pour l'achat de matériel technique spécialisé.

«L'Institut neurologique de Montréal, que dirige le Dr Wilder Penfield, s'est acquis une réputation internationale dans le traitement des affections nerveuses, dit M. Martin. La clinique, la recherche et l'enseignement sont étroitement liés. Les diplômés d'université, non seulement du Canada et des États-Unis, mais de l'Europe, de l'Amérique du Sud et de l'Extrême-Orient, viennent ici étudier et faire des recherches. La subvention fédérale permettra à l'Institut de se procurer beaucoup de matériel technique qui est très coûteux, mais dont il a besoin pour étendre ses services dans les trois domaines qui l'intéressent: le traitement, la recherche et l'enseignement.»

Une partie du matériel servira pour l'Institut actuel; une autre partie sera réservée au nouvel immeuble dont la construction sera entreprise le printemps prochain.

La nouvelle aile de 84 lits aura le droit de recevoir une subvention, en vertu du programme fédéral d'aide à la construction d'hôpitaux.

La subvention présente servira à acheter du matériel nouveau pour l'anatomie, la pathologie médicale, la neuroradiologie, la neurophotographie, la neurophysiologie, l'électro-encéphalographie, la neurochimie, la neuropathologie chirurgicale et l'anesthésie.

Le coût de ce matériel sera prélevé sur la quote-part québécoise de plus de 5 millions de dollars que le Gouvernement fédéral attribue chaque année à l'extension des mesures d'hygiène publique en général.

24 601 CAS D'OREILLONS EN NOTRE PAYS

Les oreillons ont des conséquences souvent graves.

«Dans l'île de Thasos, écrit Hippocrate, il survint des tumeurs aux oreilles, des deux côtés chez le plus grand nombre; chez tous, ces tumeurs disparurent sans signes critiques. Elle se formèrent chez les adolescents, chez les gens à la fleur de l'âge et, parmi ces derniers, chez presque tous ceux qui fréquentaient les palestres et les gymnases...» Le lecteur a reconnu sans aucun doute la maladie appelée oreillons. Au cours de 1948, dernière année pour laquelle nous possédons des statistiques complètes, il y a eu dans tout le Canada 24 601 cas d'oreillons dont 7 576 dans le Québec et 9 440 dans l'Ontario. Les oreillons sévissent surtout en hiver et au printemps et particulièrement dans les groupements de jeunes gens. Il faut éviter tout contact direct avec une personne souffrant d'oreillons et avec des objets fraîchement souillés par des sécrétions de la gorge ou du nez de cette personne. Bien que la période de contagiosité ne soit pas définitivement délimitée, on estime qu'elle débute un ou deux jours avant le développement des symptômes distinctifs et qu'elle ne dure pas plus que le gonflement de la glande salivaire. En conséquence, il importe surtout d'éviter les contagieux. D'ailleurs, c'est là un grand principe d'hygiène: la promiscuité est toujours funeste. Par ailleurs, la prudence l'exige en outre parce que les conséquences de cette maladie sont souvent graves. Les complications nerveuses des oreillons méritent en effet qu'on s'y arrête: méningite, méningo-encéphalite, névrite, et même parfois la néphrite et la pancréatite. Cette maladie entraîne parfois, chez l'homme et même chez la femme, la stérilité.

LE DOCTEUR F. W. JACKSON, LAURÉAT DE L'INSTITUT PROFESSIONNEL

Le Dr Frederick W. Jackson, M.D., D.H.P., directeur des études sur l'assurance-santé au ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social, a reçu aujourd'hui la médaille d'or (1950) que l'Institut professionnel du Service civil du Canada décerne chaque année au fonctionnaire canadien qui a fait «la plus remarquable contribution au bien-être national ou mondial».

La présentation a été faite par M. G. E. B. Sinclair, président de l'Institut au cours d'un dîner qui a clos la 30e assemblée annuelle de cet organisme. Il s'agissait de rendre hommage au Dr Jackson pour le travail qu'il a accompli pendant les 17 années qu'il a été sous-ministre de la Santé et du Bien-être public au Manitoba et depuis les 18 mois qu'il est directeur des

TONI-GARDIAQUE

DILATATEUR
DES CORONAIRES



CORTUNON

MALADIE VALVULAIRE — INSUFFISANCE DU MYOCARDE
ANGINE DE POITRINE — HYPERTENSION ARTÉRIELLE
CŒUR DE LA CINQUANTAINE — TROUBLES VASO-
MOTEURS DES EXTRÉMITÉS

AUCUNE TOXICITÉ
AUCUNE ACCUMULATION
AMPOULES 2 ET 5 CC
CAPSULES



ANGLO - FRENCH DRUG CIE LTÉE

209 EST, SAINTE-CATHERINE

- - MONTRÉAL

études sur l'assurance-santé, au ministère fédéral de la Santé. A ce dernier titre il applique le Programme national d'hygiène du Canada, en vertu duquel 31 millions de dollars sont dépensés, chaque année, pour le développement et l'extension des services d'hygiène.

L'institut professionnel présente chaque année une médaille d'or à un fonctionnaire canadien dont la contribution aux sciences pures ou appliquées, ou au bien-être national ou mondial, est jugée par les membres d'un jury comme étant d'une importance remarquable. M. le juge R. L. Kellock, de la Cour suprême du Canada, le Dr Charlotte Whitton, C.B.E., écrivain et travailleur social bien connu, et le Dr Arthur Beauchesne, C.M.G., C.R., grande autorité en procédure parlementaire, constituaient le jury de 1950.

Les juges ont regardé comme « une contribution remarquable dans le domaine de l'hygiène et du Bien-être public » ce que le Dr Jackson a accompli quand il était sous-ministre de la Santé et du Bien-être public, au Manitoba, particulièrement en inaugurant et en menant à bien ce qui est connu aujourd'hui sous le nom de *Manitoba Health Plan*. Ils ont fait allusion à ses talents d'administrateur, à sa contribution au développement d'un programme complet d'hygiène publique, à son action dans le domaine de la prévoyance sociale, à ses efforts dans le domaine de la prophylaxie et à sa contribution à l'enseignement de la médecine.

Le Dr Jackson est né à Stonewall (Man.) et est, depuis 1912, diplômé en médecine de l'Université du Manitoba. Au début, il exerce sa profession dans un centre rural. Quand la première Guerre mondiale éclate, il s'enrôle dans le corps expéditionnaire canadien et fait du service en Angleterre et en Grèce. Démobilisé en 1918, il continue d'exercer la médecine pendant dix ans, à son compte personnel.

Vu l'intérêt qu'il porte à l'hygiène publique, surtout dans les régions rurales, on le désigne en 1928 pour diriger une enquête sanitaire au Manitoba. Peu après, il devient directeur du service de prophylaxie, au ministère manitobain de la Santé et du Bien-être public.

A la même époque, l'Université de Toronto lui décerne un diplôme en hygiène publique.

Nommé en 1931 sous-ministre de la Santé au Manitoba, il établit dans cette province des services d'hygiène et de bien-être qui ont servi de modèles dans d'autres provinces et dans d'autres pays, surtout aux Etats-Unis, où le Dr Jackson est regardé comme l'une des plus grandes autorités dans son domaine.

Quand, en 1948, le ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social a inauguré le Programme national d'hygiène, en vertu duquel des subventions, au montant de 31 millions de dollars par année, sont distribuées aux provinces, on a confié au Dr Jackson la direction des études sur l'assurance-santé. Ce programme n'est en vigueur que depuis 18 mois, mais il a déjà donné des résultats concrets et manifestes.

Au cours de sa carrière, le Dr Jackson a enseigné la médecine préventive à l'Université du Manitoba; il a été président de l'Association canadienne d'hygiène publique, président de la *Conference of State and Provincial Health Authorities of North America*, président de la commission royale chargée d'enquêter sur la santé et le bien-être des Japonais de l'intérieur de la Colombie-Britannique, et délégué du Canada à l'Organisation mondiale de la santé, à Genève.

En reconnaissance de ses services publics méritoires, le Dr Jackson a reçu la médaille du jubilé d'argent du roi George V et la médaille du couronnement du roi George VI.

VERTAVIS

une nouvelle préparation dans le traitement de l'hypertension essentielle

Chaque tablette contient 10 Unités Craw de **Veratrum Viride** contrôlé biologiquement par les Laboratoires de recherches Irwin Neisler & Co., Decatur, Ill.

Les expériences faites dans de nombreuses cliniques ont démontré que le **Veratrum Viride titré biologiquement** est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle. (The Medical Clinics of North America, septembre 1948; Doctor Freis, page 1253.) Les tablettes Vertavis doivent être prises à une heure d'intervalle et de préférence après les repas. La dose doit être augmentée ou diminuée graduellement selon les résultats obtenus.

POSOLOGIE:

Donnez une tablette VERTAVIS (10 unités Craw) aux heures ci-dessous mentionnées:

SEMAINE	VERTAVIS	MATIN	SOIR	Dose quotidienne Unités Craw
1ère semaine	1 tablette à	7 heures	7 heures	20
2ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 heures	30
3ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 & 8 heures	40
4ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7 & 8 heures	50
5ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7, 8 & 9 heures	60

Documentation complète et échantillon envoyés à MM. les médecins sur demande.

Manufacturé par IRWIN NEISLER CO., Decatur, Ill., U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

OSMOPAK

localise sûrement l'infection

FORMULE:

OSMOPAK est un pansement osmotique émollient composé de 58% de sulfate de magnésie, de 1-2% de benzocaïne et de 1-25,000 de vert brillant, dans une base miscible à l'eau.

OSMOPAK est recommandé dans tous les cas d'infection en général, clous, furoncles, plaies diabétiques, etc., et dans le traitement d'inflammation ou d'infections locales purulentes des mains, des pieds ou de tout autre tissu sous-cutané. L'OSMOPAK procure le maximum de drainage avec un minimum de perte de tissu. Il est aussi recommandé dans la cervicite et la vaginite.

Présentation: Pots de 115 et 577 grammes.

Echantillon médical et documentation sur demande.

Manufacturé par Irwin Neisler Co., Decatur, Ill. U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

REVUE DES LIVRES

L. OMBREDANNE, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, avec la collaboration de Marcel FEVRE, professeur de clinique chirurgicale infantile, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades. — **Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile.** 5^{ème} édition revue, corrigée et augmentée. Un volume de 1 054 pages, avec 1 026 figures. "Collection de Précis Médicaux". — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

La chirurgie infantile englobe d'abord toute la chirurgie générale adaptée à l'âge de l'enfant et, de plus, nombre d'interventions qui, chez les adultes, sont le plus souvent confiées à des chirurgiens spécialisés.

Aussi un livre de chirurgie infantile complet doit-il présenter à peu près toute la chirurgie. Et il doit de plus concevoir son sujet, non pas comme un territoire restreint de la chirurgie générale, mais au contraire comme un ensemble de notions complémentaires qui viennent s'adjoindre à la connaissance de la chirurgie générale et même de la plupart de ses spécialités.

C'est suivant ce principe que le livre du Professeur Ombrédanne a été écrit à l'origine, c'est ce qui a fait son succès auprès de tous les chirurgiens.

L'Auteur envisage d'abord dans leur ensemble les grands processus pathologiques qui chez l'enfant affectent une allure spéciale: traumatismes, dystrophies osseuses, infections ostéoarticulaires, tumeurs. Puis, région par région, il passe en revue les affections et les lésions les plus fréquemment observées en renvoyant aux chapitres initiaux de pathologie générale à propos de chaque cas particulier.

Écrit pour l'enseignement et la pratique, l'ouvrage laisse de côté les discussions doctrinales, les citations. Il ne préconise, dans la mesure du possible, qu'un seul procédé opératoire, celui que l'Auteur a définitivement adopté.

La précédente édition, rédigée pendant l'occupation, n'avait pu tenir compte de la littérature médicale étrangère. Cette cinquième édition, rédigée avec la collaboration du Professeur M. Fèvre, s'est enrichie des nombreuses nouveautés apportées dans la technique et les traitements par la chirurgie de guerre.

Prof. A. LEMIERRE, Prof. Ch. LENORMANT, Ph. PAGNIEZ, Prof. P. SAVY, Prof. N. FIES-SINGER, Prof. L. de GENNES, A. RAVINA. — **Traité de médecine**, en 17 volumes. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Quatorze volumes du *Traité de Médecine* ont déjà paru. Les trois derniers tomes paraîtront en 1950. Le tome final (XVII) contiendra environ 250 pages de table alphabétique, qui feront de cet ouvrage le « Dictionnaire » médical à ce jour le plus complet.

Certes, il était hardi au lendemain de la guerre d'entreprendre en France une « *Somme* », conçue à la française, de l'ensemble des connaissances en pathologie médicale, une *Somme*, non pas alourdie de références, de notes, de pesantes répétitions, d'un appareil documentaire utile dans la recherche mais non dans l'exposé, mais au contraire un ensemble de chapitres aérés où les connaissances utiles fussent présentées « repensées » par des spécialistes, et prêtes à être assimilées par le lecteur.

C'était l'orgueil de la Médecine française que d'éditer de tels livres. Le paradoxe était de tenter de nouveau une réussite au lendemain d'événements qui avaient isolé la France.

Le succès remporté par la publication du *Traité de Médecine*, justifie largement l'entreprise.

Deux raisons expliquent que les obstacles aient été franchis: tout d'abord, on a su très rapidement en France, dès l'ouverture des frontières, se « débrouiller » pour reprendre le

CALGLUCOL E.B.S. est une marque de gluconate de calcium spécialement préparé, disponible en comprimés, granules et ampoules pour usage thérapeutique. De la Vitamine D est ajoutée parce qu'elle possède la propriété avantageuse d'encourager l'absorption et l'utilisation du Calcium.

Calglucol



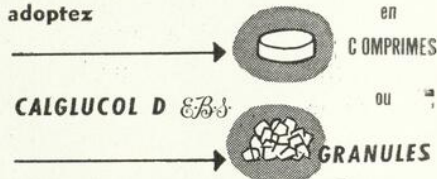
avantages de CALGLUCOL

Sans goût
Facilement absorbé
Non irritant lorsque administré par voie parentérale
Dérange moins l'appareil digestif que les autres sels de calcium lorsque pris par voie orale

Pour :

rachitisme
ostéomalacie
grossesse
lactation
carence en calcium

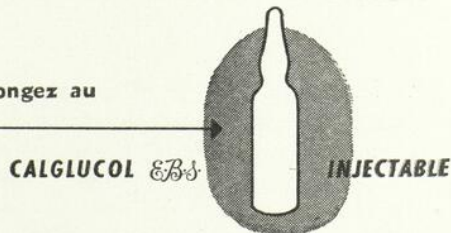
adoptez



Pour :

colique
douleur opiniâtre
saturnisme
crampes musculaires
nocturnes
tétanie

songez au



Présentation

CALGLUCOL D E.B.S. C. T. No 149A, 10 gr. de gluconate de calcium et 500 U. I. de Vitamine D par comprimé. Flacons de 100, 500 et 1,000.
CALGLUCOL E.B.S. C. T. No 149, 10 gr. de gluconate de calcium par comprimé. Flacons de 100, 500 et 1,000.
CALGLUCOL D E.B.S. EN GRANULES — 330 gr. de gluconate de calcium et 1600 U. I. de Vitamine D par once. Flacons de 5 onces.
CALGLUCOL E.B.S., AMPOULES No A-31, 10 gr. de gluconate de calcium par ampoule de 10 cc.

THE E. B. S. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO., LTD. TORONTO, CANADA

Représentants:

M. Paul Busseau, 4904, rue Wellington, Verdun, P. Q. — M. A. A. Summers, Morrisburg, Ont.
M. J. L. Vallerand, 1055, Mont St-Denis, Wolfesfield Park, P. Q.
M. Léon Viens, 9510, rue Saint-Hubert, Montréal, P. Q. — M. P. E. Thibaudeau, 385, boul. Charest, Québec, P. Q.

contact avec les pays éloignés des hostilités où le travail scientifique avait pu conserver une forme traditionnelle.

Par voies variées, très vite, les auteurs français ont su ce qu'avaient été les progrès hors de nos frontières, les assimiler et les incorporer dans le travail d'ensemble qui leur était demandé.

Mais de cette confrontation est résulté un autre enseignement: c'est que, replié sur lui-même par les événements, le corps professoral et hospitalier français avait beaucoup travaillé pendant la guerre.

Les auteurs avaient, chacun de leur côté, refait la magnifique expérience de Calmette, enfermé à Lille, ou de Brachet, réfugié en France en 1914 et qui pendant ces années de quasi-solitude, avaient l'un et l'autre préparé dans le silence les magnifiques ouvrages qui ont en partie assuré leur renom scientifique.

Quelque chose d'analogue a présidé à la publication de ce Traité. Ce travail de préparation, enrichi ensuite des connaissances nouvelles acquises dans le monde entier, explique le succès et pourquoi le nombre de lecteurs français et étrangers a atteint et, pour de nombreux volumes, dépassé celui des Traités publiés précédemment.

L'effort à accomplir est maintenant réduit et les quelques volumes qui compléteront la série feront de l'ensemble l'œuvre la plus représentative, la plus actuelle de la Médecine française et internationale.

A. DESAUX. — **Traitement des dermatoses communes.** Un volume de 1300 pages, avec nombreuses figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1948.

Le but de ce livre, essentiellement pratique, est de résumer nos connaissances actuelles sur le traitement des affections cutanées et d'établir les rapports entre la dermatologie et la médecine générale.

L'ouvrage est divisé en 2 parties. Dans la première l'auteur rappelle brièvement les notions préparatoires et indispensables à l'étude

des dermatoses: aperçu schématique sur l'histophysiologie cutanée, méthodes et techniques d'examen, etc.

Dans la deuxième partie chaque affection cutanée est étudiée au double point de vue diagnostic et thérapeutique. La technique thérapeutique choisie pour chaque cas particulier est décrite en détail et suivie d'une référence bibliographique.

Le traitement local par les agents physiques, chimiques ou autres s'inspire des acquisitions récentes et anciennes, françaises et étrangères.

Le traitement général est très élaboré et témoigne du soin constant de l'auteur à établir les rapports entre les troubles des différents métabolismes, les déficiences hormonales ou vitaminiques, etc., et la dermatologie.

Nous recommandons le livre de A. Desaux non seulement à l'étudiant et au médecin praticien, mais également au dermatologiste expérimenté.

R. et G. LEDOUX-LEBORD. — **Manuel de radiodiagnostic clinique.** — Masson et Cie, édit., Paris, 1949. 2ème édition.

Avec « Technique du Radiodiagnostic » de R. Ledoux-Lebard et J. Garcia-Calderon, le « Manuel de Radiodiagnostic Clinique » constitue un tout fort complet pour notre jeune médecin qui veut se spécialiser en radiologie. Jusqu'à maintenant le débutant devait consulter des ouvrages américains pour avoir une idée d'ensemble de la spécialité. Aujourd'hui, le premier livre à conseiller est bien celui-là. Il ne faut pas conclure de cela qu'il n'est pas nécessaire de connaître la langue anglaise pour devenir radiologiste. Il sera cependant profitable de pouvoir prendre contact, dans sa langue maternelle, avec une spécialité qui devient de plus en plus importante en médecine. Il est vrai qu'il existe une terminologie radiologique avec laquelle nous devons nous familiariser dans notre propre langue si nous voulons que nos rapports soient rédigés dans un style correct et précis.

MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE, POLYVALENTE ET
CHOLAGOGUE

PEPTALMINE

(dragées et granulé)

FORMULE: Peptone de Viande et de Poisson
Extrait de lait et Extraits d'œufs.
Magnésie et Excipients.

INDICATIONS: Fortement recommandée dans le traitement des Mi-
graines, Urticaire, Strophylus, Eczémas, Prurits, Troubles
digestifs par assimilation défectueuse, somnolence après
les repas.

POSOLOGIE: Prendre, une heure environ avant chacun des trois re-
pas, 4 à 6 dragées, soit à sec, soit de préférence avec un
peu d'eau tiède. Enfants: demi-dose.

PRÉSENTATION: Flacons de 50, 500 et 1000 dragées. Granulé: boîte de 130 grammes.

Documentation et échantillon sur demande.

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL

● MONTRÉAL, P. Q.

SULPHO-LAC

(pommade ne contenant aucun corps gras)

FORMULE: Soufre Colloïdal — Sulfure de Calcium
Sulfate de Zinc — Glycérine.

INDICATIONS: Acné, Séborrhée huileuse, couperose, Lupus érythéma-
teux, Dermites de cause vénéfique.

MODE D'EMPLOI: En application locale le soir au coucher.

PRÉSENTATION: Pots de 1 oz. — 2 ozs — 4 ozs et 16 ozs.

Documentation et échantillon sur demande.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL

● MONTRÉAL, P. Q.

Je n'avais pourtant pas entrepris un plaidoyer pour la langue française! ...

Cet ouvrage est le couronnement de 25 années d'enseignement à la faculté de médecine de l'Université de Paris, et l'on s'explique par là le caractère didactique de l'œuvre.

J'ai particulièrement goûté au début les quelques notes sur les rapports qui doivent exister entre radiologistes et cliniciens. Ces quelques pages semblent autant s'adresser aux cliniciens qu'aux étudiants en radiologie. J'espère d'ailleurs qu'on ne s'étonnera pas que le mot « clinique » figure dans le titre.

L'étude de chaque système commence par un chapitre sur l'anatomie radiologique normale. Il faut certainement comprendre l'image normale avant de reconnaître les représentations en blanc et noir d'une maladie quelconque.

Je suis sûr que les auteurs ne prétendent pas avoir dit le dernier mot en radiologie. Ils ne font que livrer leur expérience personnelle, qui est enviable. Même le radiologiste déjà formé pourra rapidement y rafraîchir sa mémoire sur un sujet déterminé.

Une longue liste bibliographique fait part des principaux ouvrages à consulter pour continuer des études déjà bien entreprises.

Les auteurs comptent beaucoup sur la reproduction de films pour l'enseignement du diagnostic et il est évident que notre spécialité ne s'apprend pas autrement qu'à voir des images et à s'imaginer ce qu'elles représentent chez l'individu ou plutôt sur l'organe examiné.

Cependant je crains que l'étudiant qui a bien lu tout le chapitre sur le système osseux, en particulier, soit incapable de reconnaître un scorbut ou une ostéomyélite, pour ne choisir que deux exemples, à la vue d'un film pourtant démonstratif.

Certaines reproductions du livre sont malheureusement inadéquates parce qu'on a dû trop rapetisser pour pouvoir tout montrer.

Cette reproduction en petit amène une perte considérable de détails. Elle fait disparaître surtout l'architecture osseuse si importante

pour le diagnostic. Il faudra donc toujours avoir recours aux Atlas normaux et pathologiques et ce qui est encore mieux aux index que doivent se monter pour l'enseignement tous les services de radiologie qui se respectent.

En résumé, ce volume, malgré quelques lacunes difficiles à combler dans un ouvrage qui veut couvrir tout le terrain est à recommander à tous les étudiants qui viendront de plus en plus nombreux vers une spécialité dont on n'entrevoit pas encore les limites.

Il devrait figurer à la place d'honneur dans la bibliothèque de tout radiologiste et même de tout médecin qui s'intéresse de près ou de loin à la radiologie.

A. L. PECUNIA. — **Initiation à la médecine.**
Un volume de 760 pages, 640 figures. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1949.

L'Initiation à la Médecine s'adresse à toute personne qui, de près ou de loin, par nécessité ou par curiosité, s'intéresse à la « Science Médicale ».

Divisé en trois grandes parties: I. Anatomie et Physiologie. II. Pathologie, III. Pratique médicale, cet ouvrage donne tous les renseignements utiles et indispensables aux étudiants débutants, auxiliaires médicaux, pharmaciens, dentistes, sage-femmes, assistantes sociales, masseurs, directeurs d'hôpitaux et de maison de santé, officiers d'administration, etc...

La première partie, comprenant l'Anatomie et la Physiologie, répond à toutes demandes de renseignements sur ces deux grandes parties de la médecine « Que sont? le pancréas... les trompes utérines » ou « Qu'est-ce qu'une bactérie, un aérosol » etc...

La deuxième partie est consacrée à la pathologie, soit à la description des maladies ou cas pathologique « Qu'est-ce qu'une aortite? une bartholinite » ou « Qu'est-ce que la cryothérapie? »

La troisième partie, pratique et technique, décrit tous les actes médicaux que peut pratiquer un non médecin. Clairement décrits, illustrés de figures, ces actes vont de l'inhalation



pour continuer la vigueur de la jeunesse
... ou conserver l'énergie de l'âge

En gériatrie ou en pédiatrie, en effet, dans chaque domaine de la pratique médicale, la protéinothérapie est d'importance primordiale; et le régime le plus sûr, le plus pratique et le plus efficace pour la plupart des malades, est constitué de protéines entières administrées par voie buccale.

La poudre nutritive DELMOR est composée de protéines entières, d'un goût agréable et d'une très grande valeur biologique (caséine et lactalbumine), protégées d'un manque d'utilisation d'énergie par les hydrates de carbone à 20%, et fortifiées de sels minéraux et de vitamines. Cette préparation est particulièrement appropriée en thérapeutique nutritive chez des groupes de tout âge.

Indications: Comme supplément de protéines, minéraux et vitamines dans les cas de chirurgie, d'obstétrique, de gériatrie, de pédiatrie et de médecine interne. Supplément nutritif dans le

traitement des brûlures, fractures, hémorragie, anémie, affections fébriles et débilitantes, et autres états.

Formule: 100 grammes de DELMOR contiennent: Protéines (N x 6.25) provenant du lait et du soya, 50 Gm.; Hydrates de carbone provenant du soya et des sucres de canne, de lait et de grain, 20 Gm.; Phosphate de calcium tribasique, 1.45 Gm.; Lactate ferreux, 70 mg.; Chlorhydrate de thiamine (vitamine B₁), 10 mg.; Riboflavine (vitamine B₂), 10 mg.; Chlorhydrate de pyridoxine (vitamine B₆), 1 mg.; d-Pantothénate de calcium, 5 mg.; Niacinamide, 100 mg.; Acide ascorbique (vitamine C), 100 mg.; Vitamine A, 4000 U.I.; Vitamine D, 400 U.I.; Extrait de foie entier (contenant d'autres facteurs naturels du complexe vitaminique B), 1 Gm.

Présentée en flacons de 1 et de 5 livres.

Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 13, Ont.

Delmor
Poudre nutritive

— SHARP & DOHME



tion à la ligature artérielle en passant par la pose d'un bandage, l'entretien d'un microscope, la préparation d'un plâtre ou la stérilisation des instruments.

Les matières de ces trois parties sont classées par ordre alphabétique, forment chacune un tout complet et indépendant, et peuvent se consulter comme un Dictionnaire. 640 figures illustrent et éclairent le texte; un index alphabétique très complet réunit en fin d'ouvrage tous les termes techniques cités.

Livre unique et indispensable, à qui veut connaître comment le corps humain est fait, comment il fonctionne, pourquoi il devient malade, les soins à lui donner, ainsi qu'à tous ceux dont le travail toujours obscur et souvent ingrat les fait collaborer au grand œuvre « Santé ».

Jean SCHUNCK de GOLDFIEM. — **Anthropotechnie médicale.** Un volume de 190 pages, 6 tableaux hors-texte et 23 figures. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1949.

L'*Anthropotechnie Médicale*, avec un style concis et une abondante illustration, définit l'Anthropotechnie générale et cette *nouvelle spécialité* qu'est l'Anthropotechnie Médicale. Celui qui la pratique aboutit à une *analyse diagnostique et pronostique* jamais égalée de son client: tempérament, constitution, psychologie, terrain morbide et peut en inférer une exquise préclinique; orientation d'éducation physique, scolaire, professionnelle, sociale. Elle permet à l'omnipraticien de diriger *préventivement* des années à l'avance son patient vers le spécialiste longtemps avant la venue des symptômes alarmants. Il s'agit là du résultat de patientes recherches, statistiques et contrôles de plus de 12 000 cas durant 20 ans, d'un caractère original.

Le lecteur y trouvera l'*aspect social* de l'Anthropotechnie Médicale, le domaine anthropotechnique du médecin, un condensé d'anthropologie pratique, le déroulement des examens d'Anthropotechnie Médicale: Anthropométrie, signification du laboratoire, psychométrie avec

les différentielles raciales, ethniques, tempéramentales, constitutionnelles.

Le médecin est conduit *de la constitution physique du patient à la prévention spécialisée*: probabilités morbides permanentes, règle des cascades dans l'ordre climatérique, des rechutes réelles ou analogues.

Le médecin trouvera à côté de la diagnose constitutionnelle les indications logiques qu'il doit donner sur l'orientation scolaire, professionnelle, sociale. Un chapitre important traite des examens pré-nuptiaux individuels et mixtes selon la méthode anthropotechnique.

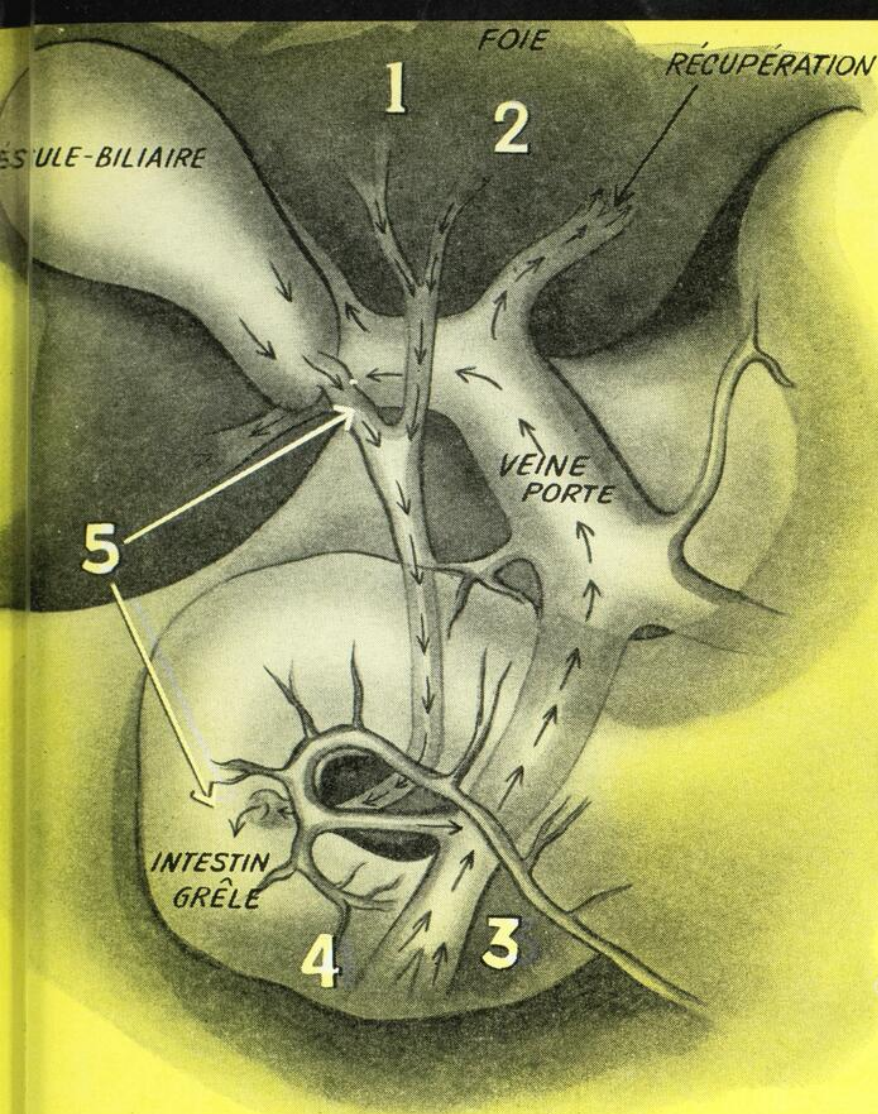
Quelques pages de considérations déontologiques seront prisées des lecteurs.

On peut dire que l'Anthropotechnie a présenté sous la forme la plus réduite, claire, précise, le *sens véritable de la médecine* sous l'angle technique, pratique, humaniste, suivant la tradition des *Maîtres du Passé* et l'apport considérable des *Maîtres de la science contemporaine* dans une synthèse personnelle, originale, fructueuse.

Ajoutons que c'est le premier ouvrage publié dans le monde entier sur la question et qu'il ouvre la voie à la médecine constitutionnelle réclamée de plus en plus par les cliniciens.

Ernest KERN, diplômé d'anesthésie du "Royal College of Surgeons", assistant en anesthésie-réanimation des Hôpitaux de Paris. — **Le curare en anesthésie.** Préface du prof. R. Merle d'Aubigné. Un volume de 124 pages, avec 6 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

L'utilisation du curare représente en anesthésie une étape aussi importante que l'introduction de l'anesthésie par les gaz et celle du circuit fermé. Le curare n'est pas un anesthésique mais un agent paralysant qui procure, isolé, un des éléments essentiels de l'anesthésie, la résolution musculaire. L'intérêt de l'association anesthésie-curare réside dans ce fait qu'elle réalise des conditions idéales de travail pour le chirurgien sans imposer au malade la fatigue d'une anesthésie profonde. Or, on sait que 15 minutes d'anesthésie profonde fatiguent



Thérapeutique des sels biliaries dans l'indigestion et la constipation d'origine biliaire.

- 1 L'acide déhydrocholique augmente la fraction aqueuse de la bile et nettoie les canaux biliaries.
- 2 Les sels biliaries naturels contenus dans les tablettes ANABILE-CHO augmentent la concentration de sels biliaries.
- 3 Du petit intestin 90% des sels biliaries purifiés et de 15% à 50% de l'acide déhydrocholique sont récupérés et retournent ensuite au foie par la veine porte.
- 4 Les sels biliaries naturels émulsionnent les graisses, facilitent la digestion et maintiennent l'équilibre aqueux du côlon par osmose.
- 5 Les tablettes ANABILE-CHO augmentent la sécrétion biliaire, empêchent le dépôt de cholestérol, combattent la stase biliaire et préviennent l'infection.

TABLETTES

ANABILE-CHO

(à base d'acide cholique et d'acide déhydrocholique)

Présentation: Flacons de 50, 100 et 500

Documentation envoyée à Messieurs les médecins sur demande.

Manufacturé par Irwin Neisler Co., Decatur, Ill.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.

2027, avenue du Collège McGill,

Montréal 2, Canada

plus l'organisme que 2 heures d'anesthésie légère.

Le livre d'E. Kern est un travail précis et complet sur la question. Il comporte deux parties principales: la première consacrée à l'étude du curare, la deuxième à la pratique de la curarisation. Ecrite par un clinicien, la partie traitant de la physiologie du curare apporte l'essentiel, les notions nécessaires à la compréhension de la méthode et à son application intelligente. Le chapitre pratique traite des indications et contre-indications, des signes cliniques, des incidents et complications, des curarisants de synthèse. Une vaste place est faite à l'étude de la technique de la curarisation, comportant des indications détaillées sur le dosage, le choix de l'anesthésique, la conduite de l'anesthésie combinée avec le pentothal, le cyclopropane, le protoxyde d'azote, l'éther, etc. Des chapitres spéciaux sont consacrés à la technique de l'intubation trachéale sous pentothal-curare, à la curarisation en chirurgie thoracique, pour l'opération césarienne, au cours de la convulsivothérapie. Un chapitre traitant des « éléments de sécurité dans la pratique de la curarisation » doit permettre à ceux qui en appliqueront les principes de réduire au minimum les risques d'une méthode excellente, mais comportant l'emploi d'un médicament puissant et fortement déprimeur de la respiration.

Des données statistiques sur plus de 500 cas analysés avec soin, ainsi qu'une bibliographie très complète, faisant une large part à la littérature anesthésique anglo-saxonne, fourniront sans doute une précieuse source de documentation aux lecteurs intéressés par le côté scientifique de la curarisation.

Voici comment, dans sa Préface, le professeur R. Merle d'Aubigné, juge cette monographie: « ...le chapitre pratique a été écrit avec le soin de celui qui sait l'importance des détails, lorsqu'il s'agit d'exécuter un acte délicat: les anesthésistes professionnels en apprécieront la clarté et le sérieux. »

« Mais je pense que ce livre sera aussi apprécié des chirurgiens; par son action préventive

sur le choc, par les suites opératoires extrêmement simples qu'il donne à des opérations longues et sérieuses, le curare est pour nous un progrès considérable.

« Pour tous les étudiants, enfin, ce livre peut être proposé comme un modèle de ce que doit produire un travail médical bien conduit, c'est-à-dire, l'étude d'une question sous tous ses aspects théoriques, en union avec une expérience clinique étendue, minutieusement enregistrée, et interprétée sans parti pris. »

Henri BENARD, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, A. GAJDOS et Marguerite TISSIER, chefs de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris. — **Hémoglobine et pigments apparentés. Myoglobines, catalases, peroxydases, cytochromes, porphyrines, pigments biliaires. Etude physiologique et pathologique.** Un volume de 350 pages, avec 66 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Une série de pigments, très répandus dans la nature, ont un squelette commun formé par la réunion cyclique de quatre noyaux pyrroliques, c'est-à-dire par une *porphyrine*. Cette porphyrine, spécifiée par ses chaînes latérales, constitue le groupement prosthétique de nombreuses substances d'un intérêt primordial aussi bien pour le biologiste que pour le médecin.

L'hémoglobine, les catalases, les peroxydases, les cytochromes sont en effet des facteurs indispensables au fonctionnement normal des cellules. Tous ces corps interviennent dans les phénomènes d'oxydation, soit qu'ils transportent l'oxygène à l'état moléculaire ou atomique, soit qu'ils assurent le transfert des électrons. Cette unité d'action est liée à l'unité de structure, chacun de ces composés contenant, comme groupement prosthétique, la protoporphyrine combinée au fer.

D'autre part, les troubles du métabolisme des porphyrines peuvent aboutir à l'accumulation anormale de ces pigments dans l'organisme et réaliser soit une maladie autonome, la *porphyrie essentielle*, soit des *porphyries symptomatiques* accompagnant de nombreux états pathologiques.

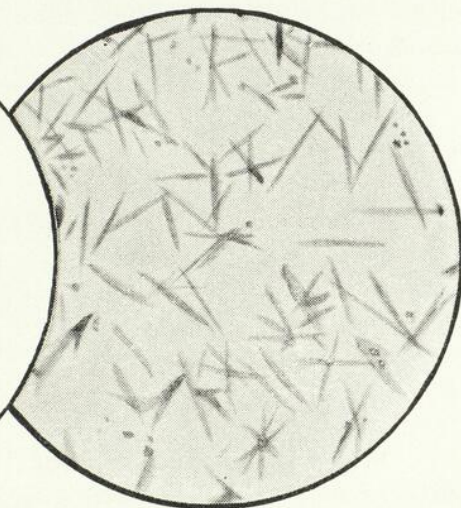
VITAMINE B₁₂

B. D. H.

Un
principe
érythropoïétique du foie

ANACOBIN

Une solution de
Vitamine B₁₂ pure,
cristallisée



À EMPLOYER

**lorsqu'il y a hypersensibilité
aux extraits hépatiques**

On a partout observé que la vitamine B₁₂ ne provoquait pas de réactions allergiques ou d'hypersensibilité. Un cas d'extrême hypersensibilité aux extraits de foie a été rapporté (Lancet, 1949, 1: 1119), dans lequel l'emploi d'Anacobin B.D.H. n'a causé aucun effet secondaire.

L'Anacobin est conséquemment recommandé dans le traitement de l'anémie pernicieuse, surtout chez les malades hypersensibles aux extraits de foie. On l'emploie égale-

ment pour ses vertus de "tonique" général.

L'Anacobin est offert en ampoules de 1 millilitre contenant chacune 15 microgrammes de vitamine B₁₂ pure, cristallisée en solution saline.

Présenté en boîtes de 6, 25 et 100 ampoules.

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LIMITED

TORONTO

CANADA

Enfin, la dégradation « in vivo » du noyau porphyrinique de l'hémoglobine conduit aux divers pigments biliaires.

Les auteurs ont réuni, pour la première fois, dans une étude d'ensemble, les données biochimiques, physiologiques et pathologiques concernant les pigments porphyriniques. Cette monographie, destinée avant tout aux médecins, s'efforce de leur apporter des notions claires et précises sur des chapitres qui appartiennent tout à la fois à la biochimie et à la clinique. Par sa richesse en détails techniques, cet ouvrage constituera en même temps un guide précieux pour les chercheurs.

Divisions de l'ouvrage

Notions chimiques concernant les porphyrines et leurs dérivés. — Hémoglobine et ses dérivés. — Applications cliniques. — Myoglobine et ses dérivés. — Les dérivés métalporphyriniques intervenant dans les oxydations intracellulaires. — Porphyrines. — Pigments biliaires.

Gustave ROUSSY, Roger LEROUX et Charles OBERLING. — **Précis d'anatomie pathologique.** Troisième édition. Un volume de 1 338 pages, 590 figures, 4 planches en couleurs. Broché en 2 vol. Cartonné en 1 vol. (Collection de Précis Médicaux). — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Voici une réédition fort attendue, et depuis longtemps déjà, tant par les étudiants que par les médecins et travailleurs de laboratoire.

Aux premiers, cet ouvrage enseigne les principales modifications structurales créées dans les tissus et dans les organes par la maladie; aux seconds, il propose une mise au courant des notions récemment acquises dans le domaine de l'Anatomie Pathologique en même temps qu'il leur permet de se remémorer certains faits nécessaires à la compréhension d'un problème pathologique.

L'Anatomie pathologique reste une des disciplines fondamentales de la médecine. Les perfectionnements apportés par les méthodes nouvelles d'observation, les colorations vitales, les cultures de tissus, permettent aujourd'hui d'étudier, non plus les tissus morts, mais bien

les tissus vivants et de mieux analyser les causes qui viennent en troubler le rythme normal. Avec l'apport de la chimie et de la physique biologiques modernes, l'histologie statique a fait place à l'histo-physiologie normale et pathologique qui forme un des chaînons de la biologie et de la pathologie.

Mettant constamment en parallèle l'anatomie et la physiologie pathologiques, s'attachant ensuite et uniquement à l'exposé des grands phénomènes morbides que l'on retrouve toujours identiques à eux-mêmes dans tous les tissus et dans tous les organes, les Auteurs ont étudié, dans leurs expressions morphologiques et physiologiques, les altérations créées par la maladie.

L'étude de ces processus généraux est constamment mise au premier plan. Pour cela, renonçant à la division classique entre « anatomie pathologique générale » et « anatomie pathologique spéciale », les Auteurs ont situé les affections propres aux différents organes dans le cadre des phénomènes généraux dont ils forment, en quelque sorte, l'illustration.

De nombreuses modifications ont été apportées à cette édition. Les processus hyperplasiques et les tumeurs bénignes ont été groupés avec les tumeurs malignes. Les barrières qui semblaient s'établir autrefois entre tumeurs bénignes et cancers d'une part, et processus hyperplasiques d'autre part, sont reconnues actuellement comme fictives; au contraire ces processus, très souvent, mènent de l'un à l'autre. On voit de plus se dessiner entre les inflammations et les tumeurs une troisième catégorie de lésions: les processus dysplasiques, dont le domaine grandit journallement et auquel, dans l'avenir, une place importante devra être réservée.

De plus, certains chapitres, comme les anémies, ont été développés, d'autres remaniés. Les leucémies ont trouvé leur place parmi les processus néoplasiques auxquels elles appartiennent de toute évidence. Certains chapitres enfin: maladies osseuses, hépatites, généralités sur la tuberculose pulmonaire et sur le cancer, ont été entièrement repriés.

CRISTALLURIE

ÉVITÉE . . .

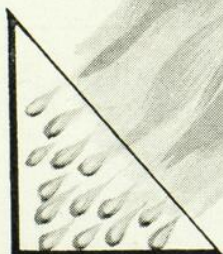
Une vaste activité antibactérienne . . . une marge de sécurité très grande . . . une absence de complications rénales . . . voilà les qualités qui caractérisent le Gantrisin* 'Roche', un nouveau sulfamidé, d'une remarquable solubilité, constitué par un seul sulfa, et par conséquent, non pas tout simplement un tri-sulfa additionnel offert au Corps Médical. Ce composé est également efficace dans les infections en général et dans les infections du système urinaire; de plus, à cause de sa grande solubilité, même dans une urine légèrement acide, il obvie à la nécessité d'administrer simultanément un alcalin.

GRANDE EFFICACITE — Lazarus et Schwarz¹ déclarent que "le médicament a été efficace dans des cas où la sulfadiazine et/ou la streptomycine avaient échoué".

BONNE TOLERANCE — Narins² a prouvé que le Gantrisin "se distingue par une bonne tolérance, caractérisée par l'absence de cristallurie ou des troubles qui en découlent dans le système urinaire".

Le Gantrisin 'Roche' est présenté en comprimés à 0.5 gramme, flacons de 20, 100, 500 et 1000 et en ampoules de 5 cc. à 2 grammes, boîtes de 1 et 6.

Références: (1) J. A. Lazarus et L. H. Schwarz, J. Urol., 61:649, 1949.
(2) L. Narins, J. Urol., 59: 92, 1948.



Gantrisin

 (NU-445)

Marque Roche de la sulfisoxazole (3,4-diméthyl-5-sulfanilamido-isoxazole).

HOFFMANN - LA

LTÉE

286 OUEST, RUE ST. PAUL, MONTRÉAL

A. RAVINA. — **L'année thérapeutique — Médications et procédés nouveaux.** Vingtième année 1948. Un volume de 200 pages. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Comme chaque année l'auteur a résumé et groupé, pour le praticien, tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année précédente.

L'ouvrage contribue à faire connaître des techniques nouvelles d'application immédiate et facile, et indique les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques.

L'auteur étudie dans cette série:

1° Les maladies et les symptômes (27 traitements se rapportant aux affections suivantes):

Actinomycose. — Amibiase. — Anémies. — Cirrhose. — Diarrhée des nourrissons. — Eczéma. — Epilepsie. — Gale. — Hypertension. — Hyperthyroïdies. — Infarctus du myocarde. — Intoxication aorique. — Intoxication barbiturique. — Leucémies chro-

niques. — Leucose aiguë. — Lupus. — Migraine. — Paludisme. — Tétanos. — Tuberculose. — Ulcère gastrique. — Vaginite à trichomonas.

2° Les méthodes et techniques thérapeutiques (12 sujets traités):

Aérosols. — Analgésie. — Anesthésie générale. — Aspiration endotrachéale par sonde nasale. — Dialyses péritonéales. — Inclusions cristallines hormonales. — Infiltrations sympathiques. — Injections intraveineuses d'hydrolysats de protéine. — Perfusion transtibiale. — Radiothérapie. — Splénectomie combinée à la pénicillinothérapie. — Transfusion sanguine.

3° Les médications nouvelles avec leurs différents emplois (32 études):

Antibiotiques nouveaux. — Aérosporine ou Polymyxine. — Chloromycétine. — Antihistaminiques de synthèse. — Héparine. — Pénicilline. — Œstrogènes de synthèse. — Streptomycine. — Sulfamides. — Tyrothricine.

Ce volume contient en outre la table alphabétique des matières des années 1931 à 1947 (sixième à dix-neuvième année).

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse au secrétariat: 326 est, Boulevard St-Joseph — LA. 9888, afin qu'ils puissent recevoir l' « UNION MÉDICALE DU CANADA » sans aucune interruption.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

CERTIFICATION EN HYGIÈNE PUBLIQUE

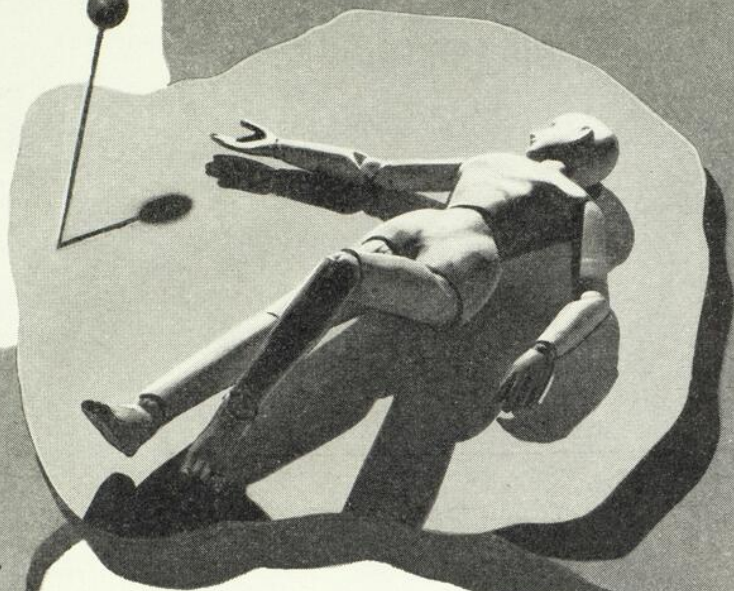
Le Conseil du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada a maintenant résolu d'attribuer des certificats de spécialistes en HYGIÈNE PUBLIQUE. Ceux qui désirent se présenter à l'examen de 1950 pour l'obtention d'un certificat en cette spécialité sont priés de poser leur candidature **avant le 30 avril**.

D'ici le 31 décembre 1950, les demandes seront acceptées pour le certificat en HYGIÈNE PUBLIQUE **sans examen** pour ceux qui ont 10 ans ou plus de service signalé en hygiène publique ou en médecine préventive.

Les formules de demande et autres renseignements seront obtenus en s'adressant au :

**Secrétaire Honoraire,
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada,
150, rue Metcalfe, Ottawa, Ontario.**

dans les états
d'épuisement



et de
convalescence



spécifiez

Phytine*

RECONSTITUANT ET TONIQUE

*Sel magnésio-calcique de
l'acide inositolhexapho-
sphorique 'Ciba'

COMPAGNIE

Ciba

LIMITÉE MONTRÉAL



Dans

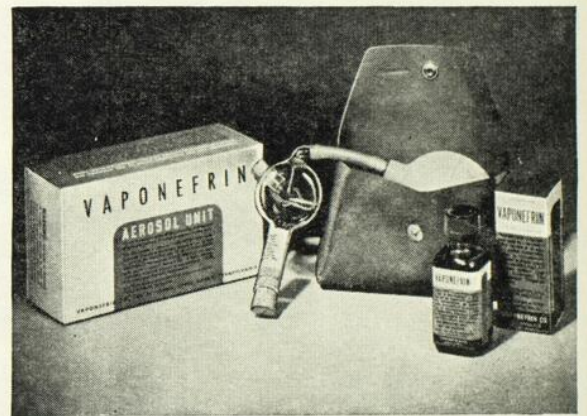
L'ASTHME BRONCHIQUE

L'utilisation précoce de la thérapeutique la plus efficace assure non seulement un soulagement mais encore un regain de confiance chez le malade.

- PROMPTE ACTION LOCALE DANS LES BRONCHIOLES ET LES ALVÉOLES
- SOULAGEMENT RAPIDE DU BRONCHOSPASME
- AUGMENTATION DE LA CAPACITÉ VITALE
- PEU OU PAS D'EFFETS SECONDAIRES
- COÛT RELATIVEMENT PEU ÉLEVÉ (2¢ PAR TRAITEMENT)

La trousse **AEROSOL VAPONEFRIN[®]**

contient le nébuliseur breveté
VAPONEFRIN et une demi-once
de solution VAPONEFRIN.



Disponible à Montréal :

S. S. Brooks, Cape's, Leduc (Saint-Denis), Leduc (Wellington), Macy's, Medical Arts Drug Store, Melrose (Verdun), Pharmacie Montréal, A. Sarrazin & Choquette, J. E. Tremble Reg'd.

Québec :

W. Brunet & Cie Limitée, J. E. Livernois Limitée
et dans toutes pharmacies d'ordonnances au Canada.

VENTE EN GROS POUR TOUT LE CANADA :

VAPONEFRIN COMPANY

2515, VAN HORNE

MONTRÉAL


Atriphos

**Triphosphate d'adénosine
Vasodilatateur.**

**Crampes des coronaires et des
vaisseaux périphériques.**

**Thrombose des coronaires — infarctus —
Thrombo-artérite oblitérante**

Boîtes de 6, 20 et 100 ampoules de 1 cc.



COEUR

Corhormone

Extrait de cœur d'embryon.

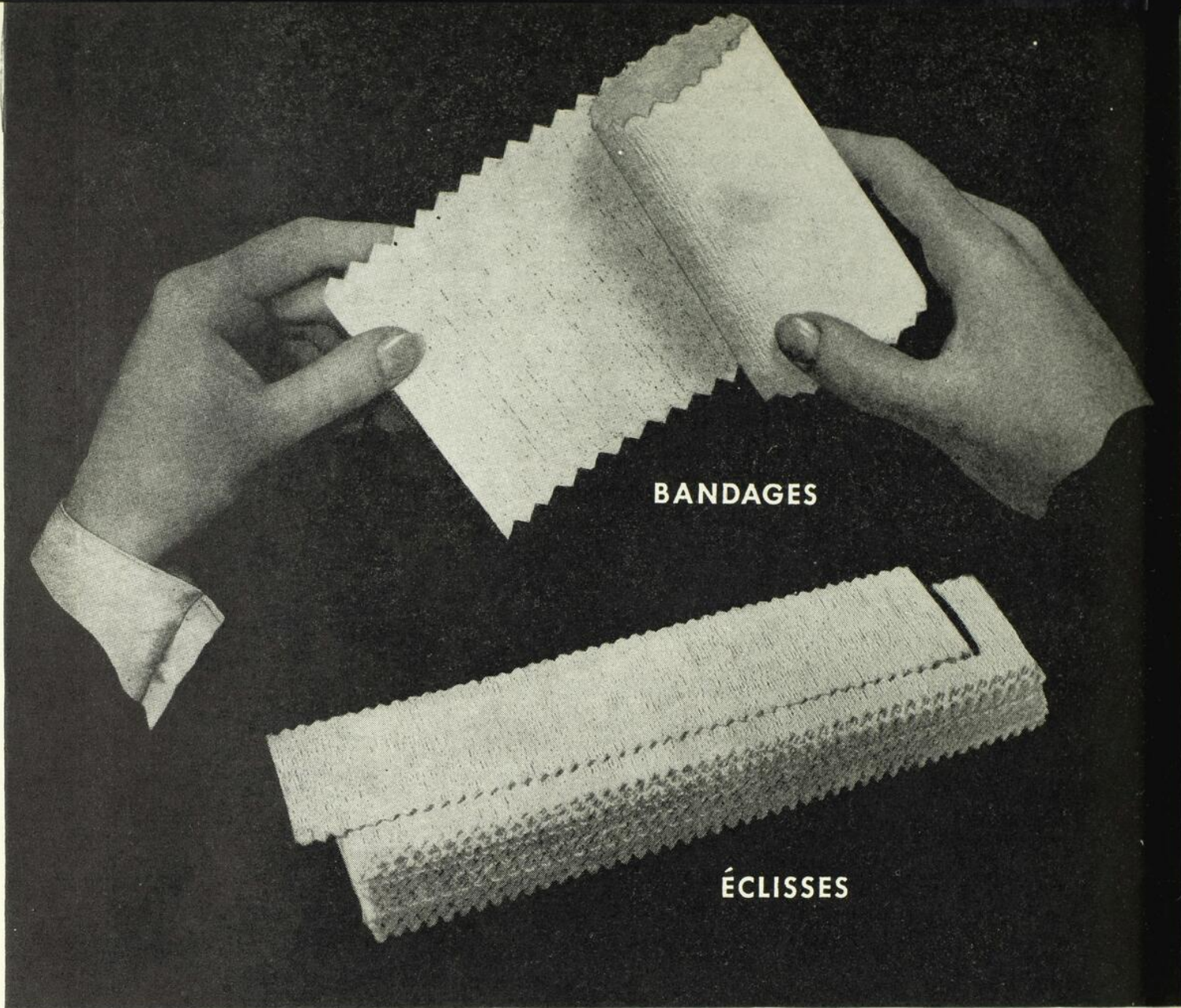
**Régularise le cœur en régénérant
le muscle cardiaque.**

**Toute atteinte du cœur, directe ou
indirecte, au cours d'une maladie.**

**Réactive les cœurs réfractaires
à la digitale.**

Boîtes de 10 et 100 ampoules de 1 cc.

Biochimici S. A., Zürich — Laboratoires Jean Olive — Montréal.



BANDAGES

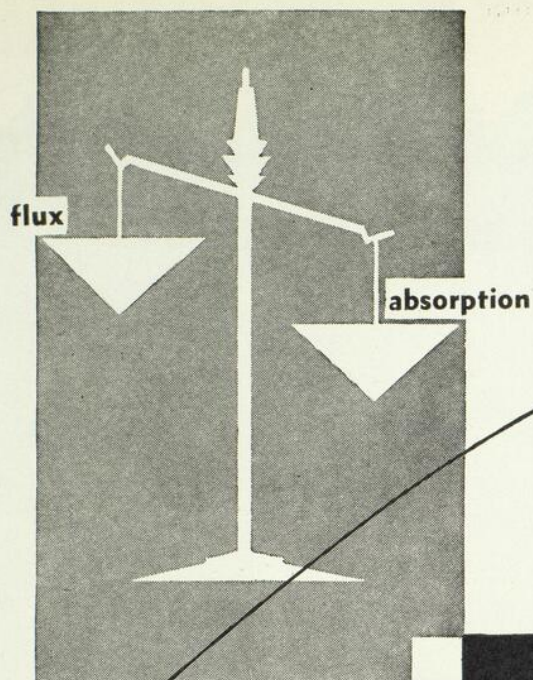
ÉCLISSES

"Specialist" *
BANDAGES ET ÉCLISSES
EN PLÂTRE, À SURFACE DURCIE

pour assurer l'immobilisation

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

*Marque déposée



si efficace

La marge de sécurité entre le volume du flux menstruel* et la capacité d'absorption des tampons TAMPAX est plus que suffisante. La vente de plus de deux billions de TAMPAX, au cours des douze dernières années, en est un témoignage probant. Le confort et la commodité que procurent les trois degrés d'absorption de ces tampons intravaginaux (avec applicateurs individuels) donnent entière satisfaction aux femmes.

*Am. J. Obst. & Gyn., 31: 979, 1936.

**CANADIAN TAMPAX
CORPORATION LTD.,
BRAMPTON, ONTARIO**

Publicité acceptée par "The
Journal of the American
Medical Association"

TAMPAX

La protection menstruelle interne de choix

Echantillons profes-
sionnels envoyés sur
demande.



Dans le traitement de l'infection para-nasale,

ARGYROL assure

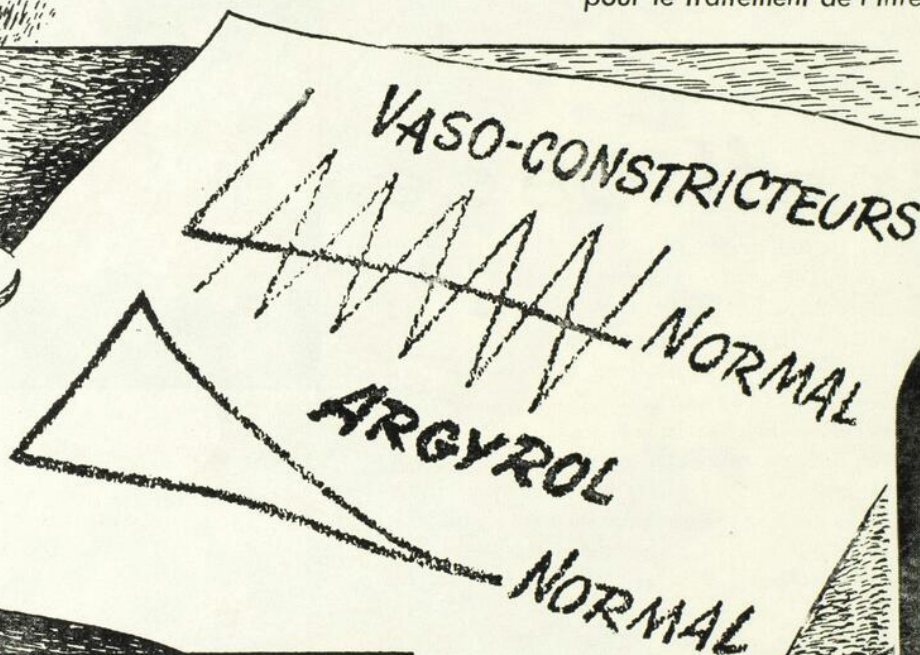
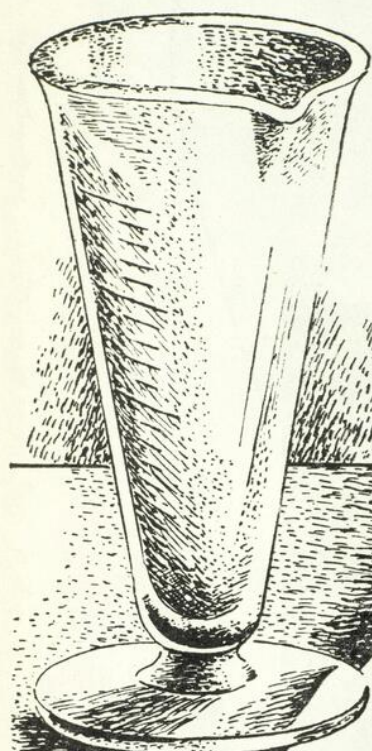
une action multiple sans réaction

Agent bactériostatique, émoullient et détersif efficace, ARGYROL démontre constamment ses avantages dans la lutte contre l'infection et dans le rétablissement des fonctions normales.

En outre, le rétablissement n'est pas entravé par la congestion compensatoire, si souvent entraînée par la plupart des vaso-constricteurs.

ARGYROL

—le médicament de choix
pour le traitement de l'infection para-nasale.



La méthode Argyrol

1. Conduit nasal . . . instillations d'ARGYROL à 20% dans le canal lacrymal.
2. Voies nasales . . . gouttes d'une solution d'ARGYROL à 10%.
3. Fosses nasales . . . tamponnement avec ARGYROL à 10%.

Son triple effet

1. Décongestionne sans irriter la membrane et sans nuire à la protection ciliaire.
2. Incontestablement bactériostatique et cependant non toxique pour les tissus.
3. Nettoie en stimulant les sécrétions, renforçant ainsi la première ligne de défense de l'organisme.

EXIGEZ ARGYROL DANS L'EMBALLAGE AUTHENTIQUE

La marque déposée ARGYROL
est la propriété de
A. C. Barnes Company Limited

Maintenant en vente au Canada—
ARGYPULVIS, nouveau moyen efficace de
vaincre le Trichomonase. Sur demande, nous
vous enverrons des échantillons professionnels
d'ARGYPULVIS (sous les deux formes: en
poudre à insuffler, pour l'usage du praticien,
et en capsules, pour l'usage complémentaire de
la malade), ainsi que des prospectus.

**ARGYPULVIS et ARGYROL sont fabriqués exclusivement par
A. C. BARNES COMPANY, LTD.
STE. THÉRÈSE, QUÉBEC**

Présentation de la Nouvelle Pommade

Antiphlogistine

RUB A-535

Une nouvelle pommade émolliente et analgésique dans un excipient spécial, conçu pour faciliter l'action rapide des médicaments. Mise au point et préparée par les fabricants de l'Antiphlogistine bien connue.

L'ANTIPHLOGISTINE RUB A-535 a été parfaitement éprouvée en clinique de même que dans plus de 6,000 foyers. Elle a été préparée pour le soulagement symptomatique des douleurs et des malaises causés par:

Rhumes de poitrine, arthrites, rhumatismes,
névrites, foulures, douleurs musculaires
et maux de tête.

**RUB
A-535**

renferme quatre ingrédients actifs: camphre, menthol, huile d'eucalyptus, salicylate de méthyle.

**RUB
A-535**

stimule la circulation locale, apporte une chaleur bienfaisante par la production d'une hyperémie dans les régions où on l'applique.

**RUB
A-535**

est offerte sous forme d'une pommade émolliente et analgésique dans un excipient genre nouveau, qui favorise l'absorption et facilite une meilleure activité des médicaments.

**RUB
A-535**

s'emploie aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Cette pommade, d'une blancheur parfaite, ne graisse pas, ne tache pas et possède une odeur agréable et rafraîchissante.

**RUB
A-535**

peut être utilisée après des traitements par diathermie, rayons infra-rouges, bains de chaleur et autres formes de physiothérapie. Elle est particulièrement appropriée au traitement à la maison, entre les visites au médecin.

IL NOUS FERAIT PLAISIR DE VOUS ENVOYER, À TITRE GRACIEUX, UN TUBE ORIGINAL DE 2 ONCES DE RUB A-535 POUR EN FAIRE L'ESSAI.

Ecrivez au Dépt. U-2

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., MONTRÉAL 1, P. Q.

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
 - ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
 - ŒUVRES DE SANTÉ PUBLIQUE
 - PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

LE VACCIN BCG**PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE**

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

- Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.
- Epreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.
- 3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANSCUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).
- FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.

Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.

* J. A. BAUDOIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.

A. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.



ALBERT CALMETTE
1863-1933

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal,

Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

Le nouveau spécifique contre les nausées



dans LA GROSSESSE
LE MAL DE MOUVEMENT
LA MALADIE DES RADIATIONS
et autres conditions ayant comme
facteurs les nausées et
les vomissements

Comptes rendus tirés de la bibliographie sur le 8-chloro théophyllinate de l'éther diphénylméthyl-lique du bêta-diméthylaminoéthanol (GRAVOL).

GRAVOL DANS LA GROSSESSE

“Sur quarante-trois patientes souffrant de symptômes depuis 4-6 semaines, trente-et-une (72%) furent complètement soulagées dans une période de trois heures après le traitement. Douze patientes (28%) n'éprouvèrent pas de soulagement”. (1)

GRAVOL DANS LE MAL DE MOUVEMENT

98.6% efficace comme prophylaxie du mal de mer... élimine les symptômes dans une proportion allant jusqu'à 97.6% des cas déjà déclarés. (2)

GRAVOL DANS LA MALADIE DES RADIATIONS

Sur 82 patients souffrant de la maladie des radiations à un degré grave ou modéré, 65 ont rapporté des résultats bons ou excellents. (3)

FORMULE DE GRAVOL:

Chaque comprimé strié contient:
8-chloro théophyllinate de l'éther diphénylméthyl-lique du bêta-diméthylaminoéthanol 50 mg.

PRÉSENTATION

Gravol est présenté en flacons de 25 et de 100 comprimés striés d'une force de 50 mg.

NOTE: A date, il n'existe aucune évidence de réactions toxiques imputables à Gravol. Toutefois, certains individus peuvent très bien éprouver un certain affaiblissement ou une légère confusion à la suite d'une posologie élevée ou continue.

Références:

1. Carlner, P. E., Radman, H. M. et Gay, L. H.: Science, 110: 215 (août 26/49).
2. Gay, L. H. et Carlner, P. E.: The Prevention and Treatment of Motion Sickness. Bull. Johns Hopkins Hosp., mai 1949.
3. Beeler, J. W., Tillisch, J. H. et Popp, W. C.: Proc. Staff Meet. Mayo Clinic (sept. 14/49).

FRANK W. HORNER LIMITED
MONTRÉAL CANADA

SANATORIUM PRÉVOST



SANATORIUM PRÉVOST. Cartierville Montréal.

FAÇADE SUD

L'établissement demeure toujours consacré au traitement INDIVIDUEL des affections neuro-psychiatriques en cure libre.

● Personnel hospitalier expérimenté. Cures de repos. Physiothérapie complète. Pyrétothérapie. Electrochocs. Insulinothérapie. Psychothérapie. Bientôt: radiothérapie; régimes confiés à une diététicienne.

BUREAU MÉDICAL

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Ernest Brunet, Jean-Léon Desrochers, Paul Larivière, Gaston Loignon, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

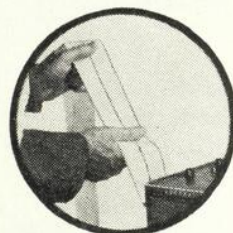
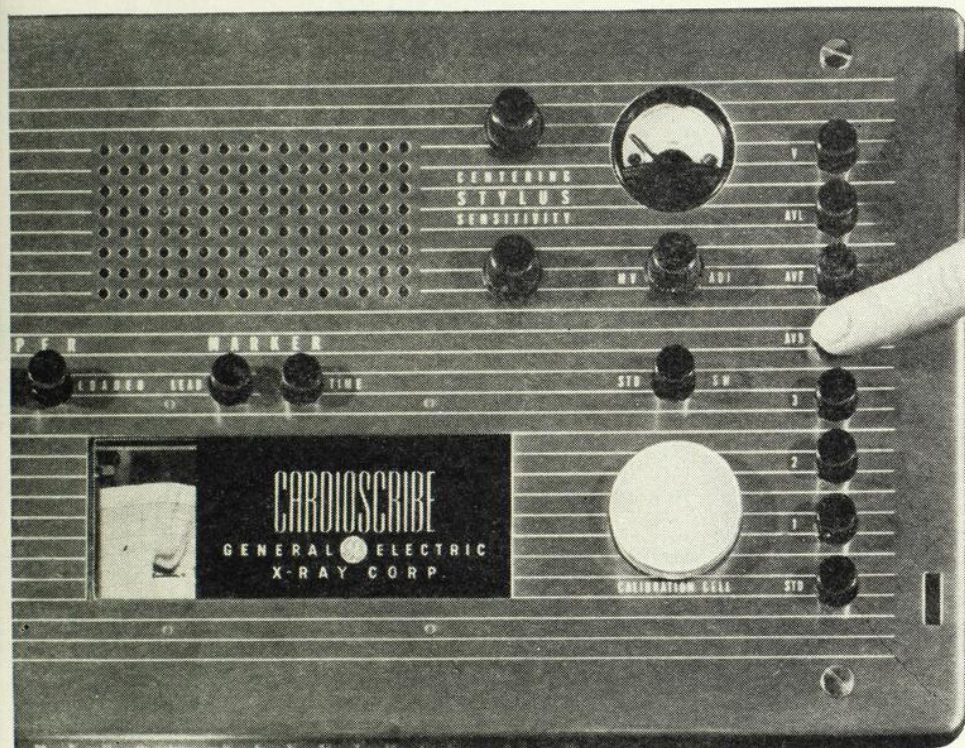
Consultants: Drs Fernand Charest, Paul David, Edouard Desjardins, Roland Dussault, Léon Gérin-Lajoie, Charles-E. Grignon, Charles-E. Hébert, J.-B. Jobin, Albert Jutras, Richard Lessard, Georges Manseau, Léopold Morissette, Jules Prévost, J.-A. Vidal.

4455 OUEST, BOULEVARD GOUIN,

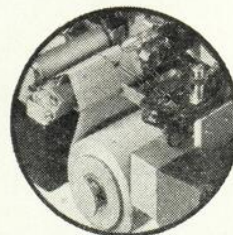
TÉLÉPHONE: BYwater 2405*

MAINTENANT *choix instantané de la dérivation à portée de la main...*

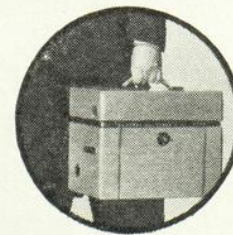
AVEC LE BOUTON DE CONTRÔLE DU **CARDIOSCRIBE**



Pas de retard de chambre noire — Les résultats sont immédiatement disponibles pour l'interprétation lorsque chaque dérivation est complétée. Plus besoin d'espace ou d'accessoires pour la chambre noire.



Chronomètre indépendant — Un deuxième stylo, complètement indépendant est fourni pour indiquer le temps sur le papier d'enregistrement.



Portatif — Compact et contenu au complet dans un coffret en acajou. Espace pour accessoires dans le couvercle. Poids: 38 livres seulement.

Electrocardiogrammes de grande précision



Le cardioscribe General Electric à enregistrement direct, avec son contrôle facile, est destiné à répandre considérablement l'usage de l'électrocardiographie. Il est particulièrement intéressant d'apprendre qu'il peut être employé dans des situations où, dans le passé, l'électrocardiographie était considérée comme une technique d'exception.

Voyez ce que vous obtenez avec le cardioscribe General Electric!

- 7 boutons de contrôle rendant possible 17 dérivations séparées sans qu'il soit nécessaire de se préoccuper de l'ordre numérique!
- Commutateurs faciles d'accès!
- Possibilité d'utiliser toutes les techniques modernes!

Demandez une démonstration à votre représentant General Electric ou écrivez à notre succursale la plus rapprochée — General Electric X-Ray Corporation Ltd., Montréal, Toronto, Vancouver, Winnipeg.

**GENERAL  ELECTRIC
X-RAY CORPORATION**

L I M I T E D

MONTREAL TORONTO VANCOUVER WINNIPEG



La Librairie Beauchemin Limitée

imprimeur de « L'Union Médicale du Canada »,

offre

ses services à tous les
MÉDECINS,
ANNONCEURS
et
LECTEURS
de cette revue pour tous
travaux d'impression et de
reliure.

- Son outillage le plus perfectionné,
- Son personnel des plus avisés,
- Sont garantie de qualité,
- A des prix modérés.

CONFIEZ-NOUS VOS TRAVAUX ET NOUS FERONS EN
SORTE DE VOUS DONNER ENTIÈRE SATISFACTION.

LIBRAIRIE BEAUCHEMIN LIMITÉE

LIBRAIRES — ÉDITEURS

Imprimeurs - Relieurs - Papetiers en gros

426-430, rue ST-GABRIEL

MONTREAL

Tél.: LANCASTER 4236

SUPPOSITOIRES

REC.CA

CALCITHÉRAPIE PAR VOIE RECTALE

Utilisation maximum du calcium sous sa forme la plus assimilable, "le lévulinate", rehaussée par l'action fixatrice des autres composants de la formule REC.CA.

Vitamine D	20,000 U.I.
Vitamine A	6,000 U.I.
Acide ascorbique (vitamine C)	30mgm.
Lévulinate de Calcium	0.60 gm.
Inosito-hexaphosphate Ca et Mg	0.15 gm.

LABORATOIRES JEAN OLIVE

14, rue des Minimes, PARIS 3e

200, rue Vallée, MONTRÉAL, P. Q.

acides aminés - fer - vitamines B

SARCAMINE

TONIQUE DE SURALIMENTATION

Complexe B naturel tiré de la levure de bière et enrichi par l'addition de facteurs B pour obtenir les quantités indiquées dans la formule.

Rx no 547

FORMULE

Thiamine (B₁), 14 mgm. 80; Riboflavine (B₂), 10 mgm.; *Pyridoxine (B₆), 7 mgm. 50; Acide nicotinique, 125 mgm.; Hémoglobine solution, 10 gms; Suc de Viande peptonisé, 20 gms; Glycérophosphate de Soude, 0.20 gm; Citrate de Fer, 2.65 gms; Acides aminés, 5.- gms. (pour 100 grammes).

*La signification de cette vitamine dans la nutrition de l'homme n'a pas encore été établie.

AMAIGRISSEMENT

CROISSANCE — ÉPUISEMENT

INTOLÉRANCE aux PROTÉINES ALIMENTAIRES

ANÉMIE — GROSSESSE — ALLAITEMENT

Adultes: 3 cuillerées à soupe, par jour.

Enfants: 3 à 6 cuillerées à thé, par jour.

Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée, Montréal.



Sutures non-resorbables de choix

NYLON — Le fil tressé, de nylon noir, ETHICON est très fort. Il se noue facilement et est calibré selon les standards donnés par la U.S.P. pour chaque grosseur.

Le nylon tressé, portant la marque ETHICON est spécialement préparé pour satisfaire aux exigences du chirurgien qui désire une suture non-résorbable, à l'épreuve de l'humidité et du sérum.

En bobines de 100 et de 25 verges dans les calibres 5-0 à 5 U.S.P.

SOIE — L'emploi de la soie noire, tressée, de marque ETHICON "Truformed", vous assure un fil intrinsèquement fort et qui cause très peu de réaction dans les tissus. Il est non-capillaire, à l'épreuve du sérum, non-toxique et strictement calibré d'après les données de la U.S.P.

Demandez la soie ETHICON dans la salle d'opérations.

En bobines de 100 et de 25 verges dans les calibres 6-0 à 5 U.S.P.

COTON — De 10% à 30% plus fort que le coton ordinaire, le coton ETHICON est préparé spécialement pour la chirurgie. Seul le coton égyptien à longues fibres entre dans sa fabrication.

Le coton chirurgical ETHICON est dépourvu de filaments et d'irrégularités. Il ne renferme aucune substance rugueuse ni aucun colorant nocif.

Si vous préférez les sutures de coton, essayez le coton chirurgical ETHICON.

En bobines de 100 verges seulement dans les calibres 5-0 à 3 U.S.P.

ETHICON
Sutures

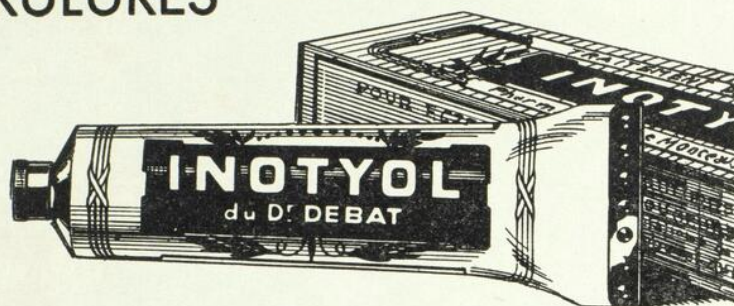
Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

ECZÉMAS

Agent Général
J. EDDÉ Ltée
MONTRÉAL

ULCÈRES - BRÛLURES

Lésions et
Irritations
de la Peau



Pommade **INOTYOL**

J. EDDÉ Limitée, Edifice New Birks, **MONTRÉAL**, Agents pour le Canada.

ARTICHOBYL

Extrait de feuilles fraîches d'artichaut

Traitement des affections du foie

Aucune contre-indication

Pilules

PLURIGLANDINE

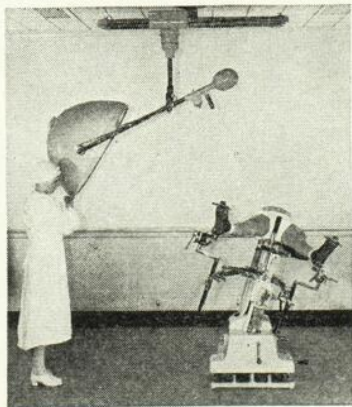
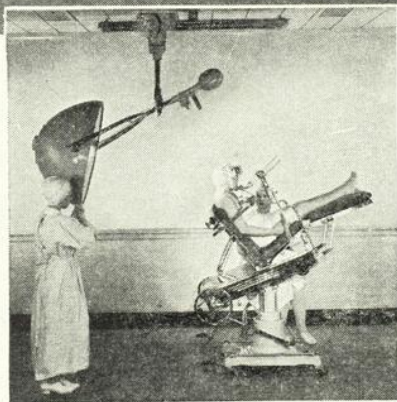
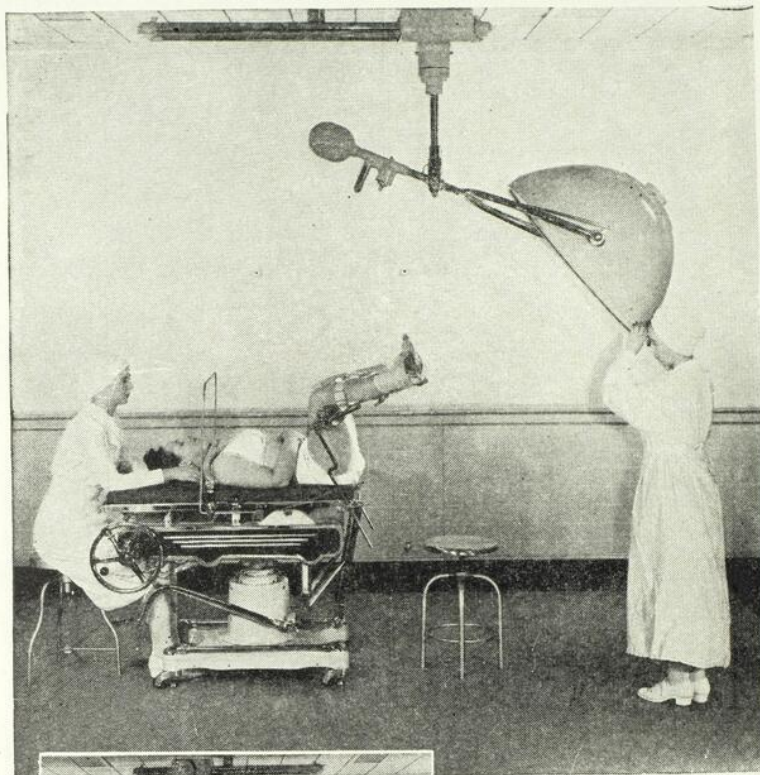
Extrait glandulaire total en proportions physiologiques

Traitement des déficiences glandulaires

Pilules

J. EDDÉ Limitée, New Birks Bldg., **Montréal**, Agent général pour le Canada.

Convient également pour les
ÉTUDES GYNÉCOLOGIQUES • NEURO-CHIRURGICALES • ORTHOPÉDIQUES



Le

LUMINAIRE

"AMERICAN" d'après-guerre
 (Modèle DMCA)

est le seul à offrir une combinaison unique de rail avec montage décentré que permet le réglage en hauteur du niveau opératoire et la plus grande souplesse d'illumination de tout angle désiré dans un plan vertical aussi bien qu'horizontal.

L'importance d'une horizontalité parfaite et d'une illumination d'intensité uniforme à différentes hauteurs de la table est évidente. Ces triomphes de construction ne se trouvent que dans le Luminaire "American."

ÉCRIVEZ AUJOURD'HUI pour recevoir des notices décrivant les autres avantages que réunit cet appareil—

- Choix d'intensités lumineuses avant et pendant l'opération
- Diminution insurpassée des ombres
- Réglage de couleur pour le diagnostic
- Réglage scientifique de la chaleur
- Commande double et réglage de la tête



AMERICAN STERILIZER COMPANY

Erie, Pennsylvanie

DESSINATEURS ET CONSTRUCTEURS DE LAMPES, TABLES ET STERILISATEURS CHIRURGICAUX



J. Eddé. Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

HÉMOSTYL

Sérum hémopoïétique frais de cheval

FLACONS - AMPOULES

Anémies
Convalescences
Hémorragies

1 à 2 ampoules le matin à jeun dans 1/4
de verre d'eau, par voie buccale.

SIROP

Anémies des enfants
Chloro-anémies

1 cuillerée à potage (enfants une cuillerée
à café) avant les trois principaux repas.

Laboratoires du D^r ROUSSEL, 97, rue de Vaugirard, PARIS

Agents pour le Canada : J. EDDÉ L^{tee}, New Birks Bldg., MONTRÉAL

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 sur l'une des spécialités suivantes:

Dermatologie et syphiligraphie	Psychiatrie	Radiodiagnostic
Neurologie	Pédiatrie	Radiothérapie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

L'examen peut être passé en CHIRURGIE ou en chirurgie en accentuant sur l'une des spécialités suivantes:

Neuro-chirurgie	Ophthalmologie	Otolaryngologie
Obstétrique et gynécologie	Chirurgie orthopédique	Urologie

CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

L'examen peut être passé sur l'une des spécialités suivantes, approuvées pour le certificat:

SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Anesthésie	Psychiatrie	Médecine physique
Dermatologie et syphiligraphie	Pédiatrie	Santé publique
Médecine interne	Pathologie	Radiodiagnostic
Neurologie	Bactériologie	Radiothérapie

SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

Chirurgie générale	Ophthalmologie	Chirurgie plastique
Neuro-chirurgie	Chirurgie orthopédique	Chirurgie thoracique
Obstétrique et/ou gynécologie	Otolaryngologie	Urologie

Les demandes concernant les examens de 1950 doivent être présentées avant le **30 avril 1950**. Il ne sera tenu aucun compte des demandes faites après cette date.

Copies des règlements concernant les examens pour le titre d'Associé, et pour le certificat d'examen, ainsi que des formules de demande peuvent être obtenues en s'adressant comme suit:

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

"*La
Chaleur d'un
Cataplasme*"

**dans les affections
respiratoires**

RHUME DE POITRINE

PLEURÉSIE

BRONCHITE

PNEUMONIE

La chaleur d'un CATAPLASME D'ANTIPHLOGISTINE chaud est d'une réelle valeur dans le soulagement des symptômes pénibles qui accompagnent les affections des voies respiratoires. Toux — douleur musculaire et pleurétique — constriction rétrosternale — douleur de poitrine.

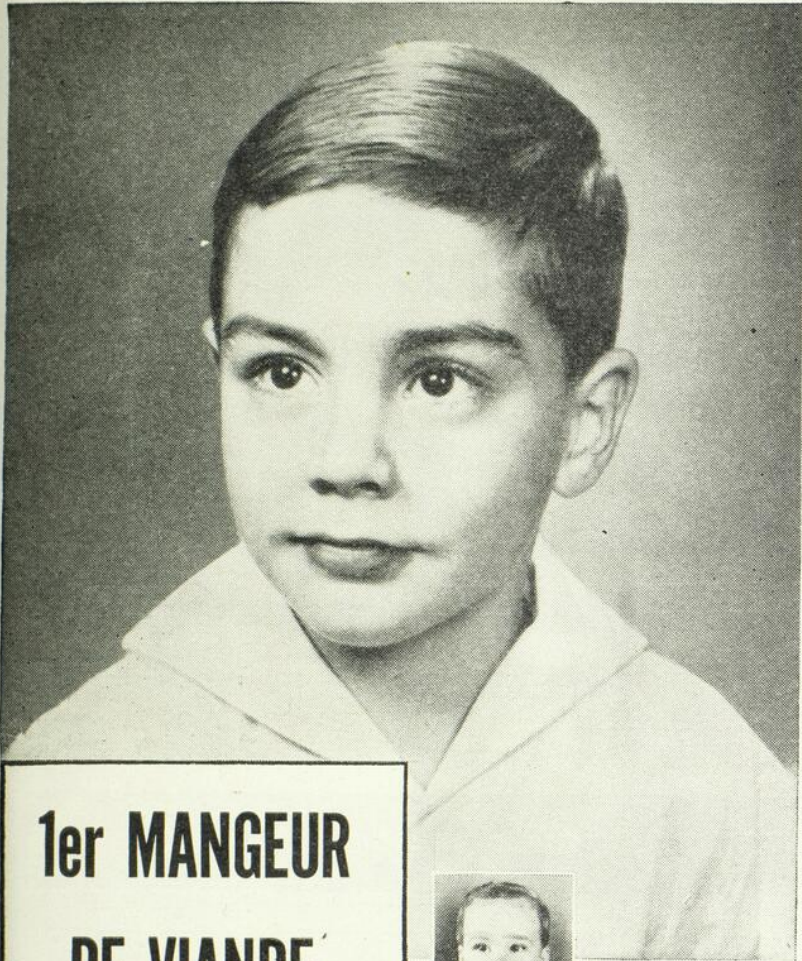
LE CATAPLASME MÉDICAMENTÉ D'ANTI-PHLOGISTINE est prêt à employer. Il maintient une chaleur calmante pendant plusieurs heures.

Antiphlogistine



Le cataplasme au kaolin le plus largement employé dans l'univers.

The Denver Chemical Mfg., Co., Montréal, P. Q.



1er MANGEUR DE VIANDE

(5 ans plus tard)



Il y a cinq ans, Kenneth Clark Gorman participait au premier essai des Viandes Swift's. Le voici à six mois.

dit: "Il peut tenir tête à mes trois autres enfants."

Aujourd'hui, tous les bébés peuvent avoir le même régime qu'a eu le petit Kenny. Maintenant, les **médecins recommandent** les Viandes Swift's pour Bébés dès les premières semaines—pour fournir toutes les protéines complètes de qualité supérieure et le fer qu'il faut chaque jour à un bébé.

L'appétissante variété Swift's comprend: boeuf, agneau, porc, veau, foie et cœur—pour aider les bébés à prendre de bonnes habitudes alimentaires.

Les Viandes Swift's pour Bébés sont parées d'une façon experte pour en diminuer la quantité de gras—cuites avec soin pour préserver le maximum des éléments nutritifs essentiels de la viande.

SWIFT

... la première marque en fait de viandes ... la première maison

à préparer et à éprouver au point de vue clinique les Viandes 100% pour Bébés.

Etudes Cliniques en Cours sur l'Alimentation Carnée

RAPPORT NO 2

CARACTÉRISTIQUES DU SOMMEIL DES BÉBÉS

Une enquête sur le sommeil des bébés de six à vingt-six semaines est actuellement en cours. Les effets produits par l'alimentation sur le sommeil des bébés en observation est une des phases de l'enquête. L'alimentation pendant l'essai contient des Viandes Swift's Passées au Tamis. Des appareils spéciaux attachés aux berceaux enregistrent les mouvements de l'enfant et indiquent les périodes de sommeil et d'éveil.

Cette étude fait partie d'un programme de recherches cliniques intensives faites actuellement grâce aux subventions de la maison Swift.



Toutes les déclarations concernant l'alimentation qui sont contenues dans cette annonce ont l'approbation du Comité des Aliments et de la Nutrition de l'Association Médicale Américaine.

BETAGEN

VITAMINE B COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

PRINCIPAUX COMPOSANTS

Vitamine B₁
(chlorure de Thiamine)
Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B complexe
B₂, B₄, B₅, B₆
Lécithine d'œufs
Avénine

Glycérophosphates
de Sodium
de Calcium
de Potassium
de Strychnine (1/60 gr. à l'once)

Tonique et Aliment Nervin

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie

Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.

Déséquilibre nerveux.

Saveur agréable — Tolérance parfaite.

La Cie **CANADA DRUG CO.**, Montréal

avis aux médecins occupés...

Afin de vous aider à renseigner adéquatement la nouvelle mère sur la préparation du Lait Evaporé Nestlé dans l'alimentation du bébé, nous avons imprimé pour vos patientes un opuscule intitulé:

"Your Baby's Formula"
(Formule pour votre bébé)

En plus de contenir la liste des ustensiles requis, cet opuscule illustre graphiquement, étape par étape, la préparation appropriée de la "Formule pour votre Bébé".

Nous recevons avec plaisir toutes vos requêtes pour des exemplaires de cet opuscule ou autre documentation sur le Lait Evaporé Nestlé.



NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (CANADA) LIMITED
METROPOLITAN BUILDING, TORONTO, CANADA

"Docteur,

quel lait évaporé dois-je employer
dans la formule
de mon bébé?"



Lorsque vous décidez de prescrire une formule au lait évaporé pour un bébé et que la maman vous demande "Quelle sorte", en toute confiance, vous pouvez répondre "Carnation". Votre conseil est appuyé par des standards insurpassés d'uniformité et de qualité de tout repos.

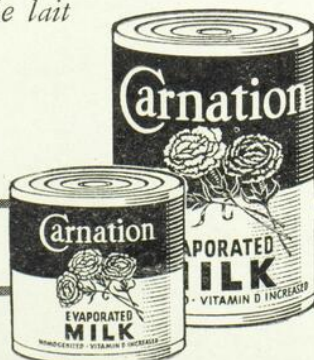
Carnation est fait avec la "précision d'une ordonnance". A toutes les usines Carnation, chaque phase est sévèrement contrôlée : l'évaporation, l'homogénéi-

sation, l'augmentation dans la teneur de la Vitamine D à 400 unités par chopine ainsi que la stérilisation. Le contenu de chaque boîte de Carnation respecte les exigences les plus rigoureuses du corps médical.

Il n'est pas surprenant que les relevés démontrent que plus de bébés sont nourris avec le Lait Carnation qu'avec toute autre marque de lait évaporé.

Un Produit Canadien

Le Lait Que Tout Médecin Connait



*"Provenant
de vaches
bien nourries"*



Fabriqués par THE
CANADA STARCH
COMPANY Limited,
Montréal et Toronto.



UN MÉLANGE LACTÉ de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

The CANADA STARCH CO., Ltd.
Montréal

Veuillez m'envoyer

- CALCULATEUR
- Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- TABLETTES DE FORMULES
- La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- La brochure: "DEXTROSOL"

Nom

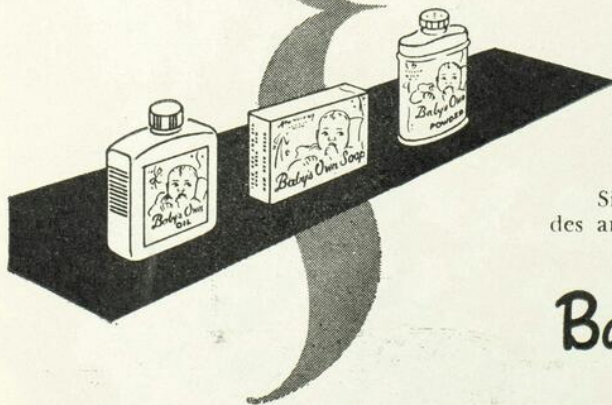
Adresse

SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de maïs... un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants... des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

Baby's Own s'honore de votre confiance



Depuis longtemps la profession médicale honore les produits BABY'S OWN de sa confiance. Et les fabricants de BABY'S OWN sont convaincus que c'est la pureté, scrupuleusement contrôlée, de leurs produits qui leur vaut cet honneur. Nous nous renseignons constamment sur les nouvelles méthodes thérapeutiques approuvées par les médecins afin de conserver à nos produits leur qualité incomparable. La pureté et la douceur du savon, de l'huile (libre de tout antiseptique) et de la poudre BABY'S OWN sont d'une importance capitale pour l'épiderme des bébés. Si vous désirez utiliser ou recommander en toute confiance des articles de toilette pour les soins de l'épiderme des bébés, vous ne trouverez mieux que BABY'S OWN.

Baby's Own - SAVON - HUILE - POUFRE

The J. B. Williams Co. (Canada) Limited
La Salle, P. Q.



Les Mamans en profitent aussi, quand vous recommandez les aliments en boîtes pour bébés. Les aliments qui sont hermétiquement scellés dans des boîtes sont absolument sûrs . . . faciles à préparer . . . riches en éléments nutritifs. American Can Company, Kentville, Montréal, Hamilton, Toronto, Winnipeg, Vancouver.



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 désiriez le consulter.



Actif, plus de \$400,000,000

543 bureaux au Canada

SAL HEPATICA



Agit rapidement par
simple pression osmotique,
en augmentant dans l'in-
testin le volume d'humidité
des matières fécales.

LÉNITIF

LAXATIF

PURGATIF

*Le degré de relâchement intestinal
provoqué par ce salin peut
être facilement contrôlé par la dose.*

*Lunettes
verres ophtalmiques*

Examen de la vue

ALBANY PHILIE. O.D.
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS

BUREAU CHEZ

Dupuis Frères

MONTREAL

**POUR DES ÉCHANTILLONS GRATUITS DE SAL
HEPATICA, VEUILLEZ POSTER À:**
Bristol-Myers Company of Canada Ltd.,
3035 rue St-Antoine, Montréal 30, P.Q.

Nom _____

D 6

Adresse _____

Ville _____

Province _____



Six auxiliaires des médecins--chacun d'eux qualifié!

1 DRYCO . . . un aliment pour bébés, vitaminé et facile à digérer, qui accélère la reprise du poids à la naissance, et fournit la meilleure nutrition pendant les premiers mois de la vie où la croissance est la plus rapide.

Grâce à sa teneur élevée en protéines, basse en matières grasses et modérée en hydrates de carbone, Dryco vous permet d'ordonner une formule qu'il est très facile de varier dans les cas d'alimentation *spéciale* comme dans les cas d'alimentation normale.

2 LAIT PROTÉINÉ C.M.P. . . . un lait acidifié riche en protéines, pauvre en matières grasses et *très pauvre* en hydrates de carbone. Il a été employé avec beaucoup de succès dans l'alimentation infantile dans des cas de diarrhée chez des bébés élevés au biberon, de dyspepsie, de dénutrition dues à des troubles gastro-intestinaux, de maladie coeliaque, et comme nourriture pour les prématurés lorsque l'on ne peut pas se procurer de lait de femme.

3 LAIT À L'ACIDE LACTIQUE C.M.P. . . . un lait pasteurisé déshydraté par pulvérisation, inoculé avec une culture de bacille d'acide lactique, et incubé jusqu'à ce qu'il ait le degré d'acidité voulu.

Le Lait à l'Acide Lactique C.M.P. possède toutes les excellentes qualités du produit fraîchement préparé et,

de plus, est uniforme et stable. On le reliquifie vite et facilement pour emploi immédiat.

4 MULL-SOY . . . un aliment émulsifié à base de fèves de soya, employé pour remplacer le lait dans les cas d'allergie au lait chez les bébés, les enfants et les adultes. Il a un goût agréable, est bien toléré et facile à digérer.

Mull-Soy, dilué avec un volume égal d'eau, possède toutes les propriétés nutritives essentielles du lait de vache ordinaire.

5 LAIT ÉVAPORÉ BORDEN'S . . . un lait complet, pur et frais, évaporé jusqu'à double concentration, et homogénéisé pour être plus lisse, facile à digérer, et être employé dans les formules d'alimentation pour bébés. Enrichi de vitamine D.

6 KLIM . . . lait en poudre, déshydraté par pulvérisation, contenant tous les éléments nutritifs précieux du lait complet frais. Un moyen simple et efficace de fournir plus de substances solides du lait sans augmenter le volume total du régime alimentaire.

Le procédé de déshydratation par pulvérisation donne un caillot mou et floconneux qui se digère facilement et qui est surtout désirable dans l'alimentation infantile.

De la documentation sera envoyée franco, par la poste, à tout médecin qui en fera la demande.

Aliments *Borden's* pour Formules

THE BORDEN COMPANY, LIMITED.

Division des Aliments pour Formules
Spadina Crescent, Toronto 4, Ontario

COMPRIMÉS
TRI-SULFA
 SODIUM BICARBONATE

ASSOCIATION RATIONNELLE DES SULFAS.

CRISTALLISATION ET CALCUL RÉNAL ÉVITÉS PAR L'ALCALINISATION DE LA FORMULE:

Aussi TRI-SULFA
 en suspension
 contient
 0.30 gram.
 par cuillerée à thé.

SULFATHIAZOLE
SULFAMÉRAZINE
SULFADIAZINE

0.50 gram. du mélange par comprimé.

Aussi TRI-SULFA
 sans bicarbonate, à 0.50 gram.
 par comprimé et
 0.30 gram. par comprimé
 pour enfant.

La Cie **CANADA DRUG CO.**, Montréal

AMPOULES BUVABLES

très
 agréable
 au
 goût

CRINHÉMOL

PRÉSENTATION:

Boîte de
 20
 ampoules

Dépositaire

E. GALLO 207 ouest, Notre-Dame
 MONTRÉAL — HA. 4658

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

COQUELUCHE

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et
 des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL



Pour combattre
 la flatulence dans
 les cas de
 putréfaction et de
 fermentation
 intestinales

EUCARBON®

Chaque comprimé contient: extrait de rhubarbe, séné,
 soufre précipité, huile de menthe poivrée et huile de
 fenouil, dans un excipient formé de charbon de saule
 suractivé.

PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Laxatif doux, adsorbant et carminatif. Indiqué dans
 les cas d'indigestion, d'hyperacidité, de ballonnement et de flatulence.

1 ou 2 comprimés par jour, une demi-heure après les repas. En flacons de 100.

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC.

1123 Broadway, New York

Distributeur au Canada: **LYSTER CHEMICALS, Ltd.** 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

TABLE DES ANNONCEURS

Pages	Pages
Abbott Laboratoires (Aminosol)	XLI - XLII
American Sterilizer Company (Luminaire "American")	LXVII
American Can Co., (Aliments pour bébés)	LXXIV
Ames Company of Canada Ltd. (Decholin)	XXIX
Anglo-French Drug Co. (Cortunon)	XLIV
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Béminal) — (Alphamette) (Supplavite)	XXI - XXII
Banque Canadienne Nationale	LXXV
Barnes Company, Ltd., A.C. (Argyrol)	LVII
Berex Pharmacal	XVII
Borden Co., Ltd. (Produits Borden)	LXXVI
Bristol-Myers Company of Canada Ltd. (Sal Hepatica)	LXXV
British Drug Houses (Canada) Ltd., The (Vitamine B ₁₂ B. D. H.)	L
Bureau de révision professionnel (Recouvrement de créances)	LXXVIII
Canada Drug Co. (Betagen)	LXXI
Canada Drug Co. (Pavéral) — (Tri-Sulfa)	LXXVII
Canada Starch Co., Ltd., (Sirop de maïs)	LXXIII
Canadian Tampax Corporation Ltd.,	LVI
Carnation Co., Ltd., (Lait évaporé)	LXXII
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis)	492
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis)	LXIX
Compagnie Ciba Ltée (Priscoline) — (Lutocylol) — (Lutocylene)	XV - XVI
Compagnie Ciba Ltée (Phytine)	LII
Denver Chemical Manufacturing Co., The (Rub A-535)	LVIII
Denver Chemical Manufacturing Co., The (Antiphlogistine)	LXIX
Dupuis Frères (Examen de la vue)	LXXV
Eddé, J., Ltée (Hotyol) — (Artichobyl) — (Pluriglandine)	LXVI
Eddé, J., Ltée (Alepsal) — (Hémostyl)	LXVIII
Eli Lilly and Company Ltd.	Première page de la couverture
Frosst, Charles E. & Co. (Orchistérone)	VII - VIII - IX
Frosst, Charles E. & Co. (Composé Ostoforte)	IV
Gallo, Maison E., (Crinhémol)	LXXVII
General Electric X-Ray Corporation (Cardioscribe)	LXII
Herdt & Charton, Inc. (Vertavis) — (Osmopak)	XLV
Herdt & Charton, Inc. (Anabile-Cho)	XLIX
Herdt & Charton, Inc. (Peptamine) — (Sulpho-lac)	XLVII
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins)	II
Hoffmann-Laroche Ltée (Gantrisin)	LI
Horner Ltd., Frank W. (Gravol)	LX
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG)	LIX
Johnson & Johnson Ltd., (Specialist)	LV
Johnson & Johnson Ltd., (Ethicon)	LXV
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Hemarexin oral)	XX
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Cholibile)	XL
Laboratoires Desbergers Ltée (B-totum concentré et Vitamine C)	Quatrième page de la couverture
Laboratoires Jean Olive (Suppositoires Rec.ca) — (Sarcamine)	LXIV
Laboratoires Jean Olive (Cortormone)	LIV
Lederle Laboratories (Auréomycin)	XI
Librairie Beauchemin Limitée	LXIII
Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Dextri-maltose)	Troisième page de la couverture
Merck & Co. Ltd. (Pénicilline G sodique cristallisée)	I
Merck & Co. Ltd. (Cobione)	XXV
Merck & Co. Ltd. (Mandelamine)	XXXVIII
Millet, Roux & Cie (Spasmosédine)	XIII
Mowatt & Moore Ltd. (Protéines de choix)	XIX
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd., (Lait évaporé)	LXXI
Parke, Davis & Co. Ltd. (Taka-Combex)	XXXIX
Poulenc Ltée (Néo-antergan) — (Phénergan)	Deuxième page de la couverture
Robins Co., A. H. (Elixir Donnatal)	XXXV
Rouge Frères (Spécialités)	V
Sanatorium Prevost	LXI
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Delmor)	XLVIII
Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Calglucol)	XLVI
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Dragées Fesofo)	III
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Eskay's Theranates)	XLIII
Smith and Nephew (Jelonet)	XXX
Squibb & Sons (Canada) Ltd., E. R. (Liafon)	XXXIV
Standard Pharmaceutical Co., Inc. (Eucarbon)	LXXVII
Swift Canadian Co. Ltd., (Viandes pour bébés)	LXX
Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal Iodum Valor)	LXXIX
Vaponefr n Co. (Aérosol)	LIII
Vinant Ltée (Antigr ppine Midy) — (Pipéraz ne Midy)	XXVII
Vinant Ltée (Aminophylline Carena) — (Salicylate de soude du Dr Clin)	XXIV
White Laboratories of Canada (Otomide)	XXXIII
White Laboratories of Canada (Drop-cillin) — (Dram-cillin)	XXXVI-XXXVII
White Laboratories of Canada (Mol-Iron)	XXVII
White Laboratories of Canada (Lozilles)	XXIII
Williams Co. (Canada) Ltd., The J. B., (Produits Baby's Own)	LXXIII
Wingate Chemical Co. Ltd. (Sulfa-tri-azine)	XVIII
Winthrop-Stearns Inc. (Neo-Synephrine avec Pénicilline cristallisée)	XXVI
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Penioral) — (Amphojel)	XXXI - XXXII

LA PERCEPTION

peut créer de l'hostilité

à moins d'appuyer avec
diplomatie sur la res-
ponsabilité morale.
Nous ne faisons jamais
de menaces, mais nous
réussissons la percep-
tion. Envoyez-nous vos
comptes en souffrance
aujourd'hui.

BUREAU DE REVISION PROFESSIONNEL

1466, rue Drummond,
Montréal 25, P. Q.

SAL-IODUM VALOR

UN

SPECIFIQUE

DU

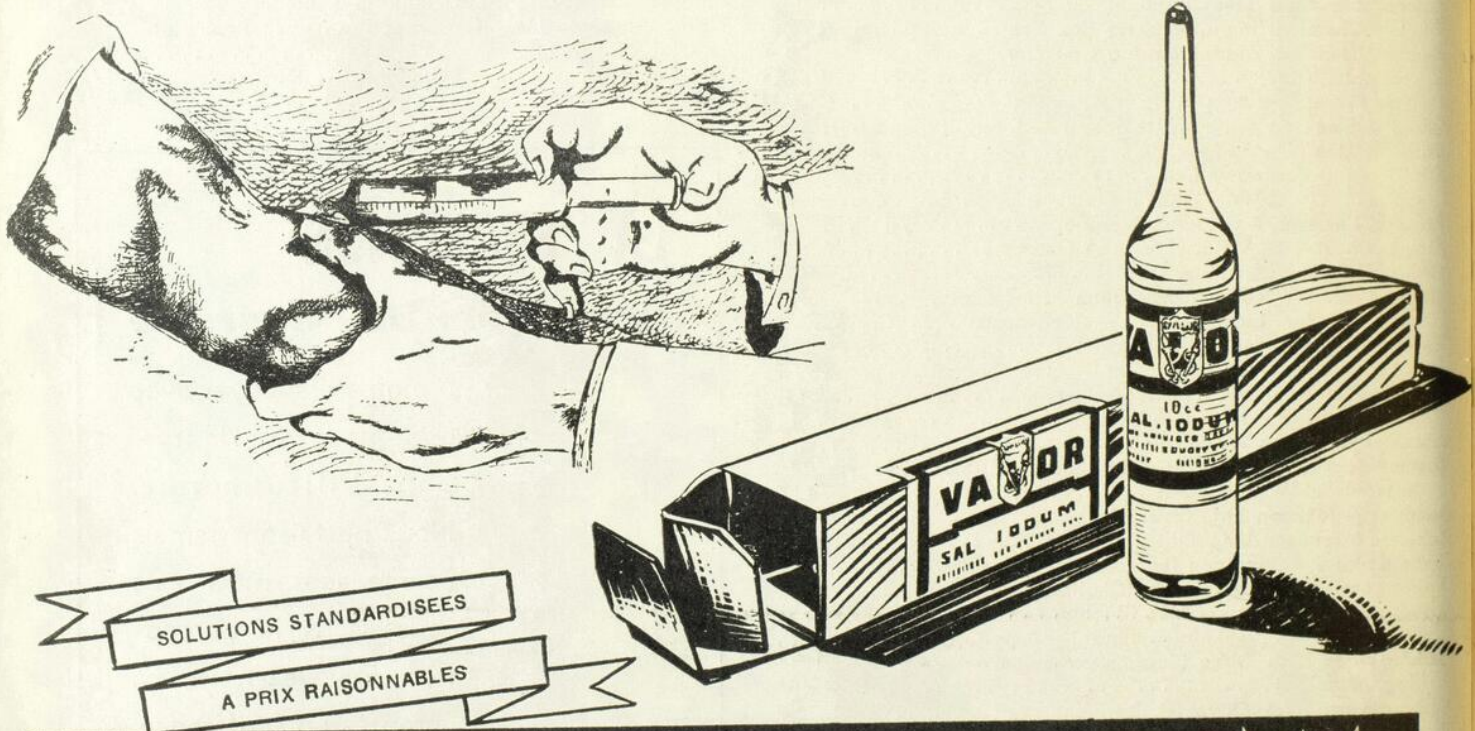
RHUMATISME

L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.

L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.

Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.

Posologie: Une injection (20 cc.) peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.

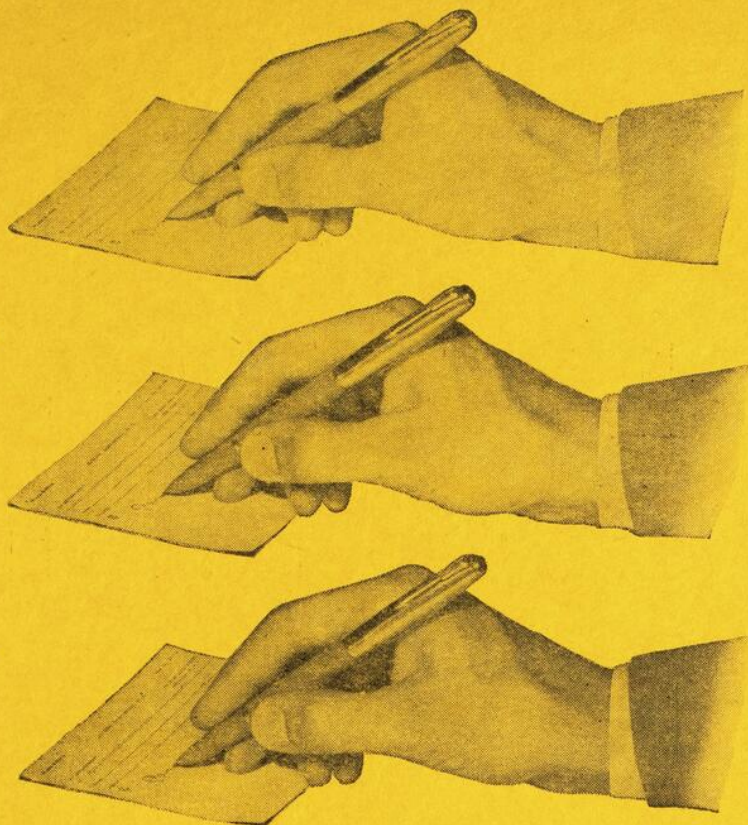


USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTREAL



Formules Flexibles



avec **DEXTRI-MALTOSE** ordonnance simple...préparation facile

Du lait plus de l'eau plus du Dextri-Maltose*—une ordonnance simple—est le mélange le plus généralement employé dans le système de formules alimentaires flexibles de nutrition infantile. Dextri-Maltose a aidé les médecins à ériger ce système maintenant universellement reconnu.

Les formules avec Dextri-Maltose sont simples à préparer. Le Dextri-Maltose est facilement dosé, rapidement soluble, et peut être employé dans n'importe quelle méthode de préparation de formules alimentaires.



*Nom déposé

**MEAD JOHNSON & COMPANY
OF CANADA, LIMITED
BELLEVILLE, ONTARIO**

HAUTE CONCENTRATION DU COMPLEXE VITAMINIQUE B
SUPPLÉMENTÉE PAR 160 MGM. VITAMINE C
PAR COMPRIMÉ

B-TOTUM CONCENTRÉ et VITAMINE C

FORMULE :

Chaque comprimé contient :

THIAMINE HCL	7.5 mgm.
RIBOFLAVINE	7.5 mgm.
NIACINAMIDE	20.0 mgm.
PYRIDOXINE HCL	0.5 mgm.
PANTOTHÉNATE DE CALCIUM	2.0 mgm.
ACIDE ASCORBIQUE (VITAMINE C).....	160.0 mgm. ✓

INDICATIONS :

Toutes les manifestations nerveuses, digestives, cutanées, imputables directement ou indirectement à la déficience des vitamines B et C, telles que névrites, perte d'appétit et de poids, nutrition post-opératoire.

Conditionnement :

Flacons
de
50 dragées



Posologie :

2-3 comprimés
par jour
selon le cas