Tome 69 — Numéro 10

MONTRÉAL, OCTOBRE 1940

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

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

SECRÉTARIAT
326 est, boul. Saint-Joseph
Montréal

SECRÉTARIAT
53½, rue Saint-Louis
Québec

Quand vos plus Jeunes Patients ont passé l'Âge des Purées

RECOMMANDEZ LES 12 ALIMENTS HEINZ POUR ENFANTS!

Ces Aliments, Nouveaux et Succulents, sont appuyés par la Réputation Exceptionnelle de Qualité dont la Maison Heinz jouit depuis 70 ans; vous pouvez vous fier à l'Uniformité de leur Pureté et de leur Saveur!

UNE fois que les bébés que vous surveillez ont passé l'âge des Purées Heinz, il est temps qu'ils prennent les *nouveaux Aliments Heinz pour Enfants!* Appuyés par la réputation qui a mérité partout la confiance absolue des mères, ces aliments très nutritifs qui ne sont pas des purées répondent aux besoins des petits enfants.

Les Aliments Heinz pour Enfants ont une saveur fraîche—et une couleur appétissante—parce qu'ils sont préparés soigneusement, avec les meilleurs ingrédients du pays. Et ils sont prêts à faire chauffer et à servir. Vous pouvez les recommander *en toute confiance!*

CHOISISSEZ PARMI 12 SORTES DÉLICEUSES

TOMATE ET RIZ À LA CRÈME. Légumes de choix, poudre de petit lait et farine de soya y sont ajoutés pour fournir une alimentation mieux équilibrée—une saveur plus riche.

POMMES DE TERRE EN DÉS À LA CRÈME. Du lait, de la crème, du beurre et de la levure de bière rendent cet aliment plus énergétique et plus nutritif.

LÉGUMES VERTS À LA CRÈME. Cet aliment résout le problème de faire aimer les légumes verts aux enfants! C'est un mélange succulent de chou frisé, laitue verte, asperges vertes, petits pois, lait et crème.

LÉGUMES EN DÉS À LA CRÈME. Lait, riz, et légumes de choix en dés ou hachés. L'addition d'un concentré de levure en rehausse la teneur en vitamines B et G.

AGNEAU ET FOIE AVEC LÉGUMES. Cet aliment comprend de la viande et du foie d'agneau, et du foie de poulet. Il est utile pour prévenir l'anémie et y remédier. Des légumes de choix en améliorent la saveur et la teneur en vitamine.

BOUILLIE DE LÉGUMES FARINE ET POULET. Faite avec de la viande et du bouillon de poulets sélectionnés, des légumes savoureux, de la farine Durum, du germe de blé et du lait. Voici un bon moyen de donner plus de céréale à bébé! Il s'en régalera!

CAROTTES. Des carottes sucrées, mûres, hachées assez grossièrement pour demander à être mastiquées. La riche teinte orange indique la haute teneur en vitamine A.

LÉGUMES MÉLANGÉS. C'est un mélange nourrissant de plusieurs légumes, très apprécié dans l'alimentation des enfants. Ce mélange comprend des pommes de terre, patates sucrées, carottes, céleri, haricots verts et oignons.

ÉPINARDS. Des épinards frisés d'un beau vert foncé sont coupés en morceaux de grosseur qui ne demande qu'une mastication moyenne.

POUDING AU RIZ À L'ANANAS. Préparé avec des ananas de Hawaï de qualité supérieure dans une bonne cossetarde enrichie de riz. Grâce à sa teneur élevée en hydrates de carbone, c'est un aliment énergétique. Les oeufs et le lait rehaussent sa valeur nutritive.

POUDING AUX PRUNEAUX. Des pruneaux de choix et de la farine sont cuits avec du lait et des oeufs, fournissant un mets nutritif, bien équilibré et moins laxatif que les pruneaux seuls.

DESSERT AUX POMMES, FIGUES ET DATTES. Des pommes mûres et savoureuses sont mélangées avec des figues blanches à graines fines et des dattes sélectionnées. Du jus de citron est ajouté pour donner, à ce mélange savoureux, un petit goût acide.

"TUTAMATE"

(TUTAMINA MATRIS: *Défenses de la mère*)

CAPSULE No 653 "Frosst"

un

SUPPLÉMENT

spécifique de la

NUTRITION

durant la

GROSSESSE

et l'

ALLAITEMENT

●

Chaque dose quotidienne (2 capsules) contient:		ADJUVANT DANS:
Huile de germe de blé (vitamine E) . . (l'équivalent de 5 onces de blé entier)	5 minimes	—la prévention de la prématurité
Fer (sous forme de sel ferreux) . . .	1/2 gr.	—la prévention de l'anémie de nutrition
Cuivre (sous forme de sel)	1/50 gr.	
Vitamine D ("Ostogen")	2,000 unités (internationales)	—la prévention du rachitisme, de la carie dentaire et de la tétanie par carence de la vitamine D.
Phosphore (sous forme de sel) . . .	3/4 gr.	
Calcium (sous forme de sel)	1 gr.	
Iode (sous forme de sel)	1/192 gr.	—la prévention de la carence en iode
Vitamine B_1	300 unités (internationales)	—la prévention de la polynévrite par carence en vitamine B_1
Vitamine A . . .	4,000 unités (internationales)	—l'édification de la résistance

Standardisées biologiquement.

Posologie: deux capsules par jour. Boîtes de 50 capsules.

●

Charles E. Frosst & Co.

Une organisation canadienne de fabricants des meilleurs produits depuis 1899

MONTRÉAL CANADA

SOMMAIRE

BULLETIN

Roma AMYOT:
Le Congrès des Trois-Rivières 1029

XVIe CONGRES DE L'A.M.L.F.A.N.

Séance d'ouverture: allocution du Président, le docteur Charles De Blois 1032
Rapport du Secrétaire-Trésorier général, le docteur Donatien Marion . . 1034
Banquet de clôture: allocution du Président, le docteur Charles De Blois . 1036

UNIVERSITE DE MONTREAL

Gaston LAPIERRE:
Hygiène de l'enfance 1040

MEMOIRES

Jean NAGEOTTE:
Peut-on améliorer le traitement des blessures des nerfs périphériques . . 1046

René CRUCHET:
Considérations sur l'aphasie ou « Maladie de Lordat-Dax » à l'occasion d'un cas d'origine infectieuse 1054

RECUEIL DE FAITS

Anselme LEGER et Roger-R. DUFRESNE:
La hernie diaphragmatique 1072

MOUVEMENT MEDICAL

Honoré NADEAU:
Le régime diététique 1079

PETITE CLINIQUE

Henri LALIBERTE et Jean-Paul POULIOT:
La maigreur hypophysaire 1085

EDITORIAL

R. A.:
Le traitement de l'angine de poitrine par le procédé chirurgical du docteur Mercier Fauteux 1096

R. A.:
Le Congrès du Jubilé d'Argent de l'Association des hôpitaux catholiques américains et canadiens 1096

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

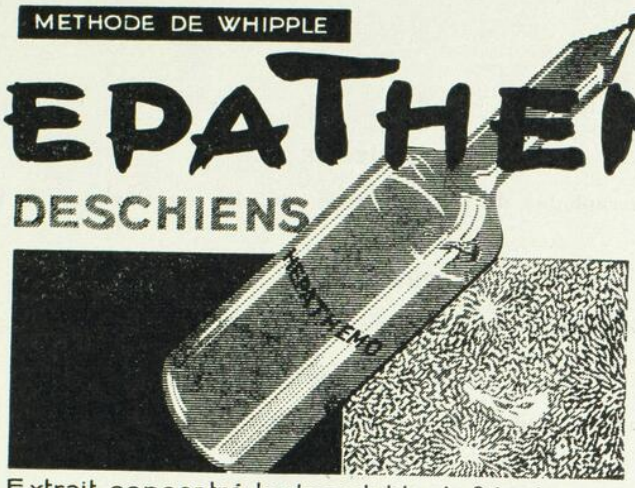
C. LIAN et GOLBLIN:
L'électrocardiographie dans l'angine de poitrine 1098

Edouard DESJARDINS:
Contusions de l'abdomen 1100

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS



Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau
Forme ampoule - Forme sirop

SYNDROMES ANÉMIQUES

DESCHIENS, 3, RUE PAUL BAUDRY - PARIS VIIIe
REPRÉSENTANT : ROUGIER, 220, RUE LEMOINE MONTRÉAL (CANADA)

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA
1872

PRIX DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALLISÉE

Agit plus sûrement que toutes les autres préparations de Digitale

Granules au 1/10e de milligr. — *Solution* au 1/1000e.
Ampoules au 1/4 de milligr. pour injections intramusculaires.

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, rue de la Procession, PARIS (XVe)

Draeger

SOMMAIRE

(Suite)

ANALYSES 1103

MEDECINE

Disparition de la céphalée de l'hypertension artérielle par élévation de la tête du lit (p. 1103).

PHTISIOLOGIE

Le problème de la virulence du bacille de Koch (p. 1103).

GASTRO-ENTEROLOGIE

Valeur du régime de Meulengracht au cours des hémorragies graves par ulcus (p. 1103).

ENDOCRINOLOGIE

Emploi de la vitamine B dans l'hyperthyroïdie (p. 1104).

GYNECOLOGIE

Sur un cas de folliculome de l'ovaire (p. 1104).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Rétraction de Volkmann localisée (p. 1106). **Un cas de fracture de la grande apophyse du calcanéum (fracture d'Open-Beak)** (p. 1108). **Tuberculose isolée de l'apophyse épineuse vertébrale** (p. 1108).

RADIOLOGIE

Physique nucléaire et thérapeutique: rapport préliminaire sur une nouvelle méthode de traitement de la leucémie et de l'érythrémie (p. 1108). **Les différences entre la rœntgenthérapie à 200 kv. et la rœntgenthérapie à très hauts voltages** (p. 1110).

LABORATOIRE

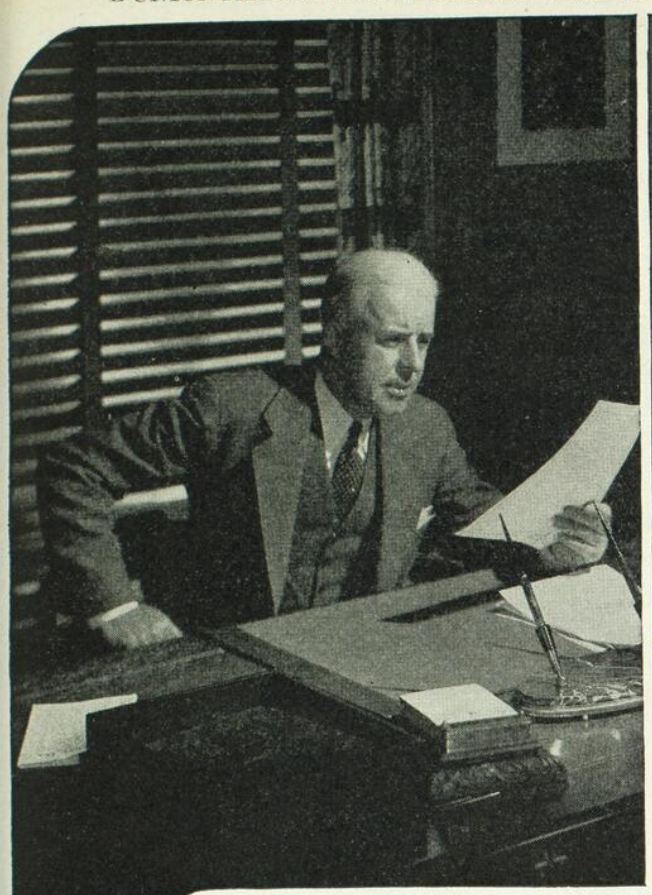
De l'absorption de substances radio-opaques à partir de la vésicule obstruée expérimentalement (p. 1110). **Le sinus carotidien est-il vaso-presseur quand la tension est basse?** (p. 1112). **Les protéines du plasma: origine, production, utilisation** (p. 1112). **Lésions histologiques des ganglions lymphoïdes dans la mononucléose infectieuse** (p. 1112). **Granulome solitaire de l'os** (p. 1112).

CONGRES ET SOCIETES 1114

Compte rendu de la Semaine de séances cliniques tenues à l'hôpital du Sacré-Cœur, du 26 au 31 août 1940 (p. 1114). **La Société Médicale de Montréal, séance du 7 mai 1940** (p. 1122). **Réunion scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame, séance du jeudi, 16 mai 1940** (p. 1126).

NOUVELLES 1136

NECROLOGIE 1138



PYRIDIUM

(NOM. DÉPOSÉ)

Pour un soulagement symptomatique rapide des caractères douloureux urinaires chez les patients ambulants, principalement dans les cas de cystite et de prostatite, lorsque la pollakyurie, les mictions douloureuses ou la douleur périnéale sont augmentées par le fait de rester debout ou assis durant les occupations professionnelles.

Pyridium présente les avantages exceptionnels suivants :

- *Administration commode sous forme de comprimés.*
- *Elimination par les voies urinaires.*
- *Efficace dans les cas d'urines acides ou alcalines. Aucun régime spécial pour le contrôle du pH urinaire.*
- *Très peu toxique.*
- *Non irritant.*
- *Bien toléré.*

Littérature sur demande.

PYRIDIUM

NOM DÉPOSÉ

(Phenylazo-Alpha-Alpha-Diamino-Pyridine Mono-Hydrochloride)

Une décade de service dans les infections génito-urinaires

MERCK & CO. LTD. *Chimistes Fabricants* MONTRÉAL, P.Q.

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

Fondée à Québec en 1902

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Emile Sergent, de Paris.
Professeur Maurice Roch, Genève.
Professeur Pierre Masson.

Professeurs E.-P. Benoît, A.-H. Desloges, J.-A. Leduc, D. Masson, T. Parizeau (Montréal).

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, Albert Bertrand, R. Boucher, B.-G. Bourgeois, A. Comtois, Edmond Dubé, C.-A. Gauthier, L. Gérin-Lajoie, Renaud Lemieux, A. LeSage, Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, O. Mercier, J.-A. Mousseau, Achille Paquet, L.-J. Petitclerc, J.-N. Roy, Roméo Roy, E. Saint-Jacques, L.-C. Simard, Eugène Tremblay, R.-E. Valin, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la Rédaction
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint à Montréal
Roma Amyot
326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire adjoint à Québec
C.-A. Gauthier
53½, rue Saint-Louis.

BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, H. Baril, G. Barry, A. Bellerose, P. Bourgeois, A. Cantero, Yves Chaput, E. Desjardins, R. Doré, Roger Dufresne, Roland Dussault, M. Fauteux, J.-C. Favreau, L. Fortier, L.-A. Gagnier, L.-H Gariépy, H. Gélinas, A. Gratton, Georges Hébert, A. Jutras, G. Lafresnière, C. Lefrançois, E. Legrand, J. LeSage, A. Magnan, P. Morin, J.-P. Paquette, Germain Pinsonneault, P. Poirier, J.-L. Riopelle, J. Saucier, Raymond Simard, Pierre Smith.

EST-CE DE LA GOUTTE?

EST-CE DE L'ARTHRITISME?

Sensibilité, raideur, léger gonflement des jointures des phalanges (les autres articulations peuvent être prises), motilité affaiblie, ralentissement graduel des fonctions... se manifestant surtout vers l'âge moyen... tel est le tableau-symptômes que présentent de nombreux cas.

Il peut indiquer un cas de goutte, ou bien un cas d'arthritisme.

La LYXANTHINE ASTIER

donnée *per os*, à dose d'une cuillerée à thé, une, et même deux fois par jour, amène ordinairement une rapide amélioration de cet état, et, si on continue le traitement, la disparition complète de tous les symptômes.

La Lyxanthine Astier produit cet effet en vertu de ses éléments synergiques associés: iode, calcium, soufre, bitartrate de lysidine [1]... ce dernier, puissant dissolvant et éliminateur des déchets métaboliques.

1. Méthylglyoxalidine ou éthylethenyldiamine.

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, **Montréal**

Veuillez m'envoyer de la littérature et un échantillon:
LYXANTHINE ASTIER

Dr.....

Adresse.....

Ville.....Province.....

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

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

●

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: R.-E. Valin
1er Vice-président: Albéric Marin
2e Vice-président: L.-J. Petitclerc
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. R.-E. Valin, Albéric Marin, L.-J. Petitclerc, A. LeSage, J.-A. Vidal, D. Marion.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. A. LeSage, D. Marion, E. Saint-Jacques, J.-A. Vidal.
Jacques-D. Clerk, publiciste.

COMITÉ DE PROPAGANDE

MM. E. Saint-Jacques, J.-A. Mousseau, L. Gérin-Lajoie.

CORRESPONDANTS

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

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

SÉDACRINE

FORMULE

No 28

Phenylethylmalonylurée . . 0.01
Substance Cérébrale . . . 0.15

No 29

Phenylethylmalonylurée . . 0.05
Substance Cérébrale . . . 0.30

No 30

Phenylethylmalonylurée . . 0.10
Substance Cérébrale . . . 0.30

INDICATIONS

INSOMNIES, AGITATIONS NOCTURNES, TICS NERVEUX, ÉCLAMPSIES, ÉPILEPSIES CONVULSIONS.

Conditionnement

Les comprimés SÉDACRINE sont présentés dans les empaquetages suivants:

No 28 en bouteilles de 100 comprimés
No 29 " " 50 "
No 30 " " 30 "

Préparé par

CASGRAIN & CHARBONNEAU, LIMITÉE
Pharmaciens en gros
30 est, rue Saint-Paul - - Montréal

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

Fondée à Québec en 1902

• L'Union Médicale •

(du Canada)

. **La plus ancienne revue française de Médecine et de Chirurgie au Canada**

Fondée en 1872

•

OFFICIERS

Président: R.-E. Valin
1er Vice-président: Albéric Marin
2e Vice-président: L.-J. Petitclerc
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la Rédaction
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint à Montréal
Roma Amyot
326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire adjoint à Québec
C.-A. Gauthier
53½, rue Saint-Louis

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 68:

MM. Amyot (Roma), Archambault (Paul-René), Archambault (Jules), Badeaux (François), Barbeau (Antonio), Baril (Georges), Barry (Gaetan), Beaudoin (J.-A.), Bélanger (Léonard-F.), Benoît (E.-P.), Benoît (René), Bernier (Alphonse), Bertrand (Albert), Bertrand (Claude), Blain (Emile), Boileau (W.), Bombardier (J.-P.), Bonin (Wilbrod), Bonnier (Maurice), Brahy (Jules), Brosseau (A.), Boulais (F.-L.), Bourgeois (Paul), Cabana (E.), Cantero (Antonio), Cartier (G.-E.), Champeau (Jean), Chaput (Yves), Charron (Ernest), Chaussé (Dr.), Comby (J.), Cousineau (P.-P.), De Guise (Albert), Deshaies (Georges), Desjardins (Edouard), Doré (Réal), Doucet (J.-C.), Dubé (J.-E.), Dufresne (Roger), Dussault (Roland), Fauteux (Mercier), Favreau (J.-C.), Ferron (Maurice), Forget (Ulysse), Fortier (De la Broquerie), Fortier (L.-E.), Frenette (Ulric), Gagnier (L.-A.), Gant (Julian-C.), Gariépy (L.-Henri), Gariépy (Urgel), Gatien (Romuald), Gaulin (Eugène), Gauthier (C.-A.), Gauthier (Herman), Gauthier (Jacques), Gélinas (Henri), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (Léon), Gibeault (H.), Gratton (Armand), Grégoire (Georges), Grignon (C.-E.), Groulx (Adélard), Guilbeault (A.), Hébert (Charles), Hébert (Georges), Hébert (Fernand), Jackson (Chevalier), Jackson (Chevalier-L.), Jarry (Gaetan), Jutras (Albert), Laberge (Lasalle), Laberge (Antonio), Ladouceur (Léo), Lafresnière (Gabriel), Lambert (J.-Adrien), Lapierre (A.), Laquerrière (A.), La Rochelle (Paul), Laurendeau (Edmond), Laurier (Yvon), Laurin (P.-E.), Lauzer (Rosaire), Lecavalier (Paul), Leclerc (Georges), Lefrançois (Charles), Léger (A.), Legrand (Emile), Lemieux (Henri), Léonard (D.), LeSage (Albert), LeSage (Jean), Letendre (Samuel), Letondal (Paul), Longpré (Daniel), Magnan (Arthur), Major (Willie), Manseau (Georges), Maranda (Emilien), Marion (Donatien), Marin (Albéric), Mathé (Charles-Pierre), Millet (J.-A.), Morin (Paul), Mousseau (J.-Alfred), Nègre (Léopold), Odinet (Jacques), Panneton (Philippe), Paquette (J.-P.), Patoine (Lionel), Penfield (Wilder), Perras (J.-E.), Pettigrew (A.), Pilon (Alcide), Pinsonneault (G.), Poliquin (Paul-A.), Prevost (Jules), Provost (Adolphe-J.), Richer (A.), Riopelle (J.-L.), Robillard (Eugène), Rochette (Paul), Rolland (Gérald), Roy (J.-N.), Saint-Jacques (Eugène), Samson (J.-Edouard), Sanche (Hector), Saucier (Jean), Savignac (Raymond-J.), Simard (Raymond), Sliosberg (A.), Smith (Pierre), Sylvestre (Lucien), Tétrault (Julien), Turpin (R.), Verschelden (Marcel), Viau (Horace), Vidal (J.-A.).

Pelletiérine Tanret

T Œ N I A

98 EXPULSIONS SUR 100 TENTATIVES

La **Pelletiérine** est le principe actif alcaloïde de l'écorce de grenadier, découvert par **Tanret en 1878.**

La Pelletiérine Tanret est le tœnifuge **le plus sûr et le plus facile à prendre.**

La Pelletiérine ne doit pas être donnée aux épileptiques.

AMINO-SEL BYLA

Remplace le Sel

RÉGIMES ACHLORURÉ ET DÉCHLORURÉ

INDICATIONS: Affections circulatoires, hépatiques — Albuminurie — Néphrites aiguës — Scarlatine.

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA - PARIS

Agents pour le Canada: **VINANT Ltée,** 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**

SÉDOSINE

SÉDATIF DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

PASSIFLORE
JUSQUIAME
CRATAEGUS

ASSOCIATION SYNERGIQUE HYPERACTIVE

LABORATOIRES LICARDY 38, Bd BOURDON - NEUILLY-PARIS

Agents pour le Canada: **VINANT Ltée,** 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION
des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEUR-GÉNÉRAL

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

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

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

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

R.-E. VALIN

D. MARION

J.-H. LAPOINTE

Chs De BLOIS

J.-A. DENONCOURT

•

COMITÉ DU XVIe CONGRÈS

Chs De BLOIS, Président

J.-M. TRUDEL, Vice-Président
J.-B. FALCON, Vice-Président
J.-A. TARDIF, Vice-Président

J.-A. DENONCOURT, Secrétaire
A. TÉTREAULT, Trésorier

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE — **R.-E. VALIN** — Albert PAQUET

J.-A. JARRY — **J.-H. LAPOINTE**

•

MEMBRES DU CONSEIL

BAUDOUIN, J.-A., 23, Springrove, Montréal . . (1940)
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta . . . (1942)
BELISLE, J.-R., Hull . . . . . (1942)
BIBAUD, B., Valleyfield . . . . . (1940)
BOURBEAU, L.-A., Val d'Or, Abitibi . . . . (1942)
BOURGEOIS, B.-G., 418 est, Sherbrooke, Montréal
COLLIN, Donat, Saint-Boniface, Manitoba . . (1942)
CREPAULT, A.-Z., 403 est, Sherbrooke, Montréal (1940)
DE BLOIS, Chs, Trois-Rivières . . . . . .
DENONCOURT, J.-A., Trois-Rivières . . . .
DUBÉ, L.-F., Notre-Dame du Lac, Témiscouata . (1942)
DUMONT, C.-E., Campbellton, N.-B. . . . . (1940)
FALCON, A.-J.-R., Pawtucket, R.-I. . . . . (1940)
FONTAINE, J.-F.-A., Woonsocket, R.-I. . . . (1942)
GATIEN, J.-F.-A., 4765, Adam, Montréal . . . (1942)
GAUDET, Richard, Sherbrooke . . . . . (1940)
GAUTHIER, P.-P., 47, Hazelwood, Montréal . . (1942)
GIROUARD, J.-A., 19, Union, Willimantic, Conn. . (1942)
JARRY, J.-A., 7718, rue Saint-Hubert, Montréal .
LACASSE, G., Sénateur, Tecumseh, Ont. . . . (1942)
LAFRAMBOISE J.-M., 692, Saint-Patrice, Ottawa (1942)
LAPOINTE, J.-H., 163, Laurier, Ottawa . . .
LAROCHELLE, J.-E., Manchester, N.-H. . . . (1940)
LAROCHELLE, R., Biddeford, Maine . . . . (1942)
LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal . . . . (1940)
LeSAGE, Albert, 260, Carré Saint-Louis, Montréal
MARION, D., 326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal
MATHE, P.-C., 450, Sutter, San Francisco . . . (1940)
MAYNARD, Oswald, 73, West Pearl, Nashua, N.-H. (1942)
MELANÇON, W., Drummondville . . . . . (1942)
MERCIER, O., 943, Cherrier, Montréal . . . . (1940)
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. (1940)
NORMAND, Hudon, Trois-Rivières . . . . . (1942)
PAQUET, Albert, 71, Sainte-Anne, Québec . . .
PERRAS, J.-E., Hull . . . . . (1940)
PHENIX, Georges, Saint-Jean . . . . . (1940)
PIETTE, Ed., Joliette . . . . . (1942)
PLOUFFE, R., 772, Villeray, Montréal . . . . (1942)
PROVENCHER, Gustave, Granby . . . . . (1942)
ROY, G.-E., Nicolet . . . . . (1940)
RICHARD, A.-L., 168 est, Laurier, Ottawa . . . (1942)
SAUCIER, Jean, 300 est, Sherbrooke, Montréal . . (1940)
SAVOIE, L.-P. Roberval . . . . . (1942)
SMITH, Pierre, 418 est, Sherbrooke, Montréal . . (1940)
SAINT-JACQUES, E., 110 ouest, Pr.-Arthur, Mtl. (1940)
TANGUAY, R., Sudbury, Ont. . . . . (1942)
TARDIF, J.-A., Lévis . . . . . .
TASSE, C.-E., Worcester, Mass. . . . . (1940)
TRUDEL, J.-J., Winnipeg, Manitoba . . . . . (1942)
TRUDEL, J.-M., Shawinigan Falls . . . . . .
VALIN, R.-E., 165 est, Laurier, Ottawa . . . .
VIDAL, J.-A., 454 est, Sherbrooke, Montréal . . (1940)
VIGER, J.-A., Saint-Hyacinthe . . . . . (1940)

LA VITAMINE B COMPLEXE TOTALE POUR UNE THÉRAPEUTIQUE EFFICACE

Dans Les États de Carence

Parce que les éléments composants de la vitamine B complexe sont très étroitement associés, il est reconnu que l'administration de la vitamine complexe totale produit de meilleurs résultats que ses composés donnés isolément.

LES COMPRIMÉS CERELEXIN COMPOUND, préparés d'extraits de foie et de levure, riches en vitamine, contiennent tous les facteurs connus de la vitamine B complexe associée au fer rapidement assimilable. Chaque comprimé fournit, en plus des autres composés de la vitamine B complexe, 80 unités internationales de la vitamine B_1; 25 unités internationales de la vitamine G (B_2); et environ 20 mg. de fer. Cerelexin est indiqué dans la carence de la vitamine B complexe, dans le traitement de la névrite périphérique, dans l'anorexie, dans l'hypotonie gastro-intestinale due à une déficience en vitamine B_1.

Le Sirop Cerelexin (exempt de fer), qui contient 300 unités internationales de vitamine B_1 et 80 unités Sherman de vitamine G (B_2) par cuillerée à thé, convient particulièrement aux enfants et aux adultes qui ne peuvent avaler de comprimés.

Les Comprimés Cerelexin Compound sont en vente dans toutes les pharmacies, en bouteilles de 60, 240 et 1200, de même que le Sirop Cerelexin, en bouteilles de 3 onces et de 8 onces.

UPJOHN

THE UPJOHN COMPANY

Fabricants des meilleurs produits pharmaceutiques depuis 1886

TORONTO, CANADA

COMPRIMÉS ET SIROP

CERELEXIN* COMPOUND

*Marque déposée

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

Fondée à Québec en 1902

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

●

CONDITIONS DE PUBLICATION: « L'Union Médicale (du Canada) » paraît tous les mois. Cette Revue est l'organe officiel de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Elle publie les travaux des Congrès et tous les communiqués de l'Association.

Chaque numéro contient des mémoires originaux, des faits cliniques, un mouvement médical, une revue générale, des notes de pharmacologie et de médecine pratique, des analyses, des revues de livres et des nouvelles médicales.

•

ABONNEMENT: L'abonnement est de cinq dollars par année. Les membres déjà inscrits à l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord ont droit, de ce fait, à la réception du Journal ainsi que tous les médecins qui font partie des Sociétés Médicales des divers états et provinces.

•

COLLABORATION: Seuls les travaux inédits sont acceptés.

•

MANUSCRITS: Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne

NEUROCRINE

INDICATIONS:

Neurasthénie, Perte ou sommeil agité, cause nerveuse, Surrénalites aiguës ou chroniques, Névroses, Épilepsie, Hystérie, Hyperexcitabilité psychique, Fatigues, Surmenage, Épuisement de l'énergie et tous autres troubles nerveux.

●

FORMULE:

Surrénale ½ *grain, Substance cérébrale* 10 *grains, Thymus* 3 *grains, Teinture Valériane* 40 *gouttes.*

Conditionnement:

Les comprimés NEUROCRINE sont présentés en flacons de 50 *et* 100 *comprimés, enrobés de sucre gris.*

CASGRAIN & CHARBONNEAU, LIMITÉE

Pharmaciens en gros

30 est, rue Saint-Paul - - Montréal

ILLUSTRATIONS: « L'Union Médicale » assume les frais de cinq illustrations au maximum, pour chaque travail, pourvu que les auteurs fournissent des photographies et des dessins convenables; les illustrations supplémentaires sont payées par l'auteur.

Nous n'acceptons pas de négatifs de clichés.

Chaque illustration doit porter au verso le nom de l'auteur et les photographies devront être claires, de préférence noires et sur papier glacé.

Les dessins doivent être effectués à l'encre de Chine sur papier blanc.

•

EXTRAITS: L'auteur peut obtenir des extraits pourvu qu'il signe la formule accompagnant la galée et qu'il en assume les frais.

Tous changements du texte de la galée entraînent des frais supplémentaires pour l'auteur.

•

TARIF: Sans page de titre, tel que publié dans la revue:

	4 pages	8 pages	16 pages	32 pages
100	$3.50	$ 5.50	$ 8.25	$13.75
200	4.25	6.50	12.25	18.00
500	6.00	11.50	18.75	29.00
1000	9.50	16.50	25.50	36.50

La page de titre comprenant 4 ou 5 lignes de texte sera fournie au prix de $1.50 pour les frais de composition, et les corrections d'auteur devront être payées au prix de l'heure.

Couverture imprimée en noir, qualité et couleur or de la revue:

100	$ 5.00
200	6.50
500	11.00
1000	18.50

Tous ces prix sont susceptibles d'être majorés de la taxe fédérale et de la taxe municipale s'il y a lieu, et de toute autre taxe qui pourrait survenir.

Spartoval

Isovalérianate Neutre de Spartéine

SEDATIF CARDIO-VASCULAIRE ANTISPASMODIQUE

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

Sparto-Camphre

Campho-Sulfonate de Spartéine et Campho-Sulfonate de Sodium

VERITABLE SYNERGIE CARDIOTONIQUE

Diurétique et Cardiotonique d'Entretien

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

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

Génisténal

Ethylphénylbarbiturate Neutre de Spartéine

NEURO-SEDATIF & HYPNOGENE «EQUILIBRANT»

du Système nerveux végétatif

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

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

■ ■ ■ ■

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

Agents pour le Canada: VINANT Ltée, 533, rue Bonsecours, MONTREAL

BIBLIOGRAPHIE: L'index bibliographique de chaque travail doit être restreint aux indications les plus importantes. Le journal se réserve toujours le droit de le limiter. Chaque indication bibliographique doit être fournie comme suit: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, volume, page, mois (jour du mois, si le périodique est hebdomadaire), année.

•

PUBLICITÉ: Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication.

Le barême des annonces est fourni sur demande à Jacques-D. Clerk, publiciste, 326 est, blvd Saint-Joseph. Téléphone: LAncaster 9888.

Tout annonceur qui n'observe pas l'éthique professionnelle est exclu de notre publicité, et nous saurons gré à nos lecteurs d'attirer notre attention sur toute dérogation à cette ligne de conduite.

Tout ce qui concerne la rédaction et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de « l'Union Médicale (du Canada) », 326 est, boulevard Saint-Joseph. Téléphone: LAncaster 9888.

SCILLITRINE

ASSOCIATION
DE
SCILLE - TRINITRINE
PHÉNYLÉTHYLMALONYLURÉE

HYPERTENSION - ANGOR
AÉROGASTRIE - FAUX CARDIAQUES

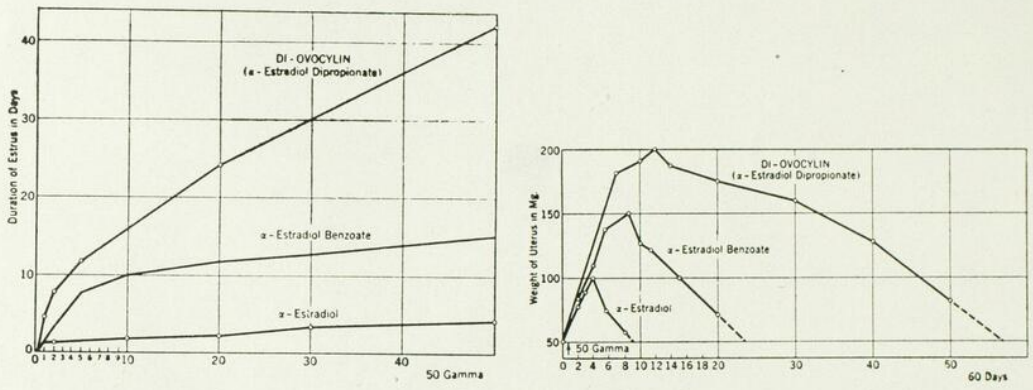
LAB. PERRIER - PARIS, FRANCE

AGENTS GÉNÉRAUX AU CANADA:

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE
1205, rue Saint-Denis - Montréal

DI-OVOCYLINE "CIBA"

En 1936 il fut observé dans les **Laboratoires de Recherches Ciba** que l'effet de la testostérone ou l'hormone mâle pouvait être considérablement prolongé par estérification. Ensuite en 1938, dans **les mêmes Laboratoires,** on prépara un grand nombre d'esters de l'œstrone et de l'œstradiol et il fut constaté que la plupart de ces œstrogènes manifestaient un effet assez intense et prolongé dans les tests de l'œstrus et de la croissance de l'utérus. On reconnut toutefois que l'un d'entre eux, le dipropionate d'œstradiol, ou la DI-OVOCYLINE, était le plus puissamment actif. Cet ester (DI-OVOCYLINE) est doué, en plus de son seuil d'efficacité notablement bas, d'une action remarquable par son intensité et sa durée en proportion des doses administrées. Par exemple, la figure à gauche montre la durée de l'œstrus chez la rate châtrée après administration de doses d'œstradiol, de benzoate d'œstradiol et de dipropionate d'œstradiol (DI-OVOCYLINE). Les courbes à droite mettent en évidence les modifications de poids de l'utérus de la rate après injection des mêmes substances œstrogéniques.



En clinique, la DI-OVOCYLINE comporte les mêmes indications que celles des préparations d'hormone folliculaire connues auparavant. Mais elle a sur ces dernières le grand avantage de déployer, aux mêmes doses, une activité plus intense et plus prolongée, d'être mieux utilisée, sa résorption étant plus lente.

La DI-OVOCYLINE comparée, à doses égales, à d'autres produits d'hormone folliculaire, permet de pratiquer les injections à des intervalles très espacés, procurant ainsi aux malades confort et économie.

La DI-OVOCYLINE est la plus active substance œstrogène et la moins coûteuse.

PRÉSENTATION: Ampoules dosées à 0.1, 0.2, 1, 2.5 et 5 mgrms.

Références: *Am. J. Obst. & Gyn.*, sept. 1939.
Endocrin: Vol. 24, No. 4, avril 1939, et vol. 27, No. 1, juillet 1940.

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE - Montréal

PIPÉRAZINE EFFERVESCENTE MIDY

(Granulé effervescent)

ANTI-URIQUE TYPE

THIODÉRAZINE MIDY

(injectable) (Ampoules 5 cc.)

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE

THIODÉRAZINE MIDY

(buvable) (Gouttes)

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE

THIODACAÏNE MIDY

(Ampoules 20 cc.)

Traitement local de la DOULEUR RHUMATISMALE

Littérature et échantillons sur demande adressée à : VINANT Ltée, 533, Rue Bonsecours, MONTRÉAL

TÉNÉBRYL GUERBET

Di-iodométhane sulfonate de sodium

•

Urographie intraveineuse

Ampoules de 20 cc. titrées à 40%

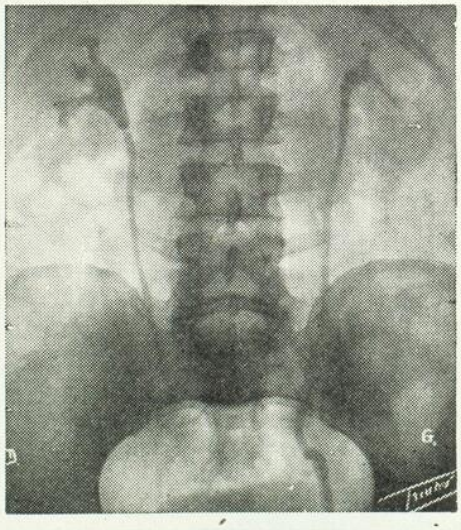
•

Pyélographie instrumentale
Explorations diverses

A concentration égale, le « TÉNÉBRYL » est le plus opaque, le moins hypertonique des moyens de contraste organiques solubles

•

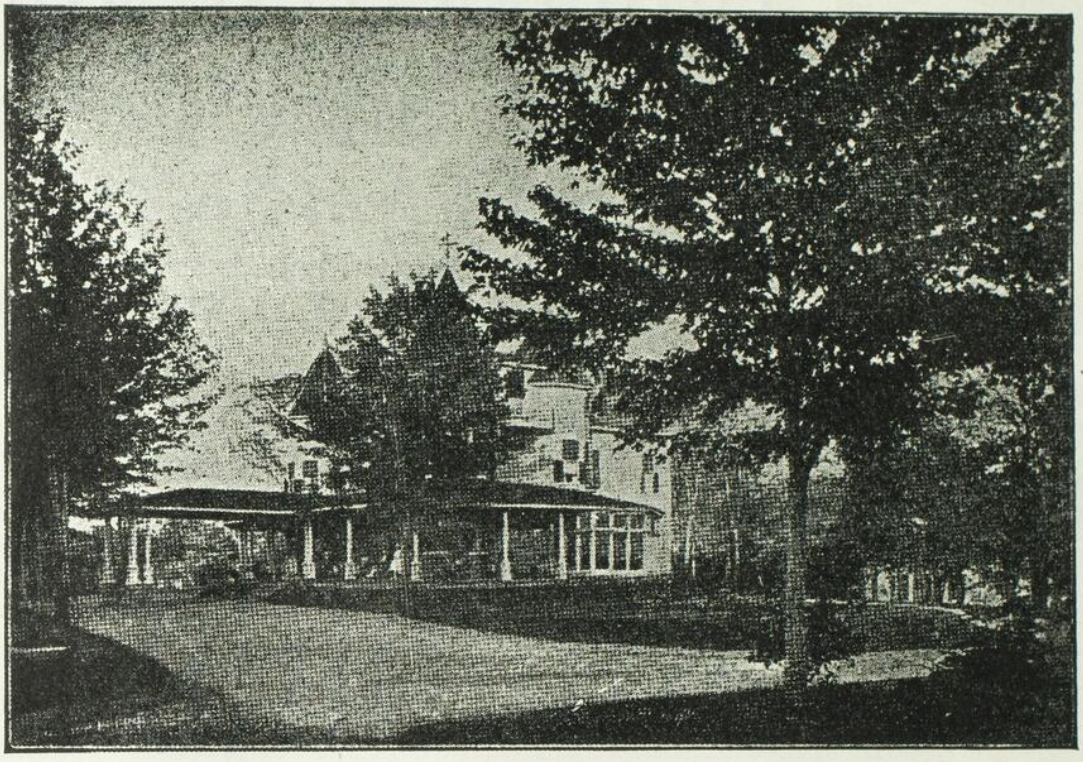
VINANT Ltée, 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**
Agents exclusifs pour le Canada des



Urographie intraveineuse au "TÉNÉBRYL"
(Clinique d'Urologie de Necker)

LABORATOIRES A. GUERBET & Cie 22, Rue du Landy, 22 PARIS - SAINT - OUEN

SANATORIUM PRÉVOST
INCORPORÉ



ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Parc de 600,000 pieds carrés. Tennis, billard, etc. Chambres pourvues de tout le confort moderne.

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

par trois médecins spécialistes et un personnel expérimenté. Cure de repos. Régimes. Électrothérapie. Rayons U.V. Hydrothérapie. Traitements spéciaux des toxicomanies (alcool, morphine, cocaïne). Malariathérapie et toutes pyrétothérapies. Prospectus sur demande.

Personnel médical: Dr Edgar Langlois, médecin-directeur; Dr Jean Saucier; Dr Roma Amyot; Dr Charles-A. Langlois (électro-radiologie).

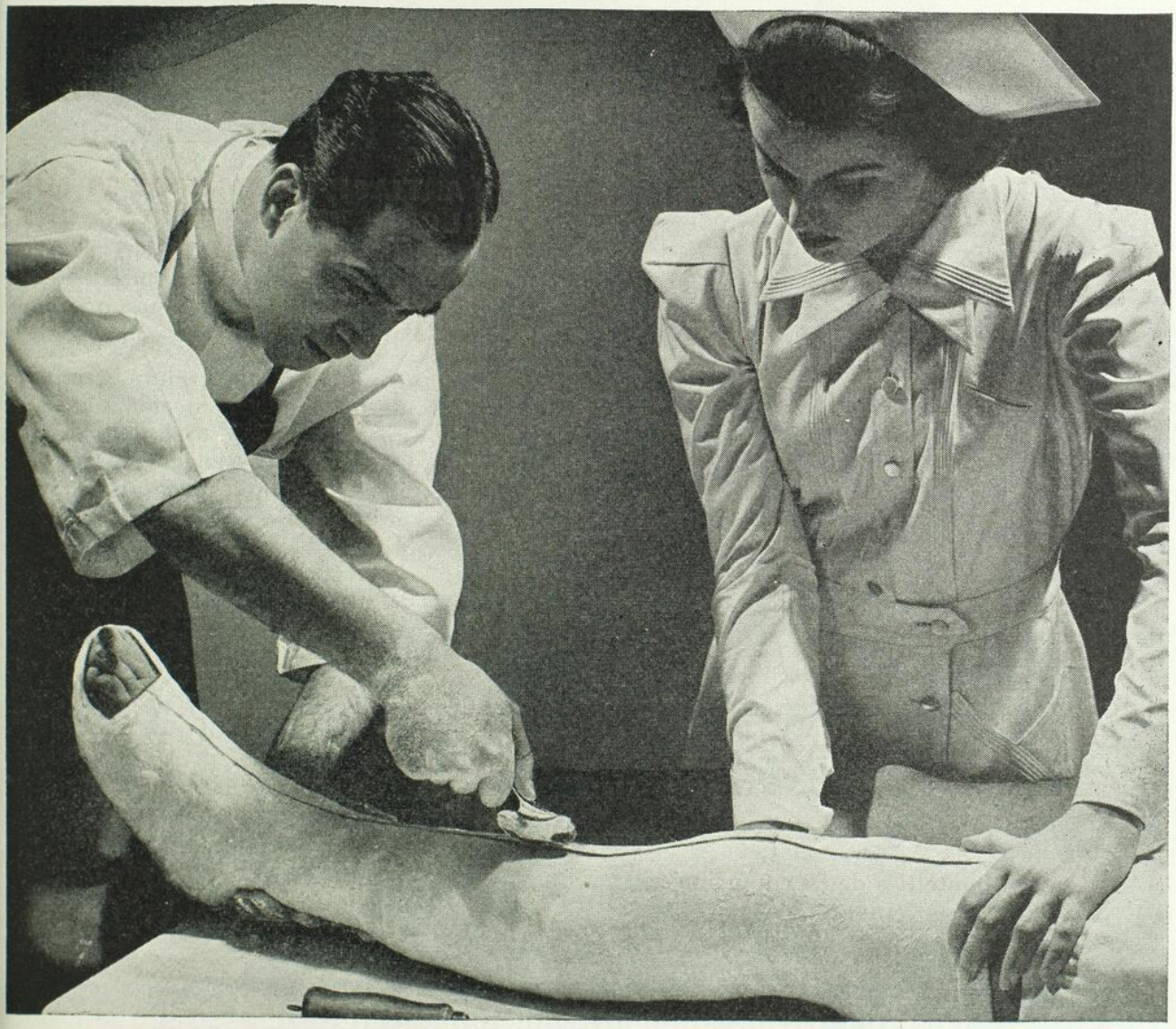
4455 ouest, Boulevard Gouin, **Téléphone: BYwater 1240**

La maniere moderne d'obtenir de meilleurs platres

POINT de longue attente inquiétante quand on emploie le Bandage "Specialist". Point de temps perdu! Dès qu'il n'est plus requis, vous le coupez immédiatement. Le "Specialist" est un bandage recouvert d'une couche de plâtre dure, qui donne un moulage solide mais *léger*. S'obtient en plusieurs largeurs et longueurs pour répondre à tous les besoins. On peut aussi se procurer les éclisses "Specialist".

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

Les plus grands fabricants au monde d'articles pour pansements chirurgicaux.



Présentant

AMPHOJEL TABLETTES

Fourni en bouteilles de 50 comprimés.

UN ANTIACIDE COMMODE ET SÛR PO L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC CHEZ PATIENTS QUI PEUVENT MARCH

Chaque comprimé d'Amphojel produit à près le même effet antiacide que deux cu rées à thé d'Amphojel (Wyeth's Alumina e

Les comprimés d'Amphojel sont prés comme un supplément commode à la th peutique de l'Amphojel pour le traite des patients qui peuvent marcher. Cha comprimé d'Amphojel équivaut à 10 gr d'alumine hydratée, $AL_2(OH)_6$, et produi peu près le même effet que deux cuiller thé de l'Amphojel liquide.

Directions pour les comprimés d'Amphojel:

Un demi-comprimé ou un comprimé dis dans un demi-verre d'eau, ou si l'on pré garder le comprimé dans la bouche en b de l'eau à petites gorgées. A répéter cin six fois par jour entre les repas et au cou

La Plus Vieille Maison Pharmaceutique au Canada
FONDÉE EN 1883

L'AMPHOJEL

contrôle vraiment l'acidité

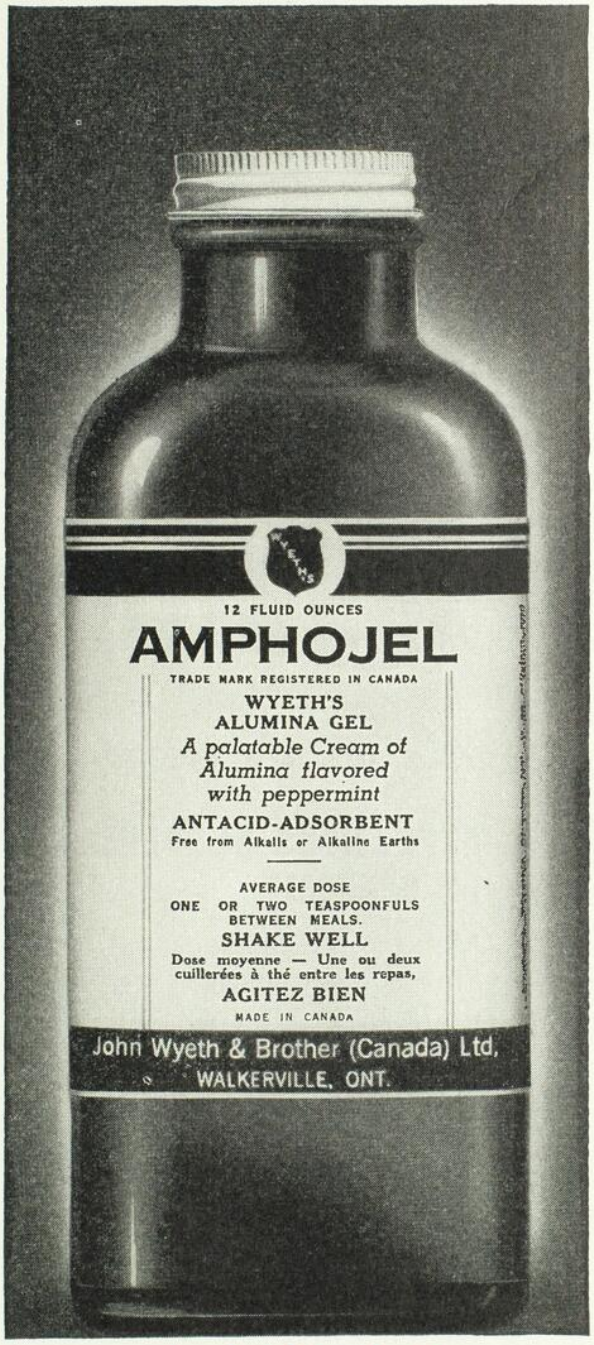
LES résultats étonnants qu'on obtient avec l'Amphojel dans l'ulcère de l'estomac et l'hyperchlorhydrie gastrique, sont d'abord attribuables à la façon unique par laquelle il contrôle l'excès d'acide chlorhydrique en stabilisant l'acidité gastrique dans la "zone de sûreté" (pH_4.0 à 5.0) ; l'Amphojel neutralise l'HCl libre — soulageant la douleur et travaillant à la guérison de l'ulcère — et cependant il ne peut produire une réaction alcaline dans le chyme gastrique, éliminant ainsi l'augmentation secondaire de l'acidité et tout danger d'alcalose.

●

Les comprimés d'Amphojel réduisent l'acidité gastrique sans danger d'alcalose ou d'augmentation secondaire de l'acidité. L'Amphojel sous forme liquide ou en comprimés ne contient aucun alcali ou substance alcaline et il ne peut être absorbé. Les principales caractéristiques de ce traitement moderne sont: soulagement prompt de la douleur, guérison rapide de l'ulcère, agent de tout repos.

●

Directions pour l'Amphojel liquide: Une à deux cuillerées à thé pur ou dans un peu d'eau, à prendre cinq ou six fois par jour, entre les repas et au coucher.



Amphojel simple et
Amphojel avec de l'huile minérale
Fourni en bouteilles de 12 onces

John Wyeth & Brother (Canada) Ltd.
WALKERVILLE, ONT.

1896

1940

SANATORIUM de BLOIS

Maison de repos, de régime et de convalescence

AFFECTIONS NERVEUSES EN GÉNÉRAL

Maladies de l'estomac et de l'intestin, surmenage, troubles de la nutrition, neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.). Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violets, etc., etc.

MÉDECIN-DIRECTEUR: . . . **Dr Charles de BLOIS**
DIRECTEUR-ADJOINT: . . . **Dr Georges de BLOIS**

MÉDECINS CONSULTANTS:

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr Charlemagne BARIBEAU, Trois-Rivières; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières; Dr Benoît JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. VEILLEUX (Radiologiste), Trois-Rivières.

PRIX MODÉRÉS—Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

Pour renseignements supplémentaires et réservations: s'adresser par lettre, télégramme ou téléphone au Directeur:

•

PROSPECTUS ILLUSTRÉ SUR DEMANDE

•

Dr Charles de Blois
SANATORIUM de BLOIS

Téléphone 3420 225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.

TRÉPHONYL

Sérum hémopoïétique - Foie fœtal - Tréphones embryonnaires

FLACONS - AMPOULES

SIROP

Anémies intenses	1 à 2 ampoules par jour dans 1/4 de verre d'eau, par voie buccale loin des repas.
Convalescences	
Déficiences organiques	
Troubles de la croissance	1 cuillerée à potage (enfants une cuillerée à café) avant les trois principaux repas.
Allaitement	

Laboratoires du Dr ROUSSEL, 97, rue de Vaugirard, PARIS

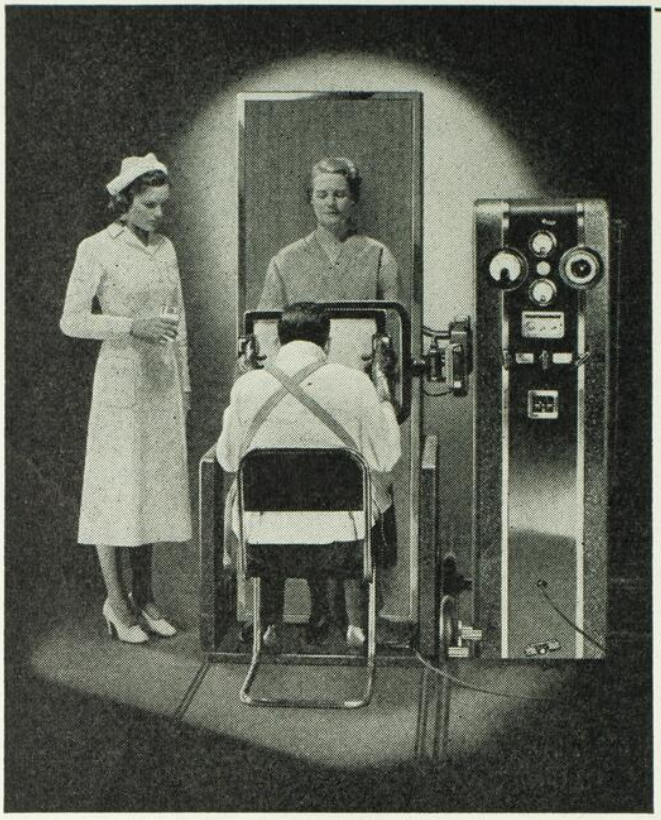
Agents pour le Canada : **J. EDDÉ Ltée**, New Birks Bldg., MONTRÉAL

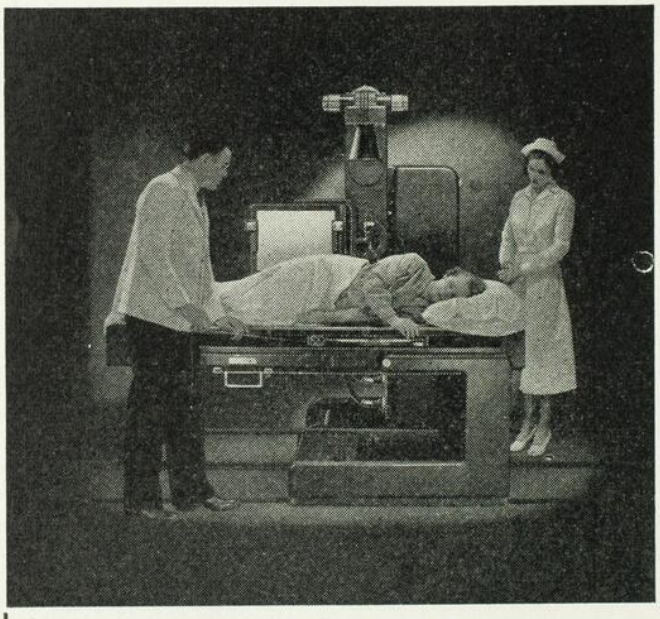
Toutes les Indications de
l'IODE et des IODURES

IODOGÉNOL
PÉPIN

Pas d'Iodisme

AGENT GÉNÉRAL : J. EDDÉ Ltd - MONTRÉAL





De la

RADIOSCOPIE VERTICALE

à la

RADIOGRAPHIE HORIZONTALE

L'Unité à Rayons-X « PANDEX » de WESTINGHOUSE permet ceci et toutes positions intermédiaires requises en Radiodiagnostic.

Malgré son prix moyen, rien n'a été sacrifié en:

- **FLEXIBILITÉ MÉCANIQUE**
- **FLEXIBILITÉ ÉLECTRIQUE**
- **FACILITÉ D'OPÉRATION**
- **PROTECTION ÉLECTRIQUE**
- **AMPLEUR DE RENDEMENT**

Demandez-nous d'abord la littérature sur cette Unité. Nous vous invitons ensuite à venir la voir en opération à 36 est, rue Saint-Paul.

C'est avec plaisir que nous vous en ferons une démonstration et sans engagement de votre part.

DISTRIBUTEURS EXCLUSIFS DES APPAREILS À RAYONS-X « WESTINGHOUSE »

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

28-36 est, rue Saint-Paul **MONTRÉAL**

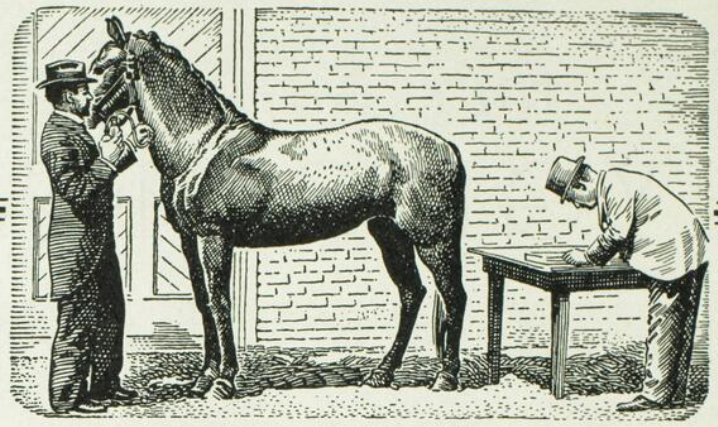
"TOUT, excepté le
SPHYGMOMÈTRE"

UN médecin, visitant une condenserie Carnation et observant le système compliqué qui y est employé pour analyser et éprouver le lait, remarqua: "Vous semblez avoir tout ce qu'il faut excepté le sphygmomètre!" Cette exclamation humoristique fait bien ressortir les soins méticuleux apportés par la compagnie Carnation dans toutes ses condenseries. Un contrôle routinier mais rigoureux rejette le lait qui a trop d'acidité, de sédiment, ou dont l'odeur est "douteuse". Il assure un lait dont la composition et la teneur en Vitamine D sont uniformes. Il garantit une stérilisation complète — un lait facilement digestible et parfaitement sûr... **Tout** le Lait Carnation Irradié, qu'importe où et quand il a pu être acheté, assure, de façon incontestable, une qualité absolument uniforme et fiable.

UNE BROCHURE POUR MÉDECINS — Ecrivez pour la demander. « Alimentation Simplifiée pour Bébés » est une brochure scientifique qui traite de l'emploi du Lait Carnation Irradié dans les cas d'alimentation normale ou difficile. Adressez-vous à la Carnation Company Ltd., Toronto, Ontario.

CARNATION MILK
IRRADIÉ

UN PRODUIT DU QUÉBEC *"provenant de vaches bien nourries"*



Première inoculation de l'Antitoxine Diphtérique dans les Laboratoires Parke-Davis.

Le jeune médecin qui consulta Von Behring

En l'an 1894. — À cette époque, le traitement de la Diphtérie consistait en applications locales et à faire la « vigile » — alors vint la découverte de l'antitoxine diphtérique par Von Behring.

Le Dr E. M. Houghton, un brillant jeune médecin qui venait de se joindre à l'organisation Parke-Davis, fut envoyé immédiatement à Vienne, afin de se renseigner auprès du grand savant sur tout ce qui concernait la production et l'usage de cette antitoxine.

Peu après la Compagnie Parke-Davis établit le premier laboratoire biologique commercial sur le continent américain, et elle détient, depuis, la licence N° 1 aux États-Unis comme au Canada, pour la fabrication des produits biologiques à l'usage du médecin.

Ce courage de pionniers a caractérisé la maison Parke-Davis depuis sa fondation. En 1870 elle introduisit le *cascara*. Quelques années plus tard, les premiers extraits fluides standardisés furent présentés, et durant la dernière décade du dix-neuvième siècle, elle mit au point la standardisation physiologique. Le début du nouveau siècle apporta l'Adrénaline, le Pituitrin, Pitocin et Pitressin — la Ventriculine, l'antitoxine méningococcique, le Mapharsen.

En élargissant constamment ses activités dans le domaine des recherches, d'année en année, notre Compagnie s'efforce sans cesse à mieux remplir son rôle traditionnel envers la cause médicale.

PARKE, DAVIS & COMPAGNIE

PIONNIERS DANS LE DOMAINE DES RECHERCHES MÉDICALES

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS — INJECTABLE

MALADIES DÉGÉNÉRATIVES
LYMPHATISME - SCROFULE

Laboratoires **ROBIN**, 13, Rue de Poissy, PARIS

AMPOULES 2 cmc

Glycérophosphate de Soude	0.05
Nucléinate de Soude . .	0.005
Méthylarsinate disodique .	0.01

Gms. par c.c. 1 ou 2 inj. par 24 hres.

GRANULÉ et COMPRIMÉS

Glycérophosphate de Ca.	0.125
Glycérophosphate de Soude	0.0125
Nucléinate de Soude	0.0125
Méthylarsinate disodique	0.01

Grammes par cuillerée-dose ou comprimé.

2 à 3 cuill. ou comprimés aux repas.

Agents pour le Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE**, 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL.**

OMNIVALENT
ATOXIQUE
INDOLORE

1 à 4 ampoules par jour

Lantol

Rhodium colloïdal électrique

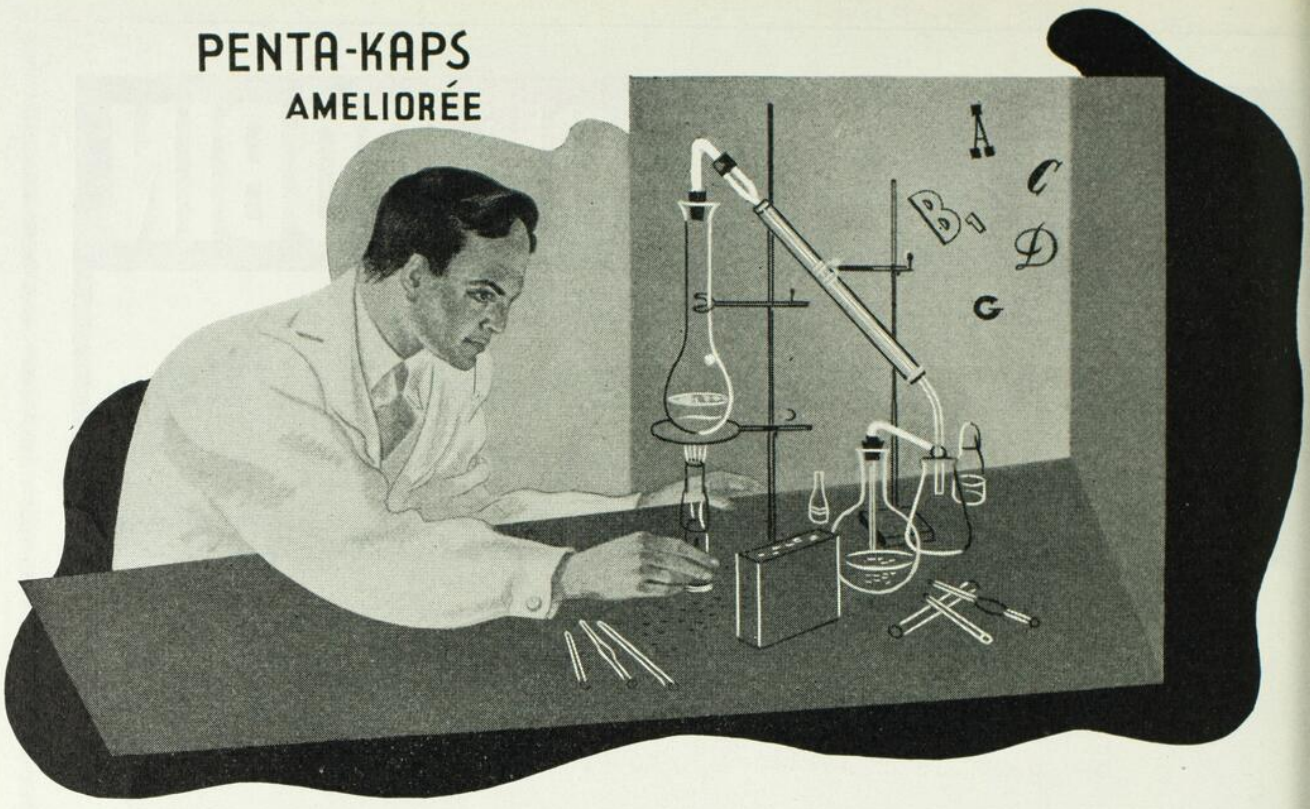
adopté par les hôpitaux de Paris

GRIPPES INFECTIEUSES
BRONCHO-PNEUMONIES
ÉRYSIPÈLES
THYPHOÏDES
SEPTICÉMIES PUERPÉRALES
TOUTES HYPERTHERMIES

Laboratoires COUTURIEUX, 18 Avenue Hoche, PARIS

Agents pour le Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE**, 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL.**

PENTA-KAPS
AMELIORÉE



FORMAT REDUIT—
TENEUR EN VITAMINES PLUS ELEVEE

Produit des Laboratoires de recherches Abbott, les Penta-Kaps Améliorées **fournissent cinq vitamines importantes dans des concentrations considérablement augmentées. Chaque capsule contient 10,000 unités internationales de vitamines A, 1,000 unités internationales de vitamines D, 200 unités internationales de vitamines B_1, 40 unités Sherman de vitamines G et 500 unités internationales de vitamines C. Grâce au perfectionnement des méthodes de fabrication, la grosseur des capsules Penta-Kaps a été diminuée de quarante pour cent.**

Il faut s'assurer, en prescrivant une préparation vitaminée, que votre patient reçoive un produit dont la teneur en vitamines a été définitivement établie et prouvée. C'est pourquoi sur toutes vos ordonnances de vitamines, vous devez spécifier PENTA-KAPS AMÉLIORÉE ABBOTT.

Comme tous les produits vitaminés Abbott, les Penta-Kaps Améliorées sont standardisées biologiquement, sous des conditions rigidement contrôlées.

Vous êtes donc assuré qu'elles vont fournir toutes les vitamines et dans les quantités mentionnées sur l'étiquette.

Les Penta-Kaps Améliorées sont présentées en boîtes de 25, 50, 100 et 250 capsules.

LABORATOIRES ABBOTT LTÉE — 20, CHEMIN BATES, OUTREMONT.

PENTA-KAPS ABBOTT
Ameliorée
(CONCENTRE DE VITAMINES A.D.B_1 ET C.)

BULLETIN

LE CONGRÈS DES TROIS-RIVIÈRES

LE RÔLE DE NOTRE ASSOCIATION

En 1906, le troisième Congrès de l'A.M.L.F.A.N. avait lieu aux Trois-Rivières.

Le Président de ce Congrès, le docteur L.-P. Normand, dans son discours d'ouverture prononçait les paroles suivantes: « Le Congrès des Trois-Rivières est, en effet, le premier organisé dans un district rural, le premier organisé sans la bienfaisante et immédiate protection des universités, le premier organisé par un petit groupe de collègues. En un mot, c'est la première affirmation des *praticiens*.

« L'Association des Médecins de Langue Française prend, dans le Congrès des Trois-Rivières, la place qui doit lui appartenir et se met en état de remplir le but pour lequel elle a été fondée. »

Le docteur Charles de Blois y assuma les lourdes fonctions de secrétaire-général. Le troisième Congrès fut couronné de succès: l'assistance y fut nombreuse, les contributions scientifiques considérables. Elles traitaient surtout de l'alcoolisme, de la tuberculose, de l'hygiène infantile. En plus, de multiples communications portant sur des sujets divers furent présentées.

Trente-quatre années se sont écoulées et l'Histoire s'est répétée.

Le XVIe Congrès vient d'être tenu aux Trois-Rivières. Il fut, de nouveau, le Congrès des praticiens et un hommage au médecin des centres ruraux. Le grand succès d'assistance, dépassant celles d'Ottawa en 1938 et de Montréal en 1936, témoigne des sentiments d'amitié et de respect à l'égard du médecin de province et est à l'honneur des officiers du Congrès et tout particulièrement des médecins des Trois-Rivières. Nous les félicitons chaleureusement. Leur organisation fut au point et leur hospitalité accueillante. Les séances scientifiques furent suivies avec attention et les communications présentées, par leur variété et leur quantité, étaient de nature à instruire les auditeurs. Ces communications paraîtront dans notre Journal et tous les membres de l'Association pourront en prendre connaissance

et se rendre compte de la somme abondante d'enseignement qu'elles comportent. Par leur multiplicité, par leur diversité, elles peuvent capter l'attention d'un plus grand nombre de médecins. Leur portée pratique, assurée par la nature des sujets traités et l'objectivité de leur présentation, les rendent éminemment assimilables et utilisables par le médecin praticien.

Ne l'oublions pas, et ce fut ce que désiraient atteindre les fondateurs de notre Association, nos Congrès doivent être pour nos praticiens, des occasions faciles et agréables de s'instruire, d'être renseignés congrument et par des médecins dignes de foi, sur les progrès de la science médicale.

D'autre part, notre Association possède un caractère ou plutôt un rôle spirituel qui n'incombe pas ordinairement aux Associations médicales. Elle doit témoigner de notre existence comme groupe médical français en Amérique; ses Congrès doivent affirmer ce fait ethnique de l'aventure franco-américaine; elle doit renforcer, par le contact mutuel, la détermination de ses membres non seulement à la survivance, mais aussi, et surtout, à la progression, à l'avancement professionnel et national du groupe entier.

On comprend que nos réunions de tous les deux ans soient propices à des distractions sociales ou autres, à des rencontres et accolades de vieux amis qui se retrouvent, ou encore à d'attrayantes activités sociales et mondaines; ce sont des à-côtés utiles, peut-être nécessaires, parce qu'attractives et édulcorantes, mais ils n'en demeurent pas moins des contingences.

La fin véritable vers laquelle on doit tendre sans relâche, c'est la survivance d'un groupe distinct, c'est l'ascension professionnelle et collective et c'est, conséquemment, l'affirmation digne et légitimement fière de ce groupe.

D'où il découle ce devoir, pour chacun de nous, d'appartenir de tout cœur à l'Association des Médecins de Langue Française; d'où on devrait s'obliger rigoureusement à participer à ses congrès, à lire, à encourager par tous les moyens, *l'Union Médicale du Canada* qui est *le Bulletin de l'Association,* d'y contribuer à l'occasion; d'où ce devrait être une mission impérative pour tous les médecins qualifiés de l'Association de prodiguer à leurs collègues, soit par le truchement des Congrès, soit par celui du Bulletin, et pour seuls fin et intérêt collectifs, le récent, l'actuel, le nouveau de la médecine.

Ces idées ont été exprimées. Ces projets et ces espoirs ont été chaleureusement énoncés et applaudis en de multiples occasions.

En marge de ce XVIe Congrès, nous avons cru bon de les réaffirmer. Nous ne nous sommes pas éloigné du sujet.

Tous nos Congrès ravivent la même flamme: celle de la confiance et de l'enthousiasme. Ils font revivre aussi nos sentiments d'attachement spirituel à la France dont les maîtres nous ont enseigné la médecine; que nous ayions la joie de recevoir, comme habituellement, ses délégués, ou que nous éprouvions, comme cette année, la triste et amère déception de leur absence.

Aussi longtemps que nous survivrons sur cette terre d'Amérique, nous devrons tendre par tous les moyens de perfectibilité, à grandir, à rendre cette survivance digne d'être maintenue.

Autrement, aussi bien lâcher; le croupissement dans la médiocrité est le lot des faibles qui disparaîtront tôt ou tard.

L'Association et ses Congrès réalisés et employés unanimement avec foi, comme il se doit, constituent un des multiples moyens à notre disposition.

Qu'elle vive, se fortifie, afin de nous servir à monter.

Roma AMYOT.

XVIe CONGRÈS DE L'A.M.L.F.A.N.

SÉANCE D'OUVERTURE

Allocution du Président, le docteur Charles De BLOIS

En ma qualité de Président du XVIe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, j'ai l'agréable devoir et l'insigne honneur de vous souhaiter à tous, la plus cordiale bienvenue.

Je salue respectueusement, au nom du Comité Exécutif et en mon nom personnel, les personnalités éminentes ici présentes et tous les distingués représentants de la science médicale, qui consacrent leur labeur et leur dévouement à l'avancement de la science, à la gloire de la religion et de la patrie ou au service de l'humanité.

Tous nos cœurs s'unissent dans une commune joie pour vous dire à tous, notre admiration, notre hommage et nos plus fraternels sentiments.

Le XVIe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, s'ouvre aujourd'hui sous les auspices de l'honorable Henri Groulx, Secrétaire provincial et Ministre de la Santé. Aussi nos premières paroles seront pour exprimer à l'honorable Henri Groulx, Président honoraire de notre Association, l'hommage de notre reconnaissance pour l'appui matériel et moral, si généreusement accordés à l'œuvre de nos Congrès français d'Amérique. Je veux de plus vous redire, monsieur le Ministre, notre plaisir et notre fierté de voir ainsi nos réunions placées sous l'égide du Gouvernement provincial, dont vous êtes le si distingué représentant.

C'est le deuxième Congrès que l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord tient aux Trois-Rivières. Le premier eut lieu en 1906, alors que j'étais secrétaire-général de notre association, sous l'égide de notre cher et regretté Président, l'honorable docteur Philippe Normand. Ce congrès fut couronné de succès et honoré par la présence de trois délégués français.

Notre précédent congrès s'est tenu à Ottawa il y a deux ans. Il fut présidé par notre sympathique collègue le docteur Lapointe.

L'accueil réservé aux congressistes fut, comme il est de tradition chez nos compatriotes de l'Ontario, de la plus courtoise et de la plus franche sympathie et l'hospitalité des plus chaleureuses.

Notre Association entre aujourd'hui dans sa quarantième année d'existence puisqu'elle fut fondée à Québec en juin 1900, par le docteur Delphis Brochu, professeur à l'Université Laval. Mais ce n'est qu'en juin 1902 que nous assistions à Québec à l'ouverture solennelle du Premier Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Le docteur Brochu qui présidait cette première réunion avait su s'adjoindre des collaborateurs dévoués, qui ont continué son œuvre et lui ont assuré la survivance.

Plusieurs personnalités éminentes qui s'étaient proposé de prendre part à nos assises scientifiques s'en voient empêchées par des circonstances incontrôlables. Nous regrettons tous, que son Eminence le Cardinal Villeneuve, soit retenu par les impérieux engagements de la visite pastorale de son diocèse. Son Excellence, Sir Eugène Fiset, Lieutenant-Gouverneur de cette Province, s'est excusé de ne pouvoir être avec nous ce soir, parce qu'il est retenu à Québec pour la réception en l'honneur du comte d'Athlone, Gouverneur Général du Canada.

Le Premier Ministre de la Province de Québec, l'honorable Adélard Godbout, assis-

tera probablement à notre banquet, mais il ne peut, à son regret, accepter notre invitation pour notre séance d'ouverture, à cause de ses devoirs parlementaires.

Nous regrettons avec vous l'absence de délégués français, qui, lors de nos précédentes assises médicales venaient nous apporter dans des séries de conférences, le meilleur de leur savoir. La guerre dérange tout. Restons quand même fidèles, dans cette période douloureuse, à la France, notre ancienne mère patrie, à qui nous devons ce que nous avons de plus précieux: notre foi, notre langue, notre culture et nos traditions.

Notre loyauté et notre union qui sont assurées à l'Angleterre dans sa juste lutte pour la sauvegarde de la liberté et de la civilisation chrétienne, ne sauraient diminuer dans nos cœurs l'affection que nous portons à la France d'hier ni l'espoir que nous gardons de la voir se relever.

Je suis sûr d'être votre fidèle interprète en adressant notre respectueux hommage à son Excellence Monseigneur Odilon Comtois, digne successeur des grands évêques Laflèche et Cloutier, qui ne pouvant, malgré son grand désir, assister à notre réunion, nous a fait la faveur de se faire représenter ici par son dévoué Grand Vicaire, Monseigneur Trudel.

Salut confraternel à notre éminent doyen de la faculté de Médecine de l'Université de Montréal, le professeur Albert LeSage ainsi qu'à notre conférencier de ce soir, le docteur Léo Parizeau, deux apôtres de la culture française et de la science médicale française au pays.

Un hommage chaleureux aux très distingués représentants des grands centres médicaux des autres provinces du Canada, des Etats-Unis, de Cuba, d'Haïti, du Mexique, etc., dont il nous fait plaisir de louer l'incontestable valeur et qui exercent une réelle influence dans les développements de l'art médical.

Je n'ai pas besoin de vous dire à tous combien la Cité des Trois-Rivières est heureuse de vous accueillir dans ses murs.

Il me fait particulièrement plaisir de signaler qu'à l'exemple du Gouvernement provincial, le conseil municipal des Trois-Rivières, et monsieur le maire Pitt, ont bien voulu nous accorder une substantielle allocation.

Recevez, monsieur le Maire et messieurs les membres du Conseil, l'hommage de notre profonde gratitude.

En plus de ces concours matériels et moraux, notre comité a trouvé de tous côtés des témoignages de sympathie.

La présence de nombreux prêtres parmi cet auditoire d'élite en est un qui nous honore grandement.

A vous tous, congressistes et amis de partout, la plus cordiale bienvenue.

Je voudrais ajouter un mot à l'adresse des comités des Dames. Elles ont préparé un magnifique programme, pour recevoir dignement les épouses et les filles des congressistes. Grâce à elles, nous sommes assurés Mesdames, que votre séjour aux Trois-Rivières sera en même temps utile et agréable. Merci également à l'Exécutif et aux confrères et amis des Trois-Rivières qui nous ont secondé si admirablement.

Combien ne faudrait-il pas, Mesdames et Messieurs, allonger ce palmarès, si nous voulions mettre en lumière tous les concours patents et latents, grâce auxquels notre tâche a pu être réalisée. Si tous ne sont pas expressément nommés, que tous soient ici globalement remerciés.

Qu'il me soit permis en terminant d'adresser un salut respectueux, admiratif et reconnaissant, à nos savants conférenciers ainsi qu'à nos vaillants pionniers de la culture intellectuelle et scientifique, si brillamment représentés ce soir parmi nous. C'est à ces apôtres que nous sommes redevables, pour une large part, du succès de nos assises médicales et des développements merveilleux de la médecine canadienne-française, au cours de ces dernières années.

Trois qualités maîtresses du savoir et du génie français nous ont permis de prendre place au firmament médical de l'Amérique du

Nord, l'intelligence, l'esprit de travail, la rigueur des méthodes scientifiques.

Contrairement à certains pays totalitaires qui ne paraissent chercher dans la science que la destruction de l'humanité, notre science à nous, comme la vôtre, comme celle de nos amis de la Grande-Bretagne, de la France, des Etats-Unis et des autres nations vraiment civilisées, a pour but d'édifier, d'apporter aux hommes un peu plus de bonheur et de développer toujours d'avantage, l'amour et la bienfaisance dans l'humanité.

Mesdames et Messieurs, le Congrès Médical des Trois-Rivières est maintenant officiellement ouvert et tout annonce qu'il rapportera un grand succès.

Rapport du Secrétaire-Trésorier général, le docteur Donatien MARION

Septembre 1938. Dans la capitale du Canada, à Ottawa, des centaines de délégués venus de toutes les régions du pays et de l'Est des Etats-Unis assistent attentifs aux séances d'étude du XVème Congrès de notre Association. Dans l'intervalle de ces réunions, pendant que la foule des congressistes, en compagnie de leurs épouses, se reposent des labeurs de la journée, en participant à un programme social, tel que savent l'organiser nos amis d'Ottawa, les Pères Conscrits du Conseil, les Sages de l'Association discutent les graves problèmes de la profession médicale. Et parmi ces problèmes se pose le choix du siège du prochain Congrès, en 1940.

La ville des Trois-Rivières est mise de l'avant: facile d'accès de tous les coins de la province, connue pour son hospitalité si cordiale, pourrait-on lui reprocher de n'être pas une ville universitaire? Ne perdons pas de vue que notre Association groupe, pour la plupart, des médecins praticiens qui viennent cueillir, durant ces assises scientifiques, les dernières données de la science médicale.

N'est-ce pas un hommage au médecin de la campagne que de se réunir dans cette belle région de la Mauricie où foisonnent tant de médecins distingués.

Aucune hésitation possible. A l'unanimité, la ville des Trois-Rivières recevrait les Médecins de Langue Française pour son XVIème Congrès, en 1940.

Le Conseil élisait comme membres du Comité du Congrès:

Président: M. le docteur Charles-N. de Blois, Trois-Rivières.

1er Vice-président: M. le professeur B.-G. Bourgeois, Montréal (démissionnaire en 1939, pour raison de santé).

2ème Vice-président: M. le docteur F. Bertrand, Sherbrooke, décédé en février 1940.

3ème Vice-président: M. le docteur J.-M. Trudel, Shawinigan-les-Chutes.

4ème Vice-président: M. le docteur A.-J.-B. Falcon, Pawtucket.

5ème Vice-président: M. le docteur J.-A. Tardif, Lévis.

Secrétaire: M. le docteur J.-A. Denoncourt, Trois-Rivières.

Trésorier: M. le docteur A. Tétreault, Trois-Rivières.

Un voile de deuil assombrit toujours chaque Congrès au rappel des noms des vaillants soldats qui sont tombés en cours de route. Depuis 1938, la mort a cruellement décimé les rangs de notre Association: l'honorable docteur Pio H. Laporte, ministre de la Santé dans le Gouvernement provincial du Nouveau-Brunswick, le docteur Fred. Bertrand, deuxième Vice-président du XVIème Congrès. Deux anciens Présidents manquent à l'appel: le professeur J.-E. Dubé, de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, le grand apôtre de la lutte contre la tuberculose, et le professeur P.-C. Dagneau, Doyen de la Facul-

té de Médecine de l'Université Laval de Québec, ancien Président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

En décembre dernier, disparaissait un de nos fidèles amis de la lointaine Louisiane: le professeur Amédée Granger, Directeur du Service de Radiologie du Centre Médical de l'Université d'Etat de la Louisiane, et Vice-président de notre Association, de 1934 à 1938.

Aux familles de tous ces disparus, l'Association désire réitérer officiellement l'expression de sa plus vive sympathie.

Pour la première fois dans l'histoire de nos Congrès, la voix de nos chers Maîtres de France ne résonnera pas dans les salles de nos délibérations. Nos cœurs lourds de tristesse, mais remplis d'espérance, nous formulons le vœu de les recevoir en grand nombre à notre prochain Congrès. La France peut être vaincue, mais elle vit à jamais dans nos cœurs.

Désireux de collaborer, comme par le passé, avec le Ministère de la Santé, le Comité du Congrès a mis au programme plusieurs travaux sur la tuberculose, dans le but de seconder l'œuvre admirable du Comité de Défense contre la Tuberculose. N'est-ce pas là faire œuvre sociale que de protéger notre population contre ce fléau qui, malheureusement, emporte chaque année trop de vies. Et tous ces travaux seront publiés, « in extenso », dans le Bulletin de l'Association, fusionné avec *l'Union Médicale du Canada,* le plus ancien Journal médical français en Amérique du Nord.

Depuis le Congrès d'Ottawa, en 1938, notre Association n'a pas délaissé l'Association-Sœur franco-américaine. Plusieurs de nos membres sont allés assister aux journées médicales de Worcester et de Boston. A Worcester, le 5 octobre 1938, nous relevons les noms des docteurs Albert LeSage, J.-E. Dubé, Oscar Mercier, Riopelle, Jean Saucier et le Secrétaire-trésorier général, de Montréal, J.-H. Lapointe et J.-M. Laframboise d'Ottawa.

A Boston, le 27 septembre 1939, figuraient au programme les docteurs J.-A. Mousseau et J.-E. Gendreau, de Montréal. Le docteur Denoncourt et votre Secrétaire général durent, à leur grand regret, rebrousser chemin à l'aérodrome Saint-Hubert par la faute d'un épais brouillard.

Malgré les tristesses et les difficultés de l'heure présente, notre Association continue son œuvre d'éducation professionnelle; en cela elle suit le sillon tracé par ses fondateurs qui voulurent, sur cette terre d'Amérique, le parfait développement de la culture médicale française.

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

COMITÉ DU XVII[e] CONGRÈS: *Directeur Général*: R.-E. Valin, Ottawa.
Secrétaire-Trés. Gén.: Donatien Marion, Montréal.
Président: Oscar Mercier, Montréal.
1*er Vice-Prés.*: Charles Vézina, Québec.
2*e* " : J.-A. Tardif, Lévis.
3*e* " : A.-J.-B. Falcon, Pawtucket.
4*e* " : Sénateur Lacasse, Tecumseh.
5*e* " : C.-E. Dumont, Campbellton.
Secrétaire : Roma Amyot, Montréal.

ANCIENS PRÉSIDENTS: Albert LeSage, Montréal.
J.-A. Jarry, Montréal.
J.-H. Lapointe, Ottawa.
Albert Paquet, Québec.
Chs De Blois, Trois-Rivières.

MEMBRES DU CONSEIL:

1942

Beauchemin, L.-O. . .Calgary.
Bélisle, J.-A. . . . . .Hull.
Bourbeau, L.-A. . . . .Rouyn.
Collin, Donat . . . . .St-Boniface.
Dubé, L.-F. . . . . .Notre-Dame du Lac.
Fontaine, J.-F.-A. . . .Woonsocket.
Gatien, J.-F.-A. . . . .Montréal.
Gauthier, P.-P. . . . . "
Girouard, J.-A. . . . .Willimantic.
Laframboise, J.-M. . .Ottawa.
Larochelle, R. . . . .Biddeford.
Maynard, Oswald . . .Nashua.
Melançon, W. . . . . .Drummondville.
Normand, Hudon . . .Trois-Rivières.
Piette, Ed. . . . . .Joliette.
Plouffe, R. . . . . .Montréal.
Provencher, Gustave .Granby.
Richard, L.-A. . . . .Ottawa.
Tanguay, R. . . . . .Sudbury.
Trudel, J.-J. . . . . .Winnipeg.

1944

Baudoin, J.-A. . . . .Montréal.
Béliveau, P. . . . . .Méthégan, N.-E.
Bibaud, B. . . . . .Valleyfield.
Blain, Emile . . . . .Montréal.
Blanchet, R. . . . . .Québec.
Bohémier, C.-A. . . .Montréal.
Caron, Sylvio . . . . .Québec.
Cloutier, Victor . . .St-Georges, Beauce.
Dubé, Ed. . . . . .Montréal.
Denoncourt, J.-A. . . .Trois-Rivières.
Dumas, F.-A. . . . . Chicoutimi.
Desmeules, Roland . .Québec.
Gaudette, Richard . . .Sherbrooke.
Gauthier, C.-A. . . . .Québec.
Jobin, J.-B. . . . . "
Larochelle, J.-R. . . .Manchester.
Lebel, M.-H. . . . . .Montréal.
Lacharité, V. . . . . .Saint-Célestin.
Lemieux, J.-R. . . . .Québec.
Milot, J.-D. . . . . .Fall River.
Prud'Homme, Ernest .Montréal.
Perras, J.-E. . . . . .Hull.
Phenix, G. . . . . .Saint-Jean.
Smith, Pierre . . . . .Montréal.
Tassé, C.-E. . . . . .Worcester.
Vidal, J.-A. . . . . .Montréal.
Viger, J.-A. . . . . .Saint-Hyacinthe.

BANQUET DE CLÔTURE

Allocution du Président, le docteur Charles De BLOIS

Au moment où va se clore le Congrès Médical qui aura illustré en 1940 la vieille cité de Trois-Rivières, je suis particulièrement heureux de rappeler le grand succès qu'a remporté ce Congrès, de souligner son importance au point de vue scientifique et social, et de remercier tous ceux qui ont contribué à sa remarquable réussite.

J'ai la conviction qu'il marquera une date dans l'histoire de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Je remercie au nom du comité d'organisation, et en mon nom personnel, toutes les personnalités, qui ont bien voulu assister à ce banquet qui clôt les travaux du XVIe Congrès des Médecins de Langue Française d'Amérique. Je suis sûr d'être votre fidèle interprète en adressant notre respectueux hommage à l'honorable Henri Groulx, Président honoraire de notre Association, qui ne pouvant, malgré son grand désir, se trouver ce soir avec nous, nous a fait la faveur de se faire représenter

ici, par son dévoué sous-ministre, le docteur Jean Grégoire.

L'honorable Premier Ministre de la province de Québec, l'honorable Adélard Godbout, qui s'était proposé de prendre part à notre banquet est également retenu à Québec pour le dîner d'état en l'honneur de son Excellence le Gouverneur Général, le comte d'Athlone.

Pour les mêmes raisons, l'honorable Maurice Duplessis, le distingué chef de l'Opposition à la Législature de Québec, et député des Trois-Rivières, ne peut ce soir, à son regret, accepter notre invitation. Nous avons également regretté l'absence de notre sympathique député des Trois-Rivières à Ottawa, monsieur Robert Ryan.

Son Excellence Monseigneur Odilon Comtois ne pourra assister à ce banquet à cause de circonstances incontrôlables. Il a bien voulu nous déléguer son dévoué grand-vicaire général, Monseigneur Trudel, qui nous honore ce soir de sa présence.

Dans l'organisation de ces assises scientifiques, nous avons voulu avoir cette année un Congrès d'actualités médicales. Voilà pourquoi tous nos conférenciers, grâce à leur compétence particulière, ont traité devant vous des sujets de pratique courante, avec une mise au point parfaite. J'ai déjà dit, au déjeuner de ce jour, tout le bien que je pensais de nos conférenciers qui ont fait honneur à la science médicale canadienne-française; je n'y reviendrai pas à cause du peu de temps mis à ma disposition. Mais qu'il me suffise de rappeler d'un mot, que tous nos conférenciers ont été à la page, nous donnant un véritable cours de perfectionnement qui a été vivement apprécié.

Ce que je tiens à signaler d'une manière particulière, c'est le geste qui vous honore grandement, chers collègues, d'avoir voulu RENDRE HOMMAGE AUX MÉDECINS PRATICIENS en tenant le présent congrès, non dans un centre universitaire, mais dans une petite ville de province, la cité historique des Trois-Rivières.

Aussi les praticiens sont exceptionnellement sensibles à l'attention que vous voulez avoir à leur endroit. S'ils n'osent se comparer aux professeurs de nos Universités, ils sont heureux de se dépenser au service immédiat du peuple et ils sont fiers et honorés que les premiers daignent apprécier leurs modestes travaux, leur effacement dans les petites paroisses et jusqu'à leurs veilles et leur fraternelle sollicitude à l'égard des pauvres. De tout cela, chers collègues, soyez remerciés et de tout cœur.

Vous me permettrez d'adresser un salut respectueux aux humbles médecins de campagne et des petites villes. Conseillers éclairés, ouvriers de toutes les heures, toujours, au moins très souvent à la peine. Vous désirez qu'ils soient aujourd'hui à l'honneur.

C'est un hommage bien mérité à plus d'un titre à l'égard de ces « grands oubliés du monde médical ».

Aussi, je m'incline profondément devant ces admirables gardiens de la santé des familles.

Aimant leur profession et ne demandant qu'à la bien servir, ces médecins praticiens, à l'exemple du bon samaritain parcourent nuit et jour la vallée de la misère humaine, poussant même jusqu'à l'extrême limite les bienfaits de leur action et de leur apostolat. Honneur donc à ces praticiens de chez nous, qui exercent leur profession avec désintéressement, l'élevant volontiers à la hauteur d'un sacerdoce.

Et voilà pourquoi, nous accordons ce soir un diplôme « *Bene merenti* » à l'un de nos valeureux médecins de campagne, le docteur Eudore Blondin, de Bécancourt, un pionnier de la première heure et qui n'a jamais manqué un Congrès depuis la fondation de notre Association.

Qu'il me soit permis d'être votre interprète à tous pour remercier, de nouveau, l'honorable Adélard Godbout ainsi que l'honorable Henri Groulx, pour l'aide indispensable qu'ils ont apporté, à l'œuvre de nos Congrès.

Mais sur la liste de nos bienfaiteurs, il ne faut pas oublier le conseil municipal des Trois-Rivières et monsieur le maire Pitt, qui ont bien voulu également nous accorder une subvention

généreuse. En dehors de ces concours matériels et moraux, notre comité d'organisation a trouvé de tous côtés des témoignages de sympathie.

Je ne puis toutefois passer sous silence l'aide généreuse que nous avons trouvée auprès de la presse médicale canadienne, principalement le bulletin officiel de notre Association, *l'Union Médicale du Canada,* comme aussi auprès de la Presse Associée, sans lesquelles il eût été impossible de préparer, d'annoncer et d'analyser les travaux de notre congrès.

Je ne saurais oublier dans cet ordre d'idée, *Le Nouvelliste, Le Bien Public, l'Action Catholique, Le Soleil, La Presse, La Patrie* et les autres journaux, ainsi que le poste de radio, C.H.L.N., qui en mettant au service du Congrès, leur puissante et si moderne organisation, ont aidé de toutes manières à sa réussite.

Nos respectueux hommages vont à vous, Mesdames et Mesdemoiselles, venues si nombreuses à ce banquet et dont l'aimable présence en tempère si heureusement la sévérité.

En vous regardant, je ne puis faire autrement que de répéter après le célèbre Dr Dartigues, que vous apportez à nos réunions *le sourire de la nature.*

Nos remerciements vont aux Comités des Dames, pour le beau travail accompli dans l'exécution du programme social, ce qui a grandement contribué au succès de ce congrès.

Merci également à l'exécutif, au comité d'organisation, aux confrères et amis des Trois-Rivières, qui m'ont secondé si admirablement, surtout Messieurs les docteurs Valin, Lapointe et Marion ainsi que le zélé secrétaire du Congrès, Monsieur le docteur Denoncourt, sans oublier Messieurs les docteurs Tétrault, Baribeau, Roch Hébert et les autres.

Combien ne faudrait-il pas, Mesdames et Messieurs, allonger le palmarès de notre reconnaissance, si l'on voulait mettre en lumière tous les concours patents et latents grâce auxquels notre tâche a pu être réalisée. Si tous ne sont pas expressément nommés, que tous soient ici globalement remerciés.

Au moment de terminer le Congrès des Trois-Rivières, qui marque le quarantième anniversaire de la fondation de notre Association, je veux évoquer la grande figure de notre fondateur le professeur Delphis Brochu, qui, dans un sursaut de pensée française et canadienne, fondait à Québec, en juin 1900, l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Depuis ce temps, notre Association a réalisé de grands progrès et comme le soulignait notre premier président, le professeur Brochu lors du Congrès de 1902, « Nous devons, disait-il, garder l'espoir que cette Association sera comme un foyer de plus en plus lumineux d'où rayonnera la science médicale canadienne-française sur toutes les parties de ce continent; et nous devons nourrir l'ambition qu'elle reste dans l'avenir le centre vers lequel graviteront tous les groupes canadiens-français de l'Amérique du Nord. »

Nous croyons que les buts proposés par notre fondateur ont été en grande partie réalisés. Et dans sa grande modestie, ce qui prouve bien qu'il était un homme vraiment supérieur, il terminait son discours par ces mots: « Je ne puis guère m'attribuer d'autre rôle, à la vérité, dans cette organisation que celui d'avoir été le porte-drapeau d'une idée qui était déjà le partage de tous ceux de mes confrères qui ont le plus à cœur le prestige et l'avancement de notre profession. »

De notre côté, gardons un souvenir reconnaissant au professeur Brochu, à cet apôtre, l'une des gloires dont la profession médicale s'honore et efforçons-nous de suivre les exemples et les conseils qu'il nous a donnés. Pour ma part, je dois au professeur Brochu, dont j'ai été l'élève, l'honneur d'avoir été choisi en 1904, comme secrétaire général de notre Association. Je ne voudrais pas oublier de rappeler à votre souvenir, un autre grand disparu, le professeur Z. Rhéaume, président du XIIe Congrès et ex-directeur général de notre association, si rapidement enlevé à notre affection. Nous avons gardé la mémoire de sa forte personnalité, de sa parole éloquente

et persuasive. Aussi, en mesurant la grandeur des services rendus par le professeur Rhéaume, qui a réorganisé en 1934 notre Association sur des bases solides, avec un secrétariat permanent, nous sentons toute la perte que nous avons faite.

Heureusement que la Providence nous a permis de trouver un réalisateur, un homme de premier plan, pour continuer son œuvre; j'ai nommé notre ami, le docteur R.-E. Valin d'Ottawa.

Ai-je besoin d'ajouter que le Dr Valin est admirablement secondé par un autre animateur, le Dr Donatien Marion, notre sympathique secrétaire-trésorier général, l'une des âmes dirigeantes de toute notre organisation.

Le Congrès des Trois-Rivières touche à sa fin, et il convient de redire que, grâce au concours de toutes les bonnes volontés, il a remporté un brillant succès.

Le prochain congrès aura lieu à Montréal en 1942 et sera présidé par notre éminent collègue, et ami, le professeur Oscar Mercier.

A la vérité, nous allons remettre à nos successeurs, une association forte, grande, pleine de vigueur et en voie de continuer sa marche ascendante vers le progrès, dans l'intérêt même du rayonnement de la science médicale française, sur cette terre d'Amérique.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

OUVERTURE OFFICIELLE DES COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Leçon du Professeur Gaston LAPIERRE [1]

HYGIÈNE DE L'ENFANCE

Il y a un an, la Faculté de Médecine faisait l'ouverture officielle de ses cours dans les circonstances universelles tragiques que nous connaissons tous. Douze mois sont passés, et le bouleversement s'accentue à une folle allure. Votre génération grandit et se fortifie au milieu de ces épreuves, et je ne saurais mieux faire, en guise d'hymne national, au début de cette allocution, que de vous répéter quelques-unes des paroles que prononçait notre souverain, Sa Majesté Georges VI, le 24 mai dernier, dans son mémorable discours irradié à tout l'Empire britannique: « Peuples de l'Empire, hommes et femmes de tous les coins du globe, je vous dis: apportez à votre tâche, quelle qu'elle soit, tout le courage et la résolution dont vous êtes capables. Que vos cœurs restent fiers et votre raison invincible! Allons de l'avant, comme un seul homme, vers la tâche qui nous incombe, le sourire aux lèvres, la tête bien haute. Et avec l'aide de Dieu, nous ne tomberons pas! »

A une époque où la vie humaine va devenir de plus en plus précieuse, nous devons plus que jamais faire tendre tous nos efforts vers l'amélioration et la conservation de nos enfants. Votre génération en particulier aura la tâche sublime de s'y consacrer avec toute la ferveur, avec tout le dévouement et avec toute la compétence, à laquelle vous avez le devoir de tendre sans relâche. Pour cela, vous devez dès maintenant vous y appliquer, en y apportant tout le courage et la résolution dont vous êtes capables.

Faisons donc le point ensemble. Voyons rapidement le chemin parcouru et levons le voile sur l'œuvre inachevée. Il n'est pas nécessaire d'être spécialisés en pédiatrie pour y apporter ses efforts et son enthousiasme.

*
* *

Dans cet exposé, sans nous perdre dans la nuit des temps, nous nous étonnerons tout d'abord, que les anciens à Sparte aient mis en honneur une sorte de moyens orthopédiques... (si l'on peut dire) simples et complets: « Si l'enfant était chétif et contrefait, ils l'envoyaient aux Apothètes, gouffre voisin du Taygète, parce qu'il n'y avait avantage ni pour lui ni pour la cité à ce qu'il vécut, condamné dès la naissance à n'avoir ni force ni santé. » (Plutarque). L'édit de Constantin, après l'avènement du Christianisme, leur accorda le droit légal de la vie.

Les édits des empereurs chrétiens, le développement considérable des refuges d'enfants dans l'Empire d'Orient, l'importance donnée aux chefs de ces maisons, montrent que l'intérêt exclusif de l'enfant dirigeait désormais l'autorité. Après la chute de l'Empire romain, pas de trace de médecine sociale. Dès le Ve siècle et surtout pendant le VIe., les papes et les conciles s'occupèrent de la lèpre; les premières léproseries s'organisaient à Constantinople, les conciles prescrivaient l'isolement des lépreux et leur allouaient des vivres et des vêtements. C'est encore l'Église qui entreprend d'arrêter la marche de la peste effroyablement meurtrière du moyen âge. Ainsi la médecine sociale s'acheminait vers la sau-

1. Prononcé à la Faculté de Médecine, le 16 septembre 1940.

vegarde de la race et la protection des peuples. L'influence du Christianisme déjà évidente sous les derniers empereurs romains et l'esprit de charité chrétienne entrent en jeu dans les créations ultérieures; tel est le mobile de l'Aumônier de Marguerite de Valois, Vincent de Paul, qui crée en France les Filles de la Charité et recueille les enfants trouvés, imaginant du même coup le premier groupe d'infirmières-visiteuses et l'organisation des enfants assistés.

Peu à peu la question économique entre en scène, et c'est elle qui est à l'origine de toute l'organisation anti-tuberculeuse. Le législateur a d'abord voulu soigner le travailleur, afin d'en obtenir de plus longues années de travail professionnel. Puis, est apparue cette notion fondamentale: c'est l'enfant qui contracte la tuberculose, c'est lui qu'il faut protéger, parce qu'il est un capital en puissance, et l'œuvre de Grancher, en arrachant l'enfant sain à la contagion familiale, pour en faire un paysan sain et vigoureux, était avant tout une solution économique indiscutable.

La concentration des peuples dans les villes, en modifiant profondément les conditions normales de la vie, en créant l'encombrement des habitations, la sous-aération, l'alimentation défectueuse, les contagions, a nécessité un effort considérable de prophylaxie.

On a vu naître graduellement: le dépistage du malade, les mesures d'assainissement, l'éducation des familles, les établissements sanitaires nombreux et complets, les ligues contre la mortalité infantile, les hôpitaux d'enfants, les gouttes de lait, l'assistance aux mères, les centres de puériculture anté-natale, les infirmières-visiteuses sociales, etc., et les progrès qui en ont résulté, ont eu des conséquences variées, selon l'importance et le nombre des organisations sociales et l'étendue de la culture de ceux qui étaient appelés à les diriger.

Il est logique que tendent vers l'enfant le plus grand nombre de ces mouvements sociaux, dont on attend la survie et la force des peuples.

*
* *

Les règles hygiéniques applicables à l'enfant ne sont pas identiques à celles qui concernent l'adulte. Les causes de cette différence sont faciles à comprendre: l'enfant n'est pas un homme en miniature; il ne diffère pas de l'adulte uniquement par un moindre poids, une moindre taille, de moindres capacités, de moindres besoins; son anatomie et sa physiologie présentent au contraire des caractères qui leur sont propres; il a des facultés et des besoins spéciaux; ses aptitudes morbides ne sont pas celles de l'adulte; certaines maladies ne se voient jamais dans l'enfance; il en est d'autres qui, au contraire, n'existent que chez les enfants. On conçoit donc sans peine que les moyens de conserver un sujet en bonne santé diffèrent selon que ce sujet est enfant ou adulte, et qu'il y a une hygiène de l'enfance qui mérite d'être étudiée indépendamment de celle de l'adulte, bien que fondée sur les mêmes bases scientifiques. On pourrait aller plus loin et dire que chaque période de l'enfance a son hygiène spéciale. La différence essentielle entre l'organisme de l'enfant et celui de l'adulte est que le premier est en cours de croissance, et par suite en perpétuelle transformation.

L'enfant naît avec une température rectale qui ne diffère de celle de la mère que par un ou deux dixièmes en plus. Il se refroidit très vite. Sa température tombe dans les premières heures d'un, deux ou même trois degrés, et resterait basse quelque temps si l'on n'avait soin d'entourer l'enfant de chaudes couvertures et au besoin de boules d'eau chaude, si la température de la pièce n'est pas suffisamment élevée. L'abaissement de température est d'autant plus marqué et d'autant plus prolongé, que l'enfant est plus petit et plus faible.

Le pouls de l'enfant nouveau-né bat 120 à 140 fois à la minute; il est du reste instable; la fréquence varie beaucoup d'un moment à l'autre, et les irrégularités, les inégalités sont fréquentes sous l'influence de la moindre excitation ou même sans cause apparente. Il semble que le mécanisme régulateur des bat-

tements du cœur est dans les premiers jours aussi imparfait que celui de la température.

Le jeune enfant, à l'état de veille, respire très irrégulièrement. La fréquence plus grande de la respiration s'explique par l'activité plus grande des échanges chez l'enfant. A poids égal, l'enfant mange et boit infiniment plus que l'adulte et produit deux fois plus d'acide carbonique.

Les soins et précautions relatifs à l'alimentation, sont dans la première enfance, de beaucoup ceux qui doivent être observés avec le plus de rigueur. La puériculture et la pédiatrie constituent une question de haute importance du point de vue national et canadien-français. Notre devoir, votre devoir est donc grave et impérieux.

Un des nôtres, conférencier de renom, a parlé un jour de la revanche des berceaux. Un autre de nos compatriotes, non moins célèbre, a voulu compléter cette pensée par un programme en deux mots: la veillée des berceaux. Il est bien vrai qu'il ne suffit pas de naître: il faut vivre.

Hélas! cette revanche des berceaux a perdu de son panache, puisque notre natalité baisse: son taux était à 39 en 1913, et il n'était plus qu'à 19 en 1939.

Certains facteurs de la mortalité infantile sont les mêmes partout. D'autres diffèrent dans un endroit par rapport à un autre. Il y a des grands facteurs psychologiques et économiques, tels que l'ignorance et la pauvreté.

Lorsque les services publics d'hygiène vont au peuple pour surveiller son alimentation; écarter la contagion par de sages mesures, au besoin rigoureuses; lui fournir de l'eau saine, du lait pasteurisé, qui nous a tant aidé à diminuer la mortalité infantile; mettre à sa portée des centres publics de consultation pour les bébés; faire l'inspection médicale périodique des enfants dans nos écoles; ces services publics font un apport considérable à l'hygiène de l'enfance en particulier.

Est-ce que tout le monde comprend bien jusqu'à quel point nous leur devons notre pleine collaboration, puisqu'ils nous aident à sauver des vies précieuses. Aussi devons-nous la solliciter cette collaboration, l'expliquer, écarter l'indifférence et encore plus l'hostilité. Ces tâches sont celles de tout citoyen bien pensant.

Nos hôpitaux d'enfants, dont le nombre de lits s'est sensiblement accru, depuis une vingtaine d'années, contribuent de plus en plus à sauver des milliers et des milliers de vies d'enfants.

Vous avez l'avantage de recevoir votre enseignement de pédiatrie à l'hôpital Sainte-Justine où il y a 520 lits, — l'hôpital d'enfants le plus considérable du Canada, et peut-être d'Amérique. Les cliniciens de cette maison sont presque tous des anciens élèves des grands maîtres américains et européens, et s'appliquent avec ponctualité à vous donner les meilleurs fruits de leur expérience et de leur constant travail. La Faculté de Médecine trouve à Sainte-Justine et à Sainte-Justine seulement, tout ce qui est nécessaire à son enseignement en pédiatrie sans restriction: médecine, chirurgie, orthopédie, agents physiques, gymnastique, obstétrique, puériculture, maladies contagieuses, bronchoscopie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, chimie appliquée, etc. Il y a même à Sainte-Justine un centre parfaitement outillé pour la fabrication des poudres de fruits et de légumes, constituant une application thérapeutique nouvelle de certains troubles digestifs importants du nourrisson. L'envergure de l'œuvre de Sainte-Justine est entravée par le manque d'espace et certains inconvénients de son site, aussi souhaitons-nous ardemment qu'un nouvel hôpital Sainte-Justine s'élève à l'ombre de la nouvelle Université de Montréal. Il y aurait là de nombreux avantages pour tous, y compris les étudiants, facilitant ainsi par cette transformation, la centralisation de la clinique et de la théorie, dans un endroit superbement approprié aux soins de l'enfant malade.

A Montréal, métropole du Canala, le taux de la mortalité infantile était en 1939 à 71.5 par 1,000 naissances, chez les bébés de 0 à 1 an, alors qu'il était à 301.05 en 1900; chiffre

honteux, qui nous plaçait au dernier rang parmi les peuples les moins ouverts aux directions vitales. Nous avons gravi une belle côte, mais il y a encore place à beaucoup de progrès.

Depuis 1920, le taux des décès par 1,000 naissances causés par l'infection gastro-intestinale, a été réduit dans la proportion de 76 pour cent; celui des décès par maladies des voies respiratoires, dans la proportion de 18.4 pour cent; mais ce sont surtout les causes antérieures à la naissance qui occupent maintenant le premier rang. Le grand facteur serait le manque de surveillance pré-natale suivie. Ce sont les parents, ce sont les mères, qui n'apportent pas à leur état toute la prudence sacrée, les soins à la portée de tous, puisqu'il y a des cliniques anté-natales à leur disposition, pour prévenir et traiter les maladies, puisque les médecins de famille sont de mieux en mieux qualifiés pour les diriger. Il vous incombera une nouvelle tâche, celle de bien vous préparer à la puériculture anténatale. Nous vous aiderons à y parvenir. Dans cette grande œuvre, vous serez les missionnaires indispensables.

L'indifférence et l'égoïsme des parents sont choses, hélas! de plus en plus fréquentes. Dans de nombreux cas, la situation de fortune, au cours de la longue crise de misère qui va s'accentuant, est souvent à la base de ce découragement, mais le plus souvent ce sont les sentiments moraux, l'éducation première et l'absence ou l'affaiblissement des croyances religieuses qui en sont responsables. Dans cette lutte, des personnes étrangères à la médecine doivent exercer leur action bienfaisante, mais notre tâche est de lutter contre l'ignorance par des campagnes pour l'éducation des femmes enceintes et des mères, par l'enseignement de la puériculture aux jeunes filles dans les écoles et les couvents, à leur dernière année, — en arriverons-nous là bientôt, je l'espère ardemment depuis longtemps — par le perfectionnement des soins médicaux, et par l'extension des services publics relatifs à la maternité. L'action personnelle d'un médecin instruit et avisé est énorme, pour répandre les connaissances nécessaires, redresser les erreurs et détruire les préjugés. Lorsque vous aurez commencé la pratique de votre profession, vous serez heureux d'avoir apporté tous vos efforts à vous instruire de la puériculture et de la pédiatrie, parce que c'est dans ce vaste champ d'action où vous éprouverez peut-être les plus belles satisfactions, en face de vous-mêmes, à la fin de chaque jour.

Dans la lutte contre la mortalité infantile, je tiens à attirer votre attention sur l'influence néfaste du taudis. Nous devons amplifier sans cesse la lutte systématique par tous les moyens possibles contre lui, afin de donner assez d'air, de soleil, d'espace, d'eau et d'hygiène générale à tous nos compatriotes.

Je vous ai dit quel facteur était l'ignorance des mères. Il faut instruire ces dernières avant la naissance de l'enfant. Il faut instruire la femme enceinte, il faut instruire celle qui allaite; il faut instruire les riches comme les pauvres. Le métier de mère s'apprend comme un autre métier. On croit trop que l'instinct y suffit; hélas! non: des milliers d'enfants sont morts, ayant des mères dévouées, et pourtant elles n'ont pas su les sauver. La meilleure puériculture sera celle qui sera faite par la mère, mais quand elle aura été dûment instruite, car, contrairement, à l'opinion si répandue, rien n'est plus difficile que d'élever un enfant, car rien n'est plus fragile.

Enfin, il faut instruire les femmes, bénévoles ou rétribuées, qui se vouent à la puériculture. J'ai l'air de dire une vérité de La Palisse, et pourtant, combien de femmes bienfaisantes dans l'âme, donnent de déplorables conseils, parce qu'elles sont ignorantes et trop sûres d'elles.

Et je tiens à vous dire ici une phrase que je vous prie de souligner dans vos notes avec des crayons de toutes couleurs: *il n'y a pas de mauvais lait de femme.* Vous entendez dire souvent: j'ai sevré parce que j'avais du mauvais lait. Une femme sur mille peut-être a du mauvais lait. Trop de femmes se croient la millième, tandis qu'en général leur lait est

toujours bon. Pourtant, vous verrez constamment des mères juger leur lait mauvais; pourquoi? parce qu'il est trop clair, trop transparent. Donc, quand une mère vous dira: mon lait est bleu, vous lui répondrez: je l'espère bien, et vous conserverez l'allaitement maternel.

Si on veut que l'enfant ait une croissance normale et un développement normal afin qu'il devienne à l'âge adulte, un sujet sain et bien équilibré physiquement et moralement, deux conditions sont nécessaires:

1° Il faut connaître les règles scientifiques, basées sur l'anatomie et la physiologie, qui permettent de réaliser chez lui l'équilibre des fonctions de la vie de nutrition et de la vie de relation, c'est-à-dire l'hygiène de l'enfant sain;

2° Il faut connaître également les circonstances dans lesquelles se développent les maladies infectieuses, aiguës ou chroniques, qui peuvent entraver ce développement normal, parfois dès avant la naissance, et savoir également comment on peut, soit les éviter, soit, par un traitement approprié, remédier aux tares que ces maladies ont pu produire.

Jusqu'à un petit nombre d'années, l'importance de ces questions a été méconnue ou négligée. Ni les parents, ni les éducateurs ne s'en étaient préoccupés et il faut bien le reconnaître, leur attention n'avait pas été suffisamment orientée par les médecins dans cette direction.

En ce qui regarde le nourrisson, les cours de puériculture, les consultations de nourrissons, les hôpitaux d'enfants, sont maintenant organisés presque partout, dirigés par des techniciens, et permettront de suivre le développement du tout jeune enfant et les soins qu'il réclame, à condition que les parents aient compris l'importance des conseils qu'on peut leur donner, et consentent au besoin à nous les demander.

Est-ce suffisant? et ne convient-il pas de secouer l'apathie ancestrale des mères et d'aller à domicile leur porter la bonne parole et les leçons qui renforceront leur inexpérience?

A partir de l'adolescence, le jeune sujet échappe encore à toute action d'ensemble. La pratique du sport au grand air semble être la seule méthode proposée. Elle est du reste excellente. Mais ne pourrait-on la renforcer, la compléter par l'enseignement d'une hygiène simple, à la fois physique et morale, qui s'appuierait sur l'emploi plus judicieux des aptitudes au travail du corps ou du cerveau.

Mais la période qui nous paraît la plus importante, celle qui aura surtout appelé nos efforts, c'est la période intermédiaire qui commence après le sevrage et se termine au sortir de l'école.

Période préscolaire d'abord où l'enfant est dirigé par la mère, puis confié à l'école.

Période scolaire où le même enfant mène une double existence: collective pendant les heures d'étude, individuelle lorsqu'il revient au logement des parents.

Mais, dira-t-on, pendant cette période, l'enfant n'est-il donc pas assez surveillé, assez guidé par les parents d'abord, par les éducateurs ensuite?

Il y a quelque soixante ans, Herbert Spencer pouvait s'exprimer ainsi en parlant de l'éducation physique si négligée des parents:

« A la table du propriétaire, après que les dames se sont retirées, à l'auberge un jour de foire, entre fermiers, au cabaret du village le dimanche, quel est le sujet qui, après la question politique du jour, excite l'intérêt le plus général? C'est l'élevage des animaux, la nourriture des chevaux, les croisements, le dressage des chiens, les qualités nutritives des différentes sortes de fourrage, la porcherie, l'attention scrupuleuse donnée aux effets produits par tel ou tel procédé d'engraissement.

« Mais qui donc, entre la poire et le fromage, ou bien dans des circonstances analogues, a jamais entendu parler de l'élevage des enfants? Quand le gentilhomme campagnard a rendu sa visite quotidienne à l'écurie et vérifié en personne l'état et le traitement de ses chevaux, quand il a jeté un coup d'œil sur sa basse-cour et fait des recommandations sur ce sujet, combien de fois monte-t-il dans la chambre de ses enfants, s'informer de leur

régime, des heures de leurs repas et de l'aération de la pièce où ils vivent?

« Il n'est presque pas un seul homme qui ne doive confesser au fond de lui-même que le régime de ses enfants au berceau n'est pas de sa compétence. »

Peut-être jugera-t-on cette peinture un peu sévère actuellement, et cependant, que l'on prenne successivement le nourrisson, l'enfant de la période préscolaire, l'écolier, on doit reconnaître que la surveillance constante de l'enfant n'existe pas et que, s'il n'y a pas toujours négligence de la part des parents, il existe presque toujours chez eux une scandaleuse ignorance des lois qui doivent régir la croissance de l'enfant.

L'ambition d'une jeune mère est d'avoir un gros enfant — peu importe que ses chairs soient flasques, que la graisse manifestement l'empâte, qu'il soit apathique et endormi comme un jeune animal trop nourri... De là les pratiques de certaines castes médicales où l'on cherche à capitaliser, à commercialiser, peut-être parfois par une espèce d'impulsion héréditaire, cette psychologie facile à exploiter et à monnayer. Restez dans la ligne des écoles classiques modernes. Vous serez fiers de vos succès, vous garderez le respect durable d'une clientèle qui par ailleurs assurera convenablement votre subsistance et celle de votre famille.

La jeune mère veut aussi que le bébé marche très tôt. Elle est plus fière de quelques pas maladroits que de la beauté et de la belle venue du corps de son enfant; elle s'inquiète peu de savoir si elle déviera ou non ses membres. L'enfant qui marche est livré à lui-même. On s'inquiète bien peu de vérifier comment il marche.

Combien de parents se demandent si leur enfant respire bien ou mal et lui donnent dans l'appartement une chambre largement aérée?

Pense-t-on souvent que par l'exercice de la respiration on peut amener le jeune enfant à s'oxygéner dans de meilleures conditions?

Sait-on le rôle de telle ou telle alimentation sur la croissance des os, le développement des muscles chez le jeune enfant?

Faisons vivre l'enfant à l'extérieur, avec la protection appropriée selon les saisons. Quoique beaucoup moins fréquemment qu'autrefois, nous voyons encore trop de jeunes enfants qui sont casernés à la maison, à partir de l'automne jusqu'au printemps.

*
* *

La puériculture, ou si l'on veut, l'art d'élever un enfant en bonne santé, nous apparaît comme une nécessité patriotique d'enseignement. Anté-natale, elle prépare des générations saines. Appliquée à la première enfance, elle combat la mortalité infantile. Étendue aux grands enfants, elle dirige leur développement vers un épanouissement harmonieux de leurs forces physiques, intellectuelles et morales.

La puériculture n'offre pas seulement cet avantage d'être, en raison des caractères propres à l'organisme infantile, plus efficace que l'hygiène de l'adulte; elle possède encore une autre raison de succès: c'est que l'entendement de l'enfant est plus accessible aux leçons; il est, pour ainsi dire, fait d'une matière plus avide, plus malléable, et gardant plus solidement les empreintes. Aussi bien est-ce chez l'enfant que l'éducation hygiénique peut porter tous ses fruits; à une condition cependant, c'est que les leçons soient des leçons de choses; c'est que l'hygiène soit enseignée par l'exemple et non par la doctrine. C'est ici que l'on peut parler à bon droit de propagande par le fait.

Mais qui se chargera de cette propagande? Dans notre esprit, tous ceux qui ont une part de responsabilité dans la culture de l'enfant: familles, instituteurs, infirmières-visiteuses, mais surtout le médecin.

MÉMOIRES

PEUT-ON AMÉLIORER LE TRAITEMENT DES BLESSURES DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES [1]

Par **Jean NAGEOTTE** (Paris).

La question si importante de la réparation chirurgicale des nerfs blessés est loin d'être résolue. Cela tient à la complexité des processus biologiques qui se passent au cours de la vie normale dans les nerfs sains et au cours de leur régénération lorsqu'ils ont été lésés. Ce que nous savons n'est pas encore suffisant pour nous permettre d'agir avec une efficacité constante dans le traitement des plaies nerveuses. Dans l'avenir on peut espérer que les progrès récents de l'histophysiologie, s'étendront à la fonction nerveuse et donneront à nos successeurs de puissants moyens d'action. Mais pour l'instant, il faut nous borner à tirer le meilleur parti possible de ce que nous savons déjà.

Les statistiques publiées ne sont pas satisfaisantes, surtout si on les rapproche des résultats obtenus chez les animaux. Il faut naturellement tenir compte de la différence énorme qui existe entre une plaie de guerre et une section expérimentale aseptique. Mais alors même que la blessure est simple, il est évident que la régénération est plus aléatoire et statistiquement moins bonne chez l'homme que chez le chien. On pourrait en tirer la conclusion que le pouvoir de régénération est moindre chez l'homme que chez le chien. Il est problable, en effet, que le chien est favorisé à cet égard, mais il n'est pas du tout certain que les différences physiologiques entre l'homme et le chien soient aussi grandes qu'on pourrait le croire d'après les statistiques publiées, car certaines observations démontrent que, dans des cas pris en particulier, les résultats chez l'homme peuvent être aussi bons que chez le chien.

Pourquoi ne le sont-ils pas toujours? Pourrait-on tenter quelque amélioration dans le traitement des nerfs blessés avec espoir de réussir? C'est la question que je me propose d'examiner.

Au moment où je faisais des recherches expérimentales sur l'utilisation, pour réparer les plaies nerveuses, du greffon mort de tissu conjonctif, dont je venais de découvrir les propriétés physiologiques, j'ai eu l'occasion de pratiquer un grand nombre d'opérations sur le chien et d'en suivre les résultats pendant de longs mois. J'ai donc pu observer dans d'excellentes conditions le comportement de ces animaux. Ils supportent très bien la section du sciatique au milieu de la cuisse, au-dessus de sa bifurcation, même lorsqu'elle est pratiquée des deux côtés simultanément — ce que je faisais habituellement pour mieux comparer la valeur de greffons différents. Les dispositions de leurs ligaments permettent à ces animaux de se tenir sur leurs quatre pattes, si la section a été bilatérale, et de marcher; presque aussitôt après l'opération ils sont très capables de manifester leur turbulence, et ils ne s'en privent pas. Toutefois si la section a été unilatérale, ils tiennent soulevée la patte opérée et marchent sur trois pattes; j'ai eu l'impression que l'évolution dans ce cas était

1. Les travaux expérimentaux de Jean Nageotte sur la régénération nerveuse sont bien connus et font autorité. Nous remercions l'éminent professeur honoraire du Collège de France du très intéressant travail qu'il a envoyé à *l'Union Médicale* et que nous publions avec le plus grand plaisir.

moins bonne, mais n'ayant pas eu le loisir d'étudier systématiquement ce point, ce que je regrette, il m'est impossible de rien affirmer.

Quoi qu'il en soit, il faut retenir ce fait: *dans les sections bilatérales du sciatique chez le chien, l'activité de l'animal n'est à aucun moment diminuée et le passage de la marche défectueuse du début à la restauration intégrale de la fonction se fait par transition insensible.* Cette restauration est complète au bout de 9 mois environ, lorsque l'opération a été correcte. A ce moment, dans les cas favorables, la guérison peut être parfaite: la force et l'agilité peuvent être revenues à l'état normal, de même que la sensibilité. Je reviendrai plus loin sur les constatations anatomiques.

Les conditions dans lesquelles le blessé de guerre se trouve sont très différentes, à toutes les périodes. La blessure initiale est infiniment plus grave et tout l'art du chirurgien doit s'employer d'abord à la guérison de cette blessure et à la reconstitution de la région, de façon à permettre ultérieurement le rétablissement opératoire de la continuité interrompue du nerf, qui malgré les conditions défavorables peut pourtant réussir, si les bouts de ce nerf n'ont pas subi de lésion infectieuse trop étendue.

Cette opération ne saurait être tentée avant la disparition de toute trace d'infection — il ne faut pas se hâter, car on sait que l'on peut attendre autant qu'il est nécessaire, sans compromettre le succès final. Mais après l'opération chirurgicale, que se passe-t-il? On attend dans l'inaction les résultats, alors que dès ce moment, et même peut-être avant, il pourrait être utile de chercher à augmenter le pouvoir de régénération des neurones en s'inspirant de ce qui se passe dans l'expérimentation sur le chien. Je me suis bien souvent demandé si les efforts vigoureux que le chien fait instinctivement pour marcher, malgré sa paralysie, ne sont pas un des facteurs de son aptitude à la régénération des nerfs. Chacun sait l'influence bienfaisante à l'état normal, de l'exercice d'une fonction sur la nutrition de l'organe qui en est le siège, et inversement les méfaits d'un défaut d'usage prolongé.

Les résultats du traitement ambulatoire des fractures sont là pour prouver qu'une stimulation fonctionnelle produit, à l'état pathologique, un excellent effet sur la restauration des organes lésés. On me dira que la régénération des nerfs est bien différente de la guérison des fractures osseuses — soit! Que l'interruption totale de la fonction, en cas de section nerveuse, met obstacle à toute stimulation fonctionelle — mais, est-ce bien certain?

Certes, dans le cas de lésion nerveuse lorsque les connexions périphériques ne sont pas rétablies, un acte se volition exercé sur une cellule motrice de la moelle ne peut pas avoir d'effet visible. Mais rien ne prouve qu'un tel acte ne puisse pas se produire et s'il se produit, qu'il ne puisse pas déterminer une excitation fonctionnelle utile, tout en restant latente. Les connexions centrales des cellules motrices de la moelle sont, en effet, conservées, et si l'on arrive à mettre en action le mécanisme psychique qui préside aux actions volontaires, il est permis d'espérer que la stimulation produite sur ces cellules, si elle ne se traduit pas par un mouvement, aura néanmoins une action favorable sur leur vitalité.

Pour les cellules sensitives, la situation est plus claire, car il n'est pas difficile de s'assurer qu'elles sont encore capables d'être excitées par la portion conservée de la fibre nerveuse périphérique, et de transmettre cette excitation aux centres supérieurs, d'où il résulte une sensation.

On peut trouver, dans d'autres considérations, des arguments en faveur de la réalité d'une action exercée sur la vitalité des éléments par la stimulation fonctionnelle des neurones blessés. Dans les névromes d'amputation, ce n'est pas l'insuffisance, mais au contraire l'exubérance de la régénération qui est gênante. Il est facile de voir ce qui se passe: la plus petite croissance des neurites sensitifs les amène dans une région où ils sont exposés à des excitations fonctionnelles

trop intenses, d'où résultent: 1° des phénomènes douloureux, 2° une croissance excessive qu'il est souvent difficile d'arrêter. Peut-on douter que ce soit l'excès d'excitation qui provoque cet excès de croissance?

Deuxième exemple: le cubital est, de l'avis de tous, le nerf qui se régénère le plus mal — mais c'est aussi celui dont la paralysie compromet le moins les fonctions de la main; pendant la phase latente de la régénération, le malade a le temps de s'habituer à se passer de son cubital, dont les neurones s'assoupissent, et la régénération reste en panne.

Et il faut penser aussi à la possibilité d'états prolongés d'inhibition, causés par un choc nerveux, d'où une stimulation fonctionnelle pourrait tirer les neurones.

Ce qui serait particulièrement intéressant, ce serait de noter, dans les observations, les caractéristiques psychiques des sujets et de rechercher s'il y a des relations entre la mentalité et l'aptitude à la régénération, amenant des prédispositions individuelles. Je serais porté à croire que l'on mettrait en évidence des faits intéressants, dont on pourrait tirer parti pour l'organisation d'un traitement moitié psychique, moitié physique, destiné à réveiller ou à entretenir la vitalité des neurones par des excitations fonctionnelles pendant la période latente de la régénération, et, par là-même, à préparer une régénération plus vigoureuse et plus sûre.

Je ne me dissimule ni les difficultés matérielles et psychologiques de cette entreprise, ni son caractère aléatoire, car si j'espère que l'on réussira, je n'en sais rien: seule l'expérience permettra de porter un jugement sur la valeur de présomptions que l'on peut tirer de certains faits. Mais j'estime que cette expérience mérite d'être tentée, en raison de l'importance des résultats qu'elle pourrait donner si elle réussit; et elle n'aura de chances de réussir que si elle est parfaitement conduite, avec toute la compétence, le zèle et la ténacité nécessaires.

Comment concevoir l'organisation de cette expérience? Je ne puis qu'exprimer des désidérata fondés sur des considérations physiologiques, car cette question rentre dans les attributions des techniciens de l'éducation physique et de l'entraînement sportif qui ont la compétence nécessaire pour établir la progression à suivre.

Il faudra naturellement répartir les malades en équipes judicieusement sélectionnées, sous la direction de moniteurs instruits. C'est de l'intelligence, de l'ingéniosité et du dévouement de ces moniteurs que dépendra le succès. Leur tâche sera difficile, au début surtout, alors que les résultats seront encore latents; il faudra qu'ils sachent entretenir le moral de leurs élèves et leur inspirer une longue patience, ce qui suppose un sens psychologique très averti. Mais les questions relatives à l'éducation physique et à l'entraînement sportif ont fait de tels progrès que l'on trouvera certainement le personnel approprié parmi les professionnels ou les infirmières spécialisées et parmi ceux des jeunes médecins qui s'intéressent aux sports — ce sont même peut-être ces derniers qui conviendront le mieux, en raison des études qu'ils ont faites dans le domaine de la physiologie.

Quant au programme, il devra viser au développement de la force musculaire dans tous les segments des membres, du côté sain comme du côté malade. Afin que les muscles intacts servent à entraîner les muscles paralysés, il faudrait choisir des mouvements où soient mis en œuvre synergiquement des muscles capables de fonctionner et des muscles paralysés; on chercherait à obtenir des efforts énergiques de volition dirigés sur des territoires médullaires aussi étendus que possible, dans l'espoir que l'excitation fonctionnelle, qui amènera la contraction des muscles intacts, atteindra en même temps tous les centres moteurs des muscles paralysés où elle restera nécessairement latente, mais sera peut-être utile comme je l'ai dit plus haut. Les exercices de marche nécessiteront un appareillage orthopédique approprié et des appuis tels que cannes ou chariots. Enfin la sensibilité devra être excitée superficiellement dans les régions

qui environnent la zone d'anesthésie, et profondément sur le trajet du bout supérieur du nerf.

Mais il est évident que si l'efficacité d'une stimulation fonctionnelle des centres trophiques vient à être démontrée par la pratique, cela ne diminuera en rien l'utilité de l'hyperémie provoquée par la méthode de Leriche dans le territoire périphérique où croissent et se nourrissent les fibres de régénération, car il est prouvé que, d'une façon générale, l'hyperémie hâte la cicatrisation des plaies. Il serait donc indiqué d'associer ces deux actions: le potentiel de régénération ne saurait être exagéré, quand le cheminement correct des fibres régénérées a été assuré par l'opération chirurgicale.

Tout ce traitement devra être poussé activement et continué très longtemps, en évitant le surmenage. Il sera pénible au début, mais on n'obtient jamais rien sans peine.

*
* *

Quelle que soit l'aptitude du blessé à la régénération nerveuse, ce processus ne peut aboutir à la restauration fonctionnelle qu'après la réparation chirurgicale du nerf, qui nécessite l'emploi d'un greffon. Le greffon ne peut influer d'aucune façon sur le potentiel de régénération du neurone; son rôle est entièrement passif; mais s'il oppose la moindre résistance au passage des jeunes fibres nerveuses, le résultat fonctionnel est diminué et s'il est imperméable, la fonction ne peut pas se rétablir. Il est donc nécessaire de chercher quel est le greffon le plus approprié par sa structure à l'usage que l'on en doit faire.

Actuellement les préventions d'autrefois contre le greffon mort ont disparu — ou presque — et divers types de greffons se disputent la faveur des chirurgiens.

Les seuls arguments invoqués de part et d'autre sont des « impressions favorables »; la clinique ne peut donner rien de mieux.

Ce qu'il faut pour élucider cette question, c'est d'abord connaître exactement les dispositions anatomiques des fibres nerveuses en voie de régénération et leurs besoins physiologiques, ensuite rechercher quelles sont les qualités qui permettent à un greffon de satisfaire le mieux à ces besoins physiologiques. Alors l'expérimentation sur l'animal, contrôlée par l'examen histologique minutieux des cicatrices obtenues, permettra de vérifier l'exactitude des prévisions et d'aboutir à des conclusions solidement établies. L'application à la thérapeutique chirurgicale des notions ainsi acquises sera légitime, car les processus fondamentaux de la vie des tissus sont essentiellement les mêmes chez l'homme et chez l'animal.

J'ai pensé qu'il pouvait être utile de résumer les données que je considère comme acquises sur le mécanisme de la régénération et les propriétés du greffon.

Dans leur cheminement à travers les tissus, les neurites embryonnaires et les neurites de régénération chez l'adulte se comportent de la même façon. Ils sont toujours enveloppés par une gaine satellite nucléée d'origine ectodermique, qui les empêche d'entrer en contact avec les tissus mésodermiques. Il ne faut donc pas considérer les *neurites* pris isolément, mais les *fibres nerveuses*, formations complexes qui résultent de l'association indissoluble des neurites avec leur gaine satellite. Les jeunes fibres, embryonnaires ou régénérées, tant qu'elles n'ont pas acquis leur gaine de myéline, ce qui ne se produit que beaucoup plus tard, ont une constitution anatomique très différente des fibres à myéline adultes — c'est là un fait qui présente quelque intérêt dans la question qui nous occupe, comme on va le voir. Ces fibres ne sont pas *simples*, c'est-à-dire contenant un seul neurite, mais composées, c'est-à-dire formées de neurites multiples siégeant en commun dans une travée protoplasmique nucléée; en s'unissant à ses voisines, cette travée prend part à la formation d'un réseau à malles allongées dans le sens de la croissance. C'est ce réseau plus ou moins condensé, qui constitue le bourgeon de régéné-

ration, formé à l'extrémité du bout supérieur du nerf sectionné. Pour atteindre le bout inférieur du nerf, où siège l'appareil de Schwann persistant, mais transformé par la dégénération wallérienne, il faut que ce bourgeon traverse le greffon et l'on voit ce qui se passe: le réseau protoplasmique du bourgeon de régénération filtre à travers les canaux du greffon; grâce à sa consistance demi-fluide, il peut subir toutes les déformations nécessaires, mais les neurites qu'il contient doivent conserver leur continuité, ce qui complique les choses. Il est évident que si, de leur côté, les éléments du greffon avaient une plasticité suffisante pour que la forme des interstices s'adaptent exactement aux nécessités de cette circulation, ce serait très avantageux — or c'est précisément ce qui se produit par suite d'une certaine propriété de la trame conjonctive qui persiste dans le greffon mort, comme on le verra plus loin.

Le bourgeon de régénération traverse donc le greffon et les neurites pénètrent dans l'appareil de Schwann du bout inférieur, où le processus de régénération s'achève, puis les jeunes fibres nerveuses reprennent la forme adulte, ce qui accompagne la reprise de la fonction.

Tout ce processus de migration des jeunes fibres nerveuses est évidemment gouverné par un tropisme qui coordonne leur activité et lui donne une apparence de finalité. A l'état embryonnaire les fibres nerveuses en voie de croissance sont orientées vers les organes qu'elles doivent innerver par des chimiotropismes spécifiques; mais au moment où s'amorce le développement du nerf, l'embryon est très petit et les distances à parcourir sont très courtes. Au contraire, dans la régénération chez l'adulte, les distances sont très grandes et les chimiotropismes perdent toute efficacité; ils persistent néanmoins et redeviennent utiles quand les jeunes fibres, ayant retrouvé leurs anciennes gaines de Schwann persistantes dans les nerfs dégénérés sont amenées au voisinage des éléments moteurs ou sensitifs qu'elles doivent réinnerver. Mais dans le trajet très long d'une perte de substance du nerf, comment vont-elles trouver leur chemin et quel tropisme les amènera dans le bout inférieur du nerf blessé?

L'observation prouve que ces jeunes fibres s'engagent dans toutes les fentes étroites qui sont béantes sur leur trajet et elles suivent ces fentes par l'effet d'un tropisme purement physique, sui se rencontre fréquemment en biologie dans des circonstances diverses: c'est le *stéréotropisme.*

Si, au sortir du nerf sectionné, ces fibres se trouvent dans le tissu cellulaire lâche, dont les fentes sont orientées dans tous les sens, elles se dispersent et très peu d'entre elles aboutissent au bout inférieur du nerf; la restauration de la fonction est impossible en pareil cas.

Le rôle du greffon est de capter toutes les jeunes fibres et de les conduire à destination sans en laisser échapper une seule. Il n'a aucune action chimique et ce n'est pas sa substance, mais sa structure qui importe. Peut-on imaginer un greffon plus approprié qu'un fragment de nerf où des trajets parallèles ont été préparés par les fibres nerveuses qui l'habitaient? C'est donc un nerf qu'il faut choisir comme greffon. Pratiquement l'autogreffe vivante d'un nerf humain n'est pas possible; il faut donc faire une hétérogreffe, ce qui n'a aucun inconvénient si le greffon a été tué par l'alcool.

Certes, il n'est pas impossible d'obtenir un résultat avec un nerf hétérogène frais, c'est-à-dire survivant, mais c'est en réalité faire une greffe morte, avec un greffon préparé par un procédé qui n'est pas sans inconvénient, car les cellules de ce greffon meurent lentement en donnant des produits nuisibles, comme l'expérience le prouve. Et pourquoi s'imposer la complication d'un prélèvement improvisé, alors qu'on peut choisir un greffon meilleur dans une collection préparée d'avance, avec tous les soins nécessaires?

Je puis affirmer, après une expérimentation très minutieuse, que des greffons morts de tissu conjonctif empruntés au lapin, au chien et aux animaux de boucherie, lorsqu'on les

introduit dans les tissus vivants d'hôtes appartenant à des espèces différentes, ne déterminent aucune réaction et se comportent comme des autogreffons vivants après s'être réhabités de fibroblastes et s'être revascularisés, c'est-à-dire qu'ils deviennent partie intégrante de l'organisme en se rattachant à la trame conjonctive de l'hôte et en obéissant docilement aux conditions physiologiques ambiantes, si celles-ci nécessitent une adaptation de la forme. Ils ont donc repris entièrement, après « défixation », les propriétés de la trame conjonctive des tissus vivants, ce qui prouve bien que cette trame est entièrement passive dans la part qu'elle prend à la vie des tissus. Elle n'a pas de propriétés « vitales », mais seulement des propriétés physico-chimiques, inaltérées par la fixation réversible qui a tué les cellules vivantes qu'elles contenait. Tous ces phénomènes sont extrêmement faciles à observer, à la seule condition d'opérer aseptiquement; il n'y a donc aucune cause d'erreur possible. Et comme, d'autre part, il n'y a aucune différence dans le comportement du greffon, quelle que soit l'espèce animale à laquelle il a été emprunté, on peut en conclure que, parmi les espèces que j'ai énumérées, le choix est indifférent. Les nombreuses expériences de greffe nerveuse morte que j'ai faites chez le chien m'ont prouvé que les déductions tirées des faits observés sur des greffons de tissu conjonctif quelconque sont correctes et valables pour le greffon nerveux, car celui-ci donne d'excellents résultats quand l'opération a été bien faite et que les conditions indépendantes du greffon ont été favorables.

La facilité d'adaptation observée dans la trame des greffons morts explique très bien les modifications qui se produisent dans la structure de l'endonèvre du greffon nerveux lorsque les jeunes fibres nerveuses s'y installent; ces fibres, comme je l'ai dit plus haut, ont une forme différente des fibres adultes sur lesquelles s'est modelé l'endonèvre du greffon; une adaptation est donc nécessaire et c'est pour qu'elle se fasse plus facilement que je considère comme préférable l'emploi de greffons à endonèvre très délicat, comme celui du nerf de lapin, malheureusement trop grêle, ou celui des animaux de boucherie très jeunes. Il importe en effet de faciliter le plus possible le passage des neurites en écartant tous les obstacles, afin de ne pas imposer à ces éléments un travail inutile, qui ne peut que ralentir leur marche et diminuer leur énergie de croissance.

Pour éliminer tout facteur nuisible, il est prudent de ne se servir pour le nerf que de greffons préparés à l'alcool qui se « défixent » et reprennent leurs propriétés physiologiques plus vite que les greffons préparés au formol; c'est la pratique que j'ai toujours conseillée et suivie; j'ai employé tantôt de l'alcool à 90°, tantôt de l'alcool au tiers, sans constater de différences appréciables et je ne prétends pas qu'avec le formol on ne pourrait pas obtenir des résultats aussi bons — mais ces résultats ne seraient certainement pas meilleurs.

D'autres greffons conjonctifs, empruntés à des tissus différents, peuvent à la rigueur donner une régénération fonctionnelle, mais ils sont très nettement inférieurs à des greffons de nerf. Je citerai comme exemple une observation autrefois publiée avec photographies [1], qui est instructive à divers points de vue. Chez une chienne, après résection des deux sciatiques sur une longueur de 4 cent, j'ai greffé d'un côté un sciatique de lapin fixé à l'alcool et de l'autre j'ai pratiqué une suture tubulaire à l'aide d'un tronçon de veine de chien fixé au formol. Au bout d'un an, l'animal est sacrifié; depuis déjà longtemps les troubles de la marche avaient complètement disparu des deux côtés.

A l'autopsie les muscles de la jambe sont en parfait état du côté de la greffe de sciatique de lapin; ils ont certainement repris entièrement leur volume normal et les proportions entre le groupe postérieur et le groupe antérieur sont correctes. Le sciatique affecte avec l'atmosphère ambiante de tissu conjonctif des relations entièrement normales et rien ne laisserait supposer qu'il a été le siège d'une opération, sauf que dans toute l'étendue du greffon il a conservé le diamètre d'un sciatique

1. C.-R. Soc. de Biol. t. LXXX, 1917.

de lapin; ce greffon trop mince est d'ailleurs parfaitement régulier et a l'aspect d'un nerf normal. Le pied, les orteils et les griffes sont absolument intacts.

Au contraire du côté de la greffe de veine, les muscles sont moins volumineux et le déficit est un peu plus marqué sur le groupe antérieur. Le greffon est irrégulier dans sa forme extérieure et l'examen histologique montre qu'il est mal délimité; il est formé de fascicules nerveux qui sont groupés en certains points et dispersés en d'autres; de plus, la cicatrice est parcourue par des tractus fibreux. Le greffon a bien conduit un grand nombre de neurites dans le bout inférieur du nerf, mais il en a laissé échapper qui se sont égarés et c'est sans doute pour cela que la proportion qui existe entre le groupe musculaire antérieur et le groupe postérieur n'est pas tout à fait normale. Enfin trois orteils manquent; cela résulte d'un accident qui n'est pas rare et dont l'apparition est précoce. Cet accident indique une défectuosité de technique; ce n'est pas un trouble trophique; il résulte de phénomènes douloureux que l'animal localise dans son pied, ce qui l'amène à se mordre les orteils pour essayer d'ôter la cause de ses sensations et, l'anesthésie aidant, il dévore le bout de son pied en produisant parfois des lésions considérables.

Néanmoins, au point de vue fonctionnel, le résultat de cette greffe de veine aurait pû être considéré comme passable.

Il n'est pas besoin d'insister sur les détails, les conclusions à tirer de cet exemple sont claires: un greffon conjonctif quelconque peut donner des résultats fonctionnels utiles, mais un greffon nerveux, par sa structure, est infiniment préférable, parce qu'il permet un passage plus régulier et plus facile des neurites, tandis qu'un greffon moins approprié peut amener des réactions douloureuses par suite des obstacles que rencontrent les éléments de la régénération. Toutefois, il est un point sur lequel je voudrais attirer l'attention, c'est que le calibre trop faible du greffon nerveux n'a pas eu d'influence défavorable sur le résultat. Il est sans doute préférable de choisir un greffon de même calibre que le nerf à réparer, mais il m'a semblé qu'un greffon trop large a plus d'inconvénients qu'un greffon trop étroit à cause de formations scléreuses qui peuvent résulter de ce que le bourgeon nerveux laisse des espaces mal pourvus de neurités d'où la possibilité de causes d'irritation amenant des douleurs.

*
* *

De ce qui précède, la conclusion générale est que l'expérimentation prouve entièrement l'exactitude des prévisions théoriques fondées sur l'étude des propriétés physiologiques mises en jeu par la régénération des nerfs, et que le seul greffon qu'il faille utiliser pour obtenir la restauration anatomique dans les cas de perte de substance des nerfs, est le greffon de nerf mort. Le choix de l'espèce animale qui devra fournir le greffon n'a absolument aucune importance, mais il n'en est pas de même pour la structure histologique de ce greffon, qui devra avoir une trame collagène aussi peu dense que possible.

La technique à suivre pour la fixation du greffon joue certainement un rôle considérable dans l'évolution du processus. Ce qui importe, ce n'est pas la solidité des sutures, car si le nerf réparé a, comme il se doit, une longueur suffisante pour rester relâché dans toutes les attitudes du membre, on n'a pas à craindre les accidents de désunion, même si le membre est mobilisé. La seule utilité des sutures est de maintenir en contact les surfaces de section pendant le temps très court où l'adhérence physiologique des tissus n'est pas encore réalisée. Or il ne faut pas oublier qu'un neurite est constitué par un gel très mou et que, tant qu'il n'a pas sa gaine de myéline, il n'est protégé par rien contre la compression, qui lui est très nuisible. Faire un surjet sur les gaines, c'est préparer une striction sur le bourgeon nerveux, le névrome de régénération, qui va faire tumeur lorsqu'il se formera, juste à l'endroit de la suture. Il faut donc ne faire que des points séparés et avoir bien soin de ne pas les serrer pour ne pas écraser l'une

contre l'autre les surfaces de section, ce qui amènerait un rebroussement de l'extrémité des tubes nerveux. Dans mes expériences sur le sciatique du chien, je ne faisais que deux points de suture à chaque extrémité du greffon, en passant dans la gaine lamelleuse un fil de soie très fin à l'aide d'une aiguille à cornée, et je ne serrais le nœud que juste assez pour affronter les surfaces de section sans pression; rarement un troisième fil était nécessaire pour corriger un petit déplacement. Or sur environ 150 chiens opérés des deux côtés, dans un seul cas il s'est produit une désunion de la suture inférieure du greffon, qui était due sans doute à une maladresse évitable; et pourtant ces animaux sont très remuants.

Tels sont les renseignements que l'expérimentation sur l'animal peut apporter aux chirurgiens pour le traitement des plaies de nerfs périphériques. Les uns suggèrent une tentative qui n'aura aucun danger si elle échoue, mais pourra donner des résultats utiles si elle réussit. Les autres donneront à la technique chirurgicale proprement dite des bases soigneusement étudiées, que l'observation clinique ne pourrait pas établir par les moyens dont elle dispose.

CONSIDÉRATIONS SUR L'APHASIE OU "MALADIE DE LORDAT-DAX" À L'OCCASION D'UN CAS D'ORIGINE INFECTIEUSE

Par **René CRUCHET**,
Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

I

Parmi les grandes questions qui ont illustré la clinique médicale française, il faut citer l'aphasie, ou perte de la parole. Quelques noms émergent: d'abord Lordat et Dax, puis Bouillaud et Broca, Trousseau et plus récemment Déjerine et Pitres.

Les uns ont vu surtout le côté clinique du problème: ce sont Lordat, Trousseau, Pitres; les autres ont été principalement dirigés sur la localisation des lésions cérébrales: ici, à Bouillaud, Dax et Broca, il faut adjoindre Charcot, Grasset et Pierre Marie.

Bien que ces faits soient bien connus, il est cependant extraordinaire que l'initiateur de ces travaux mémorables ne soit presque jamais cité dans les traités récents ou d'une façon tout à fait insuffisante et incomplète. Je veux parler de Lordat, le physiologiste de Montpellier, qui atteint lui-même de perte de la parole en 1825, exposa en 1843 la question de *l'alalie*, comme il l'appelle, dans une plaquette de 65 pages, qui reste un modèle inégalé de clair bon sens et de saine clinique.

Qu'il y ait eu, avant Lordat, des exemples nombreux de perte du langage articulé, rien n'est plus certain: tous les médecins de France en avaient observé eux-mêmes et j'ai pu signaler, entre autres, celui du professeur Elie Gintrac, le fondateur de l'Ecole Médicale moderne de Bordeaux qui, en 1830, publia le cas d'un hémiplégique droit, chez lequel il trouva, 18 mois plus tard, à l'autopsie, un foyer cavitaire dans la partie moyenne et postérieure du lobe antérieur gauche.

Mais toutes ces relations, aussi bien celle-là que les autres, étaient isolées, très incomplètes, et sans vue d'ensemble sur la question. Lordat, le premier, a non seulement donné une observation remarquable — peut-être parce que c'est la sienne propre — mais encore des considérations originales sur le sujet, très superficiellement étudié jusqu'à lui.

Le plus important, et ce qui est resté et demeure aussi vrai qu'au premier jour, ce sont les signes principaux de l'aphasie, ou plutôt de *l'alalie*, comme il l'appelait. On y retrouve, au début, la perte totale de la parole, ou des mots réduits à « quelques-uns »; il ne pouvait même pas dire: *Bonjour, comment vous portez-vous?* Il cite une dame de 50 à 55 ans qui ne trouvait qu'« un ou deux mots » pour parler; et aussi le peintre Moulinier, incapable de prononcer un mot pendant 48 heures. Ce trouble de la parole *spontanée* peut persister: il cite ainsi une jeune femme de 24 ans, qui, atteinte d'une alalie complète avec une hémiplégie dont elle guérit, ne pouvait dire au bout d'un an que *oui* et *dé*. Le curé de Saint-Guillen le Désert n'avait à sa disposition, après plusieurs années, que deux mots français *i* et *foutre*. Une dame de Bordeaux eut une « attaque apoplectiforme » suivie d'alalie et d'hémiplégie: elle guérit de sa paralysie mais ne pouvait dire que: *Mon Dieu!*

Analysant cette alalie, il montre que certains malades peuvent *répéter* les mots qu'on leur dit de façon parfaite — ce qui était son cas — ou seulement les lettres ou les syllabes: ainsi le botaniste Broussonnet, capable de répéter les lettres séparément, ne pouvait arriver à composer le mot, ni répéter le nom de sa fille *Betzi*.

Pour la parole spontanée, il avait remarqué, en ce qui le concernait, qu'il avait conservé l'utilisation des lettres de l'alphabet, mais avait oublié la fonction des lettres pour la formation des mots, ainsi que la coordination des mots pour exprimer sa pensée: il lui fallait réapprendre à épeler lentement les mots et à parler par des exercices grammaticaux.

Il lui arrivait souvent ce qu'il appelle de la *paramnésie*: c'est ainsi qu'il prononçait *mouchoir* quand il voulait dire *livre*, qu'il rétractait aussitôt pour chercher le mot propre; il disait encore *sairin* pour *raisin* ou *sumulman* pour *musulman*.

Et il cite d'autres exemples analogues: ainsi Broussonnet qui, lui aussi, employait des mots n'ayant « aucun rapport avec les mots propres »: il disait *ce soir*, aussi bien pour le temps présent que pour le temps passé ou à venir; il disait *les juments* pour parler « d'une dame et de sa charmante demoiselle »; il répétait *bête, bête, bête*,... sans qu'on put comprendre ce qu'il voulait dire.

Si le langage parlé est celui qui paraît dans l'alalie le trouble le plus évident, il y a un autre langage moteur qui peut s'exprimer par *écrit*. Le fait n'avait point échappé à Lordat. Lui-même l'avait perdu, puisqu'il explique qu'il fut obligé de réapprendre à écrire.

Il signale d'autres cas analogues: celui de la dame de Bordeaux qui ne pouvait écrire, mais copiait l'imprimé, et pouvait le transcrire en manuscrit; celui de la jeune femme de 24 ans qui pouvait converser par écrit, bien que son orthographe fut défectueuse.

Pour parler ou écrire, manifestations motrices du langage, il est indispensable qu'on les ait apprises soit par l'ouïe, soit par la vue.

L'ouïe surtout est extrêmement importante, et la chose avait été particulièrement signalée par Lordat. L'ouïe peut être intacte, et cependant la signification des mots entendus n'est plus reconnue: c'est ce phénomène que signale sur lui-même le génial physiologiste montpelliérain, et qu'il appelle « amnésie de signification des mots entendus ». Et il insiste sur « le découragement, la difficulté de prendre part aux conversations dont j'étais, dit-il, simplement témoin, l'humiliation qui en résultait, l'effort mental que je faisais pour rappeler, tantôt la valeur d'un terme que j'avais entendu, tantôt le son d'une idée que je voulais émettre ». Ce « sommeil ou cet oubli des synergies vocales », comme il l'écrit, « phénomène singulier » dont on ne peut méconnaître la réalité « malgré la présence remémorative des sons vocaux », correspond très exactement à ce qu'on a appelé depuis la *surdité verbale*. Et ce phénomène, comme il le note, peut très bien manquer dans certains autres cas d'alalie, notamment chez une dame de 50 à 55 ans qui « était tombée dans une difficulté de parler, quoique l'intelligence parût intacte »; chez le peintre Moulinier, chez la jeune femme de 24 ans et chez la dame de Bordeaux: celle-ci pouvait également « fredonner » et avec « justesse » les airs qu'elle connaissait.

En ce qui concerne le langage *lu*, par éducation verbale de la vue, le phénomène de sa perdition fut particulièrement net chez Lordat, qui précise lui-même qu'il avait perdu la signification « des signes visibles » des mots: il ne pouvait même plus lire le titre du livre qu'il avait sous les yeux, quand il fut atteint d'alalie. Ce ne fut qu'après quelques semaines de « tristesse profonde et de résignation » qu'il versa « des larmes de joie » en s'apercevant, un jour qu'il regardait le dos des livres de sa bibliothèque, qu'il pouvait lire « explicitement le titre *Hippocratis opera* ». Il cite d'autres cas: celui de la dame de Bordeaux qui, incapable de lire à haute voix, pouvait transcrire un mot et les chiffres, même les nombres de deux chiffres qu'on lui avait tracés.

D'autres remarques avaient frappé Lordat. Il avait noté chez certains alaliques, comme le curé de Saint-Guillen le Désert, qu'il avait perdu l'usage de la langue française pour ne conserver que le languedocien. Et il avait montré que l'amnésie verbale de ces alaliques devait être séparée: 1° de la simple « bradylogie » comme il l'appelle, dans laquelle les sujets, ne trouvant pas le mot, le remplace par « un mot indéterminé postiche » par exemple le mot « chose », comme le faisait fréquemment Montesquieu dans la conversation courante — ce qui correspond à l'amnésie d'évocation, décrite par Pitres en 1898.

2° De cette autre forme d'amnésie, décrite aussi par Pitres sous le nom d'amnésie de fixation, et dans laquelle les sujets ne fixent les souvenirs que durant un temps très court. Lordat cite le cas d'un homme de 50 ans qui

ne pouvait conserver un souvenir — par exemple la mort de Louis XVIII, plus de 24 heures. Dans le cas de Pitres (1913) il s'agissait d'un homme qui, pendant 23 ans, selon les questions qu'on lui posait ou les spectacles qu'on lui montrait, n'en conservait le souvenir que durant quinze secondes à deux ou trois minutes au plus.

II

On voit, si l'on s'en tient exclusivement à l'observation clinique, que l'analyse faite de l'alalie par Lordat correspond de la manière la plus étroite à tous les faits qui ont été décrits depuis sous les noms d'aphémie, d'aphasie, d'agraphie, de surdité et de cécité verbales. On a précisé ces faits, on les a complétés, mais il faut convenir en toute loyauté qu'on les retrouve tous dans le mémoire de Lordat: et c'est là le principal, et même la seule chose qui compte.

Si l'on passe, en effet, à leur explication, il est certain que la discussion demeure ouverte, bien que la conception de Lordat, dans son ensemble, tende à regagner du terrain — d'ailleurs sans que ceux qui y reviennent s'aperçoivent qu'ils ont eu un précurseur.

Bouillaud vers la même époque, en 1825, avait entrevu le problème: il pensait que la perte de la parole pouvait provenir soit de l'oubli des mots, soit de l'impossibilité de les prononcer, bien ques les organes moteurs de la prononciation fussent demeurés absolument intacts: de toute façon, il ne s'agissait que de la parole *extérieure,* la parole intérieure étant caractérisée par la « faculté de créer des mots comme signes de nos idées et d'en conserver le souvenir ».

Mais ce qui était surtout une définition pour Bouillaud, devint une réalité clinique pour Lordat qui essaya d'en faire la démonstration. Il classa, d'une part, sous l'appellation *d'amnésie verbale,* l'oubli des mots, l'oubli de leur coordination pour exprimer la pensée, et comprit encore sous ce terme « l'incapacité de comprendre les sons entendus », ainsi que « l'impossibilité de lire » et aussi « d'écrire »; et ce qu'il dénomma la « paramnésie », c'est-à-dire tout ce qui correspond aujourd'hui à l'aphasie et ses quatre variétés classiques.

D'autre part, il décrivit *l'asynergie verbale,* c'est-à-dire les cas où sans paralysie des organes de la parole, ni oubli des mots, ni altération de l'intelligence, l'articulation verbale est absente. Malgré la présence remémorative des sons vocaux, et l'intégrité de l'intelligence qui commande, la synergie est suspendue et la parole ne sort pas. L'alalie, ou perte de la parole, ou aphasie avec ses formes cliniques, peut donc s'expliquer aussi par « asynergie verbale ».

Considérée du point de vue psychologique ou de la formation du langage, ce chapitre des synergies pour articuler les sons vocaux, les acquérir et les conserver, est fort remarquable.

Lordat montre l'importance de cette éducation de la parole chez l'enfant — ce qui est évidemment la chose essentielle. Il cherche à expliquer comment par l'imitation — forcément au moyen de l'ouïe — les premiers balbutiements se transforment en syllabes, puis en mots, d'abord mal puis bien reproduits par suite de l'exercice incessant de la prononciation, avec le concours de l'intelligence. Il y a, au début, rattachement d'un objet ou d'une personne à un son, c'est-à-dire à un mot; ensuite les phrases se constituent de 2 ou 3 mots sans substantifs et c'est le passage peu à peu des idées concrètes aux idées abstraites. Puis la prononciation se perfectionne, la lecture y contribue largement, aussi bien la lecture à voix haute que la lecture mentale. Ainsi, par ces multiples « synergies », la parole arrive avec le temps à revêtir les formes de la pensée la plus élevée.

Ces idées de Lordat me paraissent personnellement très justes mais demanderaient à être plus précisées. J'ai toujours pensé qu'en étudiant le développement progressif du langage chez l'enfant on pourrait se faire une opinion assez exacte des troubles de l'aphasie. Car l'aphasie nous ramène à l'état de l'enfance, avec cette différence que l'intelligence peut conserver sa valeur acquise, mais que les moyens intérieurs de l'extérioriser sont gênés ou perdus en totalité ou en partie.

Notre expérience du langage de l'enfant et de ses modifications chez les anormaux nous a permis, depuis longtemps, de constater que la grande loi de cette éducation verbale, comme de tout apprentissage en général, est la *loi du moindre effort.* L'ordre d'apparition des éléments du langage se fait du plus facile au plus compliqué, et la tendance de celui qui parle est de simplifier les nouveaux efforts qu'il fait en les rapprochant toujours de ceux qui sont plus aisés, et qu'il connaît déjà.

C'est pourquoi dans le développement de l'intelligence, il ne faut pas oublier que le langage arrive en dernier lieu. Je veux dire qu'un petit enfant, après avoir commencé par prendre conscience de son corps, des bruits, des objets et des personnes qui l'entourent — ce qui lui permet déjà de se familiariser avec les premières notions de l'équilibre, de l'espace, et de la distance — se fait parfaitement comprendre par gestes pour de nombreux actes et désirs. Il arrive même qu'il préfère ce langage muet au langage vrai, et qu'il l'adopte jusqu'à un âge assez avancé, même trois et quatre ans parfois.

En principe, les premiers éléments verbaux apparaissent après le sixième mois. Aux *e, - eu, - gueu, eï - gueï, a - i - ou,* quelques *a - ta* et même quelques *ba* plus ou moins incoordonnés qui les précèdent, il cherche à imiter le bruit et les mouvements des lèvres de celui qui lui dit *a,* ou *pa,* ou *ta*: mais il le répète mal ou de travers. Cependant il est capable de filer quelques instants un son en *a* expiré, en « faisant la vieille » comme on dit. On reconnaît ensuite, dans son langage onomatopique, des *ba - ba - ba* ou *ta - ta - ta* ou *ca - ca - ca,* des *pfeu - pfeu* ou *gueu - gueu,* des *peutt - peutt* et autres syllabisations voisines: *a - ta, a - ta, eua - eua - eua, a - ba, a - ba, a - da, deu - deu, eu, eua - a, é - a, é - a,* etc...

En somme tous ces préliminaires aboutissent, après six mois d'efforts, d'intelligence et d'attention de tous les instants, quoique fugitive dans sa durée chaque fois, aux premiers mots *pa - pa* d'abord, puis *ma - ma* ensuite, prononcés vers le douzième mois en connaissance de cause.

A partir de ce moment, jusque vers le quinzième ou seizième mois, comme nous l'avons montré en 1911, l'enfant a un langage à lui: il désigne certains objets déterminés par des syllabes toujours les mêmes; le cheval devient *a - i,* (de *a - i, coco,* commandement qu'on donne à cet animal pour qu'il marche), le mouton *bé - bé* (du bêlement entendu), l'âne *hi - a* (du braiement), la vache *meû,* de son meuglement. Il dit *an - pé,* pour grand-père, *pain* (pour désigner la croûte qu'on lui donne à manger), *a - ba* (pour la balle), *an - té* (pour « entrez », quand on frappe à la porte), *bé - bé* pour se personnifier lui-même ou désigner un autre enfant), etc... Les variantes sont nombreuses, mais se rapprochent de ces indications générales.

Du seizième ou dix-huitième aux alentours de la deuxième année, les progrès continuent. A deux ans, le vocabulaire est encore fort restreint: cependant un enfant de cet âge est susceptible de faire de petites phrases de deux ou trois mots, presque toujours sans article ni verbe. Le plus habituellement, il utilise un véritable charabia, absolument incompréhensible pour les personnes qui ne font pas partie de son entourage immédiat. Mais s'il a quelques difficultés à s'exprimer, il en a moins à se faire comprendre par sa mimique et par ses gestes.

Entre deux et quatre ans, l'enfant présente la période la plus intéressante pour le perfectionnement du langage. D'abord, il n'emploie que des substantifs qui s'appliquent à des objets immédiatement à sa portée; puis il utilise les adjectifs, ensuite les verbes, les nombres et les pronoms.

Les progrès modernes, et notamment la diffusion de la T. S. F., ont considérablement accru le nombre de mots dont se servent entre eux les jeunes enfants dans leurs jeux. Ils dénomment presque tous les objets des catalogues si répandus des grands magasins: ils les prononcent parfois à leur façon, ou par analogie, disant *coubolber* pour *révolver, café* pour *cafetière, seau* pour *arrosoir* ou *lumière* pour *lampe,* mais *avion, auto, aéroplane, cinéma* font partie de leur langage courant. Leurs phrases

sont en rapport avec leurs connaissances. Un garçon de trois ans, à qui on montre un vaporisateur, s'écrie: « Ça, c'est pour mettre *la odeur* ». Un autre, du même âge, prend un trousseau de clés à la maîtresse qui le garde: « Comment fais-tu pour les sortir de là? » dit-il. Et après examen de l'anneau, il en fait sortir une clé.

Depuis la guerre, les bateaux, les sous-marins, les tanks, les canons, les mitrailleuses, les grenades sont reconnus sans hésitation et désignés par leurs noms. Les soldats et la désignation de leurs corps: fantassins, chasseurs, artilleurs, zouaves, ou les marins n'ont plus de secrets pour eux, de même que leurs galons. Et les mots pour les dénommer sans erreur ne leur font guère défaut.

Vers trois ans et demi à quatre ans, l'enfant est en possession des éléments de la parole. Elle est devenue pour lui un moyen de se renseigner: c'est l'âge des « pourquoi » et de la compréhension simplifiée. Quand on lui demande: « qu'est-ce qu'un couteau? » Il répond: « c'est pour couper ». De même: « Qu'est-ce qu'un cheval? Pour tirer la voiture. Une table? Pour manger dessus. Une maman? pour donner à manger. Du lait? Pour boire. Un chat? Pour tirer la queue. Un escargot? c'est pour écraser », etc., etc.

Il use peu, avant cinq ou six ans des conjonctions, les *parce que*, les *si*, les *car*, les *lorsque* qui expliquent les relations entre les choses. Il énumère ce qu'il voit: objet, personnes ou images; il ne les décrit pas encore.

Entre six et sept ans, l'enfant peut savoir lire en syllabant l'imprimé (lecture syllabique), ainsi que l'écriture calligraphiée, ou la sienne; il peut copier ce qu'il lit; il peut écrire les cent premiers nombres et faire des additions ou soustractions simples; il peut reconnaître et dénommer les pièces courantes de monnaie; décrire, et non plus énumérer, les parties constitutives d'une gravure. La notion du temps est encore restreinte: il peut à peine distinguer le matin de l'après-midi.

Entre sept à huit ans, un enfant peut écrire sous dictée une petite phrase avec nom, verbe et attribut, accorder le singulier et le pluriel; la lecture d'un texte imprimé est encore hésitante; il peut calculer sur les trois premières opérations et sait sa table de multiplication au moins pour les premiers nombres. Il retient dans une lecture de cinquante mots, de trois à cinq souvenirs.

Entre neuf à dix ans, la lecture est courante, la dictée sur les objets usuels normale, de même qu'une rédaction très simple à leur sujet. La notion du temps est élargie: jour, mois, quantième, année; jours de la semaine et mois de l'année. Les souvenirs d'une lecture de cinquante mots sont plus nombreux: de cinq à huit.

Depuis les études modernes sur la phonétique, l'analyse du langage s'est considérablement étendue; mais elle ne fait que confirmer ce qu'on savait déjà. A la période des sons élémentaires ou phonèmes, qui sont au nombre de 44, l'enfant utilise d'abord ceux qui sont les plus faciles à prononcer: il part ainsi des sons les plus élémentaires les *a, e, eu, o, i, ou, u,* pour arriver jusqu'aux *an, in, on, un,* et jusqu'aux *p, b, t, m, f, v, ch,* puis *d, l, s, j, n,* et *k, g, r.* Ainsi, se servant d'abord des phonèmes ou des syllabes qui utilisent les lèvres, il passe ensuite à ceux qui se servent des muscles de la bouche, de la langue et du voile du palais. Les syllabes et les mots qui empruntent le bout de la langue et les lèvres sont préférés à ceux qui ont besoin pour s'exprimer de la base de la langue, du voile du palais, du pharynx.

Ces faits expliquent pourquoi les syllabes et les mots de construction articulaire antérieure, ou d'origine bucco-labiale, remplacent souvent ceux de fermentation postérieure, c'est-à-dire palatine ou gutturale; étant plus faciles à prononcer, ils se substituent aux autres, jusqu'à ce que l'éducation arrive à redresser à la longue cette prononciation défectueuse.

Le son *r* et ses dérivés *ra, re, ro, rou, ri, ru* est un des plus longs à être articulé régulièrement; il est souvent changé en *l* dans les débuts, ou même supprimé: ce qui aboutit au parler créole qui, en ne prononçant pas les *r,*

simplifie tout simplement le langage, en vertu de la loi du moindre effort.

Ainsi s'expliquent encore dans le langage de l'enfant, les inversions, les élisions, les redoublements, les allitérations, les croisements, les dérivations: il cherche à rapprocher ce qu'il ne sait pas et qu'il ne comprend pas, de ce qu'il sait; de là, ces à peu près et pataquès qui font la joie de ceux qui l'écoutent, car s'il est intéressé par tout ce qui est nouveau, et qu'il ne sait pas encore, il a une tendance naturelle à tout rapporter à la hauteur de sa connaissance.

Je crois que ces considérations générales se comprennent aisément sans qu'il soit besoin de faire appel à la terminologie contemporaine de cette phonétique savante qui a pu analyser beaucoup plus profondément les phénomènes du langage, et arrive finalement par un autre détour à constater ces solutions du moindre effort, ou de facilité, sur lesquelles nous venons d'attirer l'attention.

Il semble que la désintégration du langage chez l'aphasique ait pour résultat de le ramener à certaines périodes de son enfance quand il apprenait à parler, ou développait progressivement son langage, et en particulier de l'obliger à utiliser des procédés de simplification. La remarque, là encore, n'avait pas échappé à Lordat quand, citant le cas de Broussonnet, il notait qu'il n'avait pas perdu que les substantifs, comme on l'avait prétendu. « Les mots les plus usuels, dit-il, venaient plus facilement et les mots scientifiques, ceux dont on se sert rarement, demeuraient dans l'oubli ». C'est bien le retour vers le langage infantile et la mise en pratique du moindre effort.

L'aphasique complet, c'est l'enfant de la naissance à six ou huit mois, qui a tout le langage à apprendre. Et suivant les degrés de chaque aphasie considérée, on retrouvera le langage puéril qui sera, suivant les cas, celui d'un enfant d'un an, de deux ans, de trois ou quatre ans, de cinq ans, sept ans, huit ans, dix ans ou plus.

Ceci ne concerne que le langage extérieur, le langage intérieur demeurant intact, mais avec cette différence essentielle que l'enfant est virtuellement en possession des moyens de fixer ses connaissances, mais ne les a pas encore, tandis que celui qui les a possédées, les possède toujours, même s'il ne peut les exprimer. La correspondance entre le langage de l'enfant et l'aphasique n'est donc pas absolue: ce manque de corrélation complète explique que, suivant les auteurs, il puisse exister des conceptions différentes de l'analyse du langage aphasique. Pour ne signaler que les plus souvent citées dans les ouvrages récents, rappelons celle de Hughlings Jackson, pour qui serait perdu le langage volontaire, ainsi que la possibilité d'assembler les mots en phrases pour exprimer sa pensée. Les quatre types d'aphasiques décrits par Henry Head sont également bien connus: ce sont les types verbal, synthactique, nominal et sémantique. Mais à lire dans le détail la description de ces auteurs, on voit qu'il serait facile de rattacher chacun de ces types d'aphasiques à une période particulière du langage suivant l'âge de l'enfant, la désintégration la plus considérable se rapprochant du plus bas âge.

Il semble que cette façon de concevoir les formes cliniques de l'aphasie soit la plus simple. Elle rentre en tous les cas dans les vues de Lordat: en effet, qu'il envisage dans son alalie la forme d'amnésie verbale, ou celle d'asynergie verbale, il n'est jamais question que d'altération de la parole extérieure; car dans son observation comme dans les autres qu'il cite, la parole *intérieure* demeure plus ou moins indemne.

On ne saurait trop insister sur ce point. En ce qui le concerne particulièrement, il affirme que ses aptitudes mentales étaient conservées, ses besoins intellectuels intacts; il était le même intérieurement sans le moindre affaiblissement de ses facultés d'intelligence; il n'éprouvait aucune gêne dans l'exercice de sa pensée; il avait gardé le souvenir des faits, des principes, des dogmes, des notions abstraites. Il en était de même dans trois autres cas qu'il rapporte, notamment chez la dame de Bordeaux, où les idées étaient nettes, l'intelligence entière. Cette constatation est pour lui un fait capital, passé inaperçu chez les

auteurs qui n'ont pas songé « à séparer les privations de la parole d'avec la perte de l'intelligence » et n'ont pas fait de différence entre cette forme d'amnésie verbale et l'imbécillité ou la folie.

En conclusion, si on ne tient compte que des faits cliniques sans se laisser influencer par la terminologie et les explications, on peut dire que Lordat a décrit dans un texte publié en 1843, et vraisemblablement dans ses cours, entre 1820 et 1830, l'aphasie telle que nous la connaissons aujourd'hui. Sa relation a même l'avantage de se rapprocher de la vérité courante. Les cas « purs » sont, en effet, exceptionnels. Ce qui est le plus habituel, c'est le cas qu'il a pu longuement étudier sur lui-même et qui a présenté, successivement ou à la fois, ce qu'on a isolé depuis sous les noms d'aphémie puis d'aphasie, d'agraphie, de surdité et de cécité verbales — pour ne parler que des éléments essentiels.

D'emblée, il a mis en un relief saisissant, que l'intelligence, en apparence si troublée, pouvait bien au contraire, être entièrement conservée. On a beaucoup discuté sur la valeur de cette auto-observation, estimant qu'il était incapable, étant précisément malade et atteint sans doute dans ses facultés intellectuelles, de pouvoir se juger lui-même. « Etant observateur et sujet, dit-il, j'ai pu m'examiner autant par l'intuition que par l'exploration ». Il est clair que la critique qu'on lui adresse manque de base, car pour apprécier le langage intérieur, qui peut mieux le faire que celui qui est en cause, surtout quand il s'agit d'un observateur de la qualité exceptionnelle de Lordat? D'ailleurs, d'autres cas analogues ont été signalés depuis. Quand nous examinons aussi patiemment et attentivement que nous le pouvons, un aphasique, comment pouvons-nous savoir très exactement ce qu'il pense intérieurement? Nos meilleures méthodes sont sujettes à bien des erreurs; et il semble que certains auteurs contemporains ont singulièrement exagéré en décrétant que l'intelligence était, dans tous les cas, profondément altérée. Il est très difficile de faire la part de l'apparence et de la réalité; car ces malades sont comme isolés du monde et nous les voyons comme s'ils étaient recouverts d'un masque ou derrière un paravent.

Quand Lordat dit que l'intelligence est entièrement conservée, c'est-à-dire le langage intérieur intact, il n'est pas douteux que le fait est exact pour certains cas, et notamment le sien. Mais cela veut dire aussi qu'il n'y a pas de rapport étroit entre l'apparence du malade qui est plus ou moins privé de la parole et semble inintelligent, et la réalité qui prouve qu'il est plus intelligent qu'il ne paraît. Broca a défendu exactement les mêmes idées en 1863: « L'aphémie, a-t-il écrit, c'est l'état d'un malade qui ne peut parler, bien qu'il ait plus d'intelligence qu'il n'en faut pour parler, et bien que d'une autre part les organes de la phonation et de l'articulation soient en état de fonctionner... C'est la perte de la mémoire des moyens de coordination que l'on emploie pour articuler le mot ». En somme, il dénomme *aphémie,* ce que Lordat appelait *asynergie verbale.* Mais pratiquement, et cliniquement, il décrit sous le terme générique d'aphémie tout ce que Lordat désignait sous le nom d'alalie, c'est-à-dire toute l'aphasie, telle qu'on la comprenait alors.

Mais Lordat, comme Broca estiment, dans l'alalie ou l'aphémie, que l'intelligence est conservée soit en totalité, soit en partie; et quand elle est atteinte, c'est toujours infiniment moins que les apparences ne tendraient à le faire croire. Ce qui revient à dire que le langage intérieur est intact, ou beaucoup moins touché qu'il ne le paraît à un examen superficiel. Mais il peut être altéré parfois assez profondément; et Lordat lui-même, en décrivant *l'amnésie verbale* de Broussonnet, fait remarquer combien elle est différente de la sienne, et combien l'atteinte est plus profonde chez lui.

Trousseau, dans ses célèbres cliniques de 1864, ne fait que vulgariser ces notions essentielles. Il divise les aphasiques en deux grandes classes: « l'une la plus restreinte, comprenant les sujets qui ont conservé leur intelligence, mais qui ont perdu la faculté de s'exprimer par la parole; la deuxième, beau-

coup plus nombreuse, composée de ceux qui ont perdu tout à la fois la faculté de s'exprimer par la parole et par l'écriture; ceux-là n'ont ni mémoire, ni pensée, ni langage, et ils portent, comme point d'origine de ces tristes accidents morbides, une grosse lésion dans le cerveau. »

Trousseau reprend ainsi les idées de Lordat, mais en voulant les rendre plus précises, il établit une division extrêmement factice. Car un aphasique comme l'était Lordat, avait perdu toutes les modalités du langage, et cependant, il les récupéra: d'après la classification de Trousseau, il aurait dû être placé dans la deuxième catégorie, alors qu'il se comporta comme ceux catalogués dans la première. En réalité, sans se livrer à ce petit jeu de la critique toujours facile, il est préférable de s'en tenir simplement aux grandes idées générales et de conclure que Trousseau avait parfaitement jugé la question comme il convient, en montrant avec son esprit clinique étincelant que les aphasiques avaient, selon les cas, conservé tout ou partie de leur intelligence.

Quand la question revint, en avril 1865, devant l'Académie de Médecine et que Bouillaud y reprit à nouveau la parole pour y exposer les mêmes idées qu'en 1825, il fut amené à défendre, avec encore plus de force, la conception de Lordat et à affirmer que les troubles du langage ne s'accompagnaient pas de troubles de l'intelligence. Chose curieuse, il prenait alors le contre-pied de l'opinion de Trousseau qui avait montré que chez certains aphasiques, l'intelligence était fortement lésée, surtout en ce qui concerne la mémoire et l'attention. Mais si on dégage ces débats de la passion qui les anime, on se rend bien compte que les thèses s'affrontent plus en surface qu'en profondeur, et que si troubles de l'intelligence il y a, ils sont en général beaucoup moins considérables que ceux qu'y voyaient les auteurs avant Lordat.

De ce débat mémorable de 1865, date aussi une comparaison fameuse qui fit fortune: celle que fit Trousseau de l'aphasique et du pianiste paralysé.

Or, il se trouva qu'en 1864, un éminent professeur de l'Ecole de Médecine de Bordeaux, Armand de Fleury — le père du distingué neurologiste et homme de lettres, Maurice de Fleury — avait, avant Trousseau, employé la même comparaison dans un Mémoire peu connu, « Essai sur la pathogénie du langage articulé », qui fut couronné par l'Académie des Sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux, en février 1865.

Il est certain que la démonstration d'Armand de Fleury est beaucoup plus exacte et complète que celle de Trousseau. Après avoir établi que les signes conventionnels de la phrase musicale correspondent aux signes également conventionnels de la parole, que les notes correspondent aux lettres, les doigts aux muscles de l'articulation verbale et le clavier au larynx, il cherche à déterminer les raisons qui peuvent empêcher la phrase musicale d'être exprimée.

« Premièrement, écrit-il, il peut arriver que l'individu soit dépourvu de tout sentiment musical; qu'il n'ait pas l'intelligence des sons et de leurs rapports; qu'il soit impuissant à en associer les idées, soit qu'il n'ait jamais connu la science musicale, soit qu'il en ait perdu la compréhension; ou bien encore il pourra posséder un instinct vague de l'harmonie et ne pas savoir la composer en langage intérieur, la *signifier*, c'est à dire l'écrire par des notes dont la combinaison représente les motifs et la phrase musicale. Enfin, ayant su toutes ces choses, il pourra les avoir oubliées, soit dans la compréhension de la pensée, soit dans le terme musical signifiant le son, n'en trouvant aucun pour couvrir et représenter son idée; ou bien, voulant en produire un et en évoquant un autre (jouant *mi* pour *sol*), soit qu'il comprenne son erreur sans pouvoir y remédier, soit qu'il ne s'aperçoive même pas de sa méprise, et joue un *ré* croyant vraiment donner un *fa*, auquel cas il y aura erreur de conscience autant que de mémoire: en vain ce sujet promènera-t-il sur le piano le mieux organisé les doigts les plus sveltes, il n'exprimera point une phrase musicale, il ne produira qu'une détestable cacophonie. Ici, la lésion du langage musical sera purement intellectuelle; ce sera une perturbation de la faculté complexe de composer une phrase en la disposant selon un sens déterminé, et en *schématisant* l'idée par les notes ou signes conventionnels qui la représentent.

Deuxièmement, la sensibilité musicale et l'intelligence harmonique peuvent être intactes et même développées; la science de la musique, sa compréhen-

sion normale, la signification par des distincts conventionnels, parfaite; la mémoire des idées et des notes, sans altérations. En un mot, la disposition du sentiment musical en pensée, sa composition en phrase ou langage intérieur, peuvent appartenir intégralement au sujet que cependant il soit apte à produire aucun son ou n'en produise que d'isolés, d'incomplets. Et remarquez que je suppose le piano parfait, les doigts agiles. Il faudra alors que la phrase musicale *composée, imprimée, photographiée* dans le cerveau, ne soit pas communiquée au système moteur du piano, à la main. Il y aura *défaut de transmission du conamen intellectuel*. L'appareil nerveux, chargé de *télégraphier* la phrase musicale à l'appareil moteur, sera lésé sur un point quelconque de son trajet: d'où suppression de la communication, annihilement du rapport; les doigts, n'étant pas avertis de se mouvoir, ne s'ébranleront pas, bien qu'ils ne soient pas eux-mêmes paralysés, et la phrase musicale ne sera pas exprimée.

Troisièmement enfin, l'intelligence est très apte à composer la phrase musicale; la mémoire, en parfait état, place un signe, une note sur chaque idée; la volition transmet ce langage intérieur jusqu'à l'appareil d'expression; mais cet appareil est paralysé. La main ne peut pas réunir des touches, et les doigts sont impuissants à tirer des notes du clavier. En vain le piano possède-t-il des sons parfaits, il reste muet, comme un homme dont le larynx est intact, qui peut pousser, émettre des sons, mais chez lequel l'articulation de ces sons est impossible, parce que les nerfs moteurs de la langue et de l'orbiculaire des lèvres sont immobilisés.

Ainsi trois grands ordres de cause pourront empêcher la manifestation d'une phrase musicale: 1° cette phrase ne sera pas disposée par l'intellect; 2° elle ne sera pas transmise; 3° elle ne sera pas exprimée. »

Comme le fait remarquer Armand de Fleury, il en est de même pour l'exercice du langage articulé qui peut être supprimé: soit que l'idée ne s'imprime pas dans le cerveau, soit qu'elle ne se transmette pas, soit qu'elle ne s'exprime pas.

III

Il est difficile de trouver des idées plus justes et plus élégamment exposées. Mais déjà la question de localisation débordait la question clinique. Après Bouillaud, qui avait avant tout bataillé pour un siège dans les lobes antérieurs, Marc Dax (de Montpellier) avait précisé, le premier, cette localisation dans l'hémisphère gauche, et Broca au niveau plus limité de la troisième circonvolution frontale du même côté. Mais si ce signe cérébral à gauche avec hémiplégie droite s'avérait le plus fréquent, il comportait des exceptions; et surtout, même quand il était à gauche, la troisième circonvolution frontale n'était pas toujours intéressée, et la seule intéressée. Les lésions étaient souvent plus étendues, et semblaient avoir leur maximum plus en arrière: j'ai signalé notamment une observation de Péreyra (de Bordeaux) en 1840, qui chez un hémiplégique droit avec perte de la parole, avait trouvé à l'autopsie une lésion étendue du lobe moyen gauche. Wernicke (de Breslau) en 1874, indique que ces lésions de la zone temporale étaient en rapport avec la zone auditive du langage; et en 1877, Kussmaul ajouta à cette surdité verbale, la zone de destruction correspondant à la cécité verbale, qu'il situa dans le pli courbe.

Avec Charcot, en 1883, ce fut l'époque du schéma du langage et de ses quatre voies: deux sensorielles (voie auditive et voie visuelle), deux motrices (voie motrice d'articulation et voie motrice graphique).

Cette analyse pathologique des centres du langage ne tarda pas à être sérieusement battue en brèche. Et en 1906, Pierre Marie, reprenant les cerveaux des aphasiques, même de Broca, qui avaient été conservés au musée Dupuytren, n'eût pas de peine à montrer que les lésions n'étaient pas limitées à la seule 3e circonvolution frontale, mais empiétaient le plus souvent dans la zone temporale de Wernicke. Donc, il n'y avait guère de type Broca pur, ou très exceptionnellement; presque toujours il y avait association avec le type sensoriel (surdité et cécité verbales.)

Ainsi, on en revenait à la conception de Lordat et même de Trousseau, avec cette différence que les troubles de l'intelligence étaient considérés comme constants, alors que les faits n'avaient pas changé et que les aphasiques continuaient, selon les cas, à avoir conservé leur intelligence et leur langage intérieur indemne (type Lordat), ou à être au contraire nettement diminués intellectuellement (type Broussonnet).

On peut, en effet, reprocher à cette conception anatomo-pathologique de donner une importance excessive aux lésions sensorielles qui dominent trop le débat aphasique, avec la perte du langage intérieur. Il est probable que ces lésions, quand elles existent et ont l'étendue de beaucoup de cas publiés, proviennent évidemment d'altérations considérables. Mais il est bien permis de penser que ces lésions — qu'elles soient temporales ou même uniquement pariétales (comme le pense Austregesilo, de Rio de Janeiro) — peuvent, dans d'autres cas, n'être que passagères ou limitées et ne pas entraîner les troubles irréparables qu'on nous décrit. On rentrerait ainsi dans la conception clinique de Lordat qui prouve que les phénomènes de l'alalie ou de l'aphasie, et sous toutes ses formes, même sensorielles, sont susceptibles de guérison.

Je n'ai pas l'impression que les études les plus récentes, dont on trouvera un exposé particulièrement documenté dans le travail du professeur J. Froment (1935) du *Traité de Physiologie* de Roger et Binet, changent grand'chose à ces considérations générales.

Affirmer que les troubles de l'articulation verbale ne comptent pas et que seul importe l'oubli du son des mots qu'il faut réveiller dans la conscience, et qui, eux, dès qu'ils sont reconnus, conditionnent immédiatement le retour de la parole — ne fait que revenir à l'importance de la surdité verbale et à la notion primordiale de l'ancienne amnésie.

D'ailleurs sur quoi s'appuyer pour affirmer que c'est l'oubli du mot qui est en cause, et non l'oubli ou la perturbation de ses moyens de synergie ou de coordination pour l'exprimer? Sur l'introspection? Mais comment aurait-elle de la valeur pour donner raison à M. Froment, puisqu'il lui dénie toute valeur quand elle aboutit à une opinion contraire?

Ces phénomènes de son et d'articulation sont si intimement liés l'un à l'autre qu'il est bien difficile de savoir quel est celui qui commande l'autre. Sans doute le son, au début, a pu commander l'articulation au moment de l'éducation du mot; mais qui nous prouve que cette éducation terminée, l'articulation devenue automatique ne provoque pas, par réflexe, le réveil du son? Je pense que toute cette argumentation est bien spécieuse; et qu'à force de couper des cheveux en quatre, on finit par les couper en huit, en seize ou plus. La clinique est déjà assez malaisée sans qu'on la complique à l'infini, quand la raison ne s'en fait pas sentir.

De toute façon, il est vraiment curieux de remarquer que ces conceptions ultra-modernes s'apparentent singulièrement à celle de Lordat qui, pour expliquer ces faits, incrimine la perte de la mémoire ou amnésie. Il explique très nettement qu'il y a « oubli des mots et oubli du sens des mots présents », quoique précise-t-il, « l'entendement soit tout à fait sain ».

Le facteur amnésique dont le rôle avait été peut-être exagéré par les premiers auteurs qui se sont occupés de l'alalie, de l'aphémie ou de l'aphasie, a été beaucoup trop laissé de côté depuis; et il faut savoir gré au professeur Pitres d'avoir de nouveau attiré l'attention sur son importance dans son mémoire de 1898.

Quoiqu'il en soit, pour toutes ces raisons, je pense que le nom de *maladie de Lordat-Dax* devrait dorénavant, dans nos traités de médecine, remplacer le terme d'aphasie: Lordat parce qu'il fut le premier à l'isoler cliniquement, Dax, parce que, le premier, il la localisa sur l'hémisphère gauche.

Pourquoi cette localisation du côté gauche? Evidemment, elle ne fut pas acceptée sans discussion, car elle heurtait toutes les lois de la physiologie classique du temps: il était admis en effet que les organes pairs et symétriques avaient des propriétés semblables; et il paraissait extravagant que le lobe cérébral gauche n'ait pas les mêmes fonctions que le droit. Cependant, les faits étaient indiscutables: la grande majorité des cas d'aphasie siégeaient à gauche, surtout au niveau de la troisième frontale, et souvent coïncidaient avec une hémiplégie droite.

Parmi les explications qui ont été fournies, il en est une reposant sur cette constatation ancestrale que l'homme est droitier presque toujours; par conséquent, s'il est plus habile

et fort du côté droit, il est naturel que son cerveau gauche ait un développement en rapport avec ce fait, et que sa puissance fonctionnelle soit plus considérable.

D'autre part, et c'est encore Armand de Fleury qui a fait cette remarque, en 1865, le tronc brachio-céphalique droit constitue un calibre de dimension intermédiaire entre celui de l'aorte et celui de la carotide primitive droite, tandis qu'à gauche, le sang, brusquement resserré à sa sortie de l'aorte, est immédiatement projeté dans un tube notablement plus étroit, celui de la carotide primitive gauche. De plus, le tronc brachio-céphalique établit une ligne brisée à droite, entre l'aorte et la carotide primitive; cette ligne brisée et l'angulaison qui en résulte sont absentes à gauche. Or, une veine de fluide, soumise à une pression constante, augmente de vitesse toutes les fois qu'elle passe d'un calibre plus large dans un tube plus rétréci; tandis que les lignes brisées en affaiblissent l'intensité. Donc la vitesse du sang est nécessairement plus forte à gauche qu'à droite. Et peut-être, pour Armand de Fleury, faut-il trouver dans ces conditions physiques, une explication possible d'une plus grande fréquence des lésions du côté gauche.

IV

Il est enfin une autre remarque intéressante qui ne paraît pas avoir été faite, et en tous les cas a passé inaperçue. L'observation type de Lordat est une alalie, ou aphasie, d'origine *infectieuse*. Bien qu'il ait décrit lui-même, les principaux symptômes de cette infection, il est assez difficile de la cataloguer: vraisemblablement une fièvre portant sur les voies digestives et ayant duré près de trois semaines, peut-être un état typhoïdique. De toute façon, quelle qu'en soit la détermination, il s'agit d'une infection: et il n'est pas douteux que les aphasies infectieuses, on le sait aujourd'hui, sont parmi celles qui sont le plus susceptibles de guérir.

Cette notion est d'ailleurs assez récente. Il y a une trentaine d'années, les hémiplégies, compliquées ou non d'aphasie, étaient encore considérées comme habituellement incurables: car on ne connaissait guère que celles qui devenaient une infirmité et qu'on expliquait par hémorragie ou ramollissement.

Or, les infections, si fréquentes surtout dans l'enfance, se compliquent assez souvent de phénomènes paralytiques, notamment hémiplégiques, qui, heureusement, sont transitoires et guérissent avec la maladie elle-même qui les a provoquées. Il en est de même de l'aphasie.

Un grand nombre d'enfants perdent la parole pendant la période fébrile de leur infection. La plupart la récupèrent assez vite; d'autres y mettent un certain temps.

J'ai vu ainsi, en 1934, une fillette de deux ans qui eut une encéphalite avec convulsions et qui, quand elle quitta le service trois mois plus tard, n'avait récupéré que quelques syllabes, telles que *ma, ma, ma* et *co - co - co - let - te* (Colette était son prénom), bien qu'elle comprit ce qu'on lui disait. J'ai soigné en janvier 1940, un petit garçon de 5 ans qui, au cours d'une pneumonie avec complications méningo-encéphalitiques, n'avait plus à sa disposition que les mots *oui, non, merci,* pendant plus d'un mois, puis il reprit son langage habituel.

Enfin ces aphasies infantiles peuvent revêtir intégralement les caractères de l'aphasie classique, avec cette différence toutefois que la rééducation est plus facile que chez l'adulte. Il y a lieu, évidemment, de tenir compte de l'âge, car plus l'enfant est jeune — surtout au-dessous de trois à quatre ans — mieux les fixations des images verbales peuvent se faire, et vraisemblablement ailleurs que dans les zones motrices ou sensorielles habituelles, si celles-ci ont été lésées par l'infection.

Je viens d'employer le mot *image*, bien que je n'ignore pas qu'aux yeux des ultra-modernes, ce soit un terme périmé. Pour eux, en effet, une image verbale n'est qu'un élément fixé, en quelque sorte statique, emmagasiné dans un centre d'images moteur ou sensoriel d'où il sort automatiquement tout entier, par éveil d'une sensation auditive ou visuelle, comme un cliché qui se révèle. Cette manière d'exécuter la doctrine « assurément fort simpliste des

anatomo-cliniciens », doctrine qui a perdu « la notion du mouvement », ne paraît pas très sérieuse, surtout quand on la remplace par la « pensée bergsonienne » ou encore « du dynamisme », qui aboutit au « concept neuf du schéma moteur de la parole entendue ou de la parole fixée par l'écriture ».

On sait bien ce qu'est un schéma: le dynamique n'a pas plus de valeur absolue que le statique; ils sont aussi relatifs l'un que l'autre: leurs propres auteurs savent à quoi s'en tenir. Pourquoi donc les opposer? C'est pur jeu verbal où l'on discute une fois de plus sur la forme et non sur le fond. Le plus curieux est que ces soi-disant novateurs en reviennent, sans le savoir, à la conception primitive de Lordat qui parle déjà de « dynamisme humain » pour expliquer l'alalie, et prétend n'avoir « rien appris ni senti » qui puisse lui faire croire « qu'il y eût une partie de l'agence intellectuelle où se réservent les souvenirs des sons verbaux et si des désordres survenus dans cette région rendaient difficile ou impossible la remémoration des mots ».

Cette prudence de Lordat vis-à-vis de la localisation du langage dans tel ou tel département cérébral est fort remarquable. En dehors de Bouillaud, partial et passionné pour la bilatéralité des lésions, il n'est pas douteux que la localisation sur le cerveau gauche n'empêchait pas certains auteurs de penser — tel Armand de Fleury — que le cerveau droit jouait aussi un rôle dans la genèse du langage, comme de tous les mouvements. Si les lésions étaient à gauche, cela ne voulait pas dire qu'il n'existât pas de troubles à droite, par suite des relations interhémisphériques. On connaissait d'ailleurs, dès cette époque, des cas d'aphasie avec lésions cérébrales à droite — en dehors des gauchers. Et si le nombre en était restreint, il n'en contrariait pas moins la règle trop rigide qu'on avait voulu établir. D'autres exemples, beaucoup plus récents, tels ceux de Marinesco, en 1932 et 1938, prouvent que des droitiers peuvent avoir une hémiplégie gauche avec aphasie par lésions de ramollissement fronto-temporo-pariétales du côté *droit*. Le grand neurologiste roumain les a décrites sous le nom *d'aphasie croisée*.

Ces faits très intéressants sont la démonstration que la clinique a toujours le pas sur les explications, même anatomo-pathologiques: et c'est encore la supériorité de Lordat.

Observation

Voici le cas d'aphasie infectieuse, résumé, que nous avons observé, avec le Dr Cantorné, chez un jeune garçon de 12 ans.

Jean Marcel M..., 12 ans, entre à l'Hôpital des Enfants à l'isolement, le 25 novembre 1932, pour un état typhoïdique remontant à un mois, qui s'accompagne depuis trois jours de phénomènes méningés: la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien font découvrir du méningocoque.

Hémiplégie droite, face comprise, avec aphasie, qui a débuté il y a deux ou trois jours et se montre à l'arrivée à l'hôpital, en flaccidité complète. Deux mots seulement: *papa*, *maman*, puis aphasie totale pendant 10 jours. Le 14 décembre, les mots *papa*, *maman* reviennent, tandis que les mouvemens commencent à réapparaître dans le côté paralysé, et que la déviation de la bouche a cessé.

A partir du 20 décembre, l'amélioration générale s'affirme. Il ne parle pas, mais comprend les choses simples qu'on lui dit et répond par *oui* ou par *non*, aux questions posées, par des mouvements de tête d'affirmation ou de dénégation.

Le 24 décembre, il s'exprime par gestes pour se faire comprendre de la sœur. En dehors de *oui* et *non*, il est incapable de dire un mot, de faire une phrase spontanée ou de la répéter si on le lui demande par la voix ou par écrit. Il peut chanter au commandement « Au clair de la lune »: mais il articule très mal, chante sur un ton pleurard, et ne va pas jusqu'au bout. Il peut au commandement mettre son doigt sur le nez ou sur le menton.

En quittant l'hôpital, le 26 décembre, il a pu dire *merci*. Son hémiplégie avait considérablement régressé: il traînait un peu la jambe, et le bras était un peu ballant; les réflexes tendineux, en particulier le rotulien, étaient vifs.

Jean demeura un an chez lui, sans rien faire, car la parole revenait lentement. Au bout de quelques mois le membre inférieur avait repris des mouvements normaux; quant au membre supérieur, si les mouvements dans l'ensemble étaient revenus, il n'avait pas récupéré sa force: la main serrait faiblement, il ne pouvait porter un poids, même léger, sans être vite fatigué, enfin il ne reconnaissait pas bien les petits objets qu'on plaçait dans sa main.

Au bout d'un an, le vocabulaire de la parole n'ayant pas beaucoup augmenté, il fut placé à l'Institution des sourds-muets où, pendant trois ans, on lui réapprit à parler, à lire et à écrire. La méthode consistait à se servir des mots qu'il avait à sa disposition, et à les lui faire répéter régulièrement jusqu'à ce qu'il les prononçât rapidement, sans hésitation, et en se rendant bien compte des sons. Au bout de trois mois environ, il était arrivé à récupérer un vocabulaire courant, qu'il a depuis conservé et a même agrandi — mais plus lentement. Les progrès les plus longs et les plus difficiles furent pour la lecture et surtout l'écriture.

A partir de cette époque, c'est-à-dire il y a trois ans, il fut mis en apprentissage chez un arboriculteur, à la campagne, où il est toujours et donne entière satisfaction.

Son travail a consisté d'abord à apprendre le métier: la taille des arbres fruitiers, poirier, pêcher, pommier, abricotier, prunier. Quelques plantes d'ornement sont également cultivées: le rosier. Il est ainsi arrivé peu à peu à connaître tous les mots dont il a besoin. Quand il ne s'agit que de lui, ça va bien, en ce sens que son langage intérieur est parfaitement indemne. Mais du jour où il a été mis en communication avec les clients, il y a eu quelques difficultés à vaincre. Ainsi quand il ne trouve pas les mots nécessaires pour les explications à donner à un acheteur, il faut bien qu'il « se débrouille », comme il dit. Car explique-t-il, « je sais ce que je veux dire et je ne peux l'exprimer »: alors, il prend une périphrase pour se faire comprendre, ou bien quand c'est possible, il consulte un petit dictionnaire qu'il a toujours prudemment dans sa poche au synonyme du mot qu'il cherche, et qui souvent ainsi le lui donne, ou bien encore il prie un de ses camarades de le remplacer quelques instants auprès du client.

Parfois le mot cherché existe dans sa mémoire: suivant les cas, il le lit ou l'entend, mais il ne peut le prononcer. Alors il l'écrit sur un papier et le fait lire à celui qui est en conversation avec lui; si on le prononce à haute voix, il le répète alors sans difficulté.

Il a remarqué que les jours où il travaille beaucoup au magasin de vente, sa mémoire se fatigue assez vite, et il trouve de moins en moins ses mots.

Examen le 9 *janvier* 1940. Jean est un grand et beau garçon, sympathique, le regard droit et souriant. Rien dans sa physionomie ne présente d'anomalie. Tous les mouvements sont conservés. Yeux, ouïe en parfait état. La langue se meut dans tous les sens, goût et odorat normaux. L'examen du thorax et des organes (cœur, poumons), de l'abdomen, du foie et des reins, n'indique aucun trouble. Les membres sont également normaux.

Le côté droit, examiné plus spécialement, n'indique aucune atrophie, pas le moindre trouble réflexe: le rotulien, l'achilléen, et le tricipital au coude, ne sont pas exagérés; le chatouillement de la plante du pied provoque la flexion normale des orteils. A noter cependant que si le tact, la piqûre, le chaud et le froid, les traits dessinés (croix, rond, jambages de lettres, etc... sur la peau sont perçus, ils le sont avec moins de netteté et moins d'acuité qu'à gauche, et moins au membre supérieur qu'au membre inférieur.

La main droite reconnaît mal les petits objets qu'on lui donne: un canif, un crayon, une gomme, un bouton, une clé, une pièce de monnaie etc..., sont décrits incomplètement comme un bout de bois carré ou rond, un caillou, un objet rond et non carré; la clé est la seule qui soit repérée, et encore après l'avoir palpée longuement; quant au bouton qui était un bouton de manchettes, il était petit et peu facile à déterminer: aussi ne le fut-il pas. Notons enfin que la force est un peu moindre de la main droite que de la main gauche, et qu'il apprécie mal le poids des objets qui lui parais-

sent plus légers quand il les tient dans la main droite, alors qu'en réalité il les lâchera plus vite à cause de la fatigue éprouvée.

Examen du langage. La conversation est en apparence normale. Jean comprend tout ce que je lui dis, que je parle lentement ou très vite. Il m'assure ne pas perdre un seul mot de mes paroles, et y répond de telle façon que je ne puis avoir aucun doute sur la compréhension de mes phrases. Cependant, il y a dans la façon dont il s'exprime quelques remarques à faire: d'abord il parle lentement, semble parfois chercher ses mots, a des hésitations et des tournures de phrases qui remplacent, à certains moments, le ou les mots qu'il n'a pas pu retrouver, ou qu'il ne peut prononcer, bien que les entendant ou les lisant mentalement dans sa mémoire. Il n'a pas de paraphasie dans le langage courant, mais elle apparaît, et il s'en aperçoit aussitôt, dès qu'il veut parler un peu vite: aussitôt il emploie des mots impropres, il « bafouille », il « barbouille », comme il dit, il arrive à ne pas se comprendre lui-même, et il est obligé de revenir à un débit plus lent et réfléchi.

Donc, dans l'ensemble, le langage *spontané*, en lui laissant le libre choix de ses mots, s'effectue convenablement. Dès qu'on précise la nomination des objets en le priant de les désigner quand on les lui montre, quelques erreurs apparaissent. Je lui présente successivement une clé, un crayon, un coupe-papier, et il les nomme sans hésitation. Pour une gomme à effacer, il réfléchit un peu plus et dit « gomme à encre ».

Je lui montre alors un stylo-mine. Aussitôt il dit « stylo » mais ne trouve pas le mot *mine*, bien qu'il le reconnaisse parfaitement et sache à quoi il sert: il finit cependant par le trouver, et bien que je lui ai demandé auparavant de se rendre compte si, mentalement, il entendra ou lira le mot avant de le prononcer, le souvenir surgit si brutalement et avec une telle rapidité réflexe dans son esprit, qu'il n'a aucun souvenir sonore ou visuel; il semble que c'est l'articulation qui a agi seule.

Je lui montre un porte-plume. Il dit aussitôt: « crayon », mais ajoute dès qu'il l'a prononcé: « ce n'est pas ça ». Et quelques instants après, il dit: « porte-plume », sans pouvoir préciser, là encore, si l'image sonore ou visuelle a précédé l'énonciation de l'objet.

Je lui montre un crayon rouge. Il dit crayon *bleu*, mais aussitôt ajoute « non » et cherche quelques secondes le mot *bleu*, qu'il prononce.

Je cherche à lui faire décrire le coupe-papier qu'il a reconnu tout de suite. Il me dit « le manche est ciselé » — ce qui est exact. Mais « de quel métal »? je demande. Il ne peut arriver à trouver le mot, et cependant il m'explique que ce métal sert «dans les serrures » ou « pour des douilles »; et pour bien me prouver qu'il en a bien l'image elle-même dans l'esprit, il sort une carte de sa poche, puis un crayon, et écrit sans hésiter et de la façon la plus lisible, en lettres manuscrites, le mot *cuivre*. Il ne peut quand même le prononcer; il finit cependant par dire: *bronze* en ajoutant aussitôt: « Ce n'est pas ça ». A ma demande du nombre de lettres, il me répond « six », et de syllabes, il me répond « trois ou deux », ce qui est remarquablement raisonné, car on peut en effet épeler *cu-i-vre*, ou *cui-vre*. Alors, je lui fais épeler le mot lettre par lettre, Il dit très bien *c*, puis *i* (« non, non » dit-il), il se reprend, dit alors *u*, puis *i*, mais s'arrête encore après un grand effort, termine enfin le mot en disant *vre*: mais s'il répète maintenant le mot entier il arrive très difficilement, même en les dessinant dans l'espace, avec son index, à épeler *v, r, e*.

La *répétition* des mots se fait bien, à condition que ce soit des mots simples, et qu'ils n'aient pas trop de syllabes; ou bien il faut les syllaber, et la répétition est convenable. Je lui lis, par exemple, cette réclame que j'ai sous les yeux:

> Vos bas feront plus d'usage si vous les lavez avec X.
>
> Instructions pour le lavage de vos bas:
>
> Versez X dans la cuvette (3 cuillerées à soupe pour 5 litres d'eau). Ouvrez le robinet d'eau froide, une mousse abondante se forme aussitôt.
>
> Plongez chaque bas dans la savonnée froide de X, en pressant légèrement.

Ne frottez pas, ne tordez pas. Rincez plusieurs fois jusqu'à ce que l'eau soit claire. Exprimez l'eau en pressant doucement dans vos mains, puis suspendez par les pointes.

Il n'est pas nécessaire de repasser vos bas après lavage, mais si vous le faites, repassez-les à l'endroit, avec un fer modérément chaud.

Si je ne lui demande de répéter que trois ou quatre ou cinq syllabes à la suite en m'arrêtant après les avoir prononcées moi-même, la répétition est parfaite. Mais dès que je dépasse ce chiffre, il oublie certaines syllabes, ou certains mots, sans que ce soit nécessairement toujours ceux du commencement de la phrase; et si je précipite le débit, les oublis sont encore plus nombreux.

Au contraire la *récitation* est remarquable: il me dit ainsi « Notre Père qui êtes au cieux » à un rythme de prière, beaucoup plus rapide que lorsqu'il parle, sans le moindre trouble de l'articulation et sans oubli de mots. De même, il me chante « Au Clair de la Lune » avec les paroles et l'air sans difficulté: ceci est d'autant plus intéressant qu'on se souvient, au début de son aphasie, qu'il avait oublié l'air et les paroles.

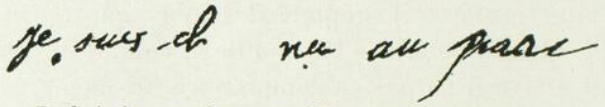
La *lecture* est plus défectueuse. Je lui mets sous les yeux un article du *Canada français*, que je viens de recevoir, et qui est intitulé: « Pile ou face pour une Seigneurie ». Il lit très bien *pile ou face*, mais arrivé au mot *pour*, il dit: *la, ou,* enfin *pour*. Le mot *une* l'arrête encore plus longtemps; il dit: *eu, eu, eun* et ne peut arriver à dire *une*. Quant au mot *Seigneurie,* il est extrêmement gêné, car ce n'est pas un terme courant pour lui et je suis obligé de le lui lire, pour qu'il le répète alors correctement.

L'article commence de la façon suivante: « Plus de deux siècles après le retour de Jacques Cartier en France, deux jeunes Ecossais »... Il lit: « Plus de deux siècles *avant,* (non, dit-il) après le ... tour (quelque chose avant, dit-il), le retour de Jacques Car-i-dit-ce-tier, Cartier en France »...

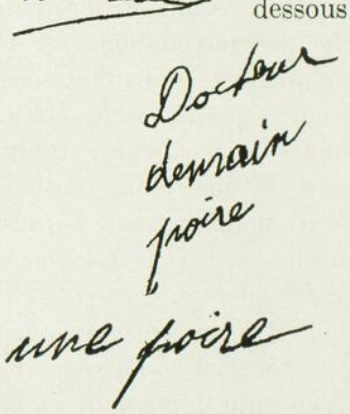
Je l'interromps et lui demande: « Qui était Jacques Cartier? » Il me répond: « un explorateur du Canada ».

Puis il reprend sa lecture: « deux jeunes »... et après hésitation, il lit « Irlandais », mais ce mot est à peine sorti de sa bouche qu'il proteste et dit: « Non, c'est pas ça, c'est à côté ». Et il me dessine dans l'espace le profil de l'Irlande en disant que cette île est toute proche du pays dont il lit le mot, mais qu'il n'arrive pas à prononcer. Je suis obligé, cette fois encore, de lui souffler le mot *Ecossais* qu'il répète avec satisfaction en disant « Eh oui! c'est bien ça. L'Ecosse est à côté de l'Irlande ».

L'écriture est encore plus difficile. Je lui dis d'écrire ce qu'il voudra. Voici ce qu'il écrit:

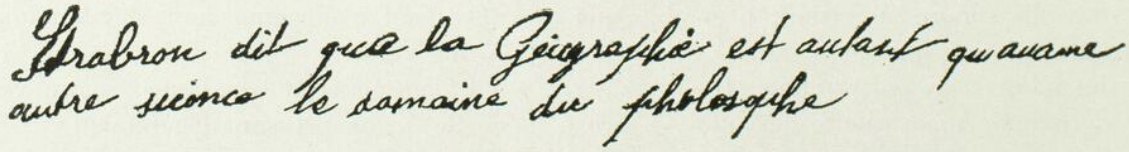


Je lui demande ce qu'il a voulu mettre: « Je suis venu au parc. » Il signe au contraire sans difficulté les mots ci-dessous que je lui dicte:



Pour la phrase « j'ai acheté une poire », qui est correcte, j'ai pris la précaution de la lui dicter syllabe par syllabe.

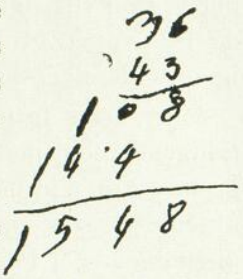
Enfin, il a recopié sans peine la phrase ci-dessous, prise dans un autre article du *Canada français,* intitulé « Visite au Maroc ».



Comme on le voit, il y a quelques fautes de copie.

Le *calcul* est généralement la matière la plus ingrate dans la rééducation de l'aphasique. Il n'en est que plus intéressant d'essayer de se rendre compte quelles sont, dans ce cas, les opérations mentales auxquelles il se livre.

Pour les additions, surtout simples, il n'y a guère de difficultés. La multiplication revient pour Jean à une addition. Je lui ai dicté celle-ci, qu'il a inscrite sur le papier: elle est juste, mais il a mis un certain temps pour la faire. Et voici pourquoi.



Il est arrivé à savoir automatiquement par cœur la table de multiplication jusqu'à 4 ou 5. Dès que dans la multiplication à effectuer, un des deux chiffres dépasse 4 ou 5, il additionne. Il ne dit pas par 3 x 6 = 18; il additionne 6 plus 6 = 12 plus 6 = 18. De même, il ne compte pas 4 x 6 = 24; il additionne 6 plus 6 = 12 plus 6 = 18 plus 6 = 24.

Au besoin, il lui arrivera de compter sur ses doigts. Mais comme il cherche à s'éviter des efforts de mémoire, parfaitement inutiles, il a tout simplement pris le sage parti, de même qu'il a un dictionnaire dans sa poche, d'avoir aussi une table de multiplication: un simple coup d'œil lui fournit ainsi la solution cherchée.

V

Ce cas d'aphasie rentre dans le groupe des formes curables les plus classiques: il offre de plus cet avantage de rappeler la fameuse observation de Lordat.

En effet, le début s'est fait par une maladie infectieuse et s'est accompagné bientôt de la perte de la parole. Quelques rares mots émergent mais le vocabulaire ne revient pas rapidement. Le sujet entend et répond par signes, mais comprend-il tout ce qu'on lui dit? Il est probable, ainsi que Lordat l'a expliqué pour lui-même, qu'il ne pouvait pas suivre, tout au moins dans les premiers temps de son aphasie, le débit de celui qui lui parlait.

L'amélioration porte assez vite sur la reconnaissance et la compréhension des mots par l'ouïe. Le langage lu présenta plus longtemps des difficultés et le langage écrit encore davantage. Mais en réalité ce qui est gêné à un degré plus ou moins élevé, suivant que l'on part du langage spontané pour arriver au langage répété, lu ou écrit, c'est l'articulation des mots, leur prononciation, « la force vitale », disait Lordat.

Bref, ce qui est troublé, c'est la manifestation en quelque sorte extérieure du langage, bien que les organes moteurs depuis les lèvres jusqu'au larynx soient en parfaite condition physique et fonctionnelle.

Derrière ce masque d'impuissance et de perte de la parole, l'intelligence est intacte et toutes les images, antérieurement acquises par les sens (ouïe, vue, toucher, goût, odorat) ou par les associations mentales, sont présentes: le « sens intime » de Lordat persiste donc intégralement.

A en juger par l'examen de ce jeune homme, on peut conclure, en effet, que son intelligence est conservée. Ses multiples réponses le prouvent surabondamment, puisqu'il peut se faire admirablement comprendre par le geste, la mimique, l'écriture ou certaines périphrases, afin de remplacer le mot qu'il ne peut évoquer parfois, mais qu'il voit au moins dans sa conscience, sans pouvoir arriver à le prononcer. Il y a ainsi tantôt oubli simple du mot (amnésie verbale) et tantôt oubli des moyens d'articuler ou impossibilité d'articuler (asynergie verbale): car on peut se demander pourquoi il y aurait uniquement amnésie pour les images, dites sensorielles, et non pour les images motrices. Rien n'empêche en effet, de concevoir que l'amnésie puisse porter aussi bien sur les mots que sur le système de synergie qui permet leur articulation.

La rééducation se fait comme pour le débutant, pour l'enfant qui apprend à parler. Il répète les mots entendus, les plus simples d'abord, en s'aidant de la vue pour imiter les mouvements phonateurs qu'on lui montre, ou qu'il se représente devant un miroir, et qu'il a oubliés, ou qu'il ne peut plus répéter. Puis

il meuble sa mémoire de sons, de syllabes et de mots de plus en plus nombreux: peu à peu il reconstitue ainsi son vocabulaire. L'aphasique au début fait retour à l'incoordination du langage de l'enfant qui commence à parler et qui ressemble à l'incoordination de ses mouvements quand il commence à marcher: de même que ses jambes s'enchevêtrent, et qu'il perd l'équilibre et tombe dès ses premiers pas, de même il parle un véritable charabia. Ainsi l'aphasique retombe dans l'enfance quant au langage, de même que l'ataxique, quant à la marche: dans les deux cas, toute l'éducation motrice est à refaire, mais avec cette différence que la volonté n'a plus à son service que des moyens de communication en plus ou moins mauvais état — ce qui rend la rééducation plus difficile et ses résultats plus ou moins imparfaits.

Si l'intelligence est donc conservée, elle n'en est pas moins troublée dans son fonctionnement. Et il n'est pas douteux qu'il en résulte une diminution des aptitudes et, en définitive, un certain amoindrissement de la personnalité.

Ce garçon avait commencé de brillantes études et avait devant lui un avenir plein d'espérances. Sa scolarité a été interrompue, et il a dû la reprendre en entier sur de nouvelles bases. Mais sa façon de se comporter socialement a changé; et il lui a fallu chercher une autre orientation plus en rapport avec ses nouveaux moyens d'action. Les petits trucs qu'il a été forcé d'inventer pour remplir son rôle, s'ils prouvent une jolie intelligence, n'en soulignent pas moins, sinon une certaine diminution, du moins de la gêne dans ses ressources intellectuelles: ce qui pratiquement revient au même.

A ce point de vue, on peut trouver un nouveau point de comparaison avec la condition de Lordat, après sa rééducation du langage et la guérison de son alalie: alors qu'avant sa maladie, c'était un improvisateur et un orateur à la parole facile, qui faisait ses leçons, le plus souvent sans notes, il fut obligé ensuite de lire toujours ses cours. Cela ne veut pas dire que son intelligence était réellement amoindrie, puisque son fameux mémoire sur l'alalie date de cette époque; mais sa personnalité n'en avait pas moins subi une certaine atteinte.

Dans le cas particulier de notre jeune homme, il est à noter que ce défaut d'articulation verbale présente d'étonnants rapports d'analogie avec les petites difficultés qu'il éprouve pour la reconnaissance des objets au moyen du toucher de la main droite et aussi la moindre perception sur tout le côté droit de la piqûre, de la température et du tact, ainsi que des images dessinées sur la peau.

Ainsi, selon la manière dont on conçoit l'intelligence, on peut estimer qu'elle est intégrale ou qu'elle ne l'est pas. En réalité, si les auteurs ne sont pas d'accord sur la forme des phénomènes et leur définition, ils se comprennent admirablement quant au fond.

En premier lieu, qu'il s'agisse de Bouillaud, de Broca, de Trousseau, de Déjerine, de Pierre Marie et de la plupart des autres, ils savaient bien depuis Lordat pour qui, jusqu'à lui, « la maladie n'avait pas encore été convenablement analysée, caractérisée, expliquée » que cette perte de la parole devait se différencier de l'idiotie et de la folie.

En deuxième lieu, si certains d'entre eux faisaient remarquer que l'intelligence était altérée, ils spécifiaient que ce n'était que dans certaines observations, et non dans toutes; et d'autre part, que cette gêne dans le fonctionnement de l'intelligence ne voulait pas signifier qu'il s'agissait toujours d'un trouble profond et réel de la pensée intime.

Dans ces nuances, il tient tout le différend qui est beaucoup plus dans ces interprétations de définition que dans les faits eux-mêmes: il serait en effet bien extraordinaire que des personnalités aussi averties que celles que nous avons citées ne voient pas le problème, dans ses grandes lignes, de la même façon.

En conclusion, de toute manière, on est obligé de remonter au rudiment. Et dans l'ensemble, c'est la conception de Lordat qui reste, et c'est pourquoi le terme de « Maladie de Lordat » s'impose.

D'autre part, la localisation, ici, est relati-

vement aisée, si l'on s'en rapporte aux données le mieux établies pour le moment. La lésion la plus importante doit être située dans la zone de la troisième circonvolution frontale gauche, ou zone de Broca. Mais elle s'étend plus haut et en arrière dans la zone sensitivo-motrice des frontale et pariétale ascendantes, puisque le sens du toucher, en particulier, persiste à être troublé. Des relations de coordination sont aussi en jeu: car il y a eu perturbation de l'audition et de la cécité verbales. Donc, il faut que les lésions aient été assez étendues au début jusque dans les zones de la première temporale et du pli courbe pour expliquer les phénomènes constatés.

L'infection ayant guéri, il est resté quelques altérations cicatricielles qui ont continué à gêner le libre fonctionnement du jeu verbal. Pousser plus loin cette analyse histologique et localisatrice n'a qu'un intérêt relatif. Car nous avons vu que si, en règle générale, selon la loi de Marc Dax, c'est l'hémisphère gauche qui est vraisemblablement touché, il est certain que l'atteinte du langage n'est pas une simple affaire de localisation, et que la clinique doit d'abord et toujours nous guider dans nos observations.

Néanmoins, il est légitime d'associer le nom de Dax à celui de Lordat, et de désigner dorénavant, aussi bien le cas d'aphasie que je viens de décrire que tous les autres cas d'aphasie, sous le nom de « Maladie de Lordat-Dax ».

RECUEIL DE FAITS

LA HERNIE DIAPHRAGMATIQUE

Par

Anselme LEGER, chef de service. **Roger-R. DUFRESNE**, assistant bénévole.

Service de médecine de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Les malformations du diaphragme n'ont réellement acquis droit de cité dans la pathologie que depuis les trois dernières décades. Le médecin aux prises avec cette capricieuse anomalie ne pouvait, et ne peut encore le plus souvent, en soupçonner la présence avec les seules ressources de la clinique.

Dès que les rayons X prêtèrent leur concours à l'étude de la pathologie digestive et que l'on commença d'interroger, à l'aide des substances opaques, l'aspect et la position des viscères creux de l'abdomen, l'attention fut bientôt attirée du côté des différentes anomalies du diaphragme, grâce aux surprises et aux complications qu'elles apportèrent à l'enquête radiologique. L'alerte fut alors donnée et la littérature médicale consacrée à cette question s'accumula rapidement. Avant cette époque, la hernie diaphragmatique était habituellement une trouvaille d'autopsie. Ambroise Paré en aurait rapporté deux cas, dont une découverte opératoire.

De 1610 à 1908, d'après Dickson (1), la lésion qui nous intéresse aurait été identifiée dix fois seulement du vivant des malades. Il semble, comme nous l'avons dit plus haut, que les radiologistes commencèrent de s'intéresser à cette question vers 1910.

En 1912, Griffin (2) en avait réuni 650 cas inédits dont 15 seulement avaient été reconnus du vivant des malades.

En 1921, Breitner (3) en rapportait 44 autres, dont 6 avaient été diagnostiqués sans l'aide des rayons X.

En 1925, Morrisson (4) donne sa statistique de 42 cas, tous des trouvailles radiologiques accumulées au cours de 3,500 examens de routine pratiqués pour troubles gastro-intestinaux.

En 1930, Ritvo (5) en rapporte 60 cas sur 8,000 examens radiologiques faits dans les mêmes circonstances que ceux de Morrisson.

Au Toronto General Hospital (6), sur une période de 14 ans, on a retrouvé 206 hernies du diaphragme; de ce nombre aucun cas d'hernie à travers l'hiatus œsophagien n'avait été soupçonné et 8% seulement des autres variétés anatomiques avaient attiré, plus ou moins d'ailleurs, l'attention des cliniciens du côté du diaphragme.

Pour faire pendant aux chiffres de Dickson, cités plus haut, donnons enfin ceux de Hedbloom (7) qui prétend en avoir relevé 1,003 cas publiés de 1908 à 1931.

Ces différentes statistiques mettent en relief la faible incidence de la hernie au cours des affections digestives: 0.75%. Cette rareté est toutefois compensée, au point de vue de l'intérêt de la question, par l'importance qu'il y a à dépister la hernie. Elle peut, en effet, donner pendant des années le change pour une lésion pulmonaire, cardiaque ou digestive, provoquer de ce fait, des gestes thérapeutiques souvent intempestifs ou désastreux, ou donner brutalement des accidents déroutants et très souvent mortels d'occlusion ou de perforation.

Anatomie pathologique

Les auteurs divisent habituellement ce chapitre en hernies traumatiques et non traumatiques.

S'il y a traumatisme direct, celui-ci peut faire céder n'importe lequel point du diaphragme; si le coup atteint indirectement ce muscle, le dôme et la moitié postérieure gauche en sont les endroits les plus vulnérables.

La hernie non traumatique peut être con-

génitale ou acquise; la première est de beaucoup la plus fréquente et la plus intéressante à étudier. Cette étude exige un rappel embryologique et anatomique tel que celui que l'on doit à la plume de Bernier et Guilbault (8).

Résumons quelques points de ce travail. L'on sait que le cloisonnement du cœlome se complète au cours du 3e mois de la vie embryonnaire.

Le septum transversum qui sépare à ce moment les deux cavités est à point de départ ventral et latéral et voile la cavité péricardique. La moitié postérieure du futur thorax est donc à ce moment, dépourvue de cloison; celle-ci se formera à même l'extension de deux replis pleuro-péritonéaux à concavité antérieure qui viendront fermer le diaphragme à la manière d'un iris de lentille cinématographique. S'il intervient des facteurs qui paralysent l'extension des replis pleuro-péritonéaux, nous aurons une hernie fausse, sans sac, grâce à laquelle les organes abdominaux seront directement en contact avec les viscères thoraciques: c'est la hernie dite embryonnaire, la plus fréquente. Dans la hernie vraie qui est rare, il y a un sac, composé d'un feuillet péritonéal, d'une couche pleurale et parfois de quelques éléments musculo-membraneux plus ou moins dissociés.

La hernie fausse siège habituellement à gauche; sur 635 cas, Eppinger (9) en 1911, n'en avait trouvé que 55 à droite. Harrington (10) a consacré une longue étude à cette question des endroits d'élection de la hernie; par ordre de fréquence ce sont:

1. Le trou de Bochdalek, un orifice anormal, créé par l'aplasie du bourgeon postéro-latéral gauche;

2. L'hiatus œsophagien qui n'est que l'agrandissement d'un orifice normal; cette lésion est considérée actuellement comme très fréquente; l'organe intéressé, en outre du coincement de la partie terminale de l'œsophage, est habituellement la portion juxta-cardiaque de l'estomac. Cette fréquence de l'hiatus œsophagien expliquerait peut-être, d'après Gutmann (11), ces gastralgies à éclipse avec des douleurs épigastriques, hautes, violentes et intermittentes que la radiologie limitée aux examens en position debout ou en simple décubitus trouve habituellement sans fondement.

3. Le trou de Morgagni;

4. Le dôme diaphragmatique; à un degré plus avancé, il peut s'agir de véritables agénésies diaphragmatiques amenant une absence partielle ou totale d'un hémidiaphragme, expliquant certaines ectopies thoraciques importantes telles que celles rapportées par Jutras (12). Von Magenburg, cité par B... et G..., souligne l'importance de la recherche du nerf phrénique dans ces cas d'infirmité du diaphragme; son absence permettrait de conclure à l'aplasie primitive et sa présence à un simple manque de fermeture des orifices embryonnaires.

La hernie non traumatique acquise est habituellement secondaire à la distension de l'orifice œsophagien; elle peut également affecter l'orifice de Bochdalek.

Il arrive enfin qu'une nécrose inflammatoire au cours d'un abcès sus- ou sous-diaphragmatique, facilite l'apparition d'une hernie, grâce à l'atteinte des parties musculo-aponévrotiques du diaphragme. Tous les viscères intra-abdominaux, sauf le rectum et les organes génitaux ont été retrouvés dans le contenu des hernies diaphragmatiques. L'estomac et les côlons en sont les plus fidèles habitués.

A ce sujet, les chiffres suivants colligés par Eppinger en 1905, sont à comparer à ceux qu'a donnés plus récemment Richards (13).

Eppinger, sur 635 cas, avait relevé 187 fois la présence de l'estomac, 174 fois celle des côlons, 113 fois celle du grêle, 107 fois l'épiploon, 78 fois la rate, 60 fois le foie, 48 fois le duodénum, 32 fois le pancréas et 3 fois les reins gauche ou droit.

Richards, lui, donne également, sur 330 cas, la première place à l'estomac avec 161; puis viennent les côlons 145; le grêle, 83; l'épiploon, 46; le foie, 43; le duodénum, 35; pancréas, 27; cæcum 20; les reins, 2.

Si les organes intra-abdominaux s'installent aussi volontiers dans la cavité thoracique,

cette visite ne leur est jamais rendue par les viscères thoraciques.

Saeurbruch (14) qui a revu toute la littérature à ce sujet, n'a pu trouver mention d'un seul cas d'intrusion d'une viscère thoracique dans la cavité abdominale.

Tous les viscères creux qui élisent ainsi domicile plus ou moins permanent dans la cavité thoracique sont susceptibles d'être touchés par les affections courantes, ulcères, cancers, appendicites, etc., en plus des occlusions et des volvulus qui viennent souvent compliquer l'anomalie anatomique et parfois la révéler.

Tant qu'aux lésions des organes thoraciques, victimes de l'invasion, elles n'ont pas encore fait, à notre connaissance, l'objet d'une étude très approfondie. Nous en mentionnerons quelques-unes, parmi les plus rares, entre autres, le cas rapporté par Sergent (15) où il s'agissait d'une hernie diaphragmatique incluant l'estomac et le côlon, et subitement compliquée d'un accident pulmonaire aigu avec pleurésie et obstruction fatale du côlon. On peut rencontrer d'ailleurs des cas plus heureux tel celui rapporté par Brown et Sampson (16), d'une tuberculose pulmonaire en évolution collabée et guérie, grâce à une providentielle hernie diaphragmatique. Mais pour s'en tenir aux lésions courantes subies par les viscères thoraciques refoulés, citons la dextrocardie, le collapsus pulmonaire plus ou moins permanent et complet, les adhérences péricardiques ou pleurales, et les épanchements qui pourront venir compliquer l'intervention réparatrice.

Symptomatologie

A cause de son mutisme clinique total, la hernie diaphragmatique échappe dans un grand nombre de cas au médecin. En d'autres circonstances, la masquarade symptomatologique en rend l'identification pratiquement impossible. Voilà la notion capitale qui se dégage des publications accumulées sur le sujet; elle doit dominer l'étude clinique que nous entreprenons. Nombre d'auteurs se sont résignés, d'ailleurs, à diviser les hernies diaphragmatiques au point de vue clinique en lésions qui donnent des signes et en lésions qui n'en donnent pas. Il semble que cette distinction repose surtout sur la présence ou l'absence de l'intestin dans le contenu de la hernie. Dans le premier cas, le tableau clinique est souvent très varié et, de ce fait, plus décevant. Pour des raisons d'ordre purement didactique, l'on a divisé la symptomatologie de la hernie diaphragmatique en signes thoraciques, cardiaques et pulmonaires, et en troubles d'origine digestive.

Le tableau cardiaque, dyspnée, cyanose, douleurs précordiales, tachycardie post-prandiale, n'a rien de très révélateur, si ce n'est qu'il apparaît surtout après les repas et cesse dès que le malade a vomi.

G. Durand (17) rapporte un cas de hernie diaphragmatique chez un malade qui ne se plaignait, en plus d'une légère dyspnée post-prandiale, que d'une sensation étrange et assez mal définie « de quelque chose qui flottait dans son thorax ». On découvrit aux rayons X un côlon qui décrivait en arrière de l'ombre cardiaque une boucle importante, compliquée d'une stase nette après évacuation intestinale.

M. Roch (18) cite sous le titre de fausse angine de poitrine, un cas de hernie diaphragmatique congénitale révélée à l'âge de 60 ans par des algies précordiales consécutives à une grippe.

La symptomatologie pulmonaire, ou soi-disant pulmonaire est plus variée, au point de vue objectif surtout, et souvent plus impressionnante et plus déroutante.

Les malades peuvent accuser une dyspnée continue ou non, à paroxysmes post-prandiaux, exagérés par l'abondance du repas. Il peut s'agir aussi d'algies thoraciques vagues et capricieuses, de toux fréquente, de bronchites à répétition. Au point de vue objectif, c'est le chaos. Très souvent, la tolérance parfaite de la lésion s'accompagne d'un examen thoracique complètement négatif, ou alors, c'est l'apparition brusque d'un syndrome complet d'épanchement pleural, suivi à bref dé-

lai, d'une symptomatologie « cavitaire », avec retour à la normale en quelques heures. Ce qu'il faut retenir c'est « la mutation rapide et capricieuse des signes cliniques, inexplicable dans l'hypothèse d'une affection pleuro-pulmonaire ». Gutmann à qui nous empruntons ces quelques lignes a rapporté en 1936 un cas de faux pneumo-thorax d'origine digestive (19).

Encore heureux est le confrère qui abusé par les signes d'épanchement ou intrigué par la bizarrerie symptomatologique, ponctionne résolument dans la matité, s'il ne perce pas l'intestin et ne contamine pas la plèvre et le péritoine. Dazé (20) a publié en 1931, l'histoire d'un jeune homme d'une trentaine d'années, en parfaite santé jusqu'alors qui fut saisi brutalement par une douleur thoracique violente, avec cyanose, vomissements, etc. L'examen physique faisait croire à un épanchement pleural aigu. La mort survint en 48 heures et l'autopsie révéla la présence d'une hernie diaphragmatique congénitale étranglée, englobant l'estomac, le côlon ascendant, le transverse et la rate. Les accidents de ce genre sont toutefois rares chez l'adulte. Ils sont plutôt l'apanage des nourrissons et des enfants en bas âge. Greenwald et Steiner ont compté sur 82 cas de hernie congénitale 43 morts à la naissance et 18 décès au cours de la première année; à peu près 25% seulement de ces enfants vivraient donc plus que douze mois et souvent d'ailleurs avec de notables retards du développement, d'après Lanenstein (21).

Les troubles digestifs au cours de la hernie diaphragmatique peuvent être nuls, très discrets ou brutaux. Cela semble dépendre, surtout, nous l'avons dit plus haut, des viscères inclus dans la hernie. L'estomac et le duodénum seuls donnent des malaises souvent tenaces mais bénins, tandis que l'intestion grêle ou le côlon sont plus susceptibles de provoquer inopinément des drames aigus qui déroutent d'autant plus le clinicien que l'anomalie diaphragmatique avait pu jusqu'à ce moment, rester muette. Cette éventualité redoutable n'est pas la règle, surtout chez l'adulte, et des lésions aussi considérables que celle présentée par notre première malade sont compatibles avec une existence quasi normale. L'importance du bouleversement viscéral n'influence pas toujours l'allure du tableau clinique.

Les troubles œsophagiens sont rares; ils se résument habituellement en déglutitions douloureuses ou rappellent plus ou moins le syndrome de la sténose œsophagienne incomplète. Plus souvent la symptomatologie est gastrique; elle simule habituellement l'aérophagie qui peut d'ailleurs coexister et compliquer la hernie; les patients accusent alors des pesanteurs post-prandiales, de la tension épigastrique, des régurgitations en salves et parfois même des vomissements abondants qui les soulagent. On peut aussi avoir affaire à des crises douloureuses de l'épigastre qui peuvent en imposer pour certaines formes atypiques de l'ulcère gastro-duodénal.

Les troubles intestinaux se résument en constipation plus ou moins opiniâtre, aggravée de crises douloureuses d'intensité variable, sensation de barre épigastrique avec gonflement sous-costal soulagée habituellement par le décubitus. C'est le tableau habituel du dolicho ou du mégacôlon, de la colite de l'angle gauche. C'était d'ailleurs le diagnostic porté chez notre première malade avant l'examen radiologique. Les crises douloureuses de l'hypocondre gauche qui peuvent être aussi violentes que courtes, parfois même syncopales, se terminent habituellement par des borborygmes et des émissions de gaz. Il nous resterait à faire la revue de la symptomatologie propre aux viscères abdominaux pleins inclus dans la hernie; foie, rate, pancréas, reins. Nulle part, il n'en est fait mention d'une façon précise. Ces anomalies doivent pourtant occasionner des troubles passagers du moins, dans la circulation intra-abdominale.

Le fait qu'on n'en ait pas encore, à notre connaissance, rapporté d'observations concluantes, est une autre preuve de la tolérance de l'organisme à l'égard de ces anomalies du diaphragme qui bouleversent souvent toute la topographie thoracique et abdominale.

Les rayons X ont la partie belle, devant l'impuissance de la clinique. Encore faut-il que le radiologiste ne se laisse pas abuser par la banalité de l'histoire clinique et pense à rechercher l'anomalie diaphragmatique. Moore et Kirklin (22) ont écrit en effet « que le plus grand empêchement qu'ils connaissaient au repérage de la hernie diagphragmatique, c'était la négligence du radiologiste à la rechercher ». Il y a donc des précautions à prendre et des techniques à suivre que nous n'avons pas à discuter au cours de ce travail. Les rayons X, en rénovant cette question des anomalies diaphragmatiques, ont également permis d'isoler la hernie de l'éventration et du mégadiaphragme.

*
* *

De tout ce qui précéde, l'on comprendra aisément la difficulté du diagnostic différentiel entre la hernie diaphragmatique et les multiples affections qu'elle simule.

Harrington (23) a relevé au cours d'une étude détaillée de 131 cas opérés, une moyenne de trois erreurs de diagnostic par cas faites avant que les troubles aient été justement rattachés à l'anomalie diaphragmatique. Les erreurs les plus communes seraient, par ordre de fréquence: la cholécystite, lithiasique ou non, l'ulcus gastrique ou duodénal, l'anémie, le cancer du cardia, le spasme œsophagien, l'appendicite et l'obstruction intestinale. Bon nombre de ces affections peuvent évidemment coexister avec la hernie. Harrington n'est pas très explicite sur ce point. Est-il besoin d'ajouter que 12 des 131 malades furent opérés pour l'une des lésions plus haut mentionnées, sans en tirer grand profit. Trémolières, Tardieu et Caquot (23) prétendent tout de même qu'en bon nombre de cas, une étude clinique minutieuse, révélant par exemple une douleur épigastrique post-prandiale précoce, calmée par le décubitus, associée à une dysphagie paradoxale et se compliquant d'un syndrome cardio-pulmonaire provoqué par la réplétion gastrique et calmé par des vomissements abondants, peut suggérer, sinon la hernie, du moins une anomalie du diaphragme. Il s'agirait là du cas idéal, au point de vue clinique. Mais encore faut-il y penser!

Il n'est pas moins difficile de trancher la question du pronostic.

Nous avons cité plus haut les chiffres de Greenwald et Steiner. Il s'agissait, en l'occurrence, de lésions congénitales importantes et, de ce fait, révélant tôt leur présence par des accidents graves. La hernie est-elle moins considérable ou mieux tolérée pour des raisons qui nous échappent d'ailleurs dans un bon nombre de cas, qu'elle devient compatible avec une existence plus ou moins normale et souvent prolongée. L'inclusion de l'intestin dans le contenu herniaire oblige à plus de réserve, nous l'avons vu. Cette dernière éventualité doit d'ailleurs selon la majorité des auteurs, imposer une prompte intervention chirurgicale, à cause de la menace d'occlusion intestinale. Cette opinion qu'on ne peut discuter en théorie, rencontre cependant certaines objections d'ordre pratique. Objections de la part du malade, dans certains cas; si ce dernier venu consulter pour une dyspepsie banale ou une simple tachycardie, apprend au bout de l'enquête clinique et radiologique, qu'il doit subir une intervention chirurgicale grave. Il se dira qu'il a vécu depuis un bon nombre d'années, depuis sa naissance le plus souvent, avec une infirmité qui l'incommode trop peu pour qu'il accepte le risque d'une réparation difficile même aux mains des plus qualifiés. Il ne nous appartient pas de discuter ici des techniques opératoires mais il nous semble que, quelle que soit la voie d'abord, transthoracique ou abdominale, on ne doit pas pouvoir sans peine et surtout sans danger défaire les adhérences créées, surtout dans les cas des hernies sans sac, entre les viscères thoraciques et les organes abdominaux qui sont venus partager leur domicile. Harrington répond à ces réserves en donnant sa statistique de 131 cas de hernie diaphragmatique, de nature, d'emplacement et de calibre variés, opérés par lui, à la clinique Mayo. 11 malades furent soumis

à une simple phrénicectomie; l'un d'eux succomba à une crise d'angine de poitrine intercurrente, 4 moururent des causes indéterminées; les six survivants ont éprouvé après l'intervention, une amélioration partielle. 113 subirent la cure radicale. De ce nombre, 110 sont complètement débarrassés de leurs troubles, 3 ont subi des récidives. 7 enfin, moururent des suites opératoires. Ce sont là des chiffres encourageants, semble-t-il, pour les partisans de l'intervention. Il serait plus intéressant d'avoir les détails de chaque cas opéré par Harringon, de connaître l'importance anatomique et l'emplacement de chaque lésion opérée, les circonstances cliniques qui motivèrent l'intervention, drames aigus ou troubles chroniques; il faudrait peut-être, aussi que cette statistique des 116 guérisons sur 131 cas, subisse l'épreuve du temps, avant de rallier l'opinion générale à la nécessité et aux bienfaits de la cure chirurgicale radicale.

Les deux cas que nous présentons illustrent bien la coexistence de l'anomalie anatomique importante et du tableau clinique capricieux, banal ou absent (cas n° 1); et d'autre part, (cas n° 2) le danger du drame aigu révélant la lésion en même temps qu'elle emporte le malade.

*
* *

Observation I.

Mlle X, 43 ans, traitée depuis quelques années pour soi-disant pleuropathie, sans toux, sans expectoration, sans température, sur la foi de quelques signes cliniques mal définis et sans contrôle radiologique. Le médecin qui la suit a remarqué aussi de la constipation, de l'aérophagie qu'elle combat avec du lait de magnésie et des huileux.

La malade est vue par l'un de nous, pour la première fois le 22 février 1938, elle accuse à ce moment des douleurs sous-costales gauches, de la constipation et de l'aérophagie. Les troubles sont rapportés au côlon descendant et angle splénique et le lavement baryté permet de découvrir la lésion suivante.

Après ces constatations radiologiques, l'étude du cœur et des poumons ne nous permet pas de

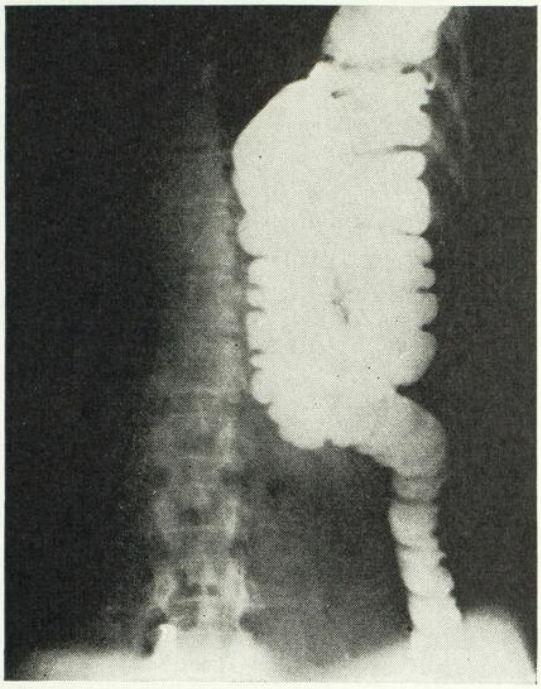


Fig. I

Le lavement montre un sigmoïde et un côlon descendant en position normale. Le côlon transverse, l'ascendant et le cæcum sont logés dans la cage thoracique gauche jusque sous la clavicule. L'évacuation intestinale est rapide, complète et pratiquement indolore.

conclusions cliniques. La malade prend de l'huile de ricin et de l'huile russe depuis 1½ an et sa lésion semble parfaitement tolérée.

Observation II.

M. E. Ste-M., 45 ans, n'a jamais présenté de troubles digestifs ou autres pouvant faire soupçonner la hernie diaphragmatique jusqu'au jour où il est pris brusquement par une dyspnée intense, accompagnée d'une douleur thoracique gauche. Son médecin trouve à l'examen physique des signes indiscutables d'épanchement thoracique, ponctionne et retire un pus sale. Le malade est transporté à l'hôpital et meurt dans la nuit. L'autopsie révèle sur la portion de l'estomac, contenue dans la hernie diaphragmatique, la présence d'un ulcère perforé. Ce que la ponction avait permis de retirer c'était le bouillon que le malade avait pris avant sa crise.

BIBLIOGRAPHIE

1. DICKSON: «Hernie diaphragmatique», *J.C.M.A.*, juillet 1933.
2. GRIFFIN: Cité par Dickson.
3. BREITNER: Cité par Dickson.
4. MORRISSON: Cité par Dickson.
5. RITVO: Cité par Dickson.
6. TOR, G. H.: Cité par Dickson.
7. HEDBLOOM: *J. A. M. A.*, nº 85, 1925; *Annals of Int. Med.*, 8 août 1934.
8. BERNIER et GUILBAULT: *U. Méd. Canada*, février 1938.
9. EPPINGER: Cité par Gilbert et Babaiantz. *Journ. de Rad. et d'Elect.*, mars 1936.
10. HARRINGTON, STUART et KIRKLIN: *Radiology*, février 1938.
11. GUTTMANN: *Syndrômes doul. rég. épigastre.* 2e vol., p. 419-451.
12. JUTRAS, DELHERM, THOYER: *Union Méd. du Canada*, mars 1932.
13. RICHARDS: cf. Gilbert et Babaiantz.
14. SAUERBRUCH: Cité par Stobie, *C. A. M. Journal*, fév. 1937.
15. SERGENT: *Arch. méd. et app. resp.* 1933.
16. BROWN et SAMPSON: *Am. Rev. Tuberculosis*, mars 1936.
17. G. DURAND: *Arch mal. app. dig.*, mai 1936.
18. M. ROCH: *P. Méd.*, 20 oct. 1934.
19. GUTTMANN: *Arch. mal. app. resp.*, 1926, nº 4.
20. DAZE: *Journal de l'Hôtel-Dieu*, mars-avril 1937.
21. LANENSTEIN: *Zeitschroft Kinderkeit*, 22 nov. 1932.
22. MOORE et KIRKLIN: Cités par Stobie, *Can. Ass. M. Jr.*, fév. 1937.
23. TREMOLIERES, TARDIEU et CAQUOT: *Pressse Méd.*, 21 fév. 1934.
24. QUENUT: *Arch. Méd. Chir. de l'app. resp.*, nº 4, 1926.

MOUVEMENT MÉDICAL

LE RÉGIME DIÉTÉTIQUE [1]

Par **Honoré NADEAU,**
Professeur de Diététique à l'Université Laval (Québec).
Assistant du service de Médecine de l'hôpital Saint-Sacrement.

La Diététique, science de l'alimentation et des régimes, est de connaissance assez récente. Elle a cependant fait d'énormes progrès au cours des cinquante dernières années. L'ampleur et la rapidité de son essor ont été rendues possibles grâce aux nombreuses recherches effectuées en chimie biologique et alimentaire, grâce à l'acquisition de données de la plus haute importance dans le domaine de la physiologie normale et pathologique de la digestion et de la nutrition générale. Livrée à l'empirisme pendant de longs siècles, la diététique a vu, sous l'impulsion de nombreux chercheurs, s'établir ses principes, aujourd'hui bien établis, et se codifier ses règles, de plus en plus précises, pour en arriver à prendre figure d'une science nettement individualisée.

*
* *

Une connaissance plus profonde de la composition, des propriétés biologiques et diététiques, de la valeur alimentaire et nutritive des diverses substances alimentaires retrouvées dans la nature, attire de plus l'attention sur la nécessité d'une alimentation bien comprise, fournissant les matériaux nécessaires à l'édification, à l'entretien et au renouvellement des tissus, en un mot, une alimentation capable de satisfaire aux besoins de l'organisme quelles que soient les conditions dans lesquelles il puisse se trouver. La nécessité d'une saine diététique s'avère de plus en plus impérieuse non seulement chez les sujets sains, mais aussi, et surtout, chez les individus malades. « Il n'est pas exagéré d'affirmer, dit Mouriquand, que la Diététique est, pour l'homme, la plus utile des sciences; correcte, elle lui assure (sauf agressions pathogènes) une vie et une descendance normales; défectueuse, elle entraîne des troubles à échéance proche ou lointaine qui compromettent ou ruinent sa santé. »

*
* *

La plupart des hygiénistes et des cliniciens s'accordent à reconnaître d'une part, l'heureuse influence d'une alimentation suffisante, variée et équilibrée, sur la régression de la morbidité générale; d'autre part, la nécessité d'un régime bien conçu et bien conduit dans le traitement de nombreuses maladies où il prend souvent tout autant d'importance que le traitement médicamenteux. L'observation journalière nous fait voir que dans des cas bien déterminés, le régime diététique est la seule arme thérapeutique dont on puisse disposer, ou, du moins, la seule qui soit douée d'une efficacité certaine, et que dans d'autres cas, plus nombreux encore, le régime vient heureusement compléter la médication; tant il est vrai que « très souvent les médicaments actifs trouvent, dans un régime approprié, un support à leur action, faute de quoi, ils peuvent devenir nuisibles » (Mouriquand). Bien plus, on est allé jusqu'à affirmer que « la Diététique doit toujours primer les médications, car l'action de l'aliment influence notre organisme de façon continue, alors que l'action du remède est essentiellement passagère » (Brillat Savarin).

*
* *

Pour que le régime diététique conserve toute son efficacité et qu'il donne tous les résultats

1. Communication faite à la « Société Médicale de Québec ».

que l'on est en droit d'en attendre, il doit être établi suivant certaines règles qu'il importe d'avoir toujours présentes à l'esprit. On pourra ainsi éviter de verser dans certaines erreurs trop communes en matière d'alimentation et de régimes; erreurs d'autant plus néfastes que ce sont souvent les malades les moins résistants qui doivent en subir les conséquences.

La première qualité du régime diététique est la *simplicité*. On ne saurait trop insister sur ce point. Ce n'est qu'au prix de la simplicité que l'on peut arriver à capter la bonne volonté du malade, et que l'on peut obtenir de sa part une collaboration complète. Sans cette collaboration étroite entre le malade traité et le médecin traitant, le régime le mieux élaboré est presque toujours voué à un échec plus ou moins complet.

On devra donc, quand les circonstances le permettent, et c'est ce qui arrive dans un très grand nombre de cas, laisser une certaine latitude aux malades sur le choix des aliments permis, voire même sur le choix des préparations culinaires sous lesquelles ces aliments peuvent être présentés. Il est à craindre qu'un régime, trop bien réglé dans ses moindres détails, qui ne laisse place à aucune initiative de la part du malade, n'expose ce dernier à quelque relâchement qui ne manquera pas d'avoir une influence plus ou moins fâcheuse sur les résultats.

En règle générale, on réservera la minutie des détails aux seuls cas, heureusement assez rares, où il est pratiquement impossible de faire autrement. Dans un grand nombre de cas, les prescriptions diététiques se bornent à formuler quelques indications particulières dont le but immédiat est de corriger certaines erreurs d'hygiène alimentaire.

Le régime ne doit jamais pécher inutilement par trop de sévérité. Un régime sévère, longtemps poursuivi, ne guérit personne: ou bien, il est suivi à la lettre, il peut alors être un facteur d'aggravation de la maladie en cause, en raison de ses insuffisances multiples; ou bien, il n'est pas suivi du tout, ses résultats sont alors nuls, ce qui est souvent fort heureux pour les malades à qui il a été imposé. C'est cette dernière éventualité qui se présente le plus fréquemment.

Au cas où un régime sévère est indiqué de toute nécessité, il est de bonne pratique d'expliquer au malade l'importance et la raison d'être de ces fortes restrictions, afin d'obtenir une collaboration qui sera d'autant plus étroite et efficace qu'elle sera plus éclairée. De plus, pour calmer les quelques appréhensions que peut faire naître une trop grande sévérité du régime, il est bon de laisser entendre clairement que ce régime sévère n'a qu'un caractère transitoire et que, une fois les troubles disparus que l'on voulait corriger, on reviendra assez rapidement à une alimentation plus large, plus variée, se rapprochant de plus en plus de l'alimentation normale.

« Si l'on est amené à prescrire un régime sévère, il y a intérêt à le faire exécuter avec le maximum de rigueur, un régime sévère est toujours un régime insuffisant et mal équilibré; il faudra donc l'appliquer rigoureusement afin d'en obtenir des résultats rapides pour arriver à l'abandonner au plus vite. » (Ls. Caillon.)

Le régime doit toujours être d'une application facile, quel que soit le sujet auquel il s'adresse. Il importe donc avant d'établir le régime et d'en préciser les détails de se bien renseigner sur le genre de vie du malade, sur ses occupations journalières, sur les possibilités alimentaires du milieu où il vit, et, point important, mais trop souvent négligé, sur la valeur des ressources pécuniaires du malade en cause. Cette petite enquête, menée le plus discrètement possible, fournit presque toujours des renseignements des plus utiles qui permettent de modifier les détails du régime de façon à l'adapter le plus parfaitement possible aux conditions d'existence du malade. En agissant ainsi, on pourra établir un régime qui ne sera pas une source trop grande de désagrément et une charge trop lourde pour le budget journalier. On ne saurait prescrire indistinctement à un ouvrier d'usine, un manœuvre, etc., obligé à un travail intense et

dont les ressources pécuniaires sont plutôt limitées, un régime en tout point identique à celui imposé à un bourgeois plus cossu qui, lui, peut plus facilement se plier aux exigences d'un traitement plus dispendieux.

Pour ce faire, il est utile et même indispensable que le médecin soit parfaitement au courant des possibilités alimentaires qui répondent à tel ou tel milieu, à telle ou telle classe de la société, à telle ou telle région et à chacune des saisons pour une région donnée. C'est ainsi que sous notre climat et dans nos régions où les saisons sont nettement tranchées, on se trouvera bien de prescrire les cures de légumes verts de préférence au printemps ou pendant l'été; les cures de fruits mûrs à la fin de l'été ou à l'automne. On sait, par ailleurs, que le lait, le beurre, les œufs, etc. sont de meilleure qualité et d'un prix plus modéré au printemps et pendant l'été; tandis que l'on peut se procurer les farineux, les céréales, les légumineuses, les pâtes alimentaires, les fromages, etc., à des prix presque invariables pendant tout le cours de l'année. Le régime alimentaire devrait donc être modifié dans ses détails en rapport avec les possibilités alimentaires du moment. Ces facteurs ne manquent certainement pas d'importance en diététique; ils sont trop souvent oubliés, c'est la raison pour laquelle on a souvent tant de peine à obtenir l'observance stricte des régimes prescrits.

Avant d'établir le régime, *il importe de s'enquérir soigneusement des goûts particuliers du malade,* de ses préférences pour certains aliments, voire même pour certaines préparations culinaires qu'il affectionne tout particulièrement et qu'il consomme le plus habituellement, en un mot, se renseigner sur ses habitudes particulières et ses tolérances en matière d'alimentation. Il est, bien entendu, certaines habitudes alimentaires mauvaises qu'il faut savoir corriger; mais il en est d'autres, en soi inoffensives, qui sont à conserver et dont il importe de tenir compte dans l'établissement du régime. C'est pour n'avoir pas tenu compte de ces facteurs que des régimes, en apparence appropriés aux syndromes qu'ils étaient appelés à corriger, mais qui bouleversent trop radicalement des habitudes alimentaires depuis longtemps acquises, sont souvent mal tolérés et ne donnent pas tous les résultats désirés. « Chaque malade a droit à son régime. Il ne peut y avoir de régime passe-partout, pas plus que de traitement passe-partout. Les régimes types ne sont donnés qu'à titre d'indications générales; ils ont l'avantage d'être complets, mais ils doivent être adaptés à chaque malade et modifiés tant au point de vue de la qualité que de la quantité des aliments suivant les tolérances, les goûts, les habitudes du malade donné. » (Ls. Caillon.) « Il faut attacher plus d'importance aux préférences et aux sensations du malade qu'aux règles souvent trompeuses et douteuses de l'art médical. » (Sydenham)

Les organes digestifs et, en cela, ils se comportent comme les autres organes de l'économie, habitués à recevoir de préférence et à effectuer la digestion de tel ou tel aliment, préparé de telle ou telle façon, ont fini par s'accommoder à ce genre d'alimentation particulier; ils en arrivent à modifier leurs fonctions, en particulier leurs sécrétions dans un certain sens, en rapport avec le travail qui leur est imposé le plus fréquemment. Ces organes réagiront souvent défavorablement, si des modifications trop profondes de l'alimentation viennent en quelque sorte troubler un habitus physiologique acquis de longue date. En matière de régime, les changements ne doivent jamais être brusqués, pas plus chez l'adulte que chez l'enfant; ils doivent au contraire être lents et progressifs, dans la mesure du possible, et cela, non seulement dans la mise en pratique du régime, mais aussi et surtout au moment de la réalimentation, lorsqu'on revient à l'alimentation normale.

Le régime doit être varié. La variété est une qualité qui malheureusement fait défaut à de trop nombreux régimes. Un point très important en diététique, c'est la conservation et parfois la stimulation de l'appétit. Pour obtenir ce résultat il faut tenir grand compte de

la variété dans le régime. Une trop grande uniformité dans les mets fatigue rapidement le malade et entraîne presque fatalement, à plus ou moins brève échéance, une diminution considérable, si ce n'est la perte complète de l'appétit, avec les conséquences que l'on sait sur les actes digestifs et la nutrition générale. « Il n'y a pas de bonne digestion sans appétit. Un des principaux excitants des glandes salivaires et du suc gastrique est le plaisir que procure un aliment. Un aliment qui est mangé sans appétit peut demeurer longtemps dans l'estomac sans qu'il se produise la moindre digestion, un aliment qui dégoûte ou tout simplement qui ne plaît pas peut arrêter net la digestion. » (Ls. Caillon.)

Si l'on connaît bien les différents aliments qui entrent dans une même catégorie et qui jouissent par le fait même de propriétés diététiques à peu près identiques; de même si l'on est quelque peu familiarisé avec les diverses préparations culinaires ou autres sous lesquelles ces aliments peuvent être présentés, il sera relativement facile d'introduire la variété dans un régime, même s'il s'agit d'un régime restrictif. C'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, qu'on pourra éviter l'erreur commune de ne faire entrer dans le régime lacté que le lait pur ou encore le lait coupé d'eau de Vichy ou additionné d'eau de chaux. Un régime lacté ainsi conçu, s'il est poursuivi pendant quelque temps, ne peut manquer de provoquer des intolérances, ou tout au moins d'entraîner une diminution de l'appétit et parfois un dégoût presque invincible pour cet aliment, par ailleurs, très précieux. On arrivera à varier le régime lacté en y introduisant, à côté du lait pur, du lait frais, toute la gamme des laits modifiés: lait caillé, yoghourt, kéfir, lait évaporé, lait condensé, lait en poudre, fromages frais, fromages blancs, etc. Ces laits modifiés, ces dérivés du lait participent aux mêmes propriétés diététiques que celles du lait frais, ils comportent les mêmes indications, ils ont souvent une valeur alimentaire plus élevée, leur tolérance est à peu près toujours parfaite. On peut ainsi établir un régime lacté, varié, agréable, facile à supporter par les tubes digestifs les plus délicats, un régime lacté qui pourra être prolongé pendant un certain temps sans crainte de voir survenir des phénomènes d'intolérance, d'inanition ou encore la perte plus ou moins complète de l'appétit.

Dans l'établissement du régime on devra apporter une attention toute spéciale *à l'équilibre de la ration*, surtout si le régime doit être suivi pendant longtemps. La notion d'équilibre a moins d'importance lorsque le régime restrictif n'a qu'un caractère passager. On s'efforcera donc de fournir un minimum des éléments fondamentaux de la ration: minimum de matières protéiques (acides aminés), minimum de matières grasses, minimum d'hydrates de carbone, etc., dans la crainte de voir apparaître des troubles graves de la nutrition.

Lorsqu'un régime restrictif est imposé pour un certain temps, il faudra veiller à ce que la ration renferme une certaine quantité de substances minimales: sels minéraux, vitamines, etc., que l'on sait indispensables à la bonne nutrition. Il est souvent besoin d'en administrer sous quelque forme que ce soit dans le but d'éviter l'apparition de certaines carences qui viendraient encore ajouter à l'affection en cause.

En plus d'être équilibré, *le régime doit encore être suffisant*, dans la mesure du possible. Il appartient au médecin de savoir ce que le malade peut et doit manger. Il n'est nullement besoin de se lancer dans des calculs compliqués; d'ailleurs, les valeurs caloriques propres à chaque aliment ne représentent jamais que des moyens très élastiques. Il suffira de se laisser guider dans la pratique par l'observation journalière pour avoir une notion assez exacte de la valeur quantitative d'une ration suffisante. Il n'est pas de meilleur contrôle, à ce point de vue, que les variations du poids du malade; la ration devra être augmentée ou diminuée en rapport avec les variations de cette courbe du poids.

En règle générale, on devrait toujours faire en sorte que *le régime diététique n'ait qu'un caractère temporaire*, si celui-ci s'éloigne par

trop de l'alimentation habituelle. Ce serait une grave erreur de soumettre un malade, pour un temps indéfini, à un régime restrictif qui le mette en quelque sorte en marge de la société où il vit, sans jamais tenter, par des essais répétés d'aliments préalablement interdits, d'élargir le régime et ainsi de le rapprocher graduellement de l'alimentation normale. C'est un poids bien lourd pour un malade que d'avoir à s'astreindre à des restrictions pour lui gênantes, si on ne lui laisse aucun espoir d'un sort meilleur. « C'est une bien ennuyeuse maladie que de conserver sa santé par un trop grand régime. » (La Rochefoucauld.)

Est-il besoin d'ajouter que dans tout régime prescrit aux malades on devra toujours donner *la préférence aux aliments frais, aux aliments dits « vivants »*, ayant conservé la totalité de leurs propriétés digestives et nutritives. Si, par hasard, on doit recourir aux aliments de conserve, on aura soin de choisir parmi ceux-ci les produits qui offrent les meilleures garanties de pureté et de digestibilité. L'alimentation par les produits de conserve ne devra durer qu'un temps limité, on reviendra aux aliments frais dès que les circonstances le permettront.

Les aliments frais devront encore être préparés d'une façon convenable. C'est ici que la cuisine intervient et revêt une singulière importance. En diététique, la cuisine la meilleure est toujours la plus simple. Elle doit n'avoir d'autre but qu'augmenter la digestibilité, et souvent la sapidité des aliments, tout en ne nuisant en rien à leurs propriétés nutritives. L'usage de plats trop compliqués sera donc rigoureusement proscrit. La cuisson doit être faite dans les meilleures conditions possibles. Certains aliments, en particulier, les légumes, les légumineuses, les céréales, les farineux, et même les fruits, sont plus digestibles et ont un coefficient d'absorption d'autant plus élevé que leur cuisson est plus parfaite. Les viandes, les œufs, les poissons sont aussi très digestibles et très nutritifs lorsqu'ils sont bien cuits. Cependant, les viandes saignantes, les œufs cuits mollets, jouissent de certaines propriétés stimulantes et reconstituantes qu'il est bon de mettre à profit dans certains cas particuliers où ils sont nettement indiqués.

*
* *

Ces règles élémentaires de diététique étant bien connues, comment allons-nous faire l'ordonnance du régime? Tout d'abord, que faut-il penser de ces régimes tout préparés à l'avance que l'on retrouve avec tous leurs détails et leurs indications respectives dans une foule de publications médicales et paramédicales? Il est regrettable de constater que trop de médecins, sans doute pour s'épargner un travail qui peut paraître fastidieux, sont souvent tentés de s'emparer de ces régimes et de les appliquer sans aucune modification, et sans aucun discernement, aux malades chez qui ils semblent indiqués à première vue.

Il est bon d'insister une fois de plus sur le fait que ces régimes types ne comportent que des indications générales, lesquelles sont à retenir; mais ils doivent toujours subir des modifications de détail dans le but de les adapter aux goûts particuliers, aux tolérances, aux préférences, aux habitudes alimentaires, aux réactions particulières de chaque malade.

Certains régimes types ont été établis et préconisés par leurs auteurs dans des cas bien choisis. Appliqués à bon escient, ils ont pu donner d'excellents résultats, et cela, aussi longtemps qu'on a su respecter leurs indications. Malheureusement, les résultats obtenus ont vite fait généraliser leur emploi et on en est venu à les appliquer tels quels à de plus nombreux malades de diverses catégories sans trop se préoccuper de leurs indications premières. Il ne faut pas s'étonner alors qu'après une période de vogue, ces régimes, dont l'application irraisonnée a été suivi de résultats déplorables, soient tombés dans un discrédit qu'ils n'auraient certes pas encouru si on avait su leur conserver leurs indications premières. On ne conservera donc de ces régimes que les indications générales qu'ils comportent, quant aux détails, ils seront modifiés

plus ou moins profondément afin de les adapter à chaque cas particulier dans le sens qui vient d'être indiqué.

Le régime diététique doit toujours être prescrit à la façon d'une ordonnance médicamenteuse, à laquelle il est d'ailleurs assimilé, c'est-à-dire d'une façon claire, précise, détaillée et pratique. On ne se contentera pas de défendre l'usage d'un certain nombre d'aliments, de certaines préparations culinaires; il faudra encore donner la liste des aliments permis et les varier au possible, en rapport avec les possibilités alimentaires des malades auxquels on s'adresse. On indiquera aussi clairement que possible les aliments permis, les aliments tolérés, les aliments soumis à la pesée, les aliments défendus, la qualité et la quantité des boissons. Il est parfois utile d'y ajouter un menu type tant quantitatif que qualitatif pour les vingt-quatre heures. Il sera souvent nécessaire d'indiquer les préparations culinaires sous lesquelles les aliments permis pourront être consommés de préférence; il est certaines préparations culinaires qui à l'instar de certains aliments doivent être exclues du régime diététique.

On s'est préoccupé pendant un certain temps des incompatibilités pouvant exister entre certains aliments, incompatibilités qui auraient une fâcheuse influence sur les phénomènes de la digestion, de l'absorption et de l'assimilation. On a tenté de mettre en évidence de telles incompatibilités entre les albumineux, les farineux, les féculents, etc. Pour éviter les prétendus inconvénients résultant de l'association de ces aliments aux mêmes repas on a édifié toute une série de régimes dits « dissociés » dont on s'est plu à vanter l'efficacité dans le traitement diététique de certaines affections digestives, plus spécialement dans le traitement dans le traitement des dyspepsies et de l'ulcère gastro-duodénal. Si l'on tient compte du grand nombre de régimes qui ont été proposés dans le traitement de ces affections, on ne saurait attribuer aux seuls régimes dissociés des vertus curatrices qui sont aussi l'apanage de nombreux régimes mixtes, mieux adaptés, semble-t-il, à la physiologie pathologique de ces affections. L'efficacité de tels régimes semble plutôt relever de susceptibilités individuelles dont on doit tenir compte dans l'établissement du régime. A tout événement, la question des incompatibilités alimentaires ne semble pas avoir toute l'importance que certains auteurs ont voulu lui accorder et, dans la pratique, elle ne doit pas être l'objet de trop grandes préoccupations.

En dernier lieu, l'ordonnance alimentaire devrait comporter quelques conseils pratiques d'hygiène alimentaire concernant le volume de la ration, le nombre et la répartition des repas dans la journée, la nature, le volume et la répartition des boissons, la bonne mastication, la longueur des siestes, etc., enfin tout ce qui peut contribuer à améliorer la digestion, l'absorption et la bonne assimilation des aliments.

*
* *

En résumé, le régime diététique, si l'on en veut tirer tous les résultats possibles, devra toujours revêtir certains caractères qui en assurent l'efficacité: *être simple, varié, équilibré, suffisant, clairement ordonné, il devra répondre aux indications posées, il devra s'adapter parfaitement aux conditions particulières de chaque malade.* Ainsi conçu, le régime diététique constitue une arme thérapeutique non négligeable, et occupe une place de premier plan dans l'arsenal thérapeutique moderne.

PETITE CLINIQUE

LA MAIGREUR HYPOPHYSAIRE [1]

Par **Henri LALIBERTE**, chef du service de médecine et **Jean-Paul POULIOT**,
Hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

La question de la maigreur hypophysaire n'étant pas souvent débattue dans nos réunions médicales, nous avons cru qu'il serait intéressant de vous faire part d'un cas qui fut observé pendant quelques jours dans notre service de médecine.

I. — Dans la *première partie* de ce travail, nous traiterons de la maigreur en général, en donnant:

a) Sa définition et quelques considérations générales;

b) Sa description clinique générale;

c) Son étiologie et sa pathogénie;

d) Ses variétés cliniques.

II. — Puis dans une *deuxième partie,* nous exposerons le cas;

III. — Enfin, dans une *troisième et dernière partie,* nous discuterons le diagnostic.

La maigreur en général

I. — Définition et considérations générales

La maigreur est un état caractérisé par l'absence ou la diminution notable des réserves adipeuses de l'organisme.

Cet état traduit non seulement un trouble exclusif du métabolisme des lipides, mais, en réalité, une viciation plus profonde de la nutrition générale: il indique un déséquilibre accentué entre les recettes et les dépenses énergétiques de l'organisme.

En effet, les dépenses énergétiques viennent-elles à être supérieures aux recettes, c'est de la masse adipeuse de réserve que l'organisme tire le surplus d'énergie nécessaire à assurer ses besoins. — Mais il importe de distinguer les maigres des amaigris. N'existe-t-il pas une maigreur physiologique: celle des adolescents trop tôt grandis et celle des athlètes à l'entraînement?

On sait qu'il existe des maigreurs constitutionnelles, celles des sujets qui ne peuvent engraisser en dépit de toute suralimentation et qui ne sauraient passer pour des malades.

Par conséquent, on doit admettre qu'il convient de réserver le terme de maigreur au sens pathologique, qu'aux cas dans lesquels il y a fonte intense, continuelle, et durable des réserves graisseuses.

II. — Description clinique générale

Dans les cas de « maigreur acquise », on assiste à une disparition progressive de la graisse disparition qui s'effectue selon un mode topographique électif.

L'amaigrissement débute à la face, commençant par les joues, la région sous-mentonnière, et le cou. — Puis, des saillies anguleuses remplacent, au tronc, l'arrondissement des saillies musculaires et osseuses; les aisselles se creusent, l'abdomen s'excave entre les épines iliaques, les membres deviennent grêles, en même temps que les extrémités s'amaigrissent.

C'est, en premier lieu, la disparition des masses adipeuses de comblement, puis les mus-

1. Travail présenté à la « Société Médicale de Québec », séance du 19 avril 1940.

cles fondent à leur tour. — A la simple maigreur, succède l'émaciation. Au dernier degré, apparaît la cachexie, parfois partiellement masquée par l'œdème.

Ces modifications morphologiques coïncident avec des modifications de la statique viscérale qui sont dues à la disparition du capitonnage graisseux du péritoine, de l'atmosphère périnéale et pelvienne. — Dès lors, la voie est ouverte aux ptoses, aux troubles douloureux, digestifs, nerveux et psychiques.

Devenu un grabataire impropre à tout effort, le malade offre une proie facile aux infections. Ainsi, en se basant sur tout ce qui a été dit précédemment, est-il possible de reconnaître divers types ou divers degrés de la maigreur:

1. — *La maigreur vigoureuse ou hypersthénique.*

Elle se rencontre chez les athlètes. Chez eux, le développement de la musculature, à défaut de graisses, conserve à la morphologie ses caractères normaux.

C'est une maigreur compatible avec une santé parfaite, car dans ce cas, nous avons affaire à des sujets actifs, bien portants, alertes, mangeant de bon appétit, et ne souffrant d'aucun trouble de la nutrition.

2. — *La maigreur hyposthénique.*

C'est celle où graisse et muscles font à la fois défaut. Ce sont des sujets à formes anguleuses, faibles, sans entrain, sans énergie — toujours fatigués, anorexiques ou vite rassasiés, atones, inquiets. Chez eux, il existe le plus souvent, une ptose viscérale plus ou moins généralisée et de l'hypotension artérielle. — Des complications ou associations morbides font, souvent, de cet état, une véritable maladie.

3. — *La maigreur extrême des états de cachexie avancée.*

L'œdème masque parfois cette maigreur, surtout aux membres inférieurs, et s'accompagne d'hypothermie, d'oligurie et de sécheresse de la peau. Les malades sont grabataires et incapables de tout effort suivi, physique ou cérébral. Leur résistance aux infections est diminuée, et des troubles trophiques peuvent devenir des complications redoutables.

4. — *Maigreurs associées ou compliquées.*

Ces associations ou complications morbides sont surtout l'apanage des formes hyposthéniques, et en font comme nous l'avons dit plus haut, une véritable maigreur-maladie.

A) *Troubles associés à la maigreur.*

a) Troubles digestifs. Ce sont l'anorexie, la lenteur de digestion et la constipation. De plus, l'examen aux Rayons-X montre un retard des transits stomacal et intestinal .

Ces malades sont habituellement des ptosiques, et il s'établit un cercle vicieux entre l'amaigrissement qui accentue la ptose, et la ptose qui, par l'entrave qu'elle apporte à l'assimilation, précipite l'amaigrissement.

b) Troubles circulatoires. On remarque une tendance marquée à la cyanose et au refroidissement. De plus, le pouls est petit, et la tension artérielle peu élevée.

c) Troubles nerveux. Certaines douleurs digestives, la sensibilité solaire et une fatigabilité extrême ne vont pas sans retentir sur le psychisme des malades: ceux-ci sont tristes, atones, abouliques, grincheux, parfois aigris et jaloux, et se plaignent incessamment de tout. Les psychasténiques déprimés se recrutent, en grande partie, parmi les maigres de cette catégorie.

d) Troubles génitaux. Chez les femmes atteintes de maigreur hyposthénique, on constate de l'hypoplasie génitale, de la dysménorrhée, de la leucorrhée, de la stérilité ou tendance à l'avortement, de l'atonie utérine, et des hémorragies faciles au cours de l'accouchement.

B) *Complications graves de la maigreur.*

a) La tuberculose pulmonaire est particulièrement à redouter au terme de l'évolution de l'anorexie mentale et du jeune volontaire.

b) D'autre part, la cachexie par inanition peut survenir.

c) L'hyperazotémie et les œdèmes peuvent être constatées à la phase terminale des inanitions.

III. — Étiologie et pathogénie de la maigreur

L'équilibre normal dans la constitution et le maintien des réserves organiques en graisse est réglé par:

a) des apports alimentaires;

b) des dépenses énergétiques;

c) des activités métaboliques à régulation endocrinienne.

Dans diverses circonstances, cet équilibre normal peut se trouver rompu:

1. — Pour des raisons extérieures à l'organisme, par suite d'une diminution des recettes alimentaires ou d'une augmentation des dépenses énergétiques; ce sont les *variétés exogènes de la maigreur.*

2. — Pour des raisons cette fois propres à l'organisme lui-même, soit qu'il y ait un trouble dans l'utilisation des apports nutritifs, soit qu'il y ait un vice dans la régulation des dépenses générales. Ce sont *les variétés endogènes.*

3. — Enfin, on peut concevoir la possibilité d'une anomalie portant exclusivement sur le métabolisme des lipides, et telle que l'organisme possède une capacité diminuée de fabriquer ou de fixer des graisses. Ce sont les *variétés dites « constitutionnelles »* dont l'existence est très discutable.

A. *Causes exogènes*

Elles se ramènent, comme nous l'avons dit, à un déséquilibre entre les recettes alimentaires et les dépenses énergétiques. De tous les mécanismes décrits plus haut, c'est le plus souvent en cause.

Les deux éventualités à envisager, ici, sont donc la diminution des recettes alimentaires ou l'augmentation des dépenses énergétiques qui, toutes deux, donnent un bilan négatif, déficitaire, conduisant à la maigreur.

a) *Diminution des recettes alimentaires.*

Ceci veut dire sous-alimentation, et pour couvrir des besoins restés identiques, l'organisme mobilisera ses réserves graisseuses. La sous-alimentation peut relever de *diverses causes*, par exemple:

1. — *Jeûnes absolus ou relatifs.* Ils sont imposés par la misère, les circonstances, et frappent des individus isolés, des familles, des pays tout entiers.

Certaines classes sont plus facilement touchées que d'autres. On connaît les disettes relatives des temps de guerres et de crises. Dans ces cas, chez les jeunes, le développement est arrêté, et chez les sujets âgés, on peut observer diverses maladies carentielles: scorbut, rachitisme, ostéopathies.

2. — *Jeûnes volontaires.* Ils se rencontrent chez les ascètes, les philosophes, les prêtres bouddhiques ou musulmans, et les grévistes de la faim. La coquetterie, enfin, pousse quelques femmes à se sous-alimenter par souci de conserver une forme élégante. C'est aussi le cas des mannequins et des étoiles de cinémas.

3. — *L'insuffisance des apports alimentaires* peut être légitimée par une sténose œsophagienne ou pylorique, une gastrite douloureuse, un ulcère gastro-duodénal, une anorexie cancéreuse ou urémique. Certains malades soumis à des régimes uniformes et monotones en perdent le goût de manger. — Souvent la diminution des recettes alimentaires résulte d'une phobie de la douleur chez de faux gastropathes qui ne sont que des névropathes. Les sujets de cette catégorie, par crainte de ne supporter aucun aliment, en viennent à exclure successivement de leur table, viande, œufs, pain, crudités, etc. et à verser peu à peu dans l'anorexie mentale.

4. — *L'anorexie mentale.* Celle-ci résulte d'un déséquilibre psychique. Elle s'installe, souvent, sous le masque anodin d'une restriction volontaire chez des jeunes filles ou des jeunes femmes soucieuses de conserver « leur ligne », dans un but de coquetterie et pour suivre les caprices de la mode; elles se soumet-

tent aux régimes les plus fantaisistes sur les conseils d'une amie, ou d'une revue paramédicale.

Chez d'autres, elle fait suite à une émotion, à un chagrin, à une blessure d'amour-propre qui déclenchent le processus morbide.

Puis, le sujet, un peu plus tard, en arrive à ne plus manger, non pas parce qu'il ne le veut pas, mais parce qu'il ne le peut plus. — Son tube digestif, habitué à la vacuité cesse de sécréter, et ne supporte plus la nourriture. C'est une psychose qui peut entraîner les complications les plus graves et nécessite une rééducation mentale et physiologique toujours délicate à conduire.

b) *L'augmentation des dépenses énergétiques.*

Un même déséquilibre peut être réalisé, l'apport alimentaire restant normal, et est lié soit à une activité exagérée, soit à un insuffisant repos. Elle est, d'ailleurs, fréquemment combiné à une insuffisance des recettes, car le sujet qui travaille trop, qui veille tard la nuit, dont le sommeil agité n'est que faiblement ou nullement réparateur, vient facilement à perdre l'appétit.

Et ce sont là autant de raisons à invoquer pour sa maigreur.

Que ce soit sous-alimentation ou surmenage physique, l'organisme doit faire appel à ses réserves adipeuses pour trouver, dans leur combustion, l'énergie indispensable à assurer son fonctionnement normal.

B. *Causes endogènes.*

Ce sont les causes qui entraînent un défaut dans l'utitilation des substances nutritives ou dans la régulation même des recettes et des dépenses énergétiques. En effet, de la façon dont ces apports seront utilisés ,ou dont ces dépenses seront réglées, pourra résulter un nouveau déséquilibre susceptible, lui aussi, d'entraîner la maigreur.

Dans ce groupe, peuvent entrer les causes qui relèvent de troubles digestifs divers entraînant un défaut dans l'absorption ou l'assimilation des aliments, celles dues à la carence d'éléments nutritifs spéciaux, enfin, et principalement, celles qui sont consécutives à un trouble du fonctionnement endocrinien.

a) *Troubles de l'utilisation des apports nutritifs.*

1. — Il sont représentés par un *défaut d'assimilation.* Il est vrai que nombre de sujets, tout en conservant l'apparence d'une santé parfaite, assimilent imparfaitement les aliments qu'ils ingèrent, et dans ces cas une suralimentation mal comprise ne fait qu'accentuer leur trouble nutritif et ne corrige en rien leur maigreur. Mais, en général, si l'assimilation est défectueuse, la quantité d'énergie mise à la disposition de l'organisme peut, de ce fait, être notablement amoindrie. C'est dire l'importance des troubles digestifs dans l'explication de la maigreur.

Toute dypepsie gastrique, hypo ou hyperchlorydrique, peut, à la longue, influencer défavorablement la balance énergétique et, par suite, entraîner un amaigrissement notable.

Il en est de même des troubles intestinaux, surtout la diarrhée. Le foie et le pancréas jouent un rôle majeur dans les phénomènes d'assimilation. Aussi, une place prépondérante doit-elle être reconnue aux troubles des sécrétions biliaires et pancréatiques, en raison de l'influence dominante qu'elles exercent sur le métabolisme et des glucides.

On connaît la maigreur de certains hépatiques et celle des sujets atteints de lésions du pancréas exocrine (cancer, sclérose, lithiase). Dans ces cas, les albumines et les graisses sont absorbées en proportion moindre que normalement, de sorte que les ingesta sont, en grande partie, inutilisées et rejetées par les selles. On connaît également, la maigreur des sujets porteurs de lésions du pancréas interne, les diabétiques.

Mais, la transformation et l'utilisation des substances alimentaires, i.e., le métabolisme de ces substances n'est pas régi exclusivement par les grandes sécrétions digestives.

2. — En effet, de ces troubles d'utilisation

des apports nutritifs, on devrait encore rapprocher *les carences,* carences en vitamines ou carences en facteurs essentiels, tels que les acides-aminés, toutes carences qui peuvent jouer un rôle important dans l'apparition de la maigreur.

Ce qui mérite, ici, la plus grande considération, parce qu'elles entraînent des désordres sérieux susceptibles de retentir sur l'équilibre énergétique, ce sont surtout l'absence de la Vitamine B2, dite d'utilisation nutritive et dont l'influence apparaît grande sur le métabolisme des glucides, ainsi que l'absence de certains acides aminés.

C. — *Troubles de la régulation des dépenses.* A l'étude de ces troubles, se rattache la notion du métabolisme basal.

Nos dépenses se divisent en *deux catégories*:

1. — Les unes que, sans danger aucun, nous pouvons supprimer totalement pendant une durée plus ou moins longue, véritables *dépenses de luxe* qui tiennent principalement à l'alimentation, au travail musculaire et à la régulation thermique.

2. — Les autres qui ont leur source dans les actes fondamentaux de la vie cellulaire, et, aussi, de la respiration et de la circulation. Elles ne sauraient être suspendues un instant, sans que mort s'ensuive.

Ce sont nos *dépenses de fond,* et les transformations auxquelles elles correspondent constituent notre métabolisme basal.

Ces dépenses sont assez fixes à l'état physiologique. L'adaptation de ces dépenses de fond aux besoins de l'organisme est assurée par le système nerveux contrôlé, lui-même, par le système des glandes endocrines. Cette régulation peut donc se trouver troublée dans certaines circonstances.

Si on s'en tient strictement au problème de la physiopathologie de la maigreur, on doit reconnaître que, en clinique humaine, le rôle primordial appartient au système endocrinien que nous allons maintenant exposer.

Toutefois, on ne saurait réduire à la seule régulation du métabolisme basal, l'action des glandes endocrines: celle-ci s'exerce également sur le métabolisme des lipides, glucides ou protides, en sorte que, en réalité, le problème se trouve plus complexe.

I. *Thyroïde.* Elle exerce sur tous les métabolismes et le métabolisme basal, en particulier, un contrôle assez strict. En fait, la maigreur est un symptôme pathognomonique des états thyroïdiens, maladie de Basedow, adénome toxique, hyperthyroïdie simple, et s'explique par une élévation du métabolisme basal, et une augmentation du pouvoir dynamique spécifique des aliments.

Par ailleurs, dans l'hyperfonctionnement thyroïdien, l'excrétion urinaire de l'azote est augmentée, indiquant un déséquilibre dans le métabolisme des protides. Il peut aussi, exister de la glycosurie. D'autres facteurs peuvent y contribuer: troubles digestifs, diarrhées, troubles nerveux tels que anxiété et insomnie, et les complications pulmonaires, surtout la tuberculose.

II. *Glandes génitales.* Nos connaissances sur les hormones génitales, malgré les énormes progrès réalisés en ces dernières années, sont encore trop imparfaites pour qu'on puisse fonder sur des arguments physiologiques la part que prennent à la détermination de la maigreur, les glandes génitales.

L'influence des glandes génitales est rendue certaine par de nombreuses observations cliniques chez des hypergénitaux, mais son étendue comme son interprétation reste encore, des plus obscures.

III. *Glandes surrénales.* Il est difficile d'établir la part que peuvent assumer ces glandes dans la pathogénie de la maigreur. On sait que l'adrénaline, hormone de la zone médullaire, est capable d'activer le métabolisme basal, d'accroître les échanges salins, peut-être aussi, les échanges azotés, mais surtout, de mobiliser les réserves glycogéniques du foie et des muscles jusqu'à provoquer hyperglycémie et glycosurie.

En clinique, on sait que la dénutrition et l'amaigrissement se rencontrent au cours de l'insuffisance surrénale aiguë.

En somme, on possède, sur la question, peu de connaissances et elles sont peu démonstratives.

IV. *Pancréas.* 1. — Le produit de *sécrétion interne* du pancréas, l'insuline, occupe une place de tout premier plan parmi les facteurs réglant l'assimilation et l'utilisation des hydrates de carbone, et accessoirement aussi, semble-t-il, celle des albumines et des graisses. Le défaut d'insuline, primitif ou secondaire, entraîne l'incapacité d'utiliser ces éléments nutritifs.

Rappelons l'état de maigreur auquel parviennent certains diabétiques avec dénutrition azotée, et dont on a cru pouvoir caractériser une forme particulière, le diabète maigre.

Mais, on ne peut expliquer tous ces faits par le seul trouble de la sécrétion insulinienne, comme limiter à ce trouble la pathogénie du diabète. Plusieurs ont voulu voir dans l'insuline, un excellent facteur d'utilisation nutritive qu'ils ont préconisé, en dehors de tout diabète, dans le traitement de la maigreur.

Mais, le rôle du pancréas ne doit pas être apprécié du seul point de vue de la sécrétion interne.

2. — La déficience de la *sécrétion externe* ou digestive par l'énorme trouble qu'elle apporte à la digestion, et à l'absorption des hydrates de carbone et des graisses peut retentir, de façon marquée, sur la nutrition générale, et entraîner un amaigrissement à la fois rapide et notable, ce qui est observé au cours de pancréatites chroniques ou de cancers du pancréas.

3. — On peut observer, ce qui est rare, une insuffisance conjugée des deux sécrétions, externe et interne. Dans ce syndrome appelé *diabète pancréatique*, la maigreur occupe une place prééminente.

V. *Hypophyse et système nerveux central.*

Ce n'est pas sans raisons que nous terminons par l'hypophyse, cette revue du rôle joué par les glandes endocrines dans la pathogénie de la maigreur.

Les travaux les plus récents lui attribuent une influence des plus considérables, sur l'ensemble des phénomènes de la nutrition, ainsi que sur le fonctionnement des autres glandes.

La glande pituitaire exerce son influence, en grande partie, par l'intermédiaire du système nerveux central. L'anté-hypophyse agit sur le métabolisme basal, et intervient dans le métabolisme des hydrates de carbone.

Certains adénomes amènent un hyperfonctionnement glandulaire et élévation du métabolisme basal. Il existe une maigreur dite hypophysaire qui, à son degré extrême, réalise le tableau de la cachexie hypophysaire de Simmonds et qui est rattachée à la destruction du lobe antérieur de l'hypophyse par tumeur, kyste ou ramollissement embolique.

Mais, malgré tout ce qu'on vient de dire, c'est plutôt à des troubles mixtes pluriglandulaires qu'on tend à rapporter les cas de maigreurs mal expliquées ou même constitutionnelles.

La notion de centres nerveux nutritifs importants rend de plus en plus vraisemblable la participation du système nerveux à la pathogénie de ces maigreurs endogènes. Telles sont les principales causes connues de la maigreur.

Le plus souvent, elles se combinent les unes aux autres en une pathogénie mixte. Ainsi, la maigreur secondaire aux maladies infectieuses aiguës ou chroniques peut relever de l'augmentation des échanges, de la restriction alimentaire ou de troubles digestifs surajoutés tels qu'anorexie, dyspepsie, diarrhée. La maigreur qui accompagne le cancer peut être due à la dénutrition, à des obstacles mécaniques, etc.

Malgré tout, ces causes n'épuisent pas tout le problème et, dans bien des cas, l'enquête la plus poussée est négative.

C. — *Maigreur essentielle ou constitutionnelle.*

On dit, alors, qu'il s'agit de maigreur *essentielle* ou *constitutionnelle*, qui peut être héréditaire et familiale. Elle se manifeste, en

tous cas, en bas âge, et paraît particulièrement rebelle aux thérapeutiques usuelles. Au surplus, elle n'est pas incompatible avec un état général excellent, avec une vigueur physique et intellectuelle satisfaisante, et ne saurait faire figure d'état morbide.

Chez les gens qui en souffrent, on ne peut déceler ni troubles de l'alimentation, ni déséquilibre énergétique, ni défaut d'utilisation endogène par des lésions endocriniennes ou autres. De tels sujets sont maigres, parce que telle est leur constitution sur laquelle l'alimentation et le genre de vie n'ont aucune influence. On peut, aussi, rapporter cette maigreur à une éducation morbide: les enfants, le plus souvent, ne font que perpétuer les défauts d'alimentation des parents. Mais, le problème de ces états constitutionnels peut se rapporter, en définitive, à celui de la consommation de luxe.

Lorsqu'un sujet reçoit une alimentation supérieure à celle qu'exigent ses besoins énergétiques, il se défend contre cet excès par une augmentation de sa consommation calorique: transpiration plus active, congestion des téguments, surtout du visage, et accroissement des échanges gazeux. Ce sujet n'a aucune tendance à constituer des réserves d'énergie, et brûle tout ce qu'il absorbe. Pour quelle raison, cette consommation de luxe est-elle augmentée? Il est difficile de répondre à cette question.

Avant d'affirmer l'existence de la maigreur constitutionnelle, il faut s'entourer de garanties. La maigreur constatée à la naissance relève, toujours, d'un état pathologique tels que l'hérédo-syphilis et l'hérédo-alcoolisme. Dans la deuxième enfance et l'adolescence, les fautes d'hygiène générale ou de régime sont à l'origine. Chez l'adulte, nombre de sujets maigres dits constitutionnels sont, en réalité, des mauvais assimilateurs qui s'ignorent, justifiant leur réputation de manger beaucoup, sans engraisser jamais. D'autres sont des dyspeptiques légers qui ne se portent bien qu'à condition de peu manger.

Certaines maigreurs dites ethniques, celles des montagnards, en particulier, peuvent s'expliquer par la vie active des sujets, ainsi que par l'habituelle sobriété de leur régime alimentaire.

Après avoir passé en revue ces diverses causes de la maigreur, nous en étudierons maintenant les variétés cliniques.

IV. — Variétés cliniques de la maigreur

1. — Nous ne nous attarderons pas à étudier la *maigreur du nourrisson et de l'enfant* chez lui nous pouvons constater de l'hypothrepsie et de l'athrepsie, car tel n'est pas le cas de la malade qui nous occupe en ce moment.

2. — Mais, nous dirons quelques mots des *maigreurs localisées*. Ces états connus sous le nom de lipodystrophie progressive ou syndrome de Baraquer-Simons, sont caractérisés par un amaigrissement de toute la moitié supérieure du corps, contrastant avec l'aspect normal ou adipeux de la moitié inférieure.

La maigreur débute, en général, par le visage dont les traits deviennent de plus en plus émaciés. La disparition presque totale de la boule de Bichat lui donne un aspect très particulier. Puis, la maigreur s'étend au cou et aux épaules, et gagne le tronc et les membres supérieurs. Par contre, elle respecte la partie inférieure du corps à partir des crêtes iliaques. Ce segment inférieur peut être d'apparence normale, mais dans certains cas, il existe une véritable lipo-hypertrophie de la région des hanches et des cuisses. La graisse se dépose sous forme de lipomes fessiers ou cruraux. Cette maigreur d'observe, surtout, chez les femmes. Sa symptomatologie se borne, le plus souvent, aux troubles de morphogénèse que nous venons de décrire.

Toutefois, il est possible qu'il existe des troubles vaso-moteurs, de la polyurie, de la glycosurie, des troubles psychiques tels que de l'anxiété mentale, et un déséquilibre vago-sympathique. La pathogénie de cette maigreur mal connue.

3. — Il nous reste à parler de la variété des *maigreurs endocriniennes*:

a) *Maigreur et pancréas endocrine.* Dans

la forme grave du diabète, i.e. diabète avec dénutrition azotée, la maigreur fait partie intégrale du syndrome et se précipite aux approches du coma. La maigreur atteint un degré considérable dans les cas où, au déficit de la sécrétion interne insulaire, s'associe un trouble de la sécrétion externe entraînant une diarrhée par insuffisance de digestion des graisses. Ces variétés sont rares.

b) *Maigreur thyroïdienne.* L'amaigrissement constitue avec la tachycardie et l'hypermétabolisme, la triade fondamentale de l'hyperthyroïdie — et en est le symptôme révélateur dans bien des cas.

La maigreur, bien que ne faisant pas partie du tableau habituel de l'hypothyroïdie, s'observe, souvent, dans le crétinisme thyroïdien. Elle peut, aussi, à une phase avancée de l'évolution de la maladie, succéder à l'infiltration tégumentaire des myxœdémateux: myxœdème secondairement maigre, à peau flasque.

c) *Maigreur et capsules surrénales.* La petite insuffisance surrénale peut, en même temps que d'asthénie et d'hypotension, s'accompagner de maigreur. Celle-ci est de règle dans la maladie d'Addison, conditionnée, avant tout, par les troubles digestifs et nutritifs, et, accessoirement, par l'infection tuberculeuse causale. La cachexie surrénale se caractérise par un amaigrissement progressif du visage et des membres, par une impossibilité d'accumuler les graisses, quelle que soit l'alimentation, sans gros troubles digestifs. La peau est atrophiée, squameuse, de teinte sale, les cheveux tombent. Enfin, elle peut succéder à l'adiposité symptomatique du syndrome génito-surrénal. L'hypergénitalité et l'hyperdynamie font place à un amaigrissement progressif, puis à la ptose tardive, et à des crises d'agitation épileptiforme.

d) *Maigreur et glandes génitales.* On connaît la maigreur des hypergénitaux, mais il ne semble pas que le dégré du métabolisme joue un rôle important dans sa pathogénie.

e) *Maigreur d'origine hypophysaire.* Il est des maigreurs d'apparence primitive et isolée qu'une investigation minutieuse permet de rapporter à une altération de la région hypophysaire.

La maladie de Simmonds en représente le degré le plus achevé, quoique peu fréquente. C'est la cachexie hypophysaire à pronostic fatal, qui frappe, généralement, de jeunes femmes à la suite d'une grossesse.

Présentant les mêmes symptômes, mais atténués, nous rencontrons la maigreur hypophysaire. Celle-ci peut guérir et frappe, habituellement, des jeunes filles aux abords de la puberté.

L'amaigrissement en est le symptôme fondamental, celui qui, le premier, attire l'attention du malade et de son entourage, amaigrissement global, sans caractère d'électivité. Cette perte de poids entraîne, généralement, une *asthénie marquée.*

L'aménorrhée constitue le deuxième symptôme d'importance majeure, et est totale. Enfin, *l'anorexie* est extrêmement frappante, véritable répulsion alimentaire.

A ces symptômes essentiels s'ajoutent: des *troubles des phanères* portant sur la peau, les poils et les dents, contribuant à donner au malade un aspect sénile. On peut aussi, rencontrer des *troubles psychiques*: hypersensibilité, mélancolie, égocentrisme et fonctions intellectuelles diminuées. — Il existe des *troubles digestifs*: vomissements, douleurs abdominales et constipation spasmodique. On rencontre, également, une anémie simple très marquée et due à la dénutrition. La tension artérielle et le métabolisme basal sont abaissés. La glycémie est plus basse que normalement, la tolérance aux sucres est plus grande et la sensibilité à l'insuline est si grande qu'il est contre-indiqué d'en donner à ces gens. L'altération des autres glandes endocrines est habituelle.

En effet, sont atteints la thyroïde avec réduction de la thyréo-stimuline, les parathyroïdes avec hypocalcémie et tétanie, la surrénale avec asthénie et hypotension, les ovaires et testicules avec diminution des gonado-stimulines d'origine hypophysaire. Des

troubles de compression de la région hypophysaire peuvent s'associer, exceptionnellement, à ce syndrome endocrinien et se manifester par une céphalée tenace et persistante, et des modifications radiologiques de la selle turcique.

Observation et examen clinique du cas

Observation. Le cas que nous présentons est celui d'une jeune fille de 17 ans qui est venue à l'hôpital pour amaigrissement, asthénie, aménorrhée et constipation.

Voici l'histoire que nous fournit la mère à son entrée: dans les antécédents héréditaires de cette jeune fille, il n'y a rien à signaler. Mais dans les antécédents personnels, on relève que la malade, à l'âge de 14 ans, a présenté un état fébrile de cause et de nature inconnues, durant 15 jours, accompagné de fortes douleurs abdominales généralisées avec chute abondante des cheveux, mais sans autres manifestations cutanées. Le début de la maladie actuelle remonterait à 4 ans. A cette époque, les parents voient apparaître chez leur fille, un amaigrissement global, rapide, qui dure depuis ce temps, et qui est important, puisque la malade qui a déjà pesé 90 livres, n'en pèse plus que 64 à son entrée à l'hôpital. A peu près dans le même temps, apparaît chez cette malade qui, apparemment, jouissait d'une bonne santé à tous les points de vue, une anorexie brusque et intense, compliquée de pesanteur postprandiale, de fortes douleurs siégeant à l'épigastre et associées à un état nauséeux. Elle souffre, aussi, de constipation, et de céphalées fréquentes et tenaces. Elle se plaint de manque de force, de fatigabilité très rapide qui l'oblige à rester couchée la plus grande partie de la journée.

Elle est somnolente presque continuellement, mais dort mal la nuit. De plus, la mère confesse sa crainte de voir sa fille verser dans les troubles mentaux, parce que, dit-elle, depuis quelque temps, elle semble vouloir fuir ses semblables, est triste, pleure souvent, et de temps à autre, tient des propos incohérents. L'interrogatoire portant sur les différents systèmes, à part ce qui a été dit plus haut, ne révèle rien, si ce n'est que la jeune fille n'a jamais été menstruée.

L'examen clinique pratiqué chez cette malade donne les résultats suivants: nous sommes en présence d'une jeune fille très maigre, paraissant beaucoup plus vieille que son âge, à la figure triste, aux mouvements lents et paresseux, à la parole lente et monotone.

On remarque que sa peau est pâle, mince, sèche et ridée et qu'il existe un léger développement des caractères sexuels secondaires: léger développement des seins, quelques poils au pubis et aux creux axillaires. A la tête, au cou et au thorax, à part les signes de maigreur, on ne constate rien, sinon une langue chargée et sèche.

L'examen des poumons est également négatif. A l'appareil cardio-vasculaire, on constate que le cœur et les vaisseaux sont normaux. Le pouls est normal et la tension artérielle est de 105/75. L'abdomen est excavé entre les épines iliaques. Aux membres, on constate de l'acrocyanose et du refroidissement des extrémités. Les réflexes ostéo-tendineux sont très lents. La température est normale.

Voilà le tableau clinique présenté par la malade à son entrée dans le service de médecine, le 25 février 1940. Des examens de laboratoire sont pratiqués: on fait un B. W. qui revient négatif. Les examens d'urines, donnent, aussi, des rapports normaux.

C'est alors qu'on institue *le traitement*: diète générale et généreuse, et vitamines synthétiques; extraits hypophysaires Choay, en injections (hypophyse-ovaire et surrénale) puis A. P. L. i.m. De plus, la malade est traitée par les rayons ultra-violets.

Voici le comportement de la malade soumise à ce traitement, pendant son hospitalisation qui s'étend du 25 février au 8 mars 1940.

Les trois premiers jours (25 au 28 février), la malade se plaint des mêmes troubles que précédemment.

Puis, le 28 février, les symptômes semblent s'amender, l'appétit est meilleur, la céphalée est moindre, les douleurs épigastriques

sont moins fortes et moins fréquentes. La malade dort un peu mieux et se sent reposée. Mais, le 1er mars, les signes reprennent leur intensité première, la malade refuse ses repas et ses injections par crainte d'être empoisonnée. Elle est très nerveuse, ne dort pas, pleure. Elle se plaint toujours d'une faim intense, mange, et présente des douleurs gastriques.

Vers le 5 mars, la malade commence à tenir des propos incohérents, ne veut plus garder le lit, se promène dans le corridor fréquemment, jour ou nuit, quémandant, électivement aux gardes-malades ou aux médecins, une piqûre pour lui donner des forces. A ce moment, la malade a pris deux livres en poids. Mais, sa conduite étant devenue insupportable pour tout le monde, nous l'avons dirigée vers la Clinique Roy-Rousseau, où elle fut soumise au traitement à l'Anthuitrin S.

Elle mange, paraît-il, plus régulièrement et d'assez bon appétit, et a pris du poids, mais elle se comporte comme une démente précoce.

Discussion du diagnostic

Après tout ce qui a été dit sur ce cas, le diagnostic de maigreur est évident, mais il faut en trouver la cause, la variété.

Il serait naturel ici, de penser à la tuberculose, au premier abord, mais l'interrogatoire et la clinique nous font éliminer ce diagnostic. Mettons de côté la possibilité des jeûnes absolus ou relatifs et des jeûnes volontaires. Eliminons, également, l'insuffisance d'apports alimentaires par lésions du tractus digestif, car nous n'en avons ici ni l'étiologie, ni les symptômes. Pour ce qui est d'une activité exagérée ou d'un insuffisant repos, l'histoire ne nous révèle rien à ce sujet. Nous n'avons pas, non plus, le tableau clinique rencontré chez les hépatiques.

Sommes-nous en présence d'une malade souffrant de diabète avec dénutrition? Dans ce cas, les urines renfermeraient du sucre, mais deux examens de laboratoire sont négatifs sur ce point. Avons-nous affaire à un hyperfonctionnement de la glande thyroïde? L'histoire et les signes découverts à l'examen ne nous orientent pas vers ce diagnostic. La mesure du métabolisme basal eût été intéressante ici, car on sait qu'il est élevé dans l'hyperthyroïdie et abaissé dans la maigreur hypophysaire.

Malheureusement, cet examen, de même que la radiographie de la selle turcique que nous aurions voulu prendre, n'a pas été fait, la malade ayant quitté notre service trop tôt. Nous pouvons, également, éliminer la maladie d'Addison, où en même temps que les signes de maigreur hypophysaire, existent une hyperpigmentation des téguments et les signes de la tuberculose causale. Il reste à choisir entre l'anorexie mentale et la maigreur hypophysaire.

On ne relève rien dans l'étiologie de la maladie qui puisse nous orienter vers le diagnostic d'anorexie mentale. Mais, l'évolution de la maladie et la réaction favorable du traitement opothérapique nous amènent à porter le diagnostic de maigreur hypophysaire, car dans toutes les autres maladies énumérées plus haut, ce traitement eût été sans effet. De plus:

1. — Les troubles morphologiques à type de cachexie, avec sénilité précoce;
2. — L'état de la peau et des phanères;
3. — L'aménorrhée;
4. — L'hypotension;
5. — La céphalée fréquente et tenace;

nous font également porter sur ce cas, un diagnostic positif de maigreur hypophysaire.

Maintenant que notre diagnostic de maigreur hypophysaire est posé, voyons quels seront l'évolution, le pronostic et le traitement de cette maladie:

Évolution. Abandonnée à elle-même, sans opothérapie anté-hypophysaire intensive et prolongée, l'évolution de la maigreur hypophysaire se fait, en règle générale, vers la cachexie et la mort par collapsus cardiaque, coma progressif ou infections intercurrentes.

L'autopsie révèle des altérations quasi constantes, du lobe antérieur de l'hypophyse, allant de la simple sclérose jusqu'à l'atrophie et même la destruction complète, soit par atro-

phie simple, adénome, cancer, kystes, gomme syphilitique, sclérose inflammatoire, lésions post-traumatiques.

Il semble qu'une insuffisance sécrétoire purement fonctionnelle de l'antéhypophyse puisse réaliser le syndrome au complet.

Mais, parfois, grâce aux injections d'extraits hypophysaires antérieurs, l'appétit reparaît, le poids augmente, les poils repoussent, et il survient une guérison souvent définitive, quelquefois temporaire.

Pronostic. Il était jadis, absolument fatal, mais les injections d'extraits du lobe antérieur de l'hypophyse ont changé ce pronostic.

Traitement. Il est actif surtout au début et dans les formes frustes. On utilise l'extrait antéro-hypophysaire, mais il faut un extrait global renfermant des hormones gonadotropes, des hormones de croissance, ainsi que des cortico-stimulines et des thyréo-stimulines.

Pour que le produit soit actif, il faut qu'il soit utilisé frais, car à la longue, il s'altère. Il doit être injecté dans les muscles, et à titre complémentaire, peut se donner par la bouche, et la dose utilisée doit être progressivement croissante. L'action de cette opothérapie est, habituellement, rapide, mais le traitement doit être poursuivi longtemps. A cette thérapie hypophysaire essentielle, on peut associer les opothérapies thyroïdiennes, surrénaliennes et ovariennes et ceci, pour deux raisons:

1. — Parce qu'elles peuvent augmenter l'action hypophysaire. — 2. — Parce qu'elles seules sont actives, si l'hypophyse n'est pas intéressée. [1]

1. Documentation: *a*) Encyclopédie Médicale et *b*) Feuillets Médicaux.

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

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

Tome 69 — N° 10 Montréal, octobre 1940

LE TRAITEMENT DE L'ANGINE DE POITRINE PAR LE PROCÉDÉ CHIRURGICAL DU DOCTEUR MERCIER FAUTEUX

L'important journal médical américain *Surgery, Gynecology and Obstetrics* vient de publier dans sa livraison du mois d'août un article du docteur Mercier Fauteux portant sur l'étude expérimentale du traitement chirurgical de la coronarite.

Nous connaissons tous le beau travail du docteur Mercier Fauteux, aussi bien expérimental que pratique, sur la thérapeutique chirurgicale de l'angine de poitrine. Notre collègue a publié dans *l'Union Médicale du Canada* du mois d'août, un important mémoire qui exposait certaines tentatives d'autres chirurgiens et sa méthode personnelle, simple et ingénieuse, de traiter la coronarite. Nous sommes donc en mesure d'apprécier le grand mérite du docteur Fauteux, sa ténacité et son inventivité. Mais nous sommes heureux et honorés de constater que notre collègue est également apprécié aux Etats-Unis. Cette même livraison de *Surgery, Gynecology and Obstetrics* contenait, en plus, un éditorial commentant l'article du Dr Fauteux. On y disait, entre autres choses, ceci: « Comme l'a dit James MacKenzie, l'ingéniosité du chirurgien pourra éventuellement surmonter tous les obstacles en chirurgie cardiaque, et certainement la contribution du docteur Fauteux est un appel à tous ceux qui s'intéressent au soulagement d'une affection si fréquente chez l'homme. »

L'effort du docteur Fauteux est donc estimé hautement chez nos voisins; nous n'avions pas attendu cette consécration pour l'apprécier nous-mêmes. Mais l'attention qu'on y porte dans un journal aussi sérieux que *Surgery, Gynecology and Obstetrics* doit nous faire plaisir, et c'est pourquoi nous tenons à le faire savoir à tous nos lecteurs.

En plus, nous espérons que le docteur Fauteux continuera ses efforts avec persévérance. Certaines applications récentes et heureuses de sa méthode de traitement chez l'homme, l'encouragement qu'il reçoit de milieux scientifiques autorisés doivent l'induire à poursuivre ses travaux.

En tous cas, nous le félicitons des succès obtenus jusqu'à maintenant. Nous souhaitons publier bientôt les premiers résultats favorables de ses interventions chez l'homme.

R. A.

LE CONGRÈS DU JUBILÉ D'ARGENT DE L'ASSOCIATION DES HÔPITAUX CATHOLIQUES AMÉRICAINS ET CANADIENS

Nous avons reçu, il y a déjà quelques semaines, le texte du discours que prononça le Père Alphonse-M. Schwitalla, S.J., Président de l'Association des hôpitaux catholiques des Etats-Unis et du Canada, au Congrès du jubilé d'argent qui eut lieu à Saint-Louis (Mo.) en juin dernier.

Bien que quelques mois se soient écoulés depuis, nous croyons qu'il n'est pas trop tard pour extraire certains faits et certaines idées de la magistrale allocution du Père Schwitalla. L'Association a été fondée en 1915. Il y avait alors 541 hôpitaux catholiques aux Etats-Unis et 90 au Canada. Aujourd'hui on en compte 682 aux Etats-Unis et 179 en notre pays. Le nombre de lits, alors de 10,550 au Canada, est maintenant de 32,946. Il a triplé.

Le champ d'action de l'hôpital catholique

durant ces dernières vingt-cinq années s'est encore plus accru au Canada qu'aux Etats-Unis.

En 1915, les hôpitaux catholiques des deux pays hospitalisaient environ 925,000 malades annuellement. Aujourd'hui, ils en admettent et traitent 2,400,000; ce qui démontre une augmentation de cinq fois supérieure à l'accroissement de la population catholique, de presque six fois à celui de la population globale.

Les écoles de gardes-malades catholiques ont quadruplé le nombre de leurs admissions de 1915 à 1940 aux Etats-Unis et au Canada. Les diplômées en 1915 étaient au nombre de 1,700 aux Etats-Unis, de 275 au Canada; en 1939, les chiffres respectifs montraient 6,758 et 1,158.

Durant les vingt-cinq ans, les écoles catholiques de gardes-malades américaines ont livré leur diplôme à 102,425 sujets. Au Canada, 18,010 furent diplômées.

Ces chiffres font voir le développement considérable des hôpitaux catholiques en Amérique du Nord depuis vingt-cinq ans; au Canada, cette expansion s'est produite surtout dans la province de Québec. Il serait superflu d'ajouter longuement à ces statistiques qui sont, par elles seules, éloquentes.

Ce très important discours du distingué Président est copieux à ce point que nous ne pouvons le commenter en quelques lignes, comme nous le désirerions; l'espace restreint de ces colonnes nous en empêche. Il touche à tous les sujets matériels et moraux qui regardent de loin ou de près les activités hospitalières. Mais on pourrait peut-être concentrer en peu de mots la pensée définitive de l'orateur: l'Association des hôpitaux catholiques des Etats-Unis et du Canada poursuit un but humanitaire, moral et religieux qui fait partie intégrante du grand mouvement d'Action catholique dans le monde et surtout dans les pays où se trouvent déjà des groupes importants de catholiques. Pour que le but soit atteint pleinement, il faut, de toute nécessité, que les hôpiaux catholiques et leurs auxiliaires puissent donner un rendement d'organisation et d'administration, puissent offrir une tenue scientifique qui soient comparables aux hôpitaux laïques ou d'Etat. L'Association a veillé à ce que ces résultats soient obtenus, elle s'efforce de plus en plus à stimuler le zèle, à coordonner les efforts pour que dans les sphères spirituelles et matérielles l'hôpital catholique de l'Amérique du Nord accomplisse efficacement son œuvre humanitaire et apostolique.

R. A.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

L'ÉLECTROCARDIOGRAPHIE DANS L'ANGINE DE POITRINE*

Par

C. LIAN
Professeur Agrégé,
Médecin de l'hôpital Tenon.

et

GOLBLIN,
Assistant de Cardiologie
à l'hôpital Tenon.

Dans un récent travail, présenté aux Journées Cardiologiques de Royat en Juin 1939 (1), MM. Moquin et P. Laubry ont repris l'étude d'un sujet qui intéresse toujours vivement le médecin, à savoir les signes électrocardiographiques de l'angine de poitrine. Ils n'ont eu en vue que l'angor classique, du type « ambulatoire », en excluant par conséquent les douleurs cardiaques non angineuses, ainsi que le syndrome réalisé par la thrombose coronarienne (angor aigu fébrile), celui de l'infarctus du myocarde.

Il s'agit donc de l'angine de poitrine-type, telle que l'a décrite Heberden, avec la douleur précordiale violente, constrictive, ses irradiations caractéristiques, évoluant par crises tendant à la répétition, d'une durée assez brève, quelques minutes en général, et qui se produit habituellement à l'effort.

Il est un fait qu'il convient d'emblée de souligner, c'est qu'il n'y a aucune altération électrocardiographique constante chez les angineux. Bien plus, ainsi que nous le verrons plus loin, un certain nombre d'électrocardiogrammes recueillis chez des angineux sont parfaitement normaux.

I. Anomalies majeures et mineures.

Les anomalies électrocardiographiques que l'on peut rencontrer chez les sujets présentant de l'angine de poitrine embrassent toutes les variétés d'atypie du complexe ventriculaire, telles que: élargissement des accidents de la partie initiale du complexe ventriculaire (QRS), crochetages, épaississement, faible voltage de QRS; accentuation de l'onde Q; dénivellation de l'espace ST; altération de l'onde T.

Parmi les anomalies précitées, certaines peuvent être considérées comme des stigmates électrocardiographiques « majeurs », qui traduisent l'existence d'une perturbation organique du myocarde ou des coronaires, et constituent un argument en faveur de l'origine de l'angine de poitrine.

Ce sont: *a*. Les dénivellations de l'intervalle ST; *b*. La négativité de l'onde T dans les dérivations I et II, en effet on considère comme dépourvue de valeur diagnostique l'inversion isolée de T dans la dérivation III, à moins toutefois que T III soit constitué par une dépression à la fois profonde et pointue; *c*. L'existence d'une onde Q profonde en dérivation III (onde égale au moins au quart de l'amplitude maxima de l'une quelconque des trois dérivations, en dehors de toute déviation droite de l'axe électrique). Nous verrons plus loin quelles sont parmi ces anomalies électrocardiographiques celles qui, à notre avis, ont une signification plus spécialement coronarienne.

A côté de ces anomalies électrocardiographiques « majeures », qui indiquent un trouble sérieux du myocarde, il en est de moins significatives « mineures », pourrait-on dire, telles que le faible voltage du complexe ventriculaire, l'élargissement modéré de QRS, le crochetage ou l'épaississement de l'une de ses

* Extrait de: *L'Année Médicale Pratique,* volume annuel, publié sous la direction du *Dr C. Lian,* Prof. agrégé à la Faculté, Médecin de l'hôpital Tenon. 300 articles courts classés par ordre alphabétique exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial., et questions prof.). 25% de réduction aux souscripteurs. Envoyer avant le 15 avril: Etranger: Union Postale, 33 frs; autres pays, 36 frs. A *R. Lépine,* 39, rue d'Amsterdam, Paris. C/Chèques-Postaux; Paris 712.04.

ondes, le « triphasisme » de QRS en DI, DII ou DIII, l'accentuation de l'accident Q dans l'une ou l'autre des trois dérivations.

II. Fréquence des anomalies électrocardiographiques.

La fréquence avec laquelle des anomalies électrocardiographiques s'observent au cours de l'angine varie, selon les statistiques, de la moitié aux deux tiers des cas.

L'emploi systématique de la dérivation IV (dérivation précordiale) augmente le pourcentage des cas positifs.

Il en est de même des électrocardiogrammes pris après une « épreuve d'effort » (afin de déclancher la crise), méthode intéressante, mais aux résultats parfois décevants ou paradoxaux.

Malgré tous ces artifices, il reste des cas d'angor franchement organique dans lesquels tous les tracés électrocardiographiques sont normaux.

III. Anomalies d'allure coronarienne.

Toutes les anomalies électrocardiographiques dites majeures sont loin d'avoir la même signification pour élucider l'origine coronarienne ou non d'une angine de poitrine.

Ainsi, à ce point de vue, la simple inversion de T a peu de valeur diagnostique: on peut la trouver dans des cardiopathies valvulaires rhumatismales où l'atteinte coronarienne est peu vraisemblable.

Quant à la dénivellation de ST, elle n'est en faveur de l'origine coronarienne que si elle est très accentuée et que si la ligne ST est curviligne (onde de Pardee). La modification la plus significative est l'onde monophasique de Pardee, dans laquelle RT ou ST d'une part et T d'autre part forment une onde arrondie d'une seule tenue qui part du sommet de R ou de T et rejoint la ligne iso-électrique en dessinant un demi-dôme RT ou une demi-cupule ST.

Cette onde monophasique est assez caractéristique de la thrombose coronarienne, mais elle ne s'observe qu'au stade tout initial et est ainsi de constatation tout à fait exceptionnelle. D'ailleurs même cette onde si caractéristique n'est pas pathognomonique, elle a été observée en dehors des affections coronariennes, par exemple dans des péricardites avec épanchement. Dans le domaine expérimental, elle a été constatée par le Pr Clerc après des ligatures coronariennes, mais C. Lian et P. Merklen [2] l'ont observée après des injections intramyocardiques de nitrate d'argent.

Quant au grand QIII de Pardee, nos recherches personnelles nous ont montré que c'est seulement dans la moitié des cas où il existe qu'il y a de l'angine de poitrine. Par conséquent sa valeur pour le diagnostic d'une coronarite est assez relative.

Par contre, comme nous l'avons rappelé à la réunion de Royat (1) il y a lieu d'attribuer une valeur diagnostique bien plus grande à une variété particulière de grand QIII, que nous avons appelée l'Isodiphasisme de QRIII (3).

Voici comment nous le définissons:

a. En DIII, Q et R constituent les deux seules ondes de la partie initiale du complexe ventriculaire (sans accident S), ces deux ondes ont une amplitude égale ou voisine de l'égalité, la plus petite des deux étant au moins les 2/3 de l'autre.

b. L'onde Q doit avoir, en valeur absolue, au moins 5 mm. de profondeur (étalonnage-standard).

c. L'amplitude de Q et de R doit rester la même tout le long du tracé, ou ne présenter que des variations minimes, avec persistance de l'isodiphasisme.

Dans 90% des cas où l'on constate ainsi l'isodiphasisme de QRIII, il existe une angine de poitrine de la forme commune que nous appelons angor d'origine cardio-artérielle et qui, croyons-nous, relève en général d'une lésion coronarienne. C'est dire la très grande valeur de l'isodiphasisme de QRIII pour le diagnostic des angors organiques. Malheureusement c'est un signe de constatation assez rare.

IV. Conclusion.

1. Un nombre appréciable d'angines de poi-

trine de nature organique et même coronarienne, donnent des tracés électrocardiographiques parfaitement normaux.

2. Dans la majeure partie des cas néanmoins, les tracés électrocardiographiques présentent des anomalies plus ou moins marquées du complexe ventriculaire qui témoignent d'une atteinte du myocarde ventriculaire ou des coronaires, et par là traduisent l'organicité du syndrome.

3. Parmi ces anomalies, il en est qui sont plus significatives, ce sont les inversions profondes et pointues de l'onde T, les dénivellations accentuées de l'intervalle ST (ou RT), le grand accident QIII de Pardee. Enfin une modalité particulière de ce dernier, l'isodiphasisme de QRIII de Lian et Golblin, a une valeur exceptionnelle puisque dans 9/10 des cas il signale une angine de poitrine de nature cardio-artérielle, très vraisemblablement coronarienne.

(1) *Arch. des Mal. du Cœur,* juil. 1939, p. 743. — (2) *Soc. Biol.* t. 107, 1931, p. 696, 807 et 809. — (3) *Soc. Méd. Hôp.* Paris, 8 déc. 1933. — *Année Médicale Pratique,* XIII, 1934, p. 44.

CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

Généralités

Les circonstances de l'accident, son horaire et sa nature, ainsi que la forme particulière de l'agent vulnérant méritent d'être soigneusement notés. Le siège précis du traumatisme doit être recherché; ce qui est aisé, si le blessé est conscient et ce qui l'est moins, dans le cas contraire, surtout si aucune marque extérieure n'apparaît chez la victime.

Examen objectif

L'examen local porte sur la recherche des signes particuliers aux drames abdominaux: défense musculaire, contracture, météorisme, matité des parties déclives, sonorité préhépatique. Cet examen peut déceler l'endroit exact où siège le maximum de la douleur.

L'examen général cherche à mettre en parallèle les signes subjectifs immédiats et leur signature objective. Ce sont le shock traumatique et son cortège de signes associés, l'état syncopal, les vomissements, les troubles dans l'émission des urines, des selles et des gaz, l'apparition d'hémorragies du tractus digestif. Ceci implique des modifications de la température (hypothermie et refroidissement des extrémités), du pouls (tachycardie), de la tension artérielle (hypotension), de la respiration (dyspnée et polypnée), de la coloration des téguments (pâleur).

Diagnostic

Il est facile quand on sait en reconnaître les signes subjectifs immédiats, leur confirmation objective et lorsque l'examen local est pratiqué minutieusement. Il reste, cependant, à *reconnaître les viscères lésés* et à savoir s'il y a *hémorragie interne.*

La connaissance exacte et précise de la région contuse est d'une importance capitale. Le foie peut être atteint, si la contusion a porté sur l'hypochondre droit; si elle a frappé l'hypochondre gauche ou l'épigastre, les lésions peuvent siéger sur l'estomac ou la rate. L'intestin grêle, le côlon transverse, la vessie ou le rectum peuvent être porteurs de lésions, si le traumatisme s'exerce sur la région ombilicale ou sur l'hypogastre et s'il siège sur la fosse iliaque ou le flanc, les côlons ou l'intestin grêle peuvent être touchés.

Le diagnostic d'hémorragie interne est fonction des signes généraux et locaux déjà notés lors de l'étude des plaies pénétrantes de l'abdomen.

Traitement

Médical, c'est celui du choc traumatique; *chirurgical,* c'est la recherche des organes lésés, l'arrêt d'une hémorragie interne.

Note capitale

Dans le doute, ne jamais s'abstenir, mais intervenir.

* * *

Lésions traumatiques du foie

Généralités

Le foie est un organe très vasculaire qui, fixé entre les côtes et la colonne, ne peut fuir les traumatismes directs, les plaies ou les contusions, d'où comme conséquence, sa rupture lors d'un accident qui l'intéresse.

Anatomie pathologique

Les ruptures ont des degrés variables: sous-capsulaire, capsulaire, avec ou sans perte de substance hépatique. Le foyer de rupture communique avec la cavité péritonéale. Les sites de prédilection des ruptures sont le lobe droit et la face convexe. La complication habituelle est l'infection venant des voies biliaires.

Symptômes

C'est le tableau de shock. Un signe particulier: *l'hémorragie*: externe (s'il y a plaie de la paroi) ou interne, manifestée par les signes immédiats (rapidité et petitesse du pouls, contracture abdominale, matité de la fosse iliaque droite, dyspnée, douleur à l'hypochondre droit) et les signes tardifs (hoquet, ictère, température, pigments biliaires ou sucre dans les urines).

Traitement

L'intervention doit être immédiate et consiste dans l'hémostase par suture ou par tamponnement.

* * *

Lésions traumatiques de la rate

Généralités

On peut rencontrer des plaies, des contusions, des ruptures ou des hernies de la rate. Ce sont surtout les contusions qui se rencontrent. La rupture peut être due à un traumatisme considérable (chute, écrasement).

Anatomie pathologique

Les lésions sont de degrés variables: simple contusion, hématome intrasplénique avec intégrité de la capsule, rupture de celle-ci avec fissure, éclatement ou broiement de la rate et lésions du pédicule.

Symptômes

Le tableau est variable avec les lésions et le shock. Ce sont des symptômes thoraciques et abdominaux: douleur à l'hypochondre gauche, dyspnée et autres signes pulmonaires et des indices d'hémorragie interne avec tendance syncopale. L'examen montre la défense de la paroi, la matité des parties déclives, de l'hypochondre et du flanc gauche.

Traitement

Il est chirurgical. C'est la splénectomie.

* * *

Lésions traumatiques du rein et de la vessie

1o Plaies du rein

Généralités

Les plaies du rein sont surtout des lésions de guerre, car elles sont le plus souvent dues à des éclats d'obus ou à des balles.

Anatomie pathologique

Les lésions sont variables. On peut rencontrer un seul sillon à la surface du rein, ou une traversée de celui-ci de part en part, ou encore, si le projectile est volumineux et doué d'une grande vitesse, un éclatement partiel ou total de l'organe. Les vaisseaux et le bassinet peuvent être lésés.

Dans les deux tiers des cas, il y a lésions concomitantes d'organes voisins (intestins, foie, rate, plèvre, poumons, estomac, pancréas, veine cave).

Symptomatologie

Le principal symptôme est l'hématurie. Les signes généraux relèvent du choc traumatique et de l'hémorragie.

Examen

D'abord, c'est *l'examen de la plaie* qui siège habituellement dans la région lombaire ou thoracique basse, dans le flanc ou à la partie antérieure de l'abdomen et qui donne parfois issue à de l'urine. Puis *l'examen de la région lombaire* montre le lieu de la douleur et fait constater un hématome. Ensuite *l'examen de l'abdomen* par la recherche des signes classiques, (défense, contracture, matité des parties déclives) renseigne sur l'atteinte ou l'intégrité

des viscères abdominaux. Enfin *l'examen des urines* décèle l'hématurie.

DIAGNOSTIC

Celui-ci est facile et se résume par l'équation suivante: plaie lombaire + hématurie = lésion du rein. Le diagnostic est indéniable, s'il y a issue d'urine par la plaie.

TRAITEMENT

Dans les cas très légers, on peut tenter, tout en surveillant attentivement le pouls, la température et les urines, le traitement conservateur par le repos absolu au lit en décubitus dorsal après nettoyage chirurgical de la plaie et sa suture.

Dans les cas graves, l'intervention s'impose, par voie antérieure, si des lésions intra-abdominales sont soupçonnées, par voie lombaire autrement. Elle consiste dans la suture, le tamponnement ou la néphrectomie.

2o Contusions du rein

GÉNÉRALITÉS

Elles sont, en pratique civile, plus fréquentes que les plaies du rein.

Bien noter les circonstances de l'accident et les signes subjectifs immédiats (hématurie, vomissements, passage des selles et des gaz).

Les contusions du rein sont habituellement l'effet d'un traumatisme direct portant sur la région lombaire, le flanc ou la partie latérale de la paroi antérieure de l'abdomen. Les agents vulnérants ordinaires sont la ruade de cheval, le heurt violent contre un angle quelconque, le tamponnement ou l'écrasement.

Ces contusions peuvent aussi, mais plus rarement, être la résultante d'un traumatisme indirecte (v. g. chute sur les pieds).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions présentent différents degrés: *a*) infiltrations sanguines, *b*) fissures corticales, *c*) déchirures ou ruptures, *d*) broyement de l'organe.

SYMPTOMATOLOGIE

Au moment de l'accident, *douleur* plus ou moins vive avec ou sans état syncopal.

L'hématurie survient à la première miction qui suit le traumatisme ou après quelques heures ou encore quelques jours après. L'hématurie peut manquer toutefois si l'uretère est rompu ou si le rein est séparé complètement des vaisseaux. Signes urinaires accessoires: oligurie ou anurie.

Les symptômes généraux varient avec la gravité des lésions; ici encore, ce sont ceux du choc traumatique et de l'hémorragie interne.

EXAMEN

L'inspection de la région contuse montre des ecchymoses et parfois une région lombaire augmentée de volume.

La palpation bi-manuelle de la région lombaire et du flanc éveille la douleur et révèle une masse plus ou moins volumineuse (hématome péri-rénal).

Le palper abdominal indique de la défense, de la contracture et, à la percussion, on a une matité du flanc intéressé.

TRAITEMENT

Le traitement des cas légers est d'expectative (repos au lit, décubitus dorsal, ventouses, diète appropriée, antiseptiques urinaires).

Le traitement des cas graves est *chirurgical;* ses modalités opératoires varient avec les lésions (nettoyage, suture, tamponnement ou néphrectomie).

Les plaies de la vessie

GÉNÉRALITÉS

La porte d'entrée de ces plaies a deux sièges habituels: la région hypogastrique et la région périnéale. Deux signes subjectifs immédiats: la *rétention d'urine* et *l'hématurie.*

SYMPTÔMES

Les phénomènes généraux sont marqués dès le début — la douleur est intense.

La plaie vésicale peut donner issue à de l'urine; le blessé a, habituellement, des *envies d'uriner sans résultat* ou émet une *urine sanglante.*

DIAGNOSTIC

Le diagnostic repose sur les commémoratifs, le siège de la plaie et les constatations du cathétérisme explorateur.

TRAITEMENT

Le traitement est chirurgical: laparotomie, s'il est nécessaire de vérifier l'état du péritoine; si la plaie est nette, *suture,* sinon *cystostomie.*

Edouard DESJARDINS.

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. Med. — psychol. » **94** :1 (juin) 1938.

MEDECINE

E. V. ALLEN et A. R. MacLEAN. — **Disparition de la céphalée de l'hypertension artérielle par élévation de la tête du lit.** "Proceedings of the Staff Meeting of the Mayo Clinic", **15**: 523 (14 août) 1940.

Un grand nombre de malades hypertendus sont grandement ennuyés par une céphalée assez particulière par sa localisation occipito-cervicale et par son apparition vers les dernières heures de la nuit. Elle réveille très souvent les malades ou encore ils s'éveillent avec elle. Elle se dissipe après le lever, habituellement après quelques heures d'activité.

Et pourtant, ce qui a toujours semblé paradoxal aux auteurs, la pression artérielle s'avère franchement plus basse durant le sommeil et l'immobilisation du repos nocturne, c'est-à-dire au moment même où apparaît la céphalée ; elle s'élève incontestablement quand le sujet vaque à ses occupations, et pourtant c'est alors que la céphalée disparaît. Les auteurs en conclurent-ils que cette céphalée de fin de nuit n'était pas immédiatement rattachable au degré d'hypertension, mais probablement à la position horizontale. Aussi, mettant en observation une hypertendue dont les fins de nuit étaient invariablement marquées de céphalée, ils purent constater que l'élévation de la tête du lit d'une hauteur de 18 pouces prévenait systématiquement la céphalée matutinale. Leur hypothèse fut donc confirmée par cette opération. Ainsi croient-ils que ce procédé simple, réalisable partout, pourrait prévenir la céphalée matutinale de l'hypertension artérielle et même d'autres mécanismes pathologiques.

Roma AMYOT.

PHTISIOLOGIE

Jevrem NEDELKOVITCH. — **Le problème de la virulence du bacille de Koch.** "Revue de la Tuberculose", **5**: 1170; 1939-40.

La virulence du bacille chez le même malade diminue-t-elle ou même ne disparaît-elle pas lorsque les lésions commencent à guérir? Des expériences ont été faites par l'auteur sur les exsudats purulents du pneumothorax et sur ceux des pleurésies séro-fibrineuses communes. On constate qu'il n'y a aucune différence entre la virulence des exsudats en voie de disparition spontanée chez des malades qui ont guéri de leur pleurésie ou qui en sont morts. Les bacilles demeurent vivants et virulents dans les exsudats de pleurésies qui guérissent spontanément. Au cours des pleurésies séro-fibrineuses ou purulentes, la guérison arrive malgré la présence dans la plèvre de bacilles vivants et virulents. L'organisme devient comme insensibilisé à l'égard de ces bacilles et la guérison survient comme s'il n'y avait pas de bacilles; l'organisme se charge de les éliminer. Ce qu'il y a de remarquable d'après ces expériences, les bacilles tuberculeux, loin de mourir avant d'arriver à la guérison, ne deviennent pas moins virulents. Les lésions tuberculeuses guérissent comme si les bacilles n'existaient pas. L'organisme deviendrait alors insensible aux bacilles et à ses toxines. Donc, le bacille tuberculeux ne joue pas un rôle primordial dans la tuberculose. La gravité et la guérison de la maladie ne sont pas conditionnées par la virulence du microbe. Un autre facteur intervient, et c'est l'organisme attaqué.

En clinique humaine, il est très important de savoir s'il y a rapport entre la virulence et la gravité de la maladie, et aussi de connaître le rapport qu'il y a entre la virulence et l'état de la maladie chez le même malade. Les formes graves de la maladie seraient-elles causées par des bacilles plus virulents que ceux des formes bénignes? L'accord n'est pas fait. L'auteur a fait, après d'autres savants, des expériences. On a pris des souches provenant de cas bénins et de cas malins. Ainsi, il a été démontré que « la malignité des cas ne dépend pas de la virulence de bacilles, mais bien de quelque autre facteur. » C'est le terrain.

Paul-René ARCHAMBAULT.

GASTRO-ENTEROLOGIE

Julius CHASNOFF, Sidney LEIBOWITZ et Robert SCHWARTZ. — **Valeur du régime de Meulengracht au cours des hémorragies graves par ulcus.** "Amer. Jr. of Dig. Diseases", **7**: 373 (sept.) 1940.

L'hémorragie grave est une complication fréquente au cours de l'évolution d'un ulcère gastro-duodénal; c'est aussi une complication grave si l'on en croit les taux de mortalité des anciens auteurs, variant de 3.4% à 25%. On l'a traité jusqu'à cette dernière décade par le jeûne quasi absolu, suivi d'une diète sévère progressivement élargie. Dès 1931, frappé du

fait qu'un bon nombre de malades, ulcéreux, passaient sans encombre à travers une hémorragie grave, sans le traitement plus haut décrit, donc, sans restriction alimentaire, et semblaient arrêter de saigner en mangeant, Meulengracht décida de nourrir abondamment dès le début de leur hémorragie les ulcéreux qu'il aurait à traiter dorénavant. Sa statistique d'octobre 1937 comporte 368 cas d'hémorragie grave et donne un taux de mortalité de 1.35%. Le régime apportant 2,300 calories par jour au malade consiste surtout en purées, pain, beurre, etc.; il est donné en détail par les auteurs qui l'ont essayé, à leur tour. Leurs chiffres, moins considérables que ceux de Meulengracht, indiqueraient aussi la supériorité de l'alimentation précoce et abondante: mortalité de 4% sur 21 cas traités au régime de Meulengracht, mortalité de 11% sur 72 cas soumis au jeûne classique. De plus, les malades nourris dès le début accusent un bien-être physique et mental dont ne jouissent pas les patients laissés au jeûne, sans que la durée d'hospitalisation des premiers soit raccourcie, cependant. Il faut aussi songer à la perforation qui accompagne parfois l'hémorragie grave; il n'est pas encore prouvé que l'alimentation abondante et précoce favorise ou non cette autre complication. Voilà donc une méthode intéressante dont on parle beaucoup depuis quelques années, en bien et en mal, et qui mérite bien qu'on l'éprouve chez nous.

Roger R. DUFRESNE.

ENDOCRINOLOGIE

I. S. RAVDIN et W. D. FRAZIER. — **Emploi de la vitamine B dans l'hyperthyroïdie.** "1938 Transactions of the Third International Goiter Conference and the American Association for the Study of Goiter".

L'histologie et l'activité fonctionnelle du foie sont, en général, modifiés dans l'hyperthyroïdie.

Ces modifications hépatiques sont susceptibles de causer un risque opératoire.

Par sa fonction antitoxique le foie joue un rôle important dans l'excrétion de la thyroxine.

L'infiltration graisseuse du foie est souvent associée à une hypofonction glycogénique chez les goitreux toxiques. Cette hypofonction glycogénique est en relation trois étroite avec la déficience de la vitamine B.

McCarrison a constaté la présence d'hyperplasie de la glande thyroïde chez des pigeons nourris d'aliments dont la vitamine B était exclue.

D'autres observateurs ont vu disparaître l'hyperplasie à la suite de l'ingestion de cette vitamine.

Les animaux hyperthyroïdiens, dit Driss, sous l'effet de la vitamine B_1 et du complexe de la vitamine B, conservent leur poids et même l'augmentent et la fonction glycogénique reste normale.

Ravdin et Frazier affirment que ces expériences ont une importance clinique considérable. Les résultats qu'ils ont obtenus expérimentalement chez des animaux sont superposables à ceux qu'ils ont observés chez leurs patients.

Deux groupes d'hyperthyroïdiens furent étudiés:

1) Le premier, 75 cas, fut soumis à l'action de la vitamine B_1 cristallisée à raison de 10 mill. tous les deux jours et à 10 grammes de levure de bière par jour en outre du traitement pré-opératoire de routine;

2) Le deuxième, 40 cas, n'a reçu que le traitement pré-opératoire sans adjonction de vitamine.

Ils en sont venus à la conclusion que chez les patients du premier groupe, il y eut amélioration considérable des symptômes suivants: diminution marquée de la tachycardie, augmentation du poids, temps opératoire raccourci. (Ici, les auteurs produisent des tableaux comparatifs de cas observés.)

Il est important de noter, disent-ils, que dans l'hyperthyroïdie légère ou fruste, la vitamine B ne semble pas avoir d'action heureuse. Probablement qu'à ce stade peu avancé de l'hyperthyroïdie, cette vitamine n'est pas encore en déficience.

Cette thérapeutique vitaminée, ont-ils observé, ne modifie à peu près pas le métabolisme basal.

Ils se résument en disant que la vitamine B_1 et le complexe de la vitamine B est d'un secours considérable dans le traitement pré-opératoire du goitre toxique, que l'intensité des crises hyperthyroïdiennes post-opératoires est minime.

Réal DORE.

GYNECOLOGIE

J. JEANNENEY et M. ROUSSEAU. — **Sur un cas de folliculome de l'ovaire.** "Journal de Médecine de Bordeaux", **177** (25 fév.) 1939.

On peut définir le folliculome comme une néoformation qui présente les mêmes caractères cellulaires que ceux du follicule de de Graaf et qui entraîne des troubles somatiques et fonctionnels dus à une hypersécrétion de folliculine.

Dans le cas qu'il fut donné aux auteurs d'observer, il s'agissait d'une enfant de 14 ans qui, sans aucun passé pathologique notable, présenta dès le début des règles anormales. L'examen permit de découvrir dans la fosse iliaque droite une masse douloureuse du volume d'une tête de nouveau-né. On intervint, et l'examen anatomo-pathologique des pièces montra une tumeur dont l'origine était soit l'épithélium folliculaire de la « granulosa » d'un follicule, soit un corps jaune en formation. Il y eut récidive et décès trois mois plus tard.

Quoique longtemps méconnu, le folliculome a fait l'objet de nombreuses études d'où il semble ressortir qu'il s'agit là d'une variété de tumeur ovarienne assez peu fréquente (2 à 3 p. 100).

Elixir Martin-Mazade

PRÉPARATION STABLE D'IODURE DE CAFÉINE CRISTALLISÉE CHIMIQUEMENT PURE

Cette association synergique d'Iode et de Caféine — sous forme d'Iodocaféine — offre l'avantage de réunir en un seul médicament l'action des iodures alcalins et de la Caféine, sans provoquer de troubles digestifs.

REMPLACE AVANTAGEUSEMENT L'IODURE DE POTASSIUM

Asthme — Emphysème — Oppressions
Bronchite Chronique — Artério-Sclérose

L'Elixir Martin-Mazade est un produit de prescription strictement médicale. — Nouveau prix réduit.

P. SUIFFET, Pharmacien, SAINT-RAPHAËL, FRANCE

Pour littérature et échantillons s'adresser à:

ROUGIER FRÈRES, 350, RUE LE MOYNE, **MONTRÉAL**

OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES,
CONVALESCENCES,
ANÉMIES.

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS de CHEVAL
(Sirop)
Agent de Régénération Hématique, de Leucopoïèse et de Phagocytose,

Représentants: Rougier Frères, Montréal.

Sur 151 cas, Bland et Goldstein ont constaté que 81 sont survenus avant 50 ans et 70 après 50 ans. De son côté, Schiller estime que 50 p. 100 des folliculomes surviennent après 50 ans. Aussi, aucun renseignement utile ne saurait être tiré de cette notion d'âge.

Cliniquement, le folliculome entraîne à tous les âges de la vie féminine une « exagération de l'activité génitale ».

a) Chez la jeune enfant, ce symptôme se manifeste par l'apparition d'une puberté précoce;

b) Chez la malade ménopausée, ce sont des métrorragies qui presque toujours attirent l'attention et, fait très curieux, ces pertes surviennent avec une certaine périodicité rappelant celle des menstruations normales, et s'accompagnant d'une augmentation du volume des seins et de modifications hyperplasiques de l'endomètre;

c) Lorsque le folliculome se développe chez des malades en période d'activité génitale, l'excès de folliculine entraîne des phénomènes beaucoup moins typiques. Le plus souvent, on rencontre « une aménorrhée suivie de métrorragies irrégulières ».

Cliniquement, le folliculome de l'ovaire est donc caractérisé par son action sur le cycle génital de la femme et par le fait que les troubles qu'il entraîne sont bien dus à l'action endocrinienne de la folliculine et non d'origine nerveuse.

Du point de vue anatomo-pathologique, l'élément caractéristique de ces tumeurs, c'est la cellule folliculaire, ou cellule de la « granulosa », que l'on retrouve avec l'ensemble de ses caractères, évidemment variables, suivant l'évolution du follicule. Tantôt on trouve la petite cellule de la « granulosa » du follicule primordial; tantôt, au contraire, ce sera le gros élément du follicule en voie de lutéinisation. Ainsi constitué, le folliculome ne présente cependant pas toujours le même aspect: il varie selon l'agencement de ses éléments constitutifs. Parfois, il revêt la forme folliculoïde: on croirait être en présence d'un follicule normal. C'est le type Von Kahlden.

Parfois, comme dans le cas faisant l'objet de ce mémoire, la tumeur est constituée de « cordons cellulaires » séparés par des bandes conjonctives, cet aspect trobéculaire simulant le surrénalome.

Ces différentes dispositions se retrouvent d'ailleurs souvent dans le même examen; ce que les Allemands appellent alors « granulose-zelltumoren ».

Le folliculome peut présenter également un autre type histologique individualisé par Breuner, l'oophorome de Breuner.

Dans quelle mesure cet oophorome peut-il être rapproché des « granulosa-zelltumoren »? Pour beaucoup d'anatomo-pathologistes, ce sont là deux formes d'une même tumeur à un degré d'évolution différent.

Cette variabilité morphologique du folliculome s'accompagne enfin d'une variabilité d'évolution. Si, avec R. Meyer, on peut estimer que c'est là une affection bénigne dans 80% des cas, il ne faut pas méconnaître la marche parfois foudroyante qui caractérise cette affection chez la jeune femme.

Si l'union est en partie faite sur le chapitre de l'évolution des folliculomes, il n'en est pas de même de celui de son histogénèse. A ce sujet, deux conceptions ont été émises: d'une part, l'Ecole allemande estime qu'il s'agit là soit d'une poussée supplémentaire anormale aux dépens de l'épithélium germinatif, soit d'un dysembryome né des follicules primordiaux de Valentin Pfluger; d'autre part, l'Ecole française pense qu'il s'agit d'une poussée génitale organo-génétique aux dépens de l'épithélium germinatif que constituent les cordons de Valentin Pfluger. Ces deux écoles diffèrent en ce sens que les Allemands refusent un rôle histogénétique à l'épithélium germinatif de Waldeyer.

Samuel LETENDRE.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

John BRUCE. — **Rétraction de Volkmann localisée.** "The Journal of Bone and Joint Surgery", **22**: (juillet) 1940.

L'auteur dit que la rétraction typique de Volkmann est due à une lésion grave du coude, mais qu'une rétraction localisée peut prendre naissance à la suite d'un simple traumatisme musculaire. Il avait, en effet, déjà observé une rétraction localisée et il relate l'histoire suivante d'un autre cas.

Une dactylo fut frappée à l'avant-bras par une balle de tennis. Œdème et douleur considérables. Puis, flexion pénible et limitée des doigts. Enfin, déformation graduelle du médius et impossibilité de son extension. Ce doigt, en effet, présente une rétraction fléchissant l'articulation métacarpophalangienne et celle qui relie la phalange à la phalangine. Cette déformation s'exagère à l'hyperextension du poignet et disparaît à la flexion de celui-ci. De plus, la palpation permet de constater une hypertension tendineuse (pendant l'extension du poignet) et une induration localisée au milieu de l'avant-bras.

Il semble s'agir d'une rétraction du fléchisseur profond du médius.

Cette rétraction fut corrigée, avec succès, par un allongement tendineux.

L'auteur croit qu'il s'agissait probablement d'une hémorragie localisée aux fibres musculaires du fléchisseur commun. Ce qui occasionna une compression vasculaire, puis une nécrobiose musculaire, et, enfin, de la sclérose et de la rétraction localisées.

Joseph SAINE.

Malgré la hausse du coût de fabrication et la difficulté à obtenir de l'huile de foie de morue, circonstances imputables à la guerre, la qualité supérieure de l'Huile de Foie de Morue 10-D Ayerst est toujours la même. Plus riche en vitamine D... titrée biologiquement et standardisée... saveur agréable.

Ayerst

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTRÉAL CANADA

PRESCRIVEZ DES PRODUITS CANADIENS — AIDEZ À GAGNER LA GUERRE — SERVEZ PAR VOTRE ÉPARGNE

John O. DIETERLE. — **Un cas de fracture de la grande apophyse du calcanéum (fracture d'Open-Beak).** "The Journal of Bone and Joint Surgery", **22**: (juillet) 1940.

Un domestique, âgé de 50 ans, fut frappé au talon par un escabeau en chute. Il s'ensuivit une fracture du calcanéum avec déplacement de la tubérosité. Ce qui occasionna de l'impotence, de l'œdème et une ecchymose considérable. C'est pourquoi la réduction immédiate fut jugée impossible.

Une semaine après, la tentative de réduction non sanglante s'avéra infructueuse. Aussi, fit-il une réduction chirurgicale et une pexie au catgut chromique.

Résultat excellent.

Cette fracture est excessivement rare.

Joseph SAINE.

R. L. ANDERSON. — **Tuberculose isolée de l'apophyse épineuse vertébrale.** "The Journal of Bone and Joint Surgery", **22**: (juillet) 1940.

La portion antérieure du corps vertébral est, comme on le sait, le siège habituel de la tuberculose qui peut, de temps à autre, s'étendre aux pédicules et aux lames sans intéresser les apophyses épineuses.

L'auteur rapporte le cas d'une tuberculose isolée de l'apophyse épineuse de la 4e vertèbre lombaire. C'est le premier cas du genre dans la littérature médicale de l'Amérique. Cependant, depuis 1878, on a publié, dans d'autres pays, l'histoire de 12 autres cas.

Le premier symptôme de cette localisation du B. K., c'est la douleur suivie, quelques mois après, d'un abcès. Souvent, absence de défense musculaire. Le diagnostic peut se compléter par une réaction positive de Mantoux et par la radiographie. Pas de gibbosité ni de paraplégie. Cette lésion est moins grave que celle du corps vertébral et se trouve surtout chez les adultes.

Joseph SAINE.

RADIOLOGIE

John H. LAWRENCE. — **Physique nucléaire et thérapeutique: rapport préliminaire sur une nouvelle méthode de traitement de la leucémie et de l'érythrémie.** "Radiology", **35**: 51 (juillet) 1940.

La radioactivité, qu'on parvient maintenant à conférer artificiellement à la plupart des métaux, n'enlève ou ne modifie en rien les propriétés chimiques ou pharmacodynamiques que ces métaux possédaient par ailleurs à l'état inactif. La seule différence qu'on observe dans leur comportement est l'émission de radiations, décelables au compteur de Geiger Müller ou à l'électroscope. Lorsque ces éléments radioactifs sont absorbés ou injectés dans l'économie, leur présence se traduit premièrement par les effets physiologiques qui les caractérisent d'ordinaire, et deuxièmement, si les doses sont assez fortes, par des modifications biologiques assimilables à celles engendrées par une exposition aux rayons du radium ou aux R. X.

Ce qui rend les produits radioactifs artificiels particulièrement intéressants au point de vue thérapeutique, c'est leur vie raccourcie comparativement à celle du radium. On sait que l'activité de ce dernier décroît de moitié en 1,550 ans; le même phénomène se traduit pour le sodium radioactif en 14.8 heures, pour le phosphore en 14.3 jours, pour le fer en 47 jours.

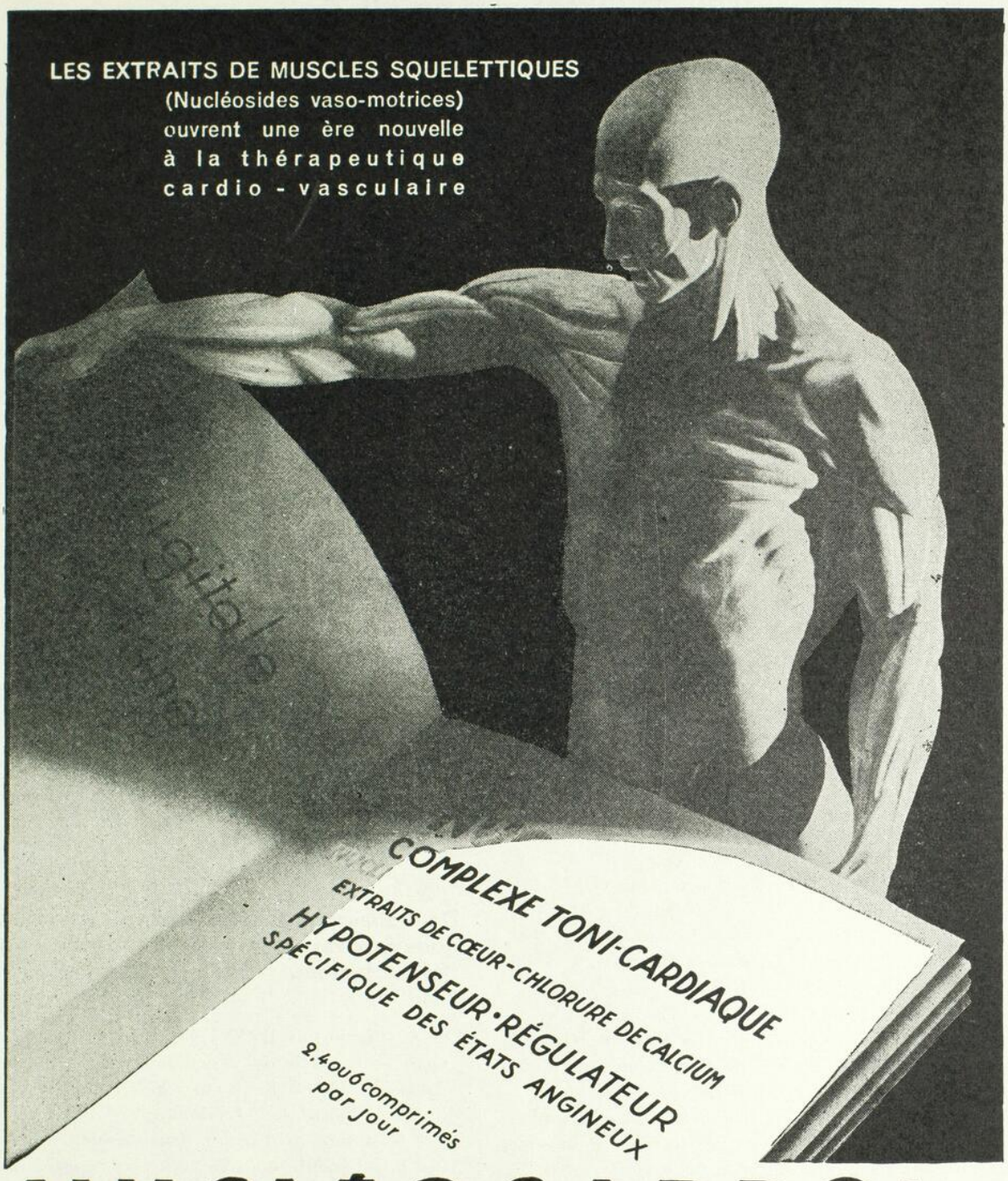
D'autre part, comme certains métaux s'accumulent électivement dans certains organes, par exemple l'iode dans la thyroïde, le fer dans les globules rouges, le phosphore dans les os, on devient en mesure de localiser en divers points de l'économie une dose de radiations connue d'avance. Le but de ce travail est de montrer le parti qu'on a pu tirer de ces données nouvelles.

Dans le domaine physiologique, la radioactivité artificielle a servi à étudier l'absorption, la distribution et l'élimination de divers produits chimiques dans l'organisme, étant donné qu'il est facile de déceler et de mesurer d'une façon précise des quantités de métaux radioactifs qui passeraient inaperçues aux méthodes d'analyses ordinaires portant sur les mêmes métaux à l'état inactif. C'est ainsi que Hahn, Bale, Whipple et d'autres ont pu étudier l'action du fer sur le chien. Un chien normal assimile des quantités négligeables de fer, alors qu'un chien anémique en assimile d'importantes. Ce fer est véhiculé par le plasma. Le chien contrôle sa réserve en fer en l'absorbant suivant ses besoins. Il ne peut en éliminer que de faibles quantités par les voies biliaires et le tube digestif.

Les recherches portant sur le phosphore radioactif ont montré que celui-ci est à peu près entièrement absorbé par la muqueuse gastro-intestinale et qu'il est lent à s'éliminer. On a montré aussi que l'échange de phosphore est plus considérable pour les tissus touchés par la leucémie que pour les tissus normaux.

Les travaux de Hamilton et Soley, portant sur l'iode radioactif, ont établi que ce produit se concentrait dans la glande thyroïde. Ce fait suggère naturellement l'idée d'utiliser l'iode radioactif dans le traitement de quelques affections du corps thyroïde.

Comme certains colorants sont absorbés électivement par certains tissus, il est probable qu'on possédera dans l'avenir des produits radioactifs susceptibles de se concentrer dans les tumeurs. Kruger a mis au point une expérience de ce genre qui semble assez encourageante.



NUCLÉOCARDOL

TRAITEMENT DE BASE DE TOUTES LES AFFECTIONS CARDIAQUES ET VASCULAIRES.

En comprimés — forme buccale — et en ampoules pour injection sous-cutanée.

Dépositaire pour le Canada:

ANGLO-FRENCH DRUG CIE - MONTREAL

L'idée de substituer des produits radioactifs artificiels au radium pour l'irradiation directe des tumeurs n'est pas pratique pour le moment, non pas parce que le cyclotron soit incapable de fournir ces produits sur une base commerciale, mais parce que le tableau atomique des divers éléments est encore trop incomplet.

Le radiophosphore incorporé au phosphate de sodium, et introduit dans l'organisme, s'accumule surtout dans l'os et dans la moelle osseuse. Comme ce radiophosphore émet des rayons bêta qui produisent une ionisation intense dans le voisinage, il semble que son usage soit indiqué dans les cancers métastatiques de l'os, dans les myélomes et dans la leucémie myéloïde. Depuis deux ans, l'auteur a expérimenté dans ce domaine. Le présent travail comporte le détail de cinq cas de leucémie myéloïde et deux cas d'érythrémie soumis au radiophosphore. Les résultats obtenus semblent comparables à ceux qu'on obtient d'ordinaire avec la rœntgenthérapie.

G. PINSONNEAULT.

Richard DRESSER, Joe C. RUDE et Bernard J. COSMAN. — **Les différences entre la rœntgenthérapie à 200 kv. et la rœntgenthérapie à très hauts voltages.** "Radiology", **34**: 13 (janvier) 1940.

Les auteurs ont expérimenté à 1,000 kv. de tension constante, 70 cm. de distance, une filtration de 3 mm. de Pb. plus 7.75 mm. de Cu. et une intensité de 1 à 1.5 MA. Le débit dans l'air était de 60 à 70 r. à la minute. Le filtre de la demi-absorption (H. V. L.) s'est montré de 10.5 mm. de Cu. au lieu de 1 à 2 mm. à 200 kv. La pénétration à 10 cm. était 50% au lieu de 30 à 35%, à 200 kv. Le « *back scattering* » atteignait 8% au lieu de 24%, et la dose éliminée (*exit dose*) était de 20% au cours de l'irradiation d'un pelvis de proportions moyennes. La protection jugée nécessaire fut de 6 pouces de plomb au lieu d'un quart de pouce, à 200 kv. Les radiations secondaires émises étaient de longueur d'onde beaucoup plus considérable que celles émises par le tube. Pour s'en protéger efficacement, une épaisseur d'un pied de ciment suffisait.

La tolérance de la peau est notablement augmentée. La réaction des muqueuses est à la fois plus précoce et plus marquée. Le mal des radiations est plus rare, et quand il existe, il est moins prononcé. Les auteurs attribuent ce fait à ce que le « *lateral scattering* » est moins considérable et, partant, le volume de tissu irradié plus réduit.

La répercussion sur le système hémopoïétique est plus accentuée, en ce sens que la leucopénie est plus marquée et plus durable, surtout avec de grands champs. On n'observe pas de différence portant sur le nombre des hématies et des plaquettes.

La dose destructive sur des tumeurs testiculaires du lapin et sur des œufs de Drosophila, s'est montrée la même qu'à 200 kv., dans l'ensemble, mais l'effet sur les couches profondes prises isolément est plus considérable à 1,000 kv. qu'à 200 kv., alors que pour les couches superficielles, l'avantage est aux 200 kv. Les auteurs ont remarqué aussi que sur les tumeurs profondément situées, la différence d'effet penchait nettement en faveur des hauts voltages, et ceci, dans des proportions qui n'étaient plus en rapport avec les données de l'ionomètre.

A 200 kv., la pénétration diminue considérablement quand on diminue la surface du champ; à 1,000,000 de kv., le taux de pénétration reste autour de 50%, même avec des champs bien inférieurs à 100 cm^2. Les auteurs ont vu des épithéliomas utérins disparaître totalement avec une dose tumorale de 3,000 à 3,500 r., administrée en 3 semaines, mais ils ont la conviction que cette quantité de radiations est insuffisante pour assurer la guérison définitive de la maladie. Il faudrait, d'après eux, administrer cette même dose en un temps beaucoup plus court, ou l'augmenter considérablement si on n'en modifie pas la durée.

Il y a des réserves à faire sur la possibilité des accidents tardifs avec les traitements à très hauts voltages. Il convient de se montrer prudent aussi longtemps qu'on ne pourra tabler un recul de plusieurs années pour juger de leurs effets.

G. PINSONNEAULT.

LABORATOIRE

Benjamin G. P. SHAFIROFF et J. R. BURMAN. **De l'absorption de substances radio-opaques à partir de la vésicule obstruée expérimentalement.** "Am. J. Physiol.", **129**: 703, 1940.

Les A. suivent aux R. X. l'absorption de substances R. opaques à partir de vésicules de chats normales et obstruées. Ils étudient ainsi le Diodrast (cristalloïde), le Thorothrast (colloïde), le Lipiodol (lipoïde), le sulfate de baryum (suspensoïde).

Avec une vésicule normale, ces corps sont évacués dans l'intestin avant toute absorption. Avec une vésicule expérimentalement obstruée, le type choisi de cristalloïde passe dans le courant sanguin par les vaisseaux cystiques et de là dans l'urine. Ceux de lipoïde et de suspensoïde sont absorbés plus lentement et se répandent dans les lymphatiques régionaux. Les colloïdes ne sont pas absorbés.

Des expériences analogues avec l'iodobismitol, l'acide iodo-acétique et le tétra-iodophénolphtaléine de sodium ont illustré l'absorption sélective d'iode.

Ces résultats concordent avec des travaux antérieurs d'où il résultait que les substances traversent la vésicule biliaire obstruée, membrane hémi-per-

LE PAUVRE VIEILLARD NE POUVAIT S'ASSEOIR

La douleur et le malaise sont le partage de celui qui souffre d'hémorroïdes, qu'il soit jeune ou vieux. Mais les hémorroïdes et autres maladies rectales sont particulièrement pénibles pour les personnes âgées. Il y a plus de danger que leur état s'aggrave ou devienne chronique et bien souvent une opération qui apporterait le soulagement est contre-indiquée.

C'est pour apporter un soulagement confortable à ces patients que les Suppositoires ANUSOL sont préparés. Dès que le suppositoire fond à la température du corps, les ingrédients émollients, calmants et protecteurs que contient l'Anusol exercent leur action favorable. L'irritation et l'inflammation sont soulagées; la congestion et le saignement enrayés. L'Anusol n'endort pas le mal par un narcotique, ou un anesthésique ou analgésique. Il ne contient pas de drogues qui pourraient apporter une fausse sensation de sécurité. Toute amélioration ressentie est véritable.

Rendez-vous compte par vous-même que l'Anusol est indiqué pour le traitement rationnel des hémorroïdes et autres maladies rectales. Un échantillon d'essai sera envoyé à titre gracieux si vous en faites la demande sur votre papier à en-tête.

ANUSOL

SUPPOSITOIRES HÉMORROÏDAUX *disponibles pour ordonnances, en btes de 6 et de 12.*

WILLIAM R. WARNER & CO., Ltd., 727 King Street, West, Toronto, Ont.

méable, selon leur diamètre moléculaire et leur diffusibilité pour se déverser dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

(15 notes bibliographiques.)

Philippe RIOPELLE.

H. Morrow SWEENEY. — **Le sinus carotidien est-il vaso-presseur quand la tension est basse?** "Am. J. Physiol", **130**: 186, 1940.

La pression artérielle du chien, abaissée par suite d'hémorragie, s'élève par l'énervation du sinus carotidien. Conclusion: même aux basses tensions, le sinus exerce une vaso-dépression, ce qui est contraire aux résultats de Heymans et Bouckaert, mais s'accorde avec les idées de Hering et Koch.

(7 notes bibliographiques.)

Eugène ROBILLARD.

Sidney C. MADDEN et George H. WHIPPLE. **Les protéines du plasma: origine, production, utilisation.** "Physiol. Rev.", **20**: 194, 1940.

Les protéines plasmatiques, fibrinogène, albumine et globuline, prennent naissance principalement dans le foie. Les cellules de la moelle osseuse, qui en disparaissent au cours des anémies aplastiques avec hypoprotéinémie, représentent un autre facteur indispensable pour leur formation. Elles trouvent leur source ultime dans les protéines alimentaires dont les produits de dédoublement, les acides aminés, absorbés du tractus intestinal, sont synthétisés, dans le foie surtout, en protéines du plasma ou bien sont transformés en matériaux de réserve. Ceux-ci s'identifient avec les réserves protidiques de l'organisme, c'est-à-dire avec toute protéine que peuvent céder un organe ou un tissu sans nuire à leurs fonctions. Le ravitaillement en acides aminés d'une part, les besoins de l'organisme en protéines d'autre part, forment avec les réserves un système équilibré. Si les besoins de l'organisme pour la formation de protéines cellulaires, plasmatiques ou même d'hémoglobine dépassent le ravitaillement, les réserves sont mises à contribution. Dans le cas inverse, elles sont reconstituées. On a montré de plus un échange entre les protéines du plasma et celles des cellules. La formation des molécules cellulaires spécifiques à partir des protéines du plasma se fait sans perte d'azote.

(92 notes bibliographiques.)

Eugène ROBILLARD.

E. A. GALL et H. A. STOUT. — **Lésions histologiques des ganglions lymphoïdes dans la mononucléose infectieuse.** "Amer. J. of Path.", **16**: 433-447; 1940.

Les auteurs reprennent la description des altérations ganglionnaires survenant au cours de la mononucléose infectieuse. Leur étude porte sur dix ganglions prélevés à divers stades de la maladie.

Le caractère histologique le plus important, presque pathognomonique, de cette affection est la présence en grand nombre, dans la pulpe ganglionnaire, dans les sinus et au pourtour des centres germinatifs des éléments mononucléés spécifiques. Après fixation au Zenker, la coloration combinée phloxine-bleu-de-méthylène fait ressortir ces mononucléaires, remarquables par leur protoplasme abondant un peu spongieux, et d'un bleu céruléen. La méthode des empreintes et les colorations vitales montrent que ces cellules sont bien identiques aux mononucléaires spéciaux observés dans le sang. Cette lésion est d'une telle constance que les auteurs lui donnent la priorité dans le diagnostic histologique de la mononucléose infectieuse.

J.-L. RIOPELLE.

S. OTANI et J.-C. EHRLICH. — **Granulome solitaire de l'os.** "Amer. J. of Path.", **16**: 479-490; 1940.

Depuis 1932, les auteurs ont observé 7 cas d'une lésion osseuse qu'ils n'ont pu classer parmi les variétés reconnues de tumeur osseuse.

Le granulome solitaire de l'os survient chez les enfants et les adolescents. Il se traduit par une tuméfaction douloureuse localisée dont la durée peut remonter à quelques semaines, ou même à des mois. Souvent, on retrace une histoire de traumatisme portant sur l'os affecté. La radiographie révèle une destruction localisée de l'os, avec néoformation osseuse irrégulière se prolongeant jusque dans les tissus mous. A l'opération, on découvre une tuméfaction mollasse encapsulée, facile à curetter.

Dans tous les cas, les constatations histologiques sont similaires. On observe en effet un tissu de granulation très cellulaire, formé en majeure partie d'histiocytes et d'éosinophiles.

L'évolution chimique montre que la lésion est bénigne.

Son étiologie est inconnue, mais il semble que le traumatisme joue un rôle important, d'après les constatations cliniques.

J.-L. RIOPELLE.

FERROCHLOR *E.B.S.*

Le fer est *la plus ancienne* et cependant il est encore l'une des médications de choix pour le traitement de l'anémie. Toutefois, ce n'est que récemment que la *médication ferrugineuse, sous la forme la plus efficace,* fut définitivement découverte.

Autrefois, des centaines de composés ferrugineux, organiques et inorganiques, furent cliniquement mis à l'épreuve et donnèrent des résultats très variés. Cette diversité de résultats incita les observateurs à poursuivre l'étude de l'absorption du fer dans les cas d'anémie. Leurs récentes découvertes confirmèrent le fait, déjà observé, que les sels ferrugineux s'absorbent plus rapidement que sous d'autres formes, et que tout fer ingéré est transformé à l'état ferrugineux avant l'absorption. Cf. *Journal C.M.A.*, mars 1933. *Lucas et Henderson.*

F. Hendrych et K. Klimesch, Arch. Exptl. Path. Pharmakol 178, 178-88, 1935, considèrent le chlorure ferrugineux comme la forme physiologique du fer. Ils constatent qu'il ne cause aucune intoxication chronique lorsqu'il est administré *per os,* mais que le carbonate ferrugineux et le citrate ferrugineux sont réellement préjudiciables au foie.

Cependant, le chlorure ferrugineux est altérable et, par conséquent, si désagréable au goût que plusieurs patients refusent de continuer le traitement assez longtemps pour remonter le taux de l'hémoglobine à la normale.

Les objections d'autrefois à l'emploi du chlorure ferrugineux ont été vaincues par « Ferrochlor *E.B.S.* » qui contient le chlorure ferrugineux sous une forme inaltérable et agréable au goût. Chaque cuillerée à thé de « Ferrochlor » contient 2 grains de chlorure ferrugineux. équivalant à 30 grains de fer moléculaire.

« *Ferrochlor E.B.S.* » augmente rapidement l'hémoglobine.

« Ferrochlor » est aussi fourni en comprimés pour les patients qui préfèrent cette forme de médication ferrugineuse.

THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LIMITED
TORONTO *MANUFACTURING CHEMISTS* CANADA

SUR VOS ORDONNANCES, SPÉCIFIEZ *E. B. S.*

CONGRÈS ET SOCIÉTÉS

L' « Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

COMPTE RENDU DE LA SEMAINE DE SEANCES CLINIQUES TENUES A L'HOPITAL DU SACRE-CŒUR DU 26 AU 31 AOUT 1940

La troisième Semaine Clinique Annuelle de l'Hôpital du Sacré-Cœur, tenue en cet hôpital, sous le haut patronage du Lieutenant-Gouverneur de la province, du Ministère de la Santé, du Comité Provincial de Défense contre la Tuberculose et de l'Université de Montréal, s'est écoulée du 26 au 31 août dernier.

M. Albert LeSAGE, doyen de la Faculté de Médecine, en a fait l'ouverture officielle lundi matin. Il est heureux de représenter la Faculté en cette occasion. L'heure tragique et meurtrière que nous traversons a son envers consolant du fait que les médecins se réunissent encore pour s'aider dans la recherche de moyens à conserver les vies humaines. La réunion de cette semaine joint la noblesse de son but à l'utilité. C'est une œuvre nécessaire dans la tragédie où la tuberculose maintient depuis trop longtemps le groupe canadien-français dans la province. M. LeSage présente M. Jarry, le conférencier du jour, en le félicitant du beau travail social qu'il a accompli jusqu'ici.

M. Jarry dit n'avoir réussi ce qu'il a accompli qu'avec l'aide efficace de ses collègues. Il félicite les autorités religieuses et médicales de l'Hôpital du Sacré-Cœur de l'initiative de ces semaines cliniques qui ont tant de bien à faire. Il termine son préambule en des termes délicats à l'adresse de Madame la nouvelle Supérieure qui est identifiée à une maison dont elle connaît les rouages depuis longtemps.

Rôle de l'organisation sociale dans la lutte contre la tuberculose

M. JARRY

Il raconte ce qui se faisait il y a 25 ans. Le grand apport du médecin consistait alors à faire un diagnostic de tuberculose pulmonaire. La clinique étant assez au point, la chose se faisait assez bien. Le rôle du médecin, cependant, se bornait là, à peu de chose près. Il formulait une vague indication de repos à la campagne, plus ou moins bien suivi, ignorant les dangers de contagion subséquemment possibles. On avait tellement foi en la clinique seule qu'on se demandait souvent l'utilité des appareils de rayons X.

Les tactiques sont aujourd'hui changées. Le diagnostic des lésions pulmonaires est aujourd'hui fait avec précision: les laboratoires de bactériologie et de radiologie étant l' « obligato » de la clinique.

Les moyens cliniques eux-mêmes sont plus étendus, le médecin est mieux armé depuis l'innovation de M. le Doyen qui, par un remaniement des études, a permis aux étudiants un stage prolongé aux cliniques pulmonaires.

L'armement médical antituberculeux, chez nous, est donc à la page, et il le sera de plus en plus. La plaie qui reste à guérir est une plaie sociale. On peut accuser, comme cause de notre haute mortalité, le chômage, la mauvaise alimentation, l'habitation insalubre, l'habit inadéquat, le surpeuplement, la promiscuité. Il est jusqu'à des centres d'accueil pour enfants qui sont de véritables foyers d'infection tuberculeuse.

Il faut donc, d'abord, la disparition du taudis, le relèvement du niveau économique, l'organisation publique de cours de culture physique, de terrains de jeux, des camps de santé, des camps d'été: nous avons actuellement place pour 500 enfants aux camps d'été et il y a 10,000 enfants de contact. C'est l'enfant qu'il faut surtout protéger par ces camps, par des préventoria et des abris contre la contagion.

L'organisation actuelle a déjà vu, par son Service Social, à enseigner au patient dépisté comment se protéger et protéger les siens. Il voit à diriger les membres de la famille à l'examen médical adéquat par la radiologie, les tests à la tuberculine et la prévention chez l'enfant au moyen du B.C.G.

Le point faible de notre organisation actuelle, c'est la pénurie de lits: le nombre est environ au tiers de ce qu'il devrait être. La profession médicale et la société doivent s'unir pour obtenir du Gouvernement les allocations nécessaires à l'ouverture de sanatoria répondant aux besoins. Il faudra aussi créer un organisme central pour voir au traitement des malades et à la protection de leur entourage et, surtout, de l'enfance.

Discussion

M. VIDAL déplore l'arrivée de moribonds dans les hôpitaux spécialisés. Ces malades ont déjà contaminé tout leur entourage et ne bénéficient aucunement des

PREPHYSIN
(Chappel)

La Gonado-Stimuline du lobe antérieur de l'hypophyse à une concentration très élevée, est aujourd'hui à la disposition du médecin qui recherche une puissante activation des fonctions ovariennes ou testiculaires. Cette hormone gonadotrope de haute concentration est connue sous le nom de PREPHYSIN SPECIALE et se présente en flacons-ampoules de 5 cc. Chaque cc. contient 100 unités Fevold-Hysaw.

La PREPHYSIN de concentration ordinaire, étudiée cliniquement depuis quatre ans, a une activité gonadotrope de 25 unités Fevold-Hysaw. Elle se présente en flacons-ampoules de 5 cc. et de 15 cc.

ECRIVEZ POUR PLUS AMPLES INFORMATIONS

Bibliographie récente sur la PREPHYSIN:

1. Sevringhaus, Bull. N. Y. Acad. Med., Feb., 1940.
2. Sevringhaus, "Endocrine Therapy in General Practice" 1938.
3. Witherspoon, "Clinical Pathological Gynecology" 1939.

THE G. F. HARVEY COMPANY
SARATOGA SPRINGS, N. Y.

S·E·P INC.

SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE INC.
917, RUE CHERRIER - MONTRÉAL

traitements médicaux. Il suggère qu'on surveille plus étroitement les admissions, afin de conserver ces lits pour des gens moins profondément atteints et qui bénéficieraient d'une hospitalisation plus prompte.

M. LADOUCEUR insiste sur le grand rôle de la prévention, qu'il est facile d'obtenir par le dépistage. La prévention est plus facile que le traitement. Elle est aussi plus utile que le traitement dans nombre de cas.

M. J.-A.-E. BEAUDOIN cite les magnifiques résultats obtenus par le B.C.G. dans la prévention de la tuberculose.

M. MIGNEAULT émet le vœu de voir augmenter le nombre de lits.

M. LeSAGE remercie le conférencier et exprime le désir de voir deux nouvelles maisons de convalescence s'ouvrir, l'une pour enfants, l'autre pour adultes.

*
* *

MARDI LE 27 AOUT.

La séance est présidée par M. le docteur J. E. DESROCHERS, Président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec. M. Desrochers présente M. Foley, épidémiologiste au Service Provincial d'Hygiène de Québec.

La tuberculose est une maladie contagieuse

M. A. FOLEY

Toutes les expériences voulues ont prouvé que la tuberculose est une maladie microbienne. Trop souvent, en notre province, l'expérience se reprend, au sein de notre malheureuse population, aux dépens de nos adultes et de nos enfants. La contagion par bacille de Koch, si elle n'a pas la brève et éclatante incubation du bacille de la diphtérie, par exemple, n'en a pas été moins démontrée comme ravageant deux fois plus que les autres les enfants laissés en milieu bacillaire.

Depuis toujours, on a cru à la contagiosité de la tuberculose. Villemin a prouvé la contagiosité en montrant l'identité des lésions en faisant passer la maladie d'un animal à un autre.

On admet aujourd'hui que l'enfant naissant est indemne de tuberculose, que l'infection tuberculeuse est cumulative et que, proportionnellement à l'âge, de 50 à 100% des populations civilisées sont atteintes par l'infection.

Le bacille bovin se trouve assez souvent chez l'homme à la suite de mammites tuberculeuses de la vache. De là vient la nécessité de la sélection des troupeaux laitiers et de la pasteurisation du lait.

Les viandes d'animaux tuberculeux sont moins dangereuses que le lait, parce que le muscle ne contient pas ou peu de bacilles, et parce que la cuisson les détruit.

La contagion interhumaine reste la plus dangereuse. Il n'y a pas d'ubiquité du bacille. Il n'est que où il y a des tuberculeux. Ce dernier est grand pourvoyeur de bacille par ses sécrétions pulmonaires. Certains malades peuvent émettre des milliers de bacilles dans une journée par les gouttelettes de salive émises par la toux, l'éternuement et l'expectoration.

Le bacille de Koch meurt en 10 jours, par dissécation, à l'obscurité. La lumière solaire le tue en quelques heures. L'humidité le conserve.

Les chambres habitées par des tuberculeux peuvent être habitées de nouveau, à peu près sans danger, trois mois après la sortie du malade.

Discussion

M. J.-A.-E. BEAUDOIN trouve qu'il y a trop de tuberculose chez nos enfants. Il insiste sur la nécessité de la sélection des troupeaux et sur la nécessité de la pasteurisation du lait.

M. J.-E. DESROCHERS félicite le conférencier en montrant toute la valeur scientifique de ses travaux et du bel exposé qu'il vient de faire. Il termine en disant que les dirigeants ont le devoir impératif de suivre les directives du Corps Médical en matière de santé. La tuberculose est une maladie infectieuse et contagieuse qui peut et doit être éliminée.

*
* *

MERCREDI LE 28 AOUT.

Séance présidée par M. Adélard GROULX, directeur du Service de Santé de Montréal.

Le B. C. G.

M. A. FRAPPIER

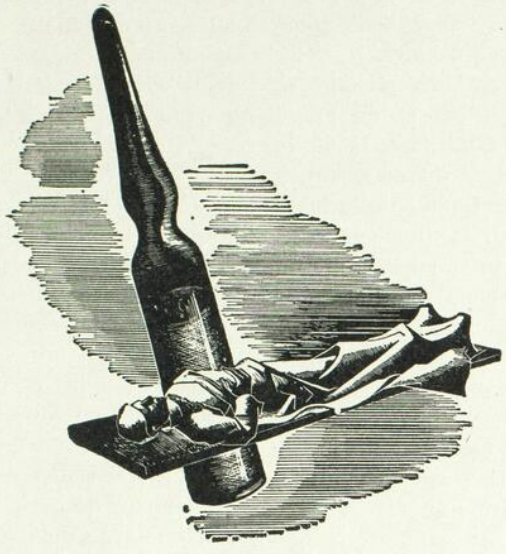
M. Frappier félicite le personnel de l'Hôpital pour l'excellent travail qu'il apporte dans la lutte antituberculeuse. Les efforts des dernières années donnent déjà un résultat appréciable, notre taux de mortalité est déjà tombé de 20 par 100,000 de population en deux ans.

Le B. C. G., dernier né des remèdes antituberculeux, est un agent de prévention idéal; c'est le plus économique et le plus facile à employer.

Les voies digestives et respiratoires étant les deux grandes voies de pénétration du bacille dans l'organisme humain, il est important de vacciner les nouveau-nés avant tout contact possible.

Le B. C. G. représente un moyen d'immunisation et d'imprégnation d'une innocuité absolue. Chez l'être humain, le contrôle de son efficacité est assez difficile; on porte cette efficacité à 50%. Chez les bovidés, l'efficacité a été démontrée absolue.

Le B. C. G. offre une protection d'un mois à cinq ans, et ce vaccin prendrait cinq ans environ à s'éliminer de l'organisme. Il est alors temps de vacciner de nouveau.



LE CHOC OPÉRATOIRE EST MAINTENANT ÉVITABLE

Par la Routine au CORTATE

Perla et ses collègues ont démontré que, grâce au traitement de routine préopératoire au CORTATE, on peut éviter le choc opératoire. Ce progrès essentiel avait été prévu physiologiquement et expérimentalement par Swingle et ses collaborateurs, Zwemer, Sweet, Rowntree, Lucas, Wyman, Harrop et Weinstein, et Lœb et Atchley. Le traitement de ROUTINE AU CORTATE dans la préparation préopératoire représente un progrès de première importance dans le domaine de la chirurgie. Même chez des patients débiles subissant des interventions très étendues, la préparation préopératoire au CORTATE eut pour résultats... "aucune trace de choc... tension artérielle maintenue ou augmentée... le cours de la convalescence est excellent". Lorsqu'on employa la ROUTINE AU CORTATE après l'opération... "l'épuisement et la toxémie postopératoires furent nettement diminués, il n'y eut aucune complication, et d'après les chirurgiens, le rétablissement des patients sembla s'effectuer plus rapidement qu'avant l'adoption de cette technique".[1]

La ROUTINE AU CORTATE est devenue un facteur essentiel comme préventif du choc, de même que pour le traitement des asthénies occasionnées par les maladies ou les états épuisants.

1. Perla, D., Freiman, D.G., Sandberg, M., et Greenberg, S.S.: Proc. *Soc. Exper. Biol.* & *Méd.* 43: 397 (fév.) 1940.

SCHERING CORPORATION LIMITED

Analyse et Synthèse

BOÎTE POSTALE 358, PLACE D'ARMES, MONTRÉAL.

Il y a deux formes de vaccin: forme buccale, forme injectable. On les donne en trois fois à deux jours d'intervalle. Il ne se conserve que dix jours.

On devrait vacciner tous les enfants naissants à cause des imprévus de la tuberculose et du grand nombre de porteurs inconnus de bacilles. Il n'y a d'autre contre-indication que l'ictère du nouveau-né, la grande débilité et les malformations congénitales.

On peut aussi donner le vaccin tardivement chez les adultes en contact avec les tuberculeux, notamment chez les étudiants, les gardes-malades, les aides.

Chez les tuberculeux, la vaccination est inutile. Pour les nouveau-nés, il faut un isolement, pour 6 à 8 semaines, de tout contact avec des porteurs de bacilles.

La vaccination antituberculeuse est en train d'entrer dans nos mœurs préventives. Il s'agit d'organiser maintenant les revaccinations périodiques.

Brillante causerie dont nous ne rapportons que quelques points longuement développés. Elle s'est terminée par une série de transparents démontrant l'efficacité du vaccin.

*
* *

JEUDI LE 29 AOUT.

Le Président, M. A.-M. CHOLETTE, Président de la Fédération des Sociétés Médicales de la province de Québec, a présenté M. Ladouceur, Directeur de la Division de la Tuberculose au Service de la Santé municipal.

Valeur des méthodes employées pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire

M. Léo LADOUCEUR

Belle revue des moyens usuels employés au dépistage. M. Ladouceur insiste sur le questionnaire complet, le classique enchaînement de l'observation médicale complète. Le laboratoire bactériologique vient au secours de la clinique pour l'examen des sécrétions bronchiques. Dans le Québec, le Laboratoire Provincial d'Hygiène et les Services Municipaux des grandes villes possèdent, pour ces examens, l'outillage le plus complet et un personnel très compétent. Il faut donc y recourir et fréquemment, car il est nécessaire de multiplier ces examens.

L'absence d'un des grands symptômes cliniques, quelques sécrétions négatives ne doivent pas arrêter les investigations du médecin. Il doit encore interroger la radiologie. On n'a pas le droit de l'ignorer aujourd'hui, alors qu'elle est à la portée de tous, par les dispensaires et les cliniques ambulantes. Rares sont les cas qui échappent à la radiologie, surtout la radiographie.

La tuberculino-réaction est le dernier-né des moyens de dépistage. Elle est surtout utile chez l'enfant. Négative, elle indique un terrain vierge de tuberculose chez l'enfant et le jeune adulte. Positive, elle indique que le sujet est déjà tuberculisé. La radiologie et la clinique détermineront ensuite s'il s'agit de maladie ou de simple imprégnation.

Discussion

M. L. LABERGE croit la tuberculine No 1 trop faible. Il recommande le dosage No 2 comme dosage suffisant. Il emploie aussi le « Vollmer Patch Test », encore plus simple d'application. Les réactions de ce dernier sont cependant plus faibles.

M. VIDAL fait remarquer que chez les femmes il faut attendre la période intermenstruelle pour le Vollmer si on ne veut pas avoir trop de réactions négatives.

M. LAURIER croit que les grands malades comme les porteurs de bacilles doivent être considérés comme dangereux. Ils doivent être hospitalisés; ils constituent un réel danger public. Il préconise l'organisation de groupes devant faire des instances auprès des corps publics en vue d'obtenir un plus grand nombre de lits pour tuberculeux.

*
* *

VENDREDI LE 30 AOUT.

M. le Dr Louis VERSCHELDEN, Président du Conseil Médical de l'Hôpital du Sacré-Cœur, présente M. Lasalle Laberge comme grand voyageur et novateur. Dans ses voyages, M. Laberge a su observer partout où il est passé. Il a vu, entre autres choses, comment la lutte anti-tuberculeuse est sur pied ailleurs. Aussi l'a-t-on choisi en Québec comme organisateur de la Division de la Tuberculose au Gouvernement de Québec.

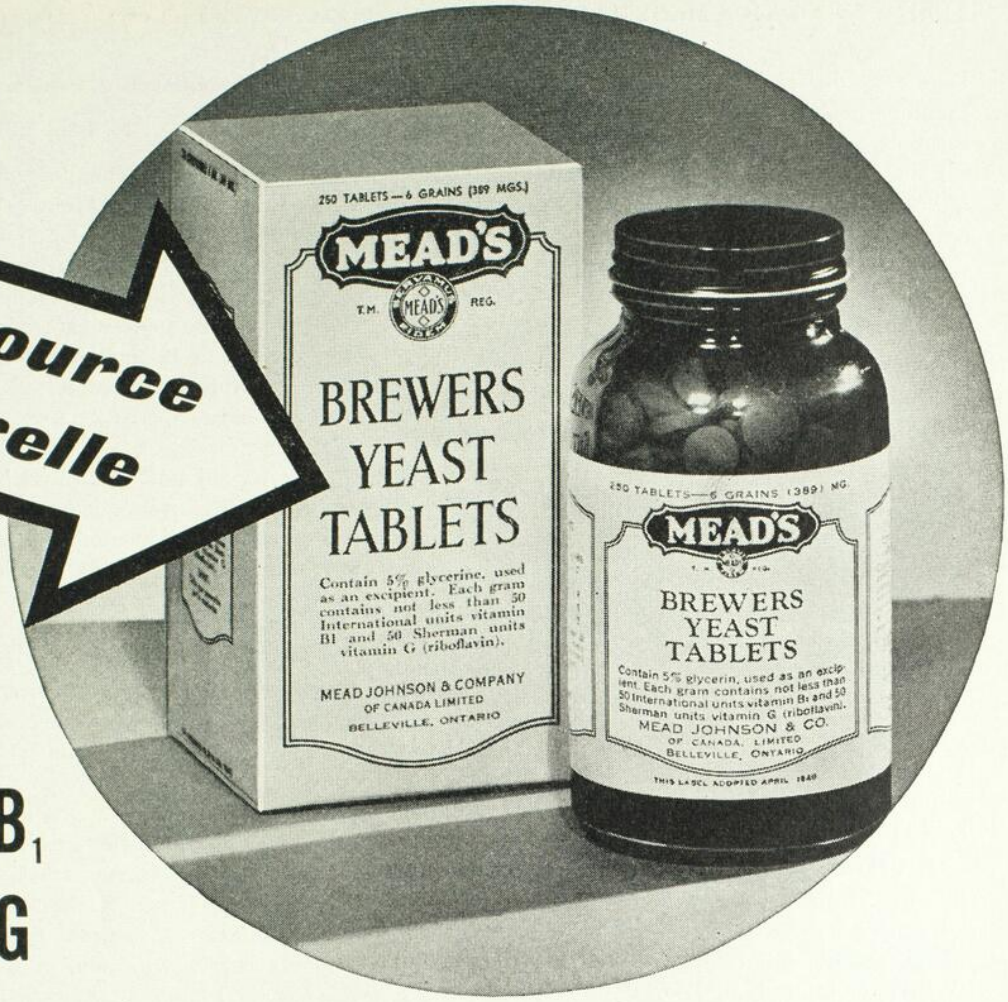
Organisation de la lutte antituberculeuse dans la province de Québec

M. Lasalle LABERGE

M. Laberge remercie le Président de ses bons mots. Il lui serait plus facile de parler de ses voyages que du sujet aride qu'il doit traiter.

Après un bref résumé historique de la lutte antituberculeuse dans la province, M. Laberge nous rappelle que le taux de mortalité par tuberculose est passé de 127 à 84 par 100,000 de population, de 1926 à 1939. Actuellement, la province de Québec possède 12 cliniques ambulantes couvrant 54 comtés. En 1939, on y a fait 32,000 examens dont 1,230 ont été positifs. Le dépistage a été grandement aidé par les campagnes d'éducation et la surveillance des cas de contact.

M. Laberge exhibe l'appareil de radiologie en usage par les cliniciens. Cet appareil a été mis au point par le conférencier. La radiographie et la radioscopie sont faciles à faire et sans danger pour l'opérateur qui, tout en étant protégé contre les radiations, n'a pas



Une source naturelle de

VITAMINE B_1
VITAMINE G

et autres facteurs connus du
COMPLEXE DE LA VITAMINE B
y compris l'acide nicotinique

COMPRIMÉS DE LEVURE DE BIÈRE DE MEAD. Chaque comprimé de levure de bière de Mead contient 20 unités internationales de vitamine B_1 (thiamine — facteur antinévritique) et 20 unités Sherman de vitamine G (riboflavine). Des expériences cliniques ont démontré que le produit était riche en acide nicotinique pour la prévention et le traitement de la pellagre. Ce produit est présenté sous forme de comprimés de 6 grains, en flacons de 100 et 250.

POUDRE DE LEVURE DE BIÈRE DE MEAD. Chaque gramme (½ cuillerée à thé) fournit 50 unités internationales de vitamine B_1 et 50 unités Sherman de vitamine G (de même efficacité que les comprimés de levure de bière de Mead), ainsi que l'acide nicotinique. Cette poudre se mélange facilement avec différents véhicules, de sorte que le médecin peut la prescrire avec la nourriture des enfants. Cette poudre se vend en flacons de 6 onces.

La levure de bière de Mead est stérile et est empaquetée à vide pour empêcher l'oxydation. Elle est mise en flacons bruns et enfermée dans des cartons pour une plus grande protection.

MEAD JOHNSON & CO. OF CANADA, LTD., BELLEVILLE, ONT.

l'embarras du tablier au plancher. Une série de radiographies prises au hasard nous paraissent plus que suffisantes pour un diagnostic.

L'organisation de dépistage est assez au point. Ce qui manque le plus: un bureau central avec fichier central de tous les tuberculeux; un nombre de lits suffisant.

Les régions éloignées de la province ont un centre de traitement dans un rayon raisonnable. Il en manque cependant pour les Iles de la Madeleine, le Témiscamingue et la région de Montréal.

La lutte antituberculeuse peut se résumer à ceci: hospitaliser le malade; protéger l'enfant des porteurs de bacilles par le placement familial, les camps de santé et le B. C. G.

Discussion

M. LAURIER félicite le conférencier. Il déplore la pénurie de lits. Il suggère qu'un comité soit nommé devant faire les démarches nécessaires à Québec pour en augmenter le nombre.

M. BEAUDOIN réclame aussi l'augmentation du nombre de lits après avoir exposé la situation où nous sommes dans Québec, en un tableau navrant. Il insiste sur l'utilité et l'efficacité du B. C. G.

M. VIDAL trouve que la qualification de sanatorium est trop généreuse pour certains centres éloignés qui, en somme, ne sont que des abris pour les tuberculeux. On n'y fait que la cure plus ou moins bien. L'outillage, le personnel spécialisé en sont absents. Il rappelle aussi que les fonds du Comité de Défense vont s'épuiser bientôt et que sa tâche n'est pas terminée. Il faudrait trouver les fonds nécessaires à continuer la campagne d'éducation populaire déjà commencée.

M. l'échevin J.-M. SAVIGNAC, Président du Comité Exécutif de la Cité de Montréal, se dit heureux d'avoir assisté à cette séance. Il aurait voulu voir la salle bondée non seulement de médecins, mais aussi de laïques. Il se dit atterré du dégât de la tuberculose chez nous, et il s'engage à entreprendre les démarches nécessaires pour continuer la campagne d'éducation commencée et voir aux représentations à faire à Québec en vue d'augmenter le nombre de nos lits pour tuberculeux dans la région de Montréal.

*
* *

SAMEDI LE 31 AOUT.

M. COUILLARD, aviseur technique du Ministère de la Santé, est le Président. Il félicite les organisateurs et présente M. Dufault, surintendant-adjoint au Sanatorium d'Etat, à Rutland, Mass. M. Dufault est connu ici par ses publications cientifiques et littéraires en deux langues et en deux pays.

Réadaptation et assistance post-sanatoriale

M. Paul DUFAULT

M. Dufault est chez lui, en Québec, puisqu'il y est né. Il est chez lui à Montréal, parce qu'il y a étudié. Il revit donc au milieu de nous une vie d'étudiant qu'il a eue belle et heureuse.

Une proportion trop grande d'anciens tuberculeux n'est pas vraiment réhabilitée à cause: 1° du tempérament et de la crainte du sujet lui-même; 2° à cause des craintes de contagion de l'employeur et des compagnons de travail; 3° à cause de la rareté du travail approprié.

Le travail post-sanatorial à recommander est assez limité: la grande culture, par exemple, et les industries métallurgiques offrent des conditions trop rigoureuses. Il faut, autant que les conditions de travail le permettent, renvoyer le patient à son emploi antérieur.

Des grandes tentatives d'organisations post-sanatoriales, qui ont réussi ailleurs, M. Dufault ne connaît que celle de Poppsworth, en Angleterre, où on a organisé un village de tuberculeux. En France, ce fut un fiasco. A New-York, on maintient une imprimerie à coup de millions de dollars annuellement. A Rutland, deux écoles ont été établies où on enseigne, dans l'une, certains travaux manuels légers, dans l'autre, les sciences commerciales. En chacune on peut recevoir environ 35 sujets. Les résultats sont plus ou moins satisfaisants pour ce qu'il en coûte.

Ce qu'il faut faire, c'est d'orienter les moins de 25 ans sur des tâches faciles et peu onéreuses, dont le coût des études est peu élevé. A certains sujets, il faut tenter de faire monter d'un cran dans l'échelle sociale par une étude appropriée. A cela doivent servir les organisations déjà existantes, tels les cours par correspondance, ou encore orienter les travaux thérapeutiques sous un but pratique.

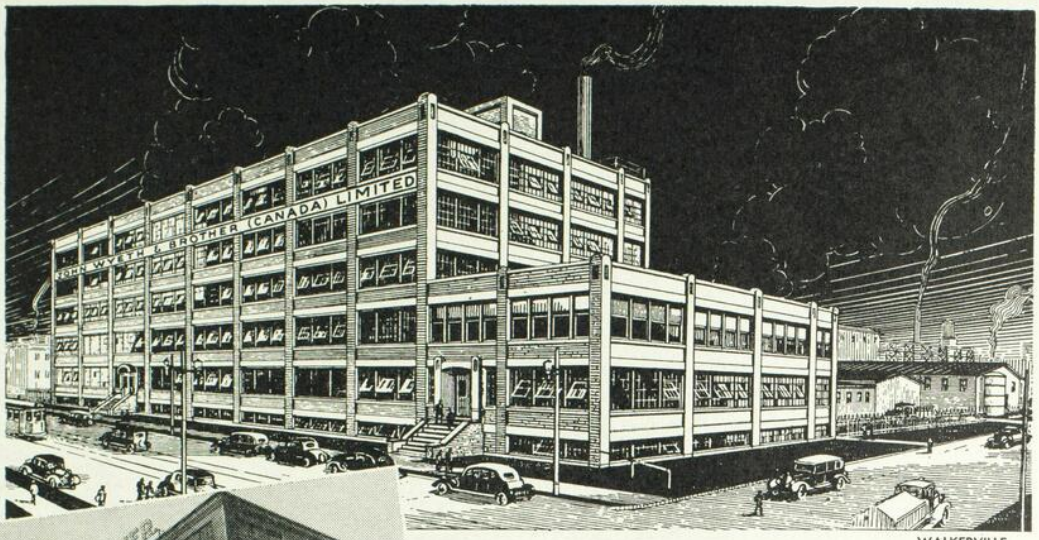
Discussion

MM. VIDAL, JARRY et BEAUDOIN félicitent M. Dufault de son beau travail à Rutland. Il s'y est montré un psychologue doublé d'un médecin. Certains essais tentés à Rutland pourraient être tentés ici.

M. LABERGE voit en l'orientation des activités vers les arts domestiques une solution partielle au problème.

M. PAQUETTE croit qu'un plan d'éducation populaire devrait être ajouté au point ayant trait à la réhabilitation du tuberculeux. A quoi sert de guérir le tuberculeux s'il ne peut retourner en son milieu antérieur sans être considéré comme un pestiféré. L'éducation au public ne doit pas être un épouvantail.

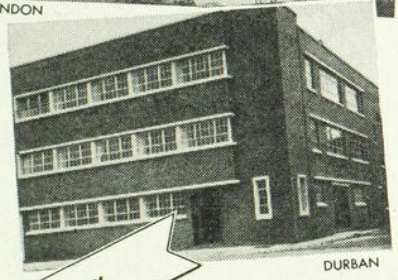
M. COUILLARD voit beaucoup de bien dans l'occupation thérapeutique au sanatorium. Il suggère qu'on fasse la demande de cours gratuits par correspondance. Il appuie la suggestion précédente sur

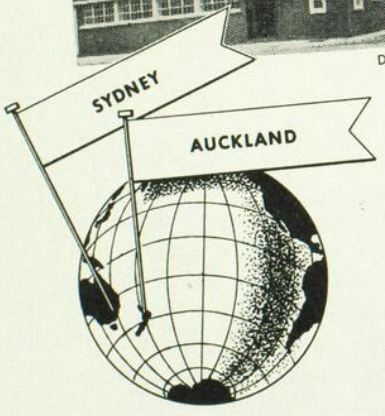


WALKERVILLE

PHILADELPHIA

LONDON


DURBAN



EN TOUT ET PARTOUT
au service de la
PROFESSION
MÉDICALE

PRODUITS
PHARMACEUTIQUES
ET DE NUTRITION

John Wyeth & Brother (Canada) Limited
WALKERVILLE - ONTARIO

l'éducation du public au sujet des ex-patients. Il termine en disant que le grand succès de Poppsworth est dû à Poppsworth lui-même.

*

* *

La semaine est terminée. Au point de vue scientifique et enseignement, *c'est un succès*. Il faut chaudement féliciter et encourager l'animateur de ces séances, le Dr J.-A. Millet. Une chose à déplorer: la même que l'an dernier. Pourquoi faut-il que les praticiens ignorent ces réunions? Il semble qu'on en méconnaît trop l'importance.

Jean-Philippe PAQUETTE.

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 7 mai 1940

tenue à l'hôpital Notre-Dame [1]

Présidence de M. Oscar Mercier

Quelques aspects de la thérapeutique actuelle par les sulfamidés

MM. J.-Roméo PEPIN et René DANDURAND

M. Pépin présente une étude critique sur l'emploi des sulfamidés en thérapeutique.

Il estime que ces produits ne doivent être administrés qu'à bon escient, après un examen clinique complet et, si possible, après un contrôle bactériologique; qu'il faut éviter à la fois les doses insuffisantes et l'usage par trop prolongé de cette médication; enfin, qu'il convient de prendre certaines précautions élémentaires et de ne pas abuser de cette nouvelle chimiothérapie.

A cet égard, il conseille de toujours faire précéder l'emploi des sulfamidés par l'administration d'un lavement à l'eau savonneuse et de surveiller attentivement le tube digestif pendant toute la période du traitement.

Discussion

M. Georges HEBERT demande au rapporteur s'il a utilisé le Sulfa-Méthyl-Thiazol dans les staphylococcies.

M. Léon GERIN-LAJOIE aimerait savoir si M. Pépin a observé dans certains cas des nausées et des vomissements avec les sulfamidés, à la dose d'un gramme toutes les 4 heures, et, dans l'affirmative, s'il a obtenu des résultats favorables par la simple addition de la vitamine C au médicament?

M. J.-A. MOUSSEAU est d'avis qu'on manque souvent de prudence dans l'application du traitement par les sulfamidés. En raison de la toxicité de ces produits et du nombre vraiment trop considérable de cas de mort observés depuis quelque temps chez l'adulte, à la suite de l'administration sans contrôle de cette thérapeutique, n'y aurait-il pas lieu de réagir et de faire systématiquement précéder l'emploi des sulfamidés par des tests sur la valeur fonctionnelle du foie et des reins? On éviterait ainsi à certains malades des catastrophes. Même dans nos hôpitaux standardisés, on néglige souvent d'utiliser ces méthodes biologiques avant l'application du traitement.

M. A. GEOFFROY (de Joliette) demande au rapporteur ce qu'il pense de l'administration simultanée de doses massives d'alcalins avec les sulfamidés, dans le but de prévenir certains accidents imputables à l'usage de ces derniers?

M. PEPIN répond:

à M. Hébert qu'il a obtenu des résultats satisfaisants avec le Sulfa-Méthyl-Thiazol dans le traitement des staphylococcies;

à M. Gérin-Lajoie que lorsqu'il existe des nausées et des vomissements, il utilise la voie intramusculaire;

à M. Mousseau que ses remarques sont très pertinentes et qu'il est tout à fait d'accord avec lui sur la nécessité des tests biologiques avant l'emploi des sulfamidés;

à M. Geoffroy que l'usage des alcalins n'a pas d'action préventive contre les accidents imputables aux sulfamidés.

A propos de certaines complications de la gastro-entérostomie [2]

M. Yves CHAPUT

M. Chaput passe en revue les complications les plus fréquentes de la gastro-entérostomie. Il étudie successivement: 1° le syndrome ulcéreux post-opératoire; 2° les adhérences; 3° les sténoses; 4° les gastro-jéjunites.

Il conclut à la nécessité d'une étroite collaboration médico-chirurgicale et radiologique chez les malades souffrant d'ulcères gastro-duodénaux.

Discussion

M. J.-A. MOUSSEAU insiste sur l'importance de la gastroscopie avant et après les interventions sur l'estomac.

Parmi les complications qu'à dessein le rapporteur n'a pas mentionnées et que les rayons X ne sont pas toujours capables de mettre en évidence, se trouvent la gastrite « ante » et « post-opératoire », les ulcus peptiques péri-orificiels, de diagnostic radiologique difficile, les péri-stomites, enfin les ulcus récidivants; car, pour ce qui a trait à ces derniers, la chirurgie ne guérit pas la maladie ulcéreuse, toujours capable de s'implanter ailleurs.

Or, le gastroscope, en nous mettant en contact visuel direct avec l'une ou l'autre de ces lésions ou

1. Séance académique « libre », où plusieurs questions scientifiques différentes purent être traitées.

2. Voir *l'Union Médicale du Canada*, **69**: 954 (septembre) 1940.

Suppléments de Vitamines *pour vos* Malades Adultes . . .

POUR LA PROPHYLAXIE EN GÉNÉRAL

—**Adex**—vitamines A et D sous forme de comprimés stables (aucun goût d'huile). Chaque comprimé contient 3,300 unités internationales de vitamine A et 660 unités internationales de vitamine D. Dose: 1-3 comprimés par jour. Se vend en flacons de 80 et 250 comprimés.

—**Adex-Levure**—fournit les vitamines A, B, D et autres facteurs du complexe B sous forme de comprimés stables. Ne cause pas de ballonnement et n'a aucun goût d'huile. Possède une très haute teneur dans les facteurs du complexe de la vitamine B; biologiquement éprouvé par des expériences. Se vend en flacons de 80 et 250. Dose: 1-3 capsules par jour.

POUR LA CONVALESCENCE ET LE RÉTABLISSEMENT D'UNE BONNE RÉSISTANCE GÉNÉRALE

—**Le Composé de Malt Navitol**—renferme du calcium, du phosphore, du foie et les vitamines A, B_1, D et le complexe B en quantités thérapeutiques. Ce sirop de saveur agréable, biologiquement éprouvé, se vend en flacons, à large goulot, d'une livre et de deux livres.

—**Capsules Vigran**—chaque capsule contient plus que les besoins quotidiens d'un adulte en vitamines A, B_1, C, D et le complexe B, sous forme stable.

Pour renseignements, écrivez à 36 Caledonia Road, Toronto.

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

Fabricants de Produits Chimiques pour le Corps Médical depuis 1858.

complications, empêche le chirurgien d'intervenir trop tôt ou inutilement et permet d'orienter la thérapeutique de façon rationnelle.

Si, avant de pratiquer une gastro-entérostomie, le chirurgien pouvait connaître l'état véritable de la muqueuse gastrique, il serait possible, dans un assez grand nombre de cas, de parer aux complications si fréquentes de cette intervention chirurgicale.

M. Saint-Jean DES ROSIERS préfère la gastrectomie à la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère d'estomac. Ce n'est que lorsque la première est inopérante qu'on devrait recourir à la seconde, laquelle n'est qu'une intervention palliative.

M. Léo BLAGDON est d'accord avec M. Saint-Jean Des Rosiers sur la supériorité de la gastrectomie sur la gastro-entérostomie dans l'ulcère gastrique proprement dit. Mais dans l'ulcère du duodénum, qui est le type de beaucoup le plus fréquent des ulcères gastro-duodénaux, le traitement médical est préférable au traitement chirurgical.

M. Mercier FAUTEUX estime que la communication de M. Chaput est une démonstration des inconvénients de la gastro-entérostomie, lorsque celle-ci est pratiquée sans discernement chez les ulcéreux.

Il est préférable de chercher à prévenir qu'à traiter ces complications. On peut y arriver la plupart du temps en prenant en considération la localisation de l'ulcère, ses caractères morphologiques et les déformations qu'il entraîne.

Dans l'ulcus gastrique, lorsqu'il n'y a pas de contre-indications d'ordre général, la gastrectomie étendue est sans aucun doute l'intervention de choix. Dans la plupart des cas, elle a donné à M. Fauteux des résultats qui se maintiennent et qui sont bien supérieurs à ceux qu'il a obtenus avec la gastro-entérostomie.

Dans l'ulcus duodénal, il préfère la résection de l'ulcère à la gastro-entérostomie, qui devient de plus en plus un procédé d'exception, à réserver aux cas où des interventions plus importantes et plus efficaces se trouvent contre-indiquées par l'état des malades.

M. CHAPUT répond à *MM. Des Rosiers, Blagdon* et *Fauteux* qu'il est pleinement d'accord avec eux sur la supériorité de la gastrectomie sur la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère d'estomac.

Dans l'ulcère du duodénum, qui ne se cancérise jamais, et qui est plus fréquent en Amérique que l'ulcère gastrique, on peut évidemment au début appliquer le traitement médical, et il n'y a pas de sérieux inconvénients à temporiser. Mais vient un moment où la situation ne s'améliore plus ou s'aggrave et où il convient de discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

Toutefois, avant de prendre une décision, on se trouvera bien d'étudier à fond le système nerveux du malade. Des statistiques récentes de la clinique Mayo ont montré que les résultats opératoires étaient déplorables chez les sujets nerveux.

Résultats immédiats et éloignés (un an de recul) de la chimio-vaccino-pyrétothérapie de la syphilis nerveuse

M. Albéric MARIN

M. Marin rapporte les résultats qu'il a obtenus depuis un an dans le traitement des différents types cliniques de syphilis nerveuse par la combinaison de la fièvre artificielle par agents physiques (ondes courtes ou air chaud humide), de la chimiothérapie (arsenic pentavalent et bismuth) et de la vaccinothérapie (Dmelcos ou Pyrifer).

A l'aide de projections, il établit une comparaison avec les autres méthodes de traitement, en particulier avec la malariathérapie, indiquant leurs avantages et leurs inconvénients respectifs.

Il conclut à la supériorité de la méthode de chimio-vaccino-pyrétothérapie, qu'il a eu l'occasion d'employer depuis 30 mois dans son service avec des résultats très encourageants.

Diagnostic entre l'appendicite et les affections rénales droites (avec projection d'un film)

M. Oscar MERCIER

M. Mercier, avant de projeter son film, expose les éléments du diagnostic diffférentiel entre l'appendicite et les affections rénales droites.

Il faut éviter de confondre l'appendicite aiguë avec la pyélite aiguë; l'appendicite sub-aiguë ou chronique avec un calcul de l'uretère ou une hydronéphrose.

L'examen des urines, la recherche des points douloureux rénaux et urétéraux permettront de différencier les affections rénales droites de l'appendicite.

Le film de M. Mercier est ensuite projeté à l'écran. Le film montre comment il convient de procéder à la recherche des différents points douloureux qui servent de base au diagnostic.

VŒU

En raison du nombre de plus en plus considérable de cas d'intoxication par les sulfamidés, la résolution suivante, en faveur de l'interdiction de la vente de ces médicaments, sans ordonnance médicale, est adoptée à l'unanimité:

« Attendu que les produits sulfamidés sont des produits toxiques;

« Attendu que les cas de morts ou d'accidents causés par l'emploi, sans contrôle, de ces médicaments, sont de plus en plus nombreux;

« La Société Médicale de Montréal, réunie le 7 mai 1940 en assemblée régulière à l'hôpital Notre-Dame, adopte à l'unanimité la résolution suivante, sur proposition de M. V. Cléroux, secondée par M. P.-A. Robichaud:

« Que la vente de ces produits, sans ordonnance médicale, soit interdite par la loi, comme celle des

LES PREUVES A L'APPUI

S'accumulent

PINTES
(40 onces liquides)
$2.50 la pinte

GALLONS
(160 onces liquides)
$7.50 le gallon

BARD-PARKER FORMALDEHYDE GERMICIDE

offre ce qu'il y a de mieux en fait de preparation non-corrosive pour la desinfection des instruments chirurgicaux

Une étude approfondie,* fixant la valeur bactériologique et l'action non-corrosive des solutions chimiques habituellement employées pour la stérilisation des délicats instruments chirurgicaux, démontre l'action plus rapide et plus efficace du Germicide à la Formaldehyde de Bard-Parker sur les bactéries aussi bien que sur leurs spores.

A cause de ses propriétés non-corrosives ce Germicide prolonge d'une façon appréciable la durée des instruments; diminue les replaquages fréquents et réduit au minimum le renouvellement des instruments. L'économie réalisée sur les renouvellements dépasse souvent le coût réel de ce Germicide économique et très efficace.

*Surgery, Gynecology & Obstetrics, 1939, 69, 738-744.

Demandez-le à votre marchand.

PARKER, WHITE & HEYL, INC.

218 FRONT STREET, EAST, TORONTO 2, ONTARIO, CANADA

DANBURY, CONNECTICUT, U. S. A.

A BARD-PARKER PRODUCT

autres substances toxiques, telles que la morphine, la cocaïne, etc.;

« Et que copie de cette résolution soit envoyée au Ministre de la Santé, à Ottawa et à Québec, ainsi qu'au Maire de Montréal. »

ELECTION DE MEMBRES

Sont élus: *membres titulaires*: MM. Wilfrid Boileau, Réal Lanthier, G. Pearson, A. Valois et Noël Verschelden; *membres correspondants*: MM. G. Boileau (Sainte-Dorothée), F. Ethier (Iberville), A. Geoffroy (Joliette) et G. Phaneuf (Saint-Jean).

Le Secrétaire-Trésorier Général,
Paul LETONDAL.

REUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Séance du jeudi, 16 mai 1940

Présidence de M. Jean Saucier

Perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre

M. Jean TREMBLAY

Madame N., âgée de 46 ans entre à l'hôpital le 28 mars 1940.

Elle est envoyée à l'hôpital pour occlusion intestinale présentant les symptômes habituels: vomissements, ballonnement, absence de selles et de gaz depuis 2 jours.

Les vomissements sont apparus la nuit précédente. C'est une malade difficile à interroger, elle aurait fait une gastrite il y a 10 ans. Elle fut opérée il y a 17 ans, elle a une cicatrice médiane sous-ombilicale. Nous apprenons plus tard qu'elle fut opérée pour grossesse extra-utérine rompue.

Examen. Etat général: mauvais, vomissements, température 99.4, pouls 120 peu perceptible. Respiration 36. P.A. 96/40.

Cœur: Bruits assourdis.

Poumons: Râles de congestion à droite, matité au poumon droit.

Membres: Sains.

Abdomen: Ballonnement prononcé mais uniforme, absence de matité, absence de péristaltisme. Pas de signe de Von Wahl. Douleur du flanc droit.

On porte le diagnostic d'occlusion intestinale par bride probablement d'origine post-opératoire.

Voici le traitement institué d'abord par l'interne.

Patiente arrive en ambulance à 6.25 p.m. Physostiguine 1 amp. 7.15. Lavement à la mélasse.

9.30 Pitressine 1 amp. Sérum hypertonique salé 20% — 20 cc. I.V.

La malade est revue à 10.45. Comme l'état ne s'améliore pas, l'opération est décidée.

Opération. Incision médiane sous-ombilicale à travers l'ancienne cicatrice. Les anses grêles sont légèrement dilatées, on note l'issue d'un liquide verdâtre abondant. Incision para-médiane droite sus-ombilicale. On trouve une vésicule retractée contenant de nombreux calculs et présentant une perforation punctiforme au niveau de la face inférieure. Extraction des calculs. Drain tubulaire dans la vésicule qui est fixé à la vésicule par des catguts. Drain dans le Douglas. On note que l'utérus est en place. Fermeture des deux incisions.

Evolution. La patiente fait de la broncho-pneumonie, son pouls s'affaiblit, elle meurt de défaillance cardiaque la même nuit à 2 heures. Il n'y a pas eu d'autopsie.

Commentaires. Nous sommes en présence d'un cas d'occlusion intestinale par péritonite d'origine biliaire. C'est une péritonite par perforation sur les calculs dont quelques-uns étaient à pointes effilées.

Les péritonites biliaires par perforation en péritoine libre sont rares, sur 61 cas de perforation vésiculaire en 10 ans chez Mayo, on a trouvé 2 cas de perforation en péritoine libre, les autres péritonites étaient localisées. C'est une péritonite toujours grave. Les calculs dans les observations rapportées semblent dans 74% des cas, être les agents déterminants. Ces perforations arrivent chez les vieux lithiasiques ou chez les jeunes, elles sont alors d'origine éberthienne. L'affection évolue en deux phases: la perforation et la péritonite. Mais les deux phases se succèdent rapidement, l'accélération serait due à l'intoxication biliaire et à l'infection. En peu de temps l'infection s'étend.

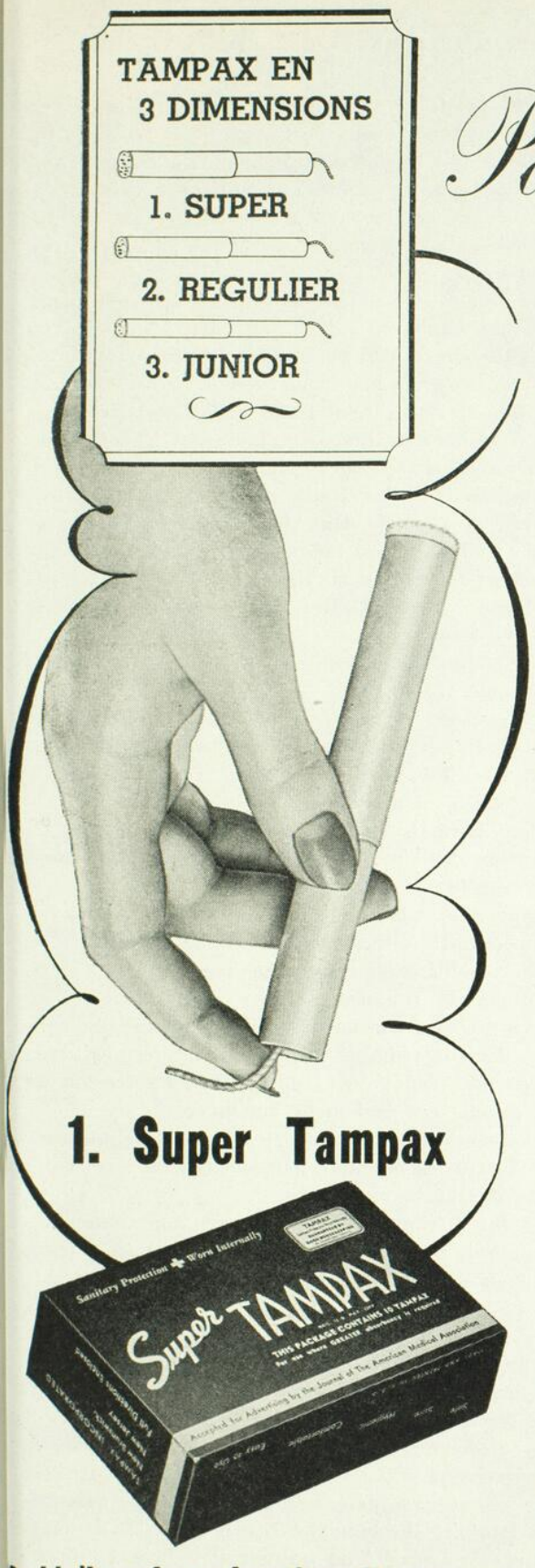
Les signes de péritonite généralisée arrivent un à un, douleurs diffuses, contraction généralisée, immobilité respiratoire de la paroi, douleur du Douglas, matité dans le flanc droit, vomissements porracés, arrêt des selles et de gaz, faciès plombé, fièvre, tachycardie, faiblesse et accélération du pouls, puis ballonnement, hoquet et collapsus.

Le diagnostic d'après Gosset n'aurait été fait que 9 fois sur 111 cas. C'est seulement au cours d'actes opératoires que l'aspect de l'épanchement fait redresser l'erreur et fait reconnaître l'origine de la péritonite.

Le diagnostic peut se faire par les antécédents et la localisation initiale de la douleur et la contracture, localisée au début. La perforation au cours d'une typhoïde peut se diagnostiquer plus facilement. Il faut se souvenir que les lithiasiques peuvent faire trois graves complications chirurgicales soudaines: la perforation, la pancréatite aiguë et l'iléus biliaire.

Discussion

M. Jean TREMBLAY. Je désirerais ajouter que ces perforations ont l'habitude d'être cloisonnées et



Pour répondre à tout besoin individuel...

Quoique des patientes ayant des menstruations très abondantes présentent souvent un problème hygiénique plus difficile, leur état n'est pas un empêchement à l'absorption interne de l'écoulement — expérimenté d'une façon si satisfaisante par des milliers de femmes dans tout le pays.

Tampax Super fut imaginé par un médecin afin d'assurer une marge de protection pour la femme à menstruations abondantes, ou pour celles qui, à certains jours, ont besoin d'une protection supplémentaire. Cependant, même avec sa grande absorptivité d'une capacité de 45 cc. par tampon, la grandeur de Tampax Super a été confinée à une petite section de 11/16 de pouce seulement.

Tampax Super s'est révélé un véritable bienfait pour un grand nombre de femmes. Il renferme toutes les particularités remarquables de Tampax — un tampon de fin coton chirurgical comprimé, des piqûres entre-croisées pour empêcher la désagrégation... un applicateur individuel pour l'insertion facile... et une ficelle à l'épreuve de l'humidité pour le retrait facile. Son action capillaire positive empêche l'arrêt de l'écoulement.

Demandez des échantillons de Tampax pour en faire l'examen. Le coupon ci-dessous vous sera utile.

1. Super Tampax

Créé d'une façon fonctionnelle pour une véritable protection hygiénique TAMPAX

CANADIAN TAMPAX CORPORATION Ltd.
150 Duchess Street - - Toronto, Ontario

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.
Dept. 51L, 150 Duchess Street, Toronto, Ont.

MESSIEURS: Veuillez m'envoyer des échantillons de Tampax dans ses trois dimensions.

NOM .....

RUE .....

VILLE ..... PROVINCE .....

de s'ouvrir dans le duodénum contrairement au cas présent. Les chirurgiens portent alors un diagnostic de perforation de l'estomac et c'est lors de l'intervention qu'on s'aperçoit de l'erreur.

Il y avait ici à faire le diagnostic différentiel avec l'iléus biliaire, cependant, celui-ci se rencontre ordinairement chez de vieilles femmes qui ont souffert, dans le passé, de lithiase biliaire et chez ces malades, il est de coutume de sentir une masse abdominale.

Dans le cas présent, nous avons pensé à la possibilité d'un iléus paralytique causé par une bride à cause de la cicatrice opératoire que présentait la malade.

Un cas de glaucome infantile

MM J. BRAULT, L. GELINAS et GUILBAULT

Enfant Y. G., né à terme le 24 avril. Accouchement très laborieux, application de forceps, sous anesthésie chloroformique durant quatre heures. Poids à la naissance: 9 livres.

26 avril: — Admission dans le service de pédiatrie, deux jours après naissance, pour crises convulsives.

Antécédents. Mère âgée de 17 ans — 117 lbs.
Père âgé de 22 ans — 125 lbs.
T. B. du côté de la mère.

Examen au moment de l'entrée à l'hôpital.

Tête: — Marques de forceps sur le cuir chevelu aux régions bi-pariétales, — sur les deux joues et sur oreille gauche.

Fontanelles non tendues, de grandeur normale.

Chute de la paupière supérieure droite. L'enfant n'ouvre pas cet œil. Dilatation de la pupille à droite. Absence de réaction à la lumière. Légère exophtalmie droite. Œdème de la paupière droite.

Teint sub-ictérique.

Pas de paralysie faciale, semble-t-il, ni paralysie des membres.

Oreilles: — Tympans normaux.

Thorax: — Cœur rapide, régulier, pas de souffle, bruits bien frappés.

Poumon: murmure vésiculaire normal.

Abdomen: — Souple, non douloureux.

Membres: — Nil.

Le 27 avril: ponction lombaire.

Examen cytologique.

Numération globulaire: —

Globules rouges	3,150,000
Globules blancs	13,000
Hémoglobine	65%
Valeur globulaire	IX

Formules leucocytaires: —

Polynucléaires neutrophiles	59
Grands mononucléaires	4
Lymphocytes (petits et moyens mononucléaires)	37
Polynucléaires éosinophiles	

Le 29 avril: — Requête en ophtalmologie *re*: examen du fond d'œil.

Réponse: — Région orbito-palpébrale droite.

La paupière supérieure est nettement œdématiée et privée de mouvement d'élévation. Paralysie du releveur de la paupière. Aspect d'exophtalmie très marquée.

Œil droit: — Segment antérieur légèrement augmenté de diamètre.

Mégalo-cornée. Œil buphtalme. La transparence de la cornée est assez bien conservée.

La pupille est en mydriase exagérée. Absence de réflexe à la lumière directe et indirecte. Réflexe consensuel aboli. Paralysie du constricteur de l'iris.

Fond d'œil: — La papille est atrophiée, déformée, agrandie et allongée dans son diamètre vertical; les artères sont filiformes tandis que les veines nous apparaissent tortueuses et augmentées de volume.

Tension oculaire: — Prise aux doigts, très augmentée environ 60.

Diagnostic. Glaucome infantile de l'œil droit. (Glaucome absolu.)

Œil gauche: — Segment antérieur nous apparaît normal. La pupille est de dimension régulière et réagit bien à la lumière directe.

Le fond d'œil difficile a bien examiner semble cependant normal.

Tension oculaire: — Prise aux doigts, augmentée d'environ 40.

Diagnostic. Glaucome infantile au début.

Traitement. Nitrate de pilocarpine Sol. à 1% en instillations dans les yeux 4 fois par jour.

Liqueur de Donovan-Ferrari.

Le 8 mai. La tension des globes oculaires est considérablement réduite. La pupille droite s'est contractée sous l'effet de la pilocarpine. La tension de l'œil gauche est également améliorée.

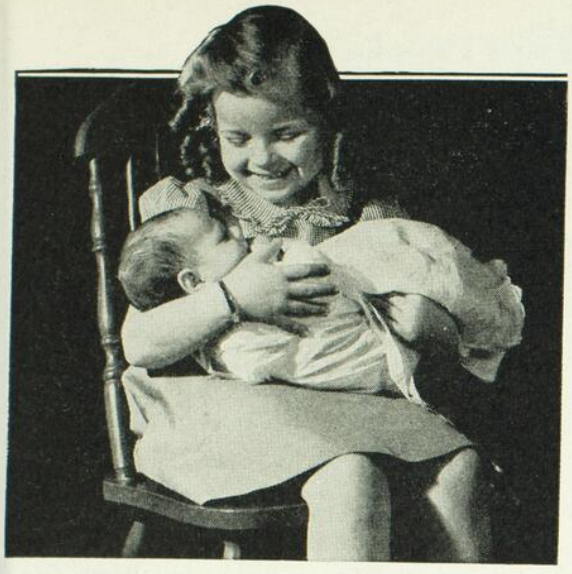
Commentaires. Le glaucome infantile débute souvent durant les premiers jours de la naissance, voire même durant la vie fœtale.

On lui attribue comme étiologie une lésion inflammatoire évoluant au cours de la vie intra-utérine et on en a inféré que souvent l'hérédosyphilis était en cause. (Morax.)

Le traitement du glaucome infantile consistera surtout dans l'emploi des myotiques et d'une thérapeutique d'ordre général antisyphilitique. Il faut dans certains cas recourir à l'acte opératoire.

Le glaucome infantile est toujours une maladie excessivement grave produisant une baisse marquée de la vision, avec déformation du globe, et déterminant la cécité absolue dans 50% des cas. Un diagnostic précoce associé à un traitement judicieux influence favorablement l'évolution de cette terrible maladie.

Pas de discussion



Le véhicule logique de la

VITAMINE D

POUR LES BÉBÉS ET LES ENFANTS

ON sait que les formules lait-eau-glucides, tout en fournissant les calories nécessaires, sont déficientes en vitamine D, facteur essentiel au métabolisme calcium-phosphore normal. Un complément de vitamine D doit s'y ajouter pour que la croissance soit normale et que l'ossature se développe comme il le faut.

Le lait est un excipient naturel du facteur antirachitique et un moyen facile d'augmenter sa teneur en vitamine D est d'ajouter quelques gouttes de Drisdol en solution de glycol propylénique à la formule quotidienne (bébés) ou à un verre de lait (petits enfants). Non oléagineux, le Drisdol en solution de glycol propylénique se répand parfaitement dans le lait et les autres liquides aqueux. Il ne se dissocie pas et ne change pas le goût du lait.

PRÉSENTATION: Flacons de 5 et 50 cc. Chaque flacon est muni d'un compte-gouttes spécial, débitant 250 unités U.S.P. de vitamine D par goutte.

WINTHROP

DRISDOL

Marque déposée au Canada et aux É.-U. d'A.
Marque de la **VITAMINE D CRISTALLISÉE (de l'ergostérol)**

EN SOLUTION DE GLYCOL PROPYLÉNIQUE

WINTHROP

LOGIQUE • PRATIQUE • EFFICACE • ANTIRACHITIQUE

WINTHROP CHEMICAL COMPANY INC.

Administration et laboratoires à Windsor, Ontario.

Bureaux à la disposition de MM. les médecins et pharmaciens:
Immeuble Dominion Square, Montréal, P. Q.

Tubage gastrique dans les maladies des globules rouges

MM. Anselme LEGER, Georges LECLERC et M. P. RIOPEL

Nous avons eu dernièrement l'occasion de faire le chimisme gastrique chez trois malades souffrant de maladies des globules rouges: un cas d'anémie pernicieuse, un cas d'anémie hypochrome par manque de fer et un cas de polyglobulie. Nous avons fait le dosage de l'acide chlorhydrique et le dosage de la pepsine dans divers échantillons du suc gastrique avant et après injection d'histamine. Nous présentons les résultats de ces dosages.

Dosage de l'acide chlorhydrique

	Anémie pernicieuse	Anémie hypochrome	Polyglobulie
Avant histamine	0	0	–
10 minutes après histamine	–	0	1.1 grm/litre
20 " " "	0	0	2.3 "
90 " " "	–	–	–
30 " " "	0	0	2.9 "
40 " " "	–	–	3.0 "
50 " " "	0	–	3.2 "
60 " " "	–	0	3.3 "
70 " " "	–	–	3.6 "
80 " " "	–	0	2.7 "

Dosage de la pepsine

Avant histamine	0.9 mm	0.0 mm	6.0 mm
20 minutes après histamine	0.7 mm	1.5 mm	–
30 " " "	–	–	8.5 mm
40 " " "	0.6 mm	2.6 mm	–
60 " " "	1.1 mm	3.2 mm	7.5 mm
90 " " "	–	–	9.5 mm

Remarques.

1. Le dosage de l'acide chlorhydrique dans le liquide gastrique ne permet pas de différencier l'anémie pernicieuse de l'anémie hypochrome, parce qu'il y a anachlorhydrie dans les deux cas.

2. Dans l'anémie pernicieuse la sécrétion de la pepsine est diminuée, tandis qu'elle est normale dans l'anémie hypochrome.

3. Il est intéressant de constater l'hyperchlorhydrie à clocher retardé et l'hypersécrétion de la pepsine dans la polyglobulie.

Principe du dosage de la pepsine. (Méthode de Mett et Linossier.)

Des fragments de tubes capillaires renfermant du sérum sanguin coagulé sont plongés dans du suc gastrique dilué au dixième avec de l'acide chlorhydrique à 2 pour 1,000. Ce mélange est ensuite placé à l'étuve à 37°C pendant 24 heures.

Le pouvoir peptonisant est apprécié par l'étendue sur laquelle l'albumine est digérée après 24 heures.

Pour un suc gastrique normal, les longueurs digérées sont de 2.5 à 3 millimètres.

Discussion

M. A. LEGER. En comparaison avec l'anémie, dans la polyglobulie on devrait s'attendre à trouver: (a) augmentation de pepsine; (b) augmentation de la chlorhydrie; (c) gastrite hypertrophique; puisque c'est le contraire de l'anémie.

Les deux premiers faits se sont vérifiés, nous n'avons pas fait de gastroscopie dans le cas d'érythrémie.

La malade atteinte d'érythrémie reçoit actuellement de la radiothérapie de l'estomac. Il sera intéressant, après le traitement de reprendre les analyses du suc gastrique.

M. Georges HEBERT. Quelle technique emploie-t-on pour le dosage de l'hémoglobine, car la méthode de Talquist est supposée donner une erreur de 40%? J'aimerais à savoir l'opinion du docteur Bertrand à ce sujet.

M. A. BERTRAND. Nous employons la méthode de Talquist à cause du grand nombre d'examens que nous avons à faire. Il est vrai qu'elle peut donner un percentage d'erreur, mais sur la moyenne, dans les cas ordinaires, elle est assez juste. Cependant, pour des cas particuliers, on pourrait choisir une technique spéciale plus précise.

M. Roma AMYOT. Y a-t-il d'autres méthodes cliniques ou de laboratoire permettant de distinguer l'anémie pernicieuse de l'hypochrome?

M. A. BERTRAND. Dans l'anémie pernicieuse, on a une diminution des globules rouges sans diminution de l'hémoglobine.

M. G. LECLERC. En réponse au *docteur Amyot,* il existe au moins cinq examens de laboratoire qui sont plus importants que l'analyse du suc gastrique pour le diagnostic précis d'une anémie. Ces examens sont:

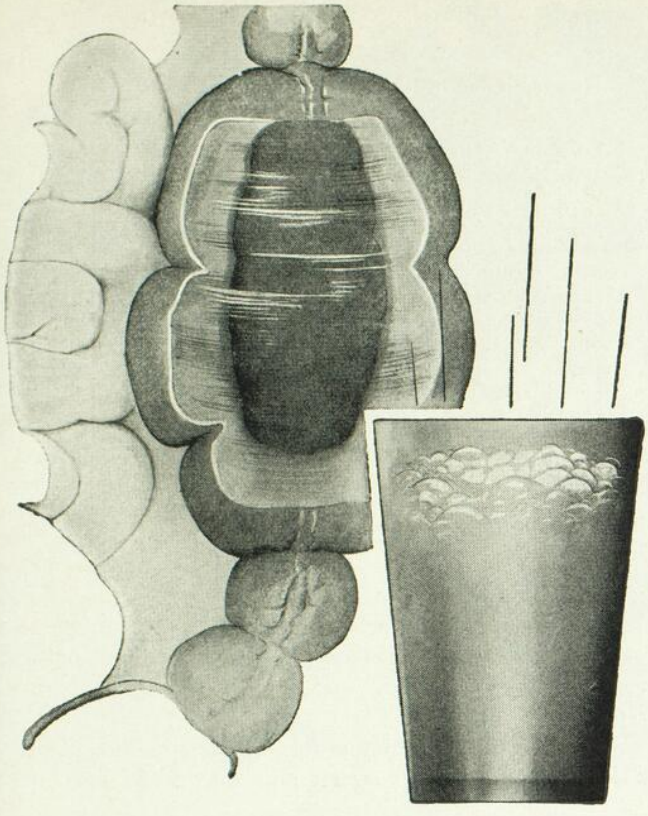
1. Numération des globules rouges.
2. Dosage de l'hémoglobine en grammes.
3. Détermination du volume globulaire.
4. Ponction sternale.
5. Van den Bergh ou index ictérique.

L'analyse du suc gastrique présente un intérêt scientifique plutôt que pratique dans l'étude des anémies et ne sert que rarement au diagnostic.

L'estomac, à l'état normal, sécrète quatre substances principales: HCl, pepsine, renine et facteur intrinsèque de Castle. La renine n'intéresse pas les hématologistes.

Nous insistons sur le fait que l'absence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique ne permet pas de différencier l'anémie pernicieuse de l'anémie hypochrome, et c'est le but de ce petit travail.

L'idéal serait de pouvoir doser le facteur intrinsèque, car ce facteur est absent dans l'anémie pernicieuse et il est présent dans l'anémie hypochrome. Mais il n'existe pas de méthode simple pour faire ce dosage. Nous savons cependant que lorsque la pepsine est sécrété de façon normale, le facteur in-



Qu'est-ce qui pourrait nettoyer plus agréablement l'intestin *que la* MASSE LIQUIDE?

Après l'ingestion de la solution recommandée de Sal Hepatica, l'eau non absorbable dans l'intestin agit comme masse liquide pour stimuler légèrement le péristaltisme. L'intestin est lubrifié et nettoyé d'une façon agréable. Dans certains cas de constipation, Sal Hepatica peut aider davantage en neutralisant l'hyperacidité gastrique et en stimulant l'écoulement de la bile. Sal Hepatica fait une boisson effervescente agréable.

BRISTOL-MYERS COMPANY
1241-F, rue BENOIT, MONTREAL, CANADA.

trinsèque est également sécrété de façon normale. D'autre part, si la sécrétion de la pepsine est diminuée, il y a de fortes chances pour que le facteur intrinsèque soit diminué également. De là l'utilité du dosage de la pepsine dans certains cas, exceptionnels il est vrai.

Un autre point à noter, c'est le non-sens de l'expression « anémie chlorotique » employée par certains médecins pour désigner les anémies hypochromes. Un des symptômes de la chlorose est l'hyperchlorhydrie. L'anémie hypochrome étant accompagnée d'achlorhydrie, ne peut donc pas s'appeler de « l'anémie chlorotique ».

Agranulocytose

MM. A. BERTRAND, A. GUILBEAULT et G. LECLERC

Histoire. Thérèse San..., 8 ans, est hospitalisée le 9 mai 1940. Début de la maladie 15 jours auparavant par frisson et température. Repos à la maison durant trois jours. Le médecin appelé constate que la petite fait une amygdalite aiguë. Il lui donne du pyramidon durant trois jours, puis 27 grammes de Dagenan en neuf jours. La patiente devient très pâle et est toujours fiévreuse. Formule sanguine faite en ville révèle qu'il s'agit d'agranulocytose. Hospitalisation immédiate.

Antécédents. Rougeole. Scarlatine. Coqueluche, Pleurésie purulente et costotomie il y a 2 ans. Amygdalectomie en août 1939. Ses amygdales étaient grosses depuis 2 ou 3 ans. Sa mère fut sous observation durant deux ans *re*: poumons.

Examen physique. Petite fille bien conformée et un peu somnolente. Pâleur marquée des téguments. Cependant les lèvres, la langue et les conjonctives sont colorés. La région de l'amygdale gauche, y compris les piliers, est recouverte d'une membrane grisâtre. Cette région est comme excavée. Foie et rate non hypertrophiés.

Température: 103°. Pouls: 132. Respiration: 36.

Analyse des urines: Albumine, urobiline, globules rouges, leucocytes.

Formule sanguine

	9 mai	10 mai	12 mai	13 mai
Globules rouges	2,250,000	2,350,000	1,950,000	2,000,000
Globules blancs	5,000	3,500	2,000	3,750
Hémoglobine	45%	45%	45%	45%
Valeur globulaire	1+	1+	1+	1+
Polynucléaires neutro	1	0	3	6
Grands mono	6	2	2	5
Lymphocytes	93	98	94	77
Eosinophiles	0	0	0	0
Métamyélocytes	0	0	0	4
Myélocytes	0	0	1	7
Lymphoblastes	0	0	0	1
Anisocytose	oui	oui	oui	oui
Polychromatophilie	oui	oui	oui	oui
Hématies nucléés	nombreux	moins nombreux	oui	rares
Plasmocytes	oui	oui	oui	rares
Globulins		376,000		

Myélogramme (Ponction Sternale)

	9 mai	13 mai	NORMAL
Polynucléaires neutro	0	2	24
" éosino	0	0	1
Lymphocytes	37	41	13
Lymphoblastes	1	1	0
Grands mono	0	1	2
Métamyélocytes	0	4	10
Myélocytes	1	7	30
Promyélocytes	1	0	1
Cellules souches	3	0	1
Normoblastes	45	35	15
Mégaloblastes	0	2	2
Plasmocytes	12	7	1
	100	100	100

Traitement.

1. Transfusions: (de 50 à 150 cc.) 3 transfusions
2. Pentonucléotides: 30 cc. par.
3. Moelle osseuse fœtale: 0.10 cgr par jour.
4. Radiothérapie des os plats: (sternum et omoplates).

Commentaires.

1. Nécessité de faire une formule sanguine avant de donner du Dagenan ou au plus tard le 2e jour du traitement.

2. Importance de la ponction sternale pour le diagnostic différentiel entre agranulocytose et leucémie lymphoïde aleucémique.

3. Importance de la ponction sternale pour voir s'il s'agit d'une agranulocytose aplastique ou d'une agranulocytose de maturation. Dans notre cas, il s'agissait d'une agranulocytose aplastique avec dysplasie plasmocytaire.

Discussion

M. L. BERGERON. A-t-on fait le dosage du Dagenan dans le sang? Est-ce l'habitude de donner de si grosses doses de Dagenan chez les enfants?

M. R. AMYOT. Y a-t-il des cas rapportés d'agranulocytose provoqué par le Dagenan?

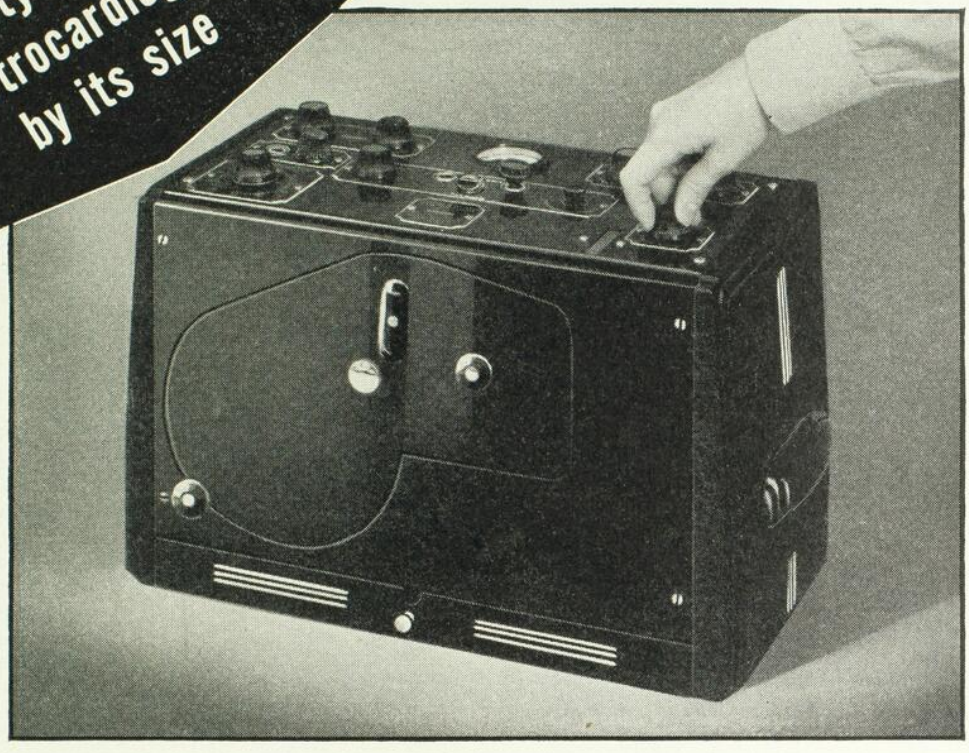
M. Jules PREVOST. La malade prenait du pyramidon depuis deux ans. L'agranulocytose serait plutôt due à ce fait qu'à l'absorption du Dagenan.

M. A. GUILBEAULT. La malade prenait du Dagenan depuis dix jours au moins mais faisait usage de pyramidon à petites doses depuis deux ans. Je me demande si ces petites doses répétées ont pu provoquer l'agranulocytose? Il y a des cas rapportés qui ont été causés par le Dagenan. Il n'y a pas eu dans le cas présent de dosage sanguin du Dagenan

M. C.-E. GRIGNON. Dans le cas présent, on remarque une aplasie plasmocytaire. Il y a une dissociation entre la formule rouge et blanche. Il semble qu'il y a des troubles de maturation dans la lignée rouge. Cependant il ne faut pas trop attacher d'importance au myélogramme à cause des nombreux facteurs d'erreur.

Don't judge the ability of THIS Electrocardiograph by its size

Ne jugez pas les capacités de cet Electrocardiographe par sa dimension.



Parce que l'électrocardiographe G-E vous semble de dimension si petite et que son bas prix le met si facilement à votre portée, ne faites pas l'erreur d'oublier ses capacités de fournir les exposés graphiques d'une réelle valeur diagnostique. ¶ Son dessin précis et son pouvoir concentré lui fournissent sa grande sensibilité et sa densité. Et, parce que c'est un instrument de précision, vous pouvez vous fier à ses tracés pour indiquer un diagnostic plus exact. ¶ Si vous n'avez pas encore eu l'occasion de voir une démonstration de cet appareil dans votre propre cabinet, vous ne pouvez apprécier entièrement les avantages de cet électrocardiographe G-E. ¶ Pour une telle démonstration ou une brochure contenant des renseignements très intéressants sur l'électrocardiographie avec cet instrument, remplissez simplement le coupon et envoyez-le-nous.

VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.

DISTRIBUTORS FOR GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION

TORONTO: 30 Bloor St., W. • VANCOUVER: Motor Trans. Bldg., 570 Dunsmuir St.
MONTREAL: 600 Medical Arts Building • WINNIPEG: Medical Arts Building

☐ Veuillez prendre rendez-vous avec moi pour une démonstration de l'électrocardiographe G-E.

☐ Veuillez m'envoyer gratis la brochure concernant l'électrocardiographie.

Nom .....

.....

Adresse .....

.....

Ville .....

Province .....

A2510

M. G. LECLERC. En réponse au *docteur Grignon,* je dois dire que notre malade souffre d'agranulocytose aplastique mais non pas d'aplasie médullaire totale ni d'anémie aplastique.

Dans le sang, il y a trois sortes d'éléments figurés: les globules rouges, les globules blancs et les plaquettes. Les hypoplasies et les aplasies peuvent porter sur un ou plusieurs de ces éléments. L'agranulocytose est avant tout une maladie des globules blancs avec atteinte secondaire des globules rouges.

Il y a deux sortes d'agranulocytose: l'agranulocytose de maturation et l'agranulocytose aplastique.

Dans l'agranulocytose de maturation, la formule sanguine est granulopénique tandis que la moelle osseuse est normale.

Dans l'agranulocytose aplastique, il y a granulopénie et dans le sang et dans la moelle osseuse. Lorsqu'il y a surabondance d'éléments anormaux dans la moelle osseuse, on parle de dysplasie.

Notre malade fait donc une agranulocytose aplasique avec dysplasie plasmocytaire.

M. A. BERTRAND. Il est difficile de savoir exactement la cause de l'agranulocytose dans le cas présent. Cependant il est probable que cette malade a été sensibilisée par des petites doses répétées de pyramidon et que l'agranulocytose a été déclanchée par le Dagenan.

Le complexe neuro-insulaire du pancréas; sa structure, sa signification physiologique

M. L.-C. SIMARD

Le complexe neuro-insulaire du pancréas humain adulte, décrit par l'auteur, se retrouve chez presque tous les mammifères adultes. Organite à fonction neurocrine, il peut être assimilé aux paraganglions. Il fait partie vraisemblablement des organites qui contribuent à la transmission chimique de l'influx nerveux. Sa disparition graduelle et son absence dans les pancréas de personnes mortes par le diabète, apportent peut-être une explication à la pathogénie du diabète, lorsqu'il n'existe pas d'autres lésions centrales ou pancréatiques.

(Projections de microphotographies.)

Discussion.

M. J. SAUCIER. Je propose des félicitations et des remerciements au docteur Simard pour son magnifique travail qui lui a valu le prix Casgrain et Charbonneau.

M. C.-E. GRIGNON. Je félicite à mon tour le docteur Simard pour son étude.

Le docteur Simard généralise ici la notion de neurocrinie prônée par le docteur Masson.

Vous dites que les cellules insulaires qui envahissent le nerf sont argentaffines. Quelle est cette signification?

Le complexe neuro-insulaire a-t-il un rôle sécrétoire?

M. L.-H. GARIEPY. Nous ne connaissons rien de la pathogénie du diabète, et des recherches telles que celles du docteur Simard sortira certainement un jour la lumière qui nous fera trouver la cause du diabète. Par l'expérience que nous avons dans le traitement de cette maladie, nous savons qu'il existe certainement une grande relation entre l'évolution du diabète et l'état du système nerveux.

Y a-t-il, actuellement, des travaux de physiologie en cours basés sur la découverte de ce complexe neuro-insulaire?

M. J.-U. GARIEPY. Depuis longtemps, Leriche a dit que le tonus des vaisseaux est maintenu par des ganglions nerveux. Il semble que c'est la même chose qui se passe dans le pancréas, et je tiens à féliciter et encourager le docteur Simard pour le travail qu'il vient de présenter.

M. L.-C. SIMARD. La cellule argentaffine de l'intestin est argento-réductrice, tandis que la cellule du pancréas est véritablement argentaffine. Le nerf vague droit est sécrétoire mais il y a aussi du sympathique qui va au pancréas, c'est pour cela que je préfère l'appeler métasympathique. On a aussi isolé une substance dans le pancréas qu'on appelle la vagotonine. Il est fort possible que cette substance soit une partie de l'insuline.

Le Secrétaire des Assemblées Scientifiques,
Armand GRATTON.

Des timbres de l'épargne de guerre ont été trouvés au Château De Blois durant la convention médicale à Trois-Rivières. La personne qui a perdu ces timbres pourra les ravoir en donnant tous les détails à casier postal 27, Station N, Montréal.

Comparez:

GÉLATINE KNOX (U.S.P.)	GÉLATINE A DESSERT FABRIQUÉE ET AROMATISÉE
Gélatine en entier.	Contient seulement 10 à 12% de gélatine.
Protéine 85 à 87%.	Protéine 10 à 12%.
pH environ 6.0.	pH très variable.
Ne contient pas de sucre.	Contient environ 85% de sucre.
Pas d'essence. Pas de coloration. Sans odeur. Insipide. Se mélange bien à n'importe quel aliment.	Contient de l'essence, de l'acide et des matières colorantes.
S'accommode parfaitement avec plusieurs régimes: pour diabète, ulcère peptique, convalescence, anorexie, tuberculose, côlite, régime des vieillards, etc.	Contre-indiquée dans les régimes du diabète, de l'ulcère peptique et autres.

NE CONFONDEZ PAS la GÉLATINE KNOX ORDINAIRE (mousseuse) (U.S.P.) **avec une gélatine de qualité inférieure ou avec des poudres à dessert chargées de sucre. La Gélatine Knox ne contient absolument pas de sucre ou autres substances susceptibles de causer des gaz ou de la fermentation. Elle est fabriquée après vingt et une épreuves de laboratoire, y compris un contrôle bactériologique sévère afin de maintenir sa pureté et sa qualité. On peut se fier à la Gélatine Knox pour son uniformité et sa force. Si vous spécifiez le nom de Knox, votre hôpital se la procurera pour vos malades.**

LA GÉLATINE KNOX (U.S.P.)

EST UNE GÉLATINE PURE — NEUTRE — SANS SUCRE.

Envoyez-nous ce coupon pour des brochures utiles pour les régimes.

KNOX GELATINE
Johnstown, N. Y., Dépt. 459.

Veuillez m'envoyer des brochures gratuites pour la profession médicale, tel qu'indiqué.

Nom .....

Adresse .....

☐ **LE RÉGIME DU DIABÉTIQUE**

☐ **L'ULCÈRE PEPTIQUE**

☐ **L'ALIMENTATION DE L'ENFANT**

☐ **LA FATIGUE**

NOUVELLES

NOUVEAU DOYEN A L'UNIVERSITE LAVAL

Le docteur Charles Vézina a été nommé Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval. Il succède à feu le docteur C. Dagneau.

Le docteur Rosario Potvin a été nommé membre du conseil universitaire.

JOURNEES MEDICALES A L'OCCASION DU 40ème ANNIVERSAIRE DE LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

les 9, 10, 11 et 12 octobre 1940

Sous la présidence d'honneur de l'Honorable Henri Groulx

PROGRAMME GENERAL

Mercredi, 9 octobre

Hôpital Notre-Dame

8 h. 30. — Inscription.
Visite des différents services de l'hôpital. Exhibits scientifiques.

9 h. 30. — Séance clinique à l'amphithéâtre.

11 h. 30. — Conférence du docteur Albert LeSage, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal: *Le rôle social du médecin canadien-français. Hier; demain.*

12 h. 30. — Buffet froid offert gracieusement par le Bureau d'Administration de l'hôpital Notre-Dame (Pavillon des Gardes-Malades), aux médecins régulièrement inscrits.

* * *

Jeudi, 10 octobre

Hôtel-Dieu

8 h. 30. — Inscription.
Visite des différents services de l'hôpital. Exhibits scientifiques.

9 h. 30. — Séance clinique à l'amphithéâtre.

11 h. 30. — Conférence du docteur Mercier Fauteux, professeur à l'Université de Montréal et à l'Université McGill: *Conditions de la recherche scientifique en médecine.*

12 h. 30. — Buffet froid offert gracieusement par les Religieuses de l'Hôtel-Dieu, aux médecins régulièrement inscrits.

* * *

Vendredi, 11 octobre

Hôpital de la Miséricorde

8 h. 30. — Inscription.
Visite des différents services de l'hôpital. Exhibits scientifiques.

9 h. 30. — Séance clinique à l'amphithéâtre.

11 h. 30. — Conférence du docteur Léon Gérin-Lajoie, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal: *L'assurance-maladie et la profession médicale.*

12 h. 30. — Buffet froid gracieusement offert par les Religieuses de la Miséricorde, aux médecins régulièrement inscrits.

7 h. 30. — Banquet conjoint de la Société Médicale de Montréal et de la Montreal Medico-Chirurgical Society.

* * *

Samedi, 12 octobre

Hôpital du Sacré-Cœur

8 h. 30. — Inscription.
Visite des différents services de l'hôpital. Exhibits scientifiques.

9 h. 30. — Séance clinique à l'amphithéâtre.

11 h. 30. — Conférence du docteur Paul Dufault (de Rutland Mass.): *Le moral du tuberculeux.*

12 h. 30. — Buffet froid offert gracieusement par les Religieuses de la Providence, aux médecins régulièrement inscrits.

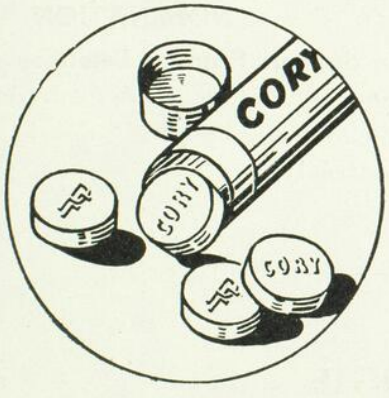
Renseignements:

Les « Journées Médicales » sont organisées pour célébrer le 40e anniversaire de la fondation de la Société Médicale de Montréal.

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

CORYZA
RHINITES
SINUSITES
TRACHÉO-BRONCHITES

CORYPHEDRINE



1 à 4 comprimés par jour

Sous forme de comprimés renfermant:

Acide Acétylsalicylique . . . . 0 gr. 50
Chlorhydrate d'Éphédrine lévogyre . 0 gr. 015

Présentation:

Tube de 20 comprimés
Flacon de 100 comprimés

LABORATOIRES POULENC FRÈRES DU CANADA, Ltée
204, Place Youville, Montréal

Elles auront lieu, par suite d'une entente avec nos collègues de langue anglaise, en même temps que le Congrès Annuel de la Montreal Medico-Chirurgical Society.

L'inscription aux « Journées Médicales » est gratuite pour les membres de la Société Médicale et leurs invités: elle donne droit au Programme-Souvenir et à un insigne.

Au Banquet conjoint de la Société Médicale de Montréal et de la Montreal Medico-Chirurgical Society: tenue de soirée. Prix du couvert: $2.00.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au Secrétariat, 2274 ouest, rue Dorchester (Tél. WIlbank 8640).

Le Secrétaire-Trésorier Général,
Paul LETONDAL.

Le Président,
Oscar MERCIER.

LE DOCTEUR JEAN GREGOIRE A L'HONNEUR

Le docteur Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé de la province de Québec, a été élu, hier, président de la Canadian Public Health Association, au 29e Congrès annuel de l'Association, tenu à Winnipeg.

Nos félicitations au docteur Grégoire.

BOURSES D'ETUDES DU GOUVERNEMENT PROVINCIAL

Vu les circonstances internationales actuelles, c'est aux Etats-Unis que les nouveaux boursiers iront compléter leurs études. Ainsi, des jeunes médecins qui sont les bénéficiaires des ces bourses, le docteur Paul Letendre étudiera la gastro-entérologie à l'Université de Chicago, le docteur Wilfrid Caron, la chirurgie à Boston et le docteur Léopold Morrissette continuera ses études, comme interne, à la clinique Mayo de Rochester (Minnesota).

Nous félicitons nos jeunes collègues des grands avantages que la province leur procure, et qui sont dus à leurs mérites respectifs.

Nous leur souhaitons bonne chance et nous tenons à leur dire que nous comptons sur eux pour ce qui est du rôle qu'ils auront à remplir soit à l'Université soit dans nos hôpitaux. Le progrès de notre médecine dépend en très grande partie des médecins qui ont eu le temps et le privilège de parfaire leurs connaissances dans des universités étrangères. La collectivité les aide aujourd'hui; ils devraient demain, et en retour, contribuer efficacement au bien de la communauté.

NOMINATION

Le docteur Samuel Letendre a été nommé récemment assistant bénévole en gynécologie médicale de l'hôpital de la Miséricorde (Montréal).

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR FRANÇOIS DE MARTIGNY

Le docteur François de Martigny est décédé le 28 septembre, à l'âge de 68 ans.

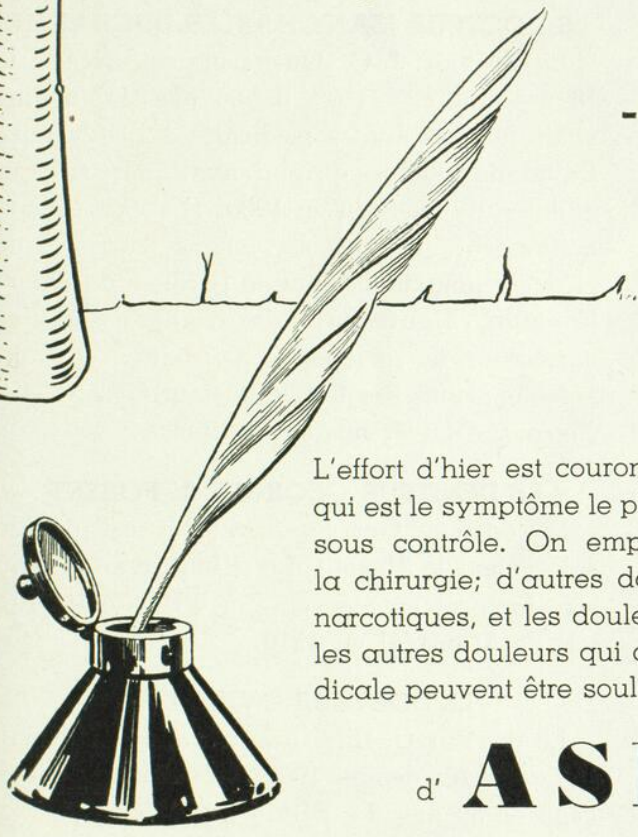
Le défunt était une figure éminente de la profession médicale de notre province et occupait un poste élevé dans la milice canadienne.

Il avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal où il obtint son diplôme de médecine en 1893.

Après un séjour d'études en France, il devint chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montréal, puis chirurgien en chef à l'hôpital Français qui devenait plus tard l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc et dont il fut le principal fondateur.

"Sublime est la tâche de soulager la douleur"

---HIPPOCRATE



L'effort d'hier est couronné de succès aujourd'hui. La douleur, qui est le symptôme le plus communément rencontré, a été mise sous contrôle. On emploie l'anesthésie pour la douleur de la chirurgie; d'autres douleurs graves sont contrôlées par les narcotiques, et les douleurs musculaires temporaires ainsi que les autres douleurs qui constituent la masse de la pratique médicale peuvent être soulagées efficacement par l'administration

d' ASPIRIN

L'analgésique et l'antifébrifuge, si avantageusement employé aujourd'hui, Aspirin, est constitué de substances essentiellement pures qui se désagrègent rapidement, et sont presque complètement dépourvues d'acides salicylique et acétique dissociés.

Il nous fera plaisir de vous envoyer des échantillons d'Aspirin sur votre demande.

BAYER **ASPIRIN**

Nom déposé au Canada.

THE BAYER COMPANY, LIMITED, 1019 Elliott Street West, Windsor, Ontario.

Le docteur de Martigny était membre de nombreuses sociétés savantes françaises et avait participé activement, comme rapporteur, à d'importants congrès internationaux de chirurgie, tout particulièrement en France et en Allemagne.

Enrôlé dès le début de la guerre de 1914-1918, il avait été chirurgien au Woolwich Hospital de Londres, chirurgien en chef du Risborough Hospital, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Cloud et chirurgien de l'hôpital Carrel de Compiègne. Il était officier de l'Instruction publique et avait reçu du Gouvernement français la Médaille d'or du dévouement.

Lieutenant-colonel de réserve de l'armée médicale canadienne, il avait été élu à l'unanimité, en 1936, président provincial de la Légion Canadienne.

Personnalité de premier plan, le docteur de Martigny était doué d'une activité, d'une énergie et d'une vitalité qui firent de lui un combatif et un chef. L'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc demeurera son œuvre principale. Chirurgien de première valeur, toujours écouté aux sociétés savantes, il fut parmi les plus réputés consultants de Montréal et même de la province.

Canadien d'ascendance française, il était fier de ses origines et ne manquait jamais une occasion de manifester par des actes son attachement à la France qu'il avait servie en 1914-1918.

La profession médicale pleure sa disparition. Nous offrons nos condoléances à sa famille et nous prions son gendre, le docteur Prud'homme Saint-Germain, d'accepter notre vive sympathie.

LE DOCTEUR LA SALLE ARCHAMBAULT

Le docteur La Salle Archambault est décédé à l'âge de 61 ans, le 28 septembre.

Le défunt avait fait ses études à la Faculté de Médecine d'Albany où il devint plus tard professeur de Neurologie.

Ancien élève de Pierre Marie, il fut un éminent neurologiste, auteur de nombreux travaux portant sur la pathologie du système nerveux et publiés dans les journaux médicaux français et américains.

Le docteur La Salle Archambault avait conservé de son séjour d'études en France un souvenir vivace, pour son maître Pierre Marie, une gratitude et un respect inaltérables. D'ascendance canadienne-française, il avait gardé le culte de sa langue maternelle.

Il nous fit honneur, chez nos voisins des Etats-Unis.

LE DOCTEUR JEAN-CHARLES DUCHARME

Le docteur J.-C. Ducharme est décédé le 16 septembre, à l'âge de 66 ans. Le défunt avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Québec qui lui avait décerné son diplôme de médecin en 1900. Il s'était occupé activement, durant sa longue carrière de médecin poursuivie dans la paroisse de Saint-Edouard (Montréal), d'œuvres paroissiales et nationales, de sociétés de mutualité.

Nous prions son fils, le docteur Gérard Ducharme, d'agréer nos condoléances.

LE DOCTEUR GEORGES-A. FOREST

Le docteur Georges-A. Forest est décédé subitement le 31 août. Le défunt avait obtenu son doctorat en médecine de l'Université Laval de Montréal en 1910.

LE DOCTEUR OVILA BIRS

Le docteur O. Birs, pratiquant la médecine à Coaticook depuis 1907, vient de mourir à l'âge de 59 ans. Le défunt avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal qui lui décernait son diplôme de médecin en 1907.

LE DOCTEUR L.-P. SAVOIE

Le docteur L.-P. Savoie est décédé, à l'âge de 41 ans, le 4 septembre. Le défunt était chargé de la surveillance des Unités Sanitaires de la région du Saguenay.

LE DOCTEUR GEORGES DESROSIERS

Le docteur Georges-E. Desrosiers, diplômé de l'Université de Montréal en 1920, vient de mourir à l'âge de 45 ans.

Encore une édition BEAUCHEMIN

du plus vif intérêt: UNE ÉDITION COMPLÈTE VENDUE EN 15 JOURS !

VIENT DE PARAÎTRE:

PRÉCIS DE
MORALE MÉDICALE

pour Infirmières, Médecins et Prêtres

par le R. Père S.-A. LAROCHELLE, O.M.I. et le Docteur C. T. FINK, C.M.

EXTRAITS DE LA PRÉFACE: « Voilà certes un livre appelé à faire beaucoup de bien et à servir de guide moral aux Gardes-Malades, aux Étudiants en Médecine et même aux Médecins... Le livre... a l'avantage d'être complet et d'avoir été écrit par un prêtre qui connaît sa théologie.

« À l'étude des questions médico-morales, le révérend Père a ajouté des considérations pratiques et sûres qui seront d'une grande utilité à tous ceux qui soignent les malades. »

Mgr Georges Gauthier

TABLE DES MATIÈRES:

Préface; Avant-propos; Indications bibliographiques; Introduction (morale, morale professionnelle, plan).

LA CONSCIENCE MORALE: Nature de la conscience morale; Sortes de consciences morales; Obligation de la conscience.

LE VOLONTAIRE INDIRECT: Le volontaire: définitions et divisions; Influence du volontaire indirect sur l'acte moral.

TRAITEMENTS, MANŒUVRES, OPERATIONS: Avis préliminaires: Remarques d'ordre général et plan suivi; Individualité des cas; Loi naturelle, source de moralité; Prudence élémentaire, sans fausse pudeur. — **A propos de la conception:** 1. Pratiques anticonceptionnelles et limitation des naissances: Nature de ces pratiques; Quelques raisons d'en parler; Le point de vue moral; Conclusions pratiques; 2. Continence périodique d'après la méthode Ogino-Knaus: Ce qu'elle est; Sa moralité; 3. Exceptions possibles en cas de maladie vénérienne ou de viol; 4. Fécondation artificielle et spermoculture. — **A propos de la vie fœtale:** 5. L'avortement provoqué: Ce qu'il est; Prétextes invoqués; Moyens employés; L'animation du fœtus; Point de vue moral; Point de vue pénal; Point de vue médical; Point de vue physique; Point de vue pharmaceutique; Quelques objections; Conclusions pratiques; 6. Curettage; 7. Tamponnement utérin ou vaginal; 8. L'embryotomie; 9. Radium, radiothérapie et radiographie; 10. Ablation de l'utérus gravide malade; 11. Ablation de poches fœtales extra-utérines: Fœtus ectopique mort; Pas de danger immédiat; Fœtus probablement viable; Fœtus douteux; Fœtus non viable; Rien de direct n'est permis; Cas imprévus; Conclusions pratiques; 12. Ponction des membranes fœtales. — **Stérilisation et mutilation:** 13 Stérilisation et mutilation (métrorragie); 14 Salpingectomie et ovariectomie; 15 Hystérectomie et hystéropexie; 16. Vasectomie; 17. Laparatomie, opération de Porro, symphyséotomie; 18. Eugénisme: Sa nature; Ses deux principaux moyens; Stérilisation immorale, abusive, inefficace; A propos des maladies mentales; Au sujet des criminels. — **Quelques autres cas de droit à la vie ou à la santé.** 19. L'opération césarienne: Sa nature: Obligation de la mère; Sur une morte: 20. Accouchement prématuré; 21. L'euthanasie et la prolongation de la vie: Nature; Actualité; Immoralité; Prolongation de la vie: 22. Calmants et remèdes: Nature des calmants; Usage prudent et modéré; Usage considérable; Durant la grossesse; Pour les mourants; A l'occasion d'un accouchement: Règles générales à propos de remèdes: 23. L'hypnotisme; 24. A propos de maladies psychiques: Un sujet à étudier; Classification stable impossible: Quelques précisions; Psychoses et névroses: Neurasthénie, psychasténie, hystérie; Psychothérapie; Responsabilité morale.

CAS SPECIAUX POUR LES SACREMENTS: Le baptême: 1. Le cas ordinaire: Intention; Eau; Manière de baptiser; Sujet à baptiser; Les paroles; Nécessité du baptême; 2. Le cas en danger de mort; 3. Doute sur une condition de validité: 4. Dans un accouchement difficile; 5 Les fœtus avant terme (à baptiser, à inhumer); 6 Les monstres; 7. Baptême intra-utérin: 8. Adultes protestants ou païens en danger de mort; 9. Un inconscient totalement inconnu; 10. Les enfants de parents non catholiques. — **La confession.** — **L'Eucharistie:** 1. Pour les malades, non en danger de mort, et à jeun; 2. Pour les malades, non à jeun, et non en danger de mort; 3. Pour les malades en danger de mort; 4. Cas spéciaux: enfants, inconscients, vomissements, toux; 5. Préparation matérielle. — **Extrême-Onction:** 1. Le cas ordinaire; 2. Cas spéciaux: enfants, impénitents, inconscients; 3. Mort relative et mort réelle; 4. Quelques directives pratiques; 5. Préparation matérielle. — **Secours aux derniers moments.**

QUELQUES AUTRES DEVOIRS DE JUSTICE ET DE CHARITE: Explications préliminaires. — **La responsabilité:** 1. Définition et division; 2. Fondement; 3. Responsabilité des conséquences et des actes d'autrui. — **La coopération:** 1. Importance du sujet, nature, division, principes; 2. Règles générales et cas de coopération. — **Le secret professionnel:** 1. Nature, division, principes; 2. Son objet et causes qui permettent de le divulguer; 3. Des cas: syphilis, tuberculeux ou épileptique, crime, etc.; 4. Usage du secret et conclusion pratique. — **Science et habileté professionnelles:** 1. Compétence nécessaire chez nous; 2. Obligation de justice et grave; 3. Science indispensable et habileté; 4. Questions sociales et Action catholique. — **L'honnêteté professionnelle:** 1. Plusieurs cas déjà traités; 2. La question d'honoraires; 3. Mensonge et restrictions; 4. Charlatanisme; 5. Le serment professionnel. — **Quelques autres vertus:** 1. Le dévouement au malade, au médecin; 2. La bonté, de préférence, surnaturelle; 3. La fermeté raisonnable; 4. La patience à l'égard de tous; 5. La dignité envers soi, les autres, la profession. — **Epilogue.** — **Appendice:** Code moral des hôpitaux catholiques du Canada et des Etats-Unis.

EN VENTE DANS TOUTES LES LIBRAIRIES — — PRIX: l'exemplaire, $1.50

Librairie BEAUCHEMIN Limitée — 430, rue Saint-Gabriel, MONTRÉAL — Téléphone: LAncaster 4236*

LES ALIMENTS Libby's HOMOGENIZED (EXTRACELLULAR) POUR BÉBÉS

Fournissent le Volume sans rien qui puisse irriter

Des observations faites au cours d'essais cliniques et d'analyses de laboratoire, en ce qui concerne l'alimentation, ont démontré que le « volume », qui est nécessaire pour encourager l'évacuation normale chez les petits bébés, se trouve dans les Légumes et Fruits Homogénéisés sous une forme lisse et fine qui ne peut irriter.

La valeur des Aliments **Homogénéisés** Libby's pour Bébés dans l'alimentation des très jeunes bébés a été démontrée par des essais au cours desquels des bébés n'ayant que six semaines digérèrent très bien les Légumes et Fruits **Homogénéisés.** Avant l'**homogénéisation**, il était impossible de donner une alimentation solide à un aussi bas âge.

Afin d'être présentés sous une forme fine et lisse, les Aliments Libby's pour Bébés sont d'abord passés au passe-purée, puis **homogénéisés.** Ce procédé d'**homogénéisation** fait deux choses: il réduit les fibres grossières qui restent dans les purées en particules minuscules non irritantes; et il brise les cellules nutritives qui sont restées entières dans la purée, libérant ainsi les éléments nutritifs qui y sont contenus et les répartissant dans toute la masse. Grâce à cette répartition, une large surface de ces éléments nutritifs se trouve exposée aux enzymes digestives des bébés. La digestion des Légumes et Fruits **Homogénéisés** Libby's se fait plus vite, plus facilement et avec moins d'effort qu'il n'en faut pour digérer les aliments préparés d'après d'autres méthodes.

ÉCHANTILLONS GRATUITS

La maison Libby's se fait toujours un plaisir d'envoyer des échantillons, à titre gracieux, aux médecins qui en font la demande par écrit.

10 ALIMENTS ÉQUILIBRÉS *POUR BÉBÉS:*

Grâce à ces combinaisons de céréales, soupes, fruits et légumes homogénéisés, le Médecin peut facilement prescrire une variété d'aliments solides pour les bébés.

1. Pois, betteraves, asperges - complète le régime lacté et fournit un supplément de fer et de Vitamine C.

2. Citrouille, tomates, haricots verts. Source de Vitamine A; fournit aussi du fer.

3. Pois, carottes, épinards — un mélange d'éléments nutritifs qui fournit de la Vitamine A et du fer.

4. Céréale — lait évaporé, blé complet, farine de soya — cuite dans du lait, cette céréale fournit une bonne quantité de chaux et de phosphore — très énergétique.

5. Pruneaux, jus d'ananas, jus de citron — aide à encourager l'évacuation normale.

6. Soupe — légumes, foies de poulet, orge, avec tomates, carottes, céleri et un soupçon d'oignon frais pour donner du goût. Source importante de Vitamine A, riche en facteurs anti-anémiques.

7. Soupe maigre — légumes, farine de soya et d'orge. La farine de soya est une **excellente** source de protéines.

8. Bananes, pommes, abricots — fournit des hydrates de carbone facilement digestibles, et excite l'appétit.

9. Pois, épinards, haricots verts — une combinaison de légumes verts.

10. Tomates, carottes, pois — une délicieuse combinaison d'ingrédients convenables.

Et, de plus, trois légumes seuls spécialement homogénéisés

CAROTTES - POIS - ÉPINARDS

Faits au Canada par

LIBBY, McNEILL & LIBBY OF CANADA LIMITED, CHATHAM, ONT.

P de publicité ni de mode
mploi envoyés, excepté aux
decins. Pour recevoir, gratis,
échantillons et de la docu-
tation, envoyez votre feuil-
professionnelle d'ordonnance
à "Lactogen Department."

ACCEPTED
AMERICAN MEDICAL ASSN.
Council on Foods

LACTOGEN... SI FACILE À EMPLOYER!

Dans les maisons où il n'y a pas de réfrigération, ou quand une maman est en voyage ou en vacances avec son bébé, chaque biberon de Lactogen peut être préparé au moment de le donner au bébé.

Quand on a la réfrigération, on peut préparer à l'avance la quantité suffisante pour l'alimentation de 24 heures.

La mère la plus occupée ou la moins expérimentée peut préparer sans difficulté la formule Lactogen, car elle n'a qu'à faire dissoudre la quantité prescrite de Lactogen dans de l'eau bouillie tiède. Cette facilité de préparation est la meilleure assurance de son emploi correct.

- Le lactogen est fait entièrement avec du lait de vache et est reconnu comme un succédané très satisfaisant du lait maternel quand il est présenté sous la forme et dans les proportions appropriées.
- Le lait de vache est modifié par l'addition de gras de lait et de sucre de lait afin de ressembler au lait de femme quant aux proportions de gras, de protéines et d'hydrates de carbone.
- Le Lactogen est un aliment facile à digérer parce que les propriétés de la caséine sont changées pour qu'il se forme des caillots fins et floconneux, et que les globules gras sont absolument brisés.

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (CANADA) LTD.

METROPOLITAN BUILDING, TORONTO

LE TRAITEMENT DE LA

Dysménorrhée

"EMMÉNINE"

No 927 — "EMMÉNINE"
LIQUIDE
30 unités orales-quotidiennes (Collip) par c.c.
En bouteilles de 4 onces

No 701 — "EMMÉNINE"
COMPRIMÉS
120 unités orales-quotidiennes (Collip) par comprimé
En bouteilles de 42 comprimés

Ayerst

"Pour la plupart des dysménorrhéiques, le traitement le plus efficace que nous connaissions à l'heure actuelle consiste en l'usage *per os* d'une substance œstrogène, l'Emménine, prise avec une quantité suffisante d'eau, et l'adjonction d'une médication ferrique et vitaminique adéquate. Le repos est aussi important dans ce traitement." *

Posologie: Trois cuillerées à thé d'Emménine Liquide ou trois comprimés Emménine par jour pendant les dix jours qui précèdent les règles. La dose se prend avec de l'eau.

L'Emménine est préparée et standardisée biologiquement d'après la méthode du docteur J. B. Collip et est présentée avec l'approbation du Laboratoire de Biochimie de l'Université McGill.

* Watson, Melville C., Bulletin Academy of Medicine, Toronto, **13**:132, mars 1940.

AYERST, McKENNA & HARRISON Limitée
Biologistes et Pharmaciens
MONTRÉAL - - - CANADA

LE FILM RADIOGRAPHIQUE DE SÉCURITÉ «DUPONT», SON CONTRASTE BRILLANT *ACCENTUE SES DÉTAILS*

Vendu par l'intermédiaire des principaux marchands d'appareils radiographiques d'un océan à l'autre

CANADIAN INDUSTRIES C-I-L LIMITED

Représentants canadiens: CANADIAN INDUSTRIES LIMITED
Division de la Plastique
Montréal - - - Qué.

POUR DIMINUER LA CONGESTION NASALE

EMULSION

La congestion nasale est le principal symptôme dans les rhumes, les sinusites, la fièvre des foins et les troubles similaires des voies respiratoires supérieures. Pour diminuer rapidement une telle congestion, sûrement et complètement

NEO-SYNEPHRIN HYDROCHLORIDE

offre une vasoconstriction prolongée. (Aucune réaction désagréable et une toxicité moins élevée en dosage thérapeutique que l'épinéphrine ou l'éphédrine.)

DOSAGE:

ÉMULSION: ¼ % (en bouteilles de 1 once).
GELÉE: ½ % (en tube avec applicateur nasal).
SOLUTION: ¼ % en solution saline pour compte-gouttes ou vaporisateur
1 % pour les cas rebelles. (en bouteilles de 1 once).

Echantillons et littérature envoyés aux médecins qui en feront la demande.

FREDERICK STEARNS & COMPANY OF CANADA, LIMITED

Windsor, Ontario
Fabricants de Kasagra

Détroit, Mich. — New York, N. Y. — Kansas City, Mo. — San Francisco, Calif. — Sydney, Australie.

UROPRAZINE

GRANULÉ EFFERVESCENT

ELIMINE L'ACIDE URIQUE

Composants principaux:

PIPÉRAZINE
HEXAMÉTHYLENETÉTRAMINE
SOUFRE COLLOÏDAL
FORMIATE DE LITHINE

GOUTTE ◆ RHUMATISME ◆ SCIATIQUE

LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, FRANCE

Distributeurs: **M.M. HERDT & CHARTON, INC.**

2027, AVENUE McGILL COLLEGE - MONTRÉAL

Vous pouvez les recommander en toute confiance.

Composés d'hydrates de carbone sous leur forme la plus facilement assimilable — les sirops de Maïs, "CROWN BRAND" et "LILY WHITE" servis avec le lait, constituent la nourriture la plus substantielle et la plus économique pour les bébés. Leur coût modique, leur qualité qui ne le cède en rien aux préparations d'hydrates de carbone les plus dispendieuses, en font la nourriture d'enfants la plus économique dont vous puissiez vous servir ou que vous puissiez recommander.

Nombre de médecins réputés recommandent depuis des années ces deux célèbres marques, sachant qu'elles sont fabriquées dans les conditions les plus hygiéniques.

SIROPS de MAÏS
EDWARDSBURG "CROWN BRAND" et "LILY WHITE"

Manufacturés par THE CANADA STARCH COMPANY, Limited

Une étude de l'emploi et des avantages de ces fameux produits vous récompensera amplement. Nous avons à votre disposition, sans aucun frais:

1. un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants;
2. un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants;
3. des tablettes de prescriptions;
4. un intéressant petit livre sur les soins prénataux;
5. un livret sur le produit "Dextrosol".

Veuillez nous adresser le coupon ci-dessous et ces choses utiles vous seront adressées immédiatement.

The CANADA STARCH CO., Ltd
Montréal

Veuillez m'envoyer

☐ CALCULATEUR

☐ Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"

☐ TABLETTES DE PRESCRIPTIONS

La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"

La brochure: "DEXTROSOL"

Nom .....

Adresse .....

.....

A Messieurs les Médecins

La pharmacie d'ordonnances
ARTHUR HIRBOUR
est tout indiquée pour la préparation de vos ordonnances

37 ans d'expérience comme pharmacie professionnelle.

Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.

Angle ST-DENIS & DE MONTIGNY

LAncaster 7356 — **MONTREAL**

parfait

comme une
sweet caporal

$1.00 envoie 300 cigarettes SWEET CAPORAL ou WINCHESTER, **ou** $1.00 enverra soit 1 livre de tabac à pipe OLD VIRGINIA, **soit** 1 livre de tabac SWEET CAPORAL HACHE FIN (avec papiers Vogue) aux Canadiens qui font du service outre-mer dans la F.C.S.A. seulement.

$2.50 envoient 1,000 cigarettes à un soldat ou à une unité.

Adressez, "Sweet Caps", B.P. 6000, Montréal, P.Q.

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

•

Pompes funèbres
Salons mortuaires

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis
4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . COQUELUCHE . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance, ni complication.

•

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Anglo-French Drug Cie (Nucléocardol) . . 1109
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (En avant!) 1107
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Dysménorrhée) 1144
Bayer Company, Ltd (Aspirin) 1139
Bristol-Myers Co. (Sal Hepatica) 1131
Canada Drug Co. Ltd. (Paveral) 1147
Canada Starch Co. Ltd. (Sirop de Maïs Crown Brand et Lily White) 1146
Canadian Industries Ltd (Le Film Radiographique de securité "Dupont") . . . 1144
Carnation Milk (Sphygmomètre) 29
Canadian Tampax Corporation Ltd (Pour répondre à tout besoin individuel) . . 1127
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Sédacrine) 9
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Neurocrine) 15
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Westinghouse) 28
Coca-Cola Co. of Canada Ltd 1146
Compagnie Ciba Ltée (Di-Ovocyline) . . 20
Eddé, J., Ltée (Tréphonyl) 27
Eddé, J., Ltée (Iodogénol) 27
Frederick Stearns & Co. of Canada Ltd. (Néo-Synephrin Hydrochloride) . . . 1145
Frosst, Charles E., & Co. (Tutamate) . . . 1
Heinz, H. J., Co. of Canada Ltd. (Recommandez les 12 aliments Heinz pour enfants) . . . . . 2e page de couverture
Herdt & Charton Inc. (Uroprazine) 1145
Hirbour, Arthur (La pharmacie d'ordonnances) 1146
Imperial Tobacco Co. (Sweet Caporal). . . 1147
Johnson & Johnson Ltd. (La manière moderne d'obtenir de meilleurs plâtres) 23
Knox Gélatine (Comparez) 1135
Laboratoires Abbott Ltée (Penta-Kaps) . 32
Laboratoire du BisMol (Fertinic) 4e page de la couverture
Laboratoires Jean Olive (Nucléarsitol Robin) 31
Laboratoires Jean Olive (Lantol) 31
Laboratoires Poulenc Frères du Canada Ltée (Coryphedrine) 1137
Libby, McNeill & Libby of Canada Ltd. (10 aliments équilibrés pour bébés) . . 1142
Librairie Beauchemin Ltée (Précis de Morale Médicale) 1141
Mead Johnson & Co. Ltd (Complexe de la Vitamine B) 1119

Pages

Merck & Co., Ltd (Pyridium) 5
Millet, Roux & Cie, Ltée (Scillitrine) . . . 19
Monty, Gagnon, Monty 1147
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd. (Lactogen) 1143
Parke, Davis & Cie (Le jeune médecin qui consulta Von Behring) 30
Parker, White & Heyl, Inc. (Les preuves à l'appui) 1125
Rougier Frères (Hepathemo) 3
Rougier Frères (Digitaline Nativelle) . . . 3
Rougier Frères (Lyxanthine Astier) . . . 7
Rougier Frères (Elixir Martin-Mazade) . . 1105
Rougier Frères (Spectrol) 1105
Sanatorium De Blois 26
Sanatorium Prévost Inc. 22
Schering Corporation Ltd. (Routine au Cortate) 1117
Shuttleworth, E. B. Chemical Co. Ltd. (Ferrochlor) 1113
Squibb & Sons of Canada Ltd, E. R. (Suppléments de Vitamines) 1123
Société d'Expansion Pharmaceutique Inc. (Prephysin) 1115
Upjohn Co. (Cerelexin) 13
Usines Chimiques du Canada Inc. (Sirop B Co. Valor) . . . 3e page de la couverture
Victor X-Ray Corporation of Canada Ltd. . 1133
Vinant Limitée (Pelletiérine Tanret) . . . 11
Vinant Limitée (Amino-Sel Byla) 11
Vinant Limitée (Sédosine) 11
Vinant Limitée (Spartoval) 17
Vinant Limitée (Sparto-Camphre) 17
Vinant Limitée (Génisténal) 17
Vinant Limitée (Pipérazine Midy) 21
Vinant Limitée (Thiodérazine Midy- — injectable) 21
Vinant Limitée (Thiodérazine Midy — buvable 21
Vinant Limitée (Thiodacaïne Midy) . . . 21
Vinant Limitée (Ténébryl Guerbet) . . . 21
Warner, William R., Co. Ltd (Anusol) . . 1111
Winthrop Chemical Co. Inc. (Drisdol) . . 1129
Wyeth & Bro., Canada Ltd, John (Amphojel) 24
Wyeth & Bro., Canada Ltd, John (Amphojel) 25
Wyeth & Bro., Canada Ltd, John (En tout et partout au service de la profession médicale) 1121

Les Vitamines Synthétiques B

B_1	300 unités
Riboflavine	0.2 mg.
Acide nicotinique	10 mg.
B_6	0.1 mg.

SIROP B COMPLEXE

Prescrivez simplement:

«Sirop B Co. Valor»

Riches et pauvres souffrent d'avitaminose

Par mauvaise alimentation, soit insuffisante, soit inadéquate à cause de préférence ou dédain pour certains mets.

Chez l'alcoolique, l'alcool prend la place d'une quantité de nourriture correspondante.

Diètes arbitraires trop longtemps suivies.

Littérature sur demande.

USINES CHIMIQUES DU CANADA INC.

1338 est, rue LAGAUCHETIERE (87 Station C) MONTREAL

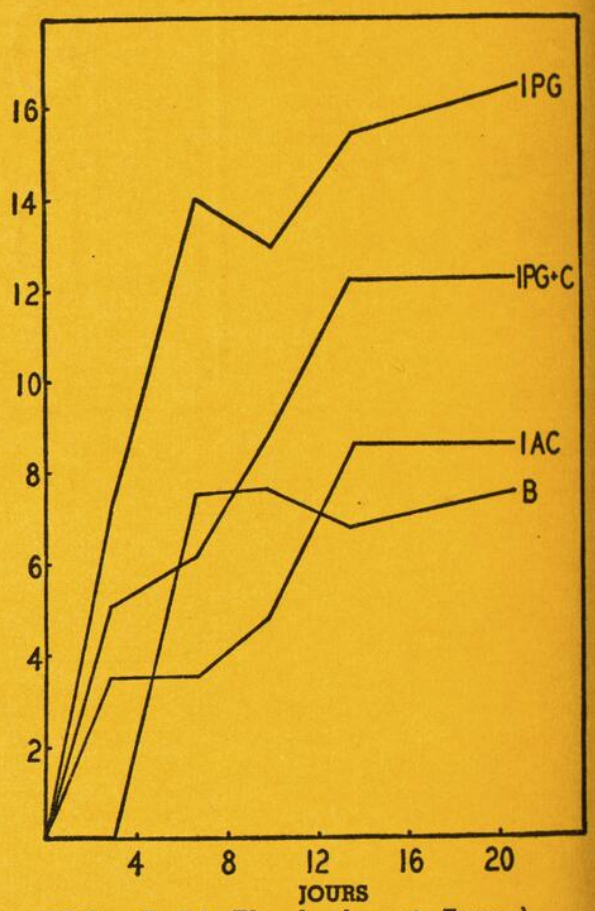
FERTINIC

(Phospho-gluconate Ferreux)

Hématinique nouveau

Permettant la meilleure utilisation possible du fer.

Coefficient d'augmentation de l'hémoglobine.



I.P.G. = Fertinic (Phospho-gluconate Ferreux).
I.P.G. + C. = Fertinic avec Vitamine C.
I.A.C. = Citrate de Fer Ammoniacal.
B = Carbonate Ferreux (Blaud).

- Un composé chimique défini de fer, stable à l'état ferreux. Le fer constitue 12% de la molécule et est combiné au phosphore et à l'acide gluconique.
- Des essais cliniques ont démontré que le fer, sous cette forme, prend une toute nouvelle valeur comme hématinique.
- Voir expérimentation biologique et résultats cliniques résumés en brochures à l'intention de la profession médicale.

Conditionné en flacons de 90 "Capils".
Dose: 2 "Capils", ½ hre avant les repas.

Le LABORATOIRE du BISMOL

(La Cie Pharmaceutique DesBergers)

388 ouest, rue Saint-Paul - - Montréal