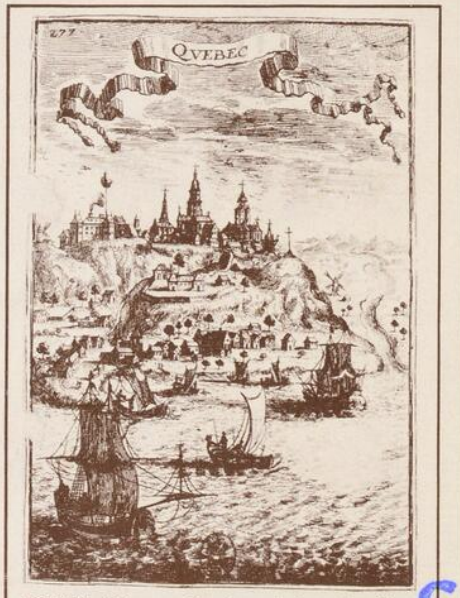


Bibliothèque Nationale du Québec

610.050
291
L

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
BIBLIOTHÈQUE

VOL. 11 ANNÉE 1946

LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

Direction
FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

CONDITIONS DE PUBLICATION : *Laval Médical* paraît tous les mois, sauf en juillet et août. Il est l'organe officiel de la *Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, et ne publie que les travaux originaux des membres de cette Société ou les communications faites devant d'autres sociétés à la condition que ces études soient inédites et qu'elles aient été résumées devant la Société médicale des Hôpitaux.

MANUSCRITS : Il est essentiel que, dans les manuscrits, le nom des auteurs cités, dans le texte comme dans la bibliographie, vienne en écriture moulée.

COPIES : Les copies doivent être dactylographiées avec double espace.

CLICHÉS : Pour fins de clichage, nos collaborateurs devront nous fournir des photographies noires sur papier glacé. Les dessins seront faits à l'encre de Chine sur papier blanc.

ABONNEMENT : Le prix de l'abonnement est de cinq dollars par année. Les membres de la Société médicale des Hôpitaux universitaires jouissent du privilège d'un abonnement de groupe dont les frais sont soldés par la Société.

TIRÉS A PART : Ils seront fournis sur demande au prix de revient. Le nombre des exemplaires désiré devra être indiqué en tête de la copie.

PER
L-32

LAVAL MÉDICAL

VOL. 11 *N° 1* *JANVIER 1946*

COMPOSITION du BUREAU de DIRECTION

PRÉSIDENT

M. le docteur Chs Vézina
Doyen de la Faculté de médecine

VICE-PRÉSIDENT

M. le docteur A.-R. Potvin
Secrétaire de la Faculté de médecine

SECRÉTAIRE

M. le docteur Roméo Blanchet
Professeur de Physiologie

ADMINISTRATEURS

M. le docteur R. Gingras
Bibliothécaire et secrétaire adjoint de la Faculté de médecine

M. le docteur J.-Édouard Morin
Professeur de Bactériologie

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

1946

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

M. le professeur A. Clerc, de Paris.
M. le professeur A. Lemierre, de Paris.
M. le professeur René Cruchet, de Bordeaux.

COMPOSITION DU BUREAU

Président :	M. le professeur S. Caron.
Vice-président :	M. le professeur Renaud Lemieux.
Secrétaire général :	M. le professeur Richard Lessard.
Trésorier :	M. le professeur Marcel Langlois.
Membres :	MM. les professeurs Lucien Larue, Louis Rousseau et Donat Lapointe.

LISTE DES MEMBRES

MM.	Audet, Jacques,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	Auger, Carlton,	à l'Hôtel-Dieu.
	Auger, Gustave,	à l'Hôtel-Dieu.

MM. BÉDARD, Arthur, à l'Hôtel-Dieu.
BERGER, Louis, à la Faculté de médecine.
BERGERON, Geo.-Albert, à la Faculté de médecine.
BLANCHET, Roméo, à la Faculté de médecine.

CAOUETTE, Robert, à l'Hôtel-Dieu.
CARON, Sylvio, à la Clinique Roy-Rousseau.
CARON, Wilfrid, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
CAYER, Lomer, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
COTÉ, Chs-E., à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
COUILLARD, Ed., à la Faculté de médecine.

DÉCHÊNE, Euclide, à l'Hôpital de la Crèche.
DESMEULES, R., à l'Hôpital Laval.
DESROCHERS, G., à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
DE ST-VICTOR, Jean, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
DROUIN, Guy, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
DUGAL, J.-Paul, à l'Hôtel-Dieu.
DUSSAULT, N.-A., à l'Hôtel-Dieu.

FOLEY, A.-R., à la Faculté de médecine.
FORTIER, De la Broq., à l'Hôtel-Dieu.
FORTIER, Émile, à la Faculté de médecine.
FRENETTE, Olivier, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.

GAGNON, Fabien, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
GARANT, Oscar, à l'Hôtel-Dieu.
GAUMOND, Émile, à l'Hôtel-Dieu.
GAUTHIER, Cajetan, à l'Hôtel-Dieu.
GIGUÈRE, Alph., à l'Hôtel-Dieu.
GINGRAS, R., à la Faculté de médecine.
GIROUX, Maurice, à l'Hôpital Laval.
GOSSELIN, Jules, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
GRANDBOIS, Jean, à l'Hôtel-Dieu.

MM.	GRÉGOIRE, Geo.,	au Dispensaire antituberculeux.
	GRÉGOIRE, Jean,	à la Faculté de médecine.
	GUAY, Marcel,	à l'Hôtel-Dieu.
	HALLÉ, Jules,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	HUDON, Fernando,	à l'Hôtel-Dieu.
	JACQUES, André,	à l'Hôtel-Dieu.
	JOBIN, Albert,	à l'Hôtel-Dieu.
	JOBIN, J.-B.,	à l'Hôtel-Dieu.
	JOBIN, Joachim,	à l'Hôtel-Dieu.
	JOBIN, Pierre,	à la Faculté de médecine.
	LACERTE, Jean,	à l'Hôtel-Dieu.
	LANGLOIS, M.,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	LAPOINTE, D.,	à l'Hôpital de la Crèche.
	LAROCHELLE, J.-Louis,	à l'Hôtel-Dieu.
	LAROCHELLE, Nap.,	à l'Hôtel-Dieu.
	LARUE, G.-H.,	à l'Hôpital Sant-Michel-Archange.
	LARUE, Lucien,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
	LAVERGNE, N.,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	LAVOIE, Jules,	à l'Hôtel-Dieu.
	LEBLOND, Sylvio,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	LECLERC, L.-P.,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	LEFEBVRE, Lucien,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	LEMIEUX, J.-M.,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	LEMIEUX, Renaud,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	LESSARD, Richard,	à l'Hôtel-Dieu.
	LESSARD, Robert,	à l'Hôtel-Dieu.
	LETARTE, Frs,	à l'Hôtel-Dieu.
	MARCOUX, Henri,	à l'Hôtel-Dieu.
	MARTEL, Antonio,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	MARTIN, C.-A.,	à la Clinique Roy-Rousseau.
	MICHAUD, J.-Ths,	à l'Hôtel-Dieu.

MM. MILLER, J.-Chs,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
MORIN, J.-Édouard,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
NADEAU, Honoré,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
PAINCHAUD, C.-A.,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
PAINCHAUD, Paul,	à l'Hôtel-Dieu.
PAQUET, Adrien,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
PAQUET, Albert,	à la Faculté de médecine.
PAQUET, Berchmans,	à l'Hôtel-Dieu.
PARADIS, Bernard,	à l'Hôtel-Dieu.
PARADIS, Yvon,	à l'Hôpital de la Miséricorde.
PATRY, Laurent,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
PAYEUR, Léo,	à l'Hôtel-Dieu.
PELLETIER, Alphonse,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
PELLETIER, J.-Émile,	à l'Hôtel-Dieu.
PERRON, Edmour,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
PETITCLERC, J.-L.,	à l'Hôtel-Dieu.
PICHETTE, Henri,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
POTVIN, A.-R.,	à l'Hôtel-Dieu.
RICHARD, Philippe,	à l'Hôpital Laval.
ROGER, J.-Paul,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
ROUSSEAU, Louis,	à l'Hôpital Laval.
ROY, L.-F.,	à l'Hôtel-Dieu.
ROY, L.-P.,	à l'Hôtel-Dieu.
ROY, Saluste,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
SAMSON, Eucharistе,	à l'Hôtel-Dieu.
SAMSON, Mathieu,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
SIMARD, André,	à l'Hôtel-Dieu.
SIMARD, René,	à l'Hôpital de la Miséricorde.
SYLVESTRE, Ernest,	à la Faculté de médecine.
THIBAUDEAU, Roland,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.

MM.	TREMPE, Florian,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	TURCOT, Jacques,	à l'Hôtel-Dieu.
	VERREAULT, J.-E.,	à la Faculté de médecine.
	VÉZINA, Charles,	à l'Hôtel-Dieu.

RÈGLEMENTS

de la

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

Membres

La Société se compose de membres titulaires, de membres adhérents et de membres correspondants.

Peuvent devenir membres titulaires : les Professeurs et les Agrégés de la Faculté de Médecine ; les Chefs de Service dans les Hôpitaux universitaires.

Peuvent devenir membres adhérents : les Assistants dans les Services hospitaliers et dans les laboratoires universitaires, sauf les assistants bénévoles à *titre personnel.*

Les membres adhérents ne font partie de la Société que pendant la durée de leurs fonctions universitaires.

Les membres correspondants sont élus parmi les notabilités médicales canadiennes et parmi les médecins et savants étrangers qui peuvent apporter à la Société une contribution utile ou qui ont des titres à sa reconnaissance.

Pour être élu membre de la Société, à quelque titre que ce soit, il faut :

1° Que le candidat soit proposé par écrit au Bureau de direction par un membre titulaire ;

2° Que sa candidature soit soumise aux membres de la Société lors d'une séance régulière ;

3° Que le candidat recueille la majorité des suffrages des membres présents à la séance suivante.

La qualité de membre de la Société se perd :

1° Par la démission ;

2° Par la radiation prononcée, pour motifs graves, par l'assemblée générale comprenant au moins la moitié des titulaires, à la majorité des deux tiers des membres présents ;

3° Par le refus de régler sa cotisation annuelle pendant deux années consécutives.

OFFICIERS

Le Bureau de la Société se compose d'un Président, d'un Vice-Président, d'un Secrétaire et d'un Trésorier.

Le Conseil d'administration se compose des membres du Bureau et de trois membres de la Société élus pour trois ans.

Ces derniers, de même que le Secrétaire et le Trésorier qui sont élus pour un an, sont indéfiniment rééligibles.

Le Président et le Vice-Président sont élus pour un an. Ils ne sont rééligibles qu'une fois.

RESSOURCES

Les ressources de la Société proviennent des cotisations et souscriptions de ses membres ; des dons et legs ; des subventions qui pourraient lui être accordées.

La cotisation annuelle, payable en janvier, est de $5. pour les membres titulaires et de $3. pour les membres adhérents.

Les membres reçus lors des séances d'octobre, novembre et décembre ne sont pas sujets à la cotisation pour l'année courante.

La cotisation n'est pas exigée des professeurs émérites.

RÉUNIONS

A. — Une *assemblée générale* des membres de la Société se réunit au moins une fois l'an,

1° Pour entendre le rapport du Conseil d'administration sur la situation générale de la Société ;

2° Pour entendre le compte rendu, par le Secrétaire, des travaux de la Société pendant le courant de l'année ;

3° Pour entendre le rapport du trésorier ;

4° Pour procéder à l'élection des officiers.

L'Assemblée générale des membres de la Société aura lieu à l'École de médecine.

B. — Les séances. En dehors de la période des vacances (juillet et août) les séances ont lieu tous les premiers et troisièmes vendredis de chaque mois, sauf le premier vendredi de janvier et le Vendredi saint.

Les séances ont lieu soit à l'École de médecine, soit dans les Hôpitaux universitaires.

On tient un procès-verbal des séances.

Ordre des Séances

1° Lecture et adoption du procès-verbal ;

2° Discussion à propos du procès-verbal ;

3° Correspondances ;

4° Présentation de malades ;

5° Lecture des travaux.

Les séances ne doivent pas durer plus de deux heures.

A moins d'une autorisation préalable et exceptionnelle du Président, quinze minutes seulement sont allouées pour chaque présentation ou communication.

La discussion consécutive à chaque présentation ou communication est limitée à cinq minutes.

Texte et résumé des communications

Le texte de toute communication faite devant la Société doit être déposé séance tenante entre les mains du secrétaire pour publication dans le *Laval Médical.*

Un résumé succinct (une vingtaine de lignes) des travaux doit être annexé au texte intégral.

Ces formalités sont de rigueur absolue.

INVITÉS

Les membres de la Société médicale de Québec sont admis aux séances de la Société médicale des Hôpitaux universitaires.

PUBLICATIONS

Aucune communication ne peut être publiée au nom de la Société sans l'approbation du Bureau.

ÉDITORIAL

D'UNE DÉCADE A L'AUTRE

Le *Laval Médical* a franchi allègrement la première décade de son existence. Certes, il est redevable de cette fortune exceptionnelle à la communauté des desseins et à la détermination de ceux qui, après avoir bien entrevu le but à poursuivre, se sont appliqués à l'atteindre. Toutefois, et il paraît opportun de le rappeler, notre Revue héritait, dès sa naissance, des traditions établies et des travaux accumulés par ses précurseurs immédiats, dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, et par deux générations de médecins, dans le *Bulletin médical de Québec*, dont la fondation remonte à 1899.

Le *Laval Médical* est l'expression actuelle des transformations successives de la presse médicale à Québec ; et c'est avec une légitime fierté que, reliant le passé au présent, il veut continuer les labeurs de ses devanciers en s'employant à la diffusion des travaux contemporains.

Dans un éditorial liminaire, le rédacteur signalait les circonstances qui avaient justifié et permis la fondation du *Laval Médical*, de même qu'il formulait l'ampleur de la tâche qu'assumait la Revue. « En face de nécessités de plus en plus précises et urgentes », écrivait-il, « pour répondre surtout au vœu unanime des membres de la Société médicale des Hôpitaux universitaires et les mieux seconder dans leur travail,

Laval Médical paraît aujourd'hui grâce à la généreuse collaboration des Autorités supérieures de l'Université Laval . . . » « Que *Laval Médical* », poursuivait-il, « soit à la fois le baromètre de la vie médicale à Québec, l'écho des progrès réalisés à l'étranger et l'agent de liaison efficace entre le spécialiste et le praticien général, voilà l'ambition de ses fondateurs. »

Sous l'autorité de la Direction, la Rédaction et l'Administration ont tendu vers ces objectifs en s'assurant la collaboration indispensable à l'accomplissement du travail d'équipe qu'implique toute tâche diversifiée.

MM. les Professeurs Roland Desmeules et Richard Lessard, qui se sont succédé au secrétariat de la Société médicale des Hôpitaux universitaires, ont maintenu le contact avec la rédaction ; et MM. les Professeurs Henri Marcoux, Émile Gaumond et Pierre Jobin ont assumé successivement et respectivement la responsabilité de pourvoir aux sections permanentes des *Analyses*, de *Médecine et Chirurgie pratiques*, et de *Chronique, Variétés et Nouvelles*. A ces collaborateurs et conseillers immédiats, la Rédaction désire exprimer sa parfaite gratitude.

L'Administration a rencontré auprès des amis de la Revue, et plus particulièrement chez les fabricants et les distributeurs de produits pharmaceutiques, une coopération généreuse qu'elle apprécie vivement.

Enfin, la profession médicale continue d'accueillir notre publication avec une faveur qui honore les auteurs dont nous insérons les articles, et les invite à accroître leur rayonnement au service du progrès médical.

La Direction, avec les concours qui lui sont acquis et ceux qu'elle anticipe, entend poursuivre son œuvre en l'amplifiant. Elle estime que, pour ne pas être inférieur à sa tâche, le *Laval Médical* devra évoluer en conformité des exigences de la profession médicale, et au rythme des institutions qu'il a l'honneur de servir.

Roméo BLANCHET,
rédacteur.

COMMUNICATIONS

MANIFESTATIONS ALLERGIQUES ET OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

par

Jules HALLÉ

Assistant dans le Service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital du Saint-Sacrement

Nos notions sur l'allergie, quoique de date récente, progressent avec rapidité et ouvrent, à tous les jours, de nouveaux horizons. La plupart des auteurs sont à se demander s'il ne faudrait pas davantage tenir compte du facteur allergique en clinique.

C'est en 1902 que Charles Richet et Portier décrivirent un premier fait connu sous le nom d'anaphylaxie en rapportant l'utilisation d'extrait de tentacules d'actinés sur le chien. L'année suivante Maurice Arthus démontrait la toxicité du sérum de cheval pour le lapin.

Pour expliquer les faits d'anaphylaxie constatés chez le chien, Richet avait proposé la théorie de la *toxogénine-apotoxine*. D'après cette théorie, l'organisme, à la suite de l'injection d'une substance étrangère, élabore lentement un produit nouveau, la toxogénine qui a la propriété de former, avec la substance étrangère injectée, une combinaison extrêmement nocive, l'apotoxine. On comprend dès lors qu'une première injection de corps étranger puisse favoriser la formation de toxogénine dans le sang et qu'une injection seconde, à quinze jours

d'intervalle, amène la formation immédiate d'apotoxine, d'où intoxication grave.

C'est là, en résumé, l'hypothèse émise par Richet et Portier qui avaient expérimenté sur des animaux. Von Pirquet et Bela Schick, deux pédiâtres, qui utilisaient déjà depuis quelque temps des sérums chez leurs malades, saisirent rapidement le parallélisme qui existait entre le phénomène décrit par Richet et ce qu'on appelait alors la maladie des sérums. Pour la première fois en 1905, ils émirent l'opinion que certaines maladies rencontrées chez l'homme pouvaient avoir pour cause un mécanisme identique à celui de la réaction de Richet et ils désignèrent les phénomènes décrits sous le nom d'allergie.

Victor Vaughan, en 1907, démontrait que l'allergie et l'immunité étaient deux manifestations complètement différentes. Par la suite surgit une légion d'hypothèses tentant d'expliquer le mécanisme de l'allergie. Mentionnons seulement la théorie des coagulines et des lysines de Charles Nicolle et celle de la sensibilisine de Besredka. Aujourd'hui, on admet généralement, avec le professeur Karl Landsteiner, de New York, que certains aliments et certains médicaments se combinent dans l'organisme avec les protéines normales du sang pour engendrer une nouvelle protéine, l'allergène agissant comme substance étrangère. De la même façon, se comporteraient les allergènes de contact en faisant naître, à la peau, une protéine différente de la protéine normale qui sensibiliserait l'individu à ce niveau. Sir Henry Dale, puis Sir Thomas Lewis ont soutenu que le dérivé protidique sensibilisateur du sang humain devait être l'histamine. En 1938, Charles F. Code a confirmé cette opinion et mis en évidence la présence de l'histamine dans le sang de personnes en état de choc anaphylactique.

Cet aperçu historique sur l'allergie est rendu nécessaire si l'on veut bien saisir la portée de certaines manifestations allergiques en clinique. C'est en collaborant intimement avec les allergistes que les cliniciens ont pu, dès 1908, expliquer l'origine anaphylactique de la rhinite spasmodique et, en 1910, celle de l'asthme. Le dépistage des allergènes est aujourd'hui d'usage courant et l'allergie constitue un des chapitres importants en médecine générale.

L'oto-rhino-laryngologie devait aussi puiser à cette source l'explication d'une grand nombre de manifestations pathologiques. D'innombrables travaux furent publiés au cours des vingt dernières années, particulièrement depuis 1939, par les auteurs américains. La thérapeutique oto-rhino-laryngologique y gagna beaucoup, et c'est avec satisfaction qu'on a vu régresser, en quelques jours, des processus morbides restés jusque-là réfractaires à des actes chirurgicaux ou à des thérapeutiques intensives.

La muqueuse nasale, sinusale et pharyngienne reste le terrain de choix pour la démonstration des manifestations allergiques, à preuve la rhinite spasmodique suffisamment connue de tous les cliniciens et sans contredit, la manifestation allergique la plus commune.

Nous voudrions plutôt insister sur la chronicité de certaines rhinites, sinusites et pharyngites. George E. Shambauch, jr (1), de Chicago, dans un travail très détaillé qu'il vient de publier dans *Annals of O.R.L.*, affirme que 70% des infections chroniques des sinus et 90% de toutes les infections chroniques du nez, doivent leur persistance à un facteur allergique. Bray (2) prétend pour sa part que le « nez allergique » constitue au moins un tiers des cas traités par le rhinologiste.

Le nez, dont le rôle physiologique est de réchauffer et d'humidifier l'air inspiré, exagère cette fonction chez les sujets sensibles aux allergènes. La muqueuse s'hyperplasie, les cornets s'hypertrophient, des polypes apparaissent. Il y a une suractivité glandulaire et écoulement d'une sécrétion muco-purulente qui contient des substances protéolytiques et phagocytaires, surtout des éosinophiles. Qu'une infection secondaire vienne se greffer sur cet œdème endo-nasal et nous aurons le tableau de la rhinite chronique qui ne rétrocèdera jamais complètement par les moyens thérapeutiques ordinaires. Dans tous ces cas, un dépistage du facteur allergique s'impose.

La méconnaissance de ce facteur a contribué largement à faire naître chez beaucoup de cliniciens un préjugé à l'endroit de la chirurgie endo-nasale. De trop nombreux médecins refusent encore à leurs malades une résection sous-muqueuse de la cloison ou une turbinectomie. Ces interventions sont parfois fort justifiables. Quand elles n'ont pas

donné les résultats espérés, c'est souvent parce qu'on a sous-estimé l'état allergique au profit du seul acte chirurgical.

Des phénomènes identiques peuvent être constatés au niveau du cavum ou des sinus. L'expression de « pharyngite hypertrophique » ne sert qu'à désigner un état, non une cause. Si nous ne trouvons pas de source d'infection locale, il faut pratiquer une cuti- ou une intradermo-réaction pour constater souvent qu'il s'agit d'une pharyngite allergique chez un malade tolérant mal certains produits alimentaires : les œufs, le beurre, les tomates, etc., ou certains produits exogènes : le tabac, la poussière ou des vapeurs chimiques. Dès que l'on élimine ces substances, on voit s'atténuer le processus inflammatoire.

Nous voudrions aussi vous signaler deux observations rapportées par le Dr Noun (3), de Des Moines, sur la chronicité de certaines infections de l'oreille. Celui-ci a établi que certaines otorrhées chroniques peuvent cesser sous un traitement adéquat combiné à la suppression de certaines substances sensibilisantes. Après quelques jours d'une guérison apparente, il a pu faire réapparaître l'écoulement purulent en permettant l'ingestion des aliments mal tolérés et en commander de nouveau la régression par la suppression des allergènes en cause. Malgré sa rareté, ce fait illustre quand même l'importance du facteur allergique dans tous les domaines de l'oto-rhino-laryngologie.

Le Dr Lacerte (4), de l'Hôtel-Dieu, vient de rapporter dans le *Laval Médical* un travail de Miles Atkinson sur *le syndrome de Ménière, la migraine et certains états associés*. Je cite une des conclusions du Dr Atkinson : « Dans la migraine, comme dans le syndrome de Ménière, nous avons mis en évidence un mécanisme double : l'un de vaso-dilatation primitive ; l'autre, de vaso-constriction primitive. Les facteurs déterminants de ces dérangements vasculaires ou le siège de ces manifestations demeurent un sujet d'importance fondamentale qui reste encore à résoudre. Mais maintenant que le mécanisme des attaques est connu, la route est ouverte pour la découverte des facteurs qui le déclenchent ». Le Dr Atkinson a fait des observations fort intéressantes sur la relation de l'histamine et du syndrome de Ménière. Il est d'opinion que de nombreux cas de vertige de Ménière se rattachent à une hypersensibilité de l'individu vis-à-vis de l'histamine. Il précise qu'il se produirait dans ces

cas, au niveau du labyrinthe, une réaction allergique à l'histamine semblable à la réaction de la peau. Vingt-cinq pour cent des malades observés ont donné une intra-dermo-réaction fortement positive à l'histamine et tous ces derniers ont accusé une amélioration sensible, voire même une guérison à peu près complète de leur vertige, à la suite du traitement histaminé.

D'autres substances désensibilisantes sont employées à part l'histamine, particulièrement l'hydrochlorure de néthamine, l'apamine, la théophylline, l'extrait duodénal, l'adrénaline. Nous avons personnellement employé l'hydrochlorure de néthamine, seul ou associé à la théophylline, sans obtenir cependant les résultats produits par l'histamine en pareil cas.

Le traitement de base, surtout en anaphylaxie alimentaire ou médicamenteuse, est l'exclusion des allergènes en cause. Nous n'employons plus la méthode du petit repas précédant les grands repas ou la peptonothérapie de Pagniez-Vallery-Radot. Nous utilisons plus fréquemment le « régime d'élimination », de Rowe, qui consiste à ne donner aux malades anaphylactisés qu'un très petit nombre d'aliments peu anaphylactisants. Shambaugh a dressé un régime de base que nous avons utilisé dans plusieurs cas avec avantage et que nous vous soumettons.

RÉGIME DE BASE

Aliments permis :

VIANDES. — Bœuf et agneau bien cuits.

FRUITS. — Poires en conserve ;
Bananes ;
Figues cuites.

CÉRÉALE. — Gruau.

LÉGUMES. — Laitue ;
Épinards ;
Betteraves ;
Choux de Siam ;
Carottes ;
Endive ;
Pommes de terre.

BEURRE. —

BREUVAGE. — Thé.

DESSERTS. — Jello ;
Tapioca ;
Bonbons de sucre.

Aliments défendus :

Le blé, les œufs et le lait sont défendus sous toutes leurs formes.

Préparation des aliments :

Les aliments peuvent être préparés avec du sel, de l'huile d'olive, du sirop d'érable ou du sucre.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Au cours des mois de février, mars et avril 1945, nous avons reçu, à la consultation oto-rhino-laryngologique, 41 malades chez qui nous avons soupçonné un facteur allergique. Des intra-dermo-réactions faites en série ont donné un résultat positif dans 31 cas. Dans les 10 autres comme dans les 31 premiers, l'interrogatoire a révélé la présence de certains aliments ou de substances chimiques auxquelles ces personnes étaient allergiques. La suppression de ces produits a suffi à faire disparaître ou à atténuer l'affection en cause.

Ces 41 malades peuvent être groupés ainsi :

ÉTATS PATHOLOGIQUES	Nombre	Pourcentage
Migraine :		
Malades observés	11	100%
Intra-dermo-réactions positives	7	64%
Guérisons	8	73%
Amélioration	3	27%

ÉTATS PATHOLOGIQUES	Nombre	Pourcentage
Vertige de Ménière :		
Malades observés	3	100%
Intra-dermo-réactions positives	2	$66^2/_3$%
Guérison	1	$33^1/_3$%
Amélioration (sous observation)	2	$66^2/_3$%
Rhinite chronique :		
Malades observés	16	100%
Intra-dermo-réactions positives	12	75%
Guérisons	12	75%
Amélioration (sous observation)	4	25%
Sinusite chronique :		
Malades observés	5	100%
Intra-dermo-réactions positives	3	60%
Guérison	0	
Amélioration (sous observation)	4	80%
Malade non revu	1	20%
Pharyngite hypertrophique :		
Malades observés	4	100%
Intra-dermo-réactions positives	3	75%
Guérison	1	25%
Amélioration (sous observation)	3	75%
Eczéma :		
Malades observés	2	100%
Intra-dermo-réactions positives	2	100%
Guérisons	2	100%

Sans vous citer en détail l'histoire du facteur allergique chez tous ces malades, nous tenons à signaler quatre observations un peu particulières :

PREMIÈRE OBSERVATION

Une religieuse, infirmière à l'hôpital, âgée de 38 ans, entrée en communauté il y a quatorze ans, n'avait jamais présenté de manifestations pathologiques des voies respiratoires supérieures. Deux ans après, elle contracta une rhinite puis une pharyngite évoluant aussi bien l'été que l'hiver et réfractaires à toute thérapeutique. Plus tard, apparurent des polypes nasaux qui furent enlevés à trois reprises, en 1942, 1943 et 1944. Il y a deux ans, survinrent de petites crises d'asthme bronchique qui allèrent en augmentant jusqu'au cours de l'été 1944 alors que la malade dut être traitée pour des manifestations asthmatiques pénibles. Une nouvelle polypotomie sembla l'améliorer pour quelques semaines. Mais à la fin de 1944, les mêmes troubles se manifestèrent de façon tenace : rhinite, pharyngite, dyspnée asthmatique. En mars 1945, apparut, sur le front d'abord, sur le menton ensuite, une dermite eczémateuse. En dépit d'une intra-dermo-réaction restée négative, nous avons suggéré une nouvelle recherche de quelques facteurs allergiques inusités. Un rappel du passé devait nous venir en aide. Il fallait en effet se souvenir que cette personne était très bien avant son entrée au couvent et que des troubles, qui nous semblaient avoir une même étiologie, apparurent deux ans après son entrée pour atteindre leur paroxysme avec un eczéma du front, du menton et des joues.

La localisation des lésions attira l'attention du Dr Gaumond sur la coiffe. De lin teint en noir à l'aniline, sa courbure est assurée par un procédé d'imprégnation à la gomme arabique. Une intra-dermo-réaction à la gomme arabique, en solution infinitésimale, provoqua instantanément le retour de tous les troubles : congestion intense du nez et du pharynx, crise d'asthme d'une journée, poussée aiguë d'eczéma à la figure. Depuis la suppression de la gomme arabique, tous les troubles sont disparus.

La deuxième observation est superposable à la précédente.

DEUXIÈME OBSERVATION

Il s'agit d'une jeune fille, G. L., âgée de 24 ans, qui vient consulter pour une rhinite congestive dont elle se plaint depuis quelques années. Au cours de l'examen, notre attention est attirée par une large plaque eczémateuse au cou. Elle raconte qu'elle souffre de cet eczéma depuis dix ans, qu'elle a souvent consulté et qu'elle s'est soumise à une foule de traitements tant locaux que généraux sans aucune amélioration. Une intra-dermo-réaction, pratiquée le lendemain, nous apprend que cette jeune fille est très allergique aux arachides. La malade avoue manger des arachides depuis très longtemps. Elle se soumet à la privation de ce produit et de ses dérivés. Rhinite et eczéma sont disparus complètement depuis trois mois.

TROISIÈME OBSERVATION

Cette observation a trait à un malade de 34 ans, curateur de bibliothèque de son métier. Il se plaint de névralgie sus-orbitaire qu'il appelle sinusite frontale et pour laquelle il se fait traiter depuis 1940. L'examen des fosses nasales et la diaphanoscopie ne révèlent rien de particulier. La vision et le fond d'œil sont normaux. Une radiographie, prise le 23 mars, nous permet, d'après le Dr Perron, d'apprécier deux sinus maxillaires de petites dimensions et dont le gauche est très légèrement voilé. Il ne semble pas y avoir de sinus frontaux.

L'étiologie de cette douleur sinusale serait très troublante si le malade n'était pas soumis à une épreuve aux protéines. Celle-ci a montré qu'il est fortement allergique aux tomates et aux poussières de maison. Le malade admet qu'il mange beaucoup de tomates et qu'il boit souvent, avant le coucher, un verre de jus tomates. Comme il travaille dans une bibliothèque, où la manipulation des livres met beaucoup de poussière en circulation, il a été soumis à une désensibilisation vis-à-vis la poussière, et nous lui suggérons également l'exclusion des tomates de son régime alimentaire. Nous avons revu intentionnellement hier ce malade qui se disait tout heureux de n'avoir plus ressenti aucune douleur depuis avril 1945.

QUATRIÈME OBSERVATION

W. J. K., âgé de 67 ans, souffre, depuis une douzaine d'années, d'une névralgie migraineuse qui semble prendre naissance dans le fond de l'orbite gauche et s'étend jusqu'à l'occiput du même côté. C'est un monsieur qui a perdu l'œil droit à la suite d'un accident en bas âge. La douleur qu'il ressent au niveau de son orbitre gauche semble augmenter s'il lit ou s'il fréquente le cinéma, et il est porté à accuser son œil gauche d'être la cause de son malaise. En 1936, à notre demande, il consulte le Dr Pichette qui ne constate rien de particulier du côté de son œil ni de sa vision. Un an plus tard, alors que les mêmes troubles persistent, il se rend à Rochester, où il passe un mois à la Clinique Mayo. De nombreux examens sont faits à cet endroit, mais il est impossible d'établir l'étiologie de cette migraine. On pense quand même à un état allergique et le malade, soumis à un traitement histaminé, accuse une amélioration sensible. Il revient à Québec et reprend ses activités pour voir bientôt renaître l'état migraineux. Il consulte son médecin qui lui avait suggéré, deux ans auparavant, de prendre de la vitamine B, et qui lui prescrit encore le même médicament sous prétexte qu'une tension artérielle basse est la cause de sa migraine. La névralgie persiste et augmente même sensiblement jusqu'en 1944, alors qu'il est forcé d'abandonner la conduite de son automobile et la fréquentation du cinéma. Nous le voyons au printemps de 1945 et lui suggérons une intra-dermo-réaction qui est négative. Nous nous rappelons cependant que ce malade nous avait raconté, en 1936, qu'il prenait quotidiennement deux capsules de vitamine B par la bouche. Nous l'interrogeons en avril 1945 et nous apprenons que de 1934 à 1945, il n'a cessé d'utiliser de la vitamine B, que durant la période d'un mois passé à Rochester. Il paraît donc sursaturé de vitamines et il n'est pas surprenant qu'une goutte de solution au millième de vitamine B, injectée dans le derme, le 21 avril 1945, ait donné une très forte réaction positive. Il a abandonné complètement cette habitude et l'état migraineux est disparu depuis le mois de juin.

Ces quatre observations, à elles seules, sont suffisamment éloquentes. Nous nous croyons autorisé à ajouter qu'un diagnostic d'allergie ne devrait pas être rejeté d'emblée, parce que l'agent responsable n'a pu être décelé. L'intra-dermo-réaction et la cuti-réaction ne sont que des moyens de diagnostic et leur silence illustre plus leur insuffisance que la négation du facteur causal. Une observation clinique attentive, une enquête minutieuse sur les habitudes du malade, seront des facteurs décisifs qui devront toujours supplanter les épreuves protéiques, forcément incomplètes.

BIBLIOGRAPHIE

1. George E. SCHAMBAUGH, Jr. Nasal allergy for the practicing rhinologist, *Ann. Otol., Rhin. & Laryng.*, **54** : 43, (mars) 1945.
2. G. BRAY. Nasal allergy (excluding hay fever), *J. Laryng. & Otol.*, **58** : 224, (juin) 1943.
3. L. J. NOUN. Chronic otorrhea due to food sensitivity, *J. Allergy*, **14** : 82, (nov.) 1942.
4. Jean LACERTE. Le syndrome de Ménière, la migraine et certains états associés, d'après Miles Atkinson, *Laval méd.*, **10** : 582, (oct.) 1945.
5. Hugh A. KUHN. Allergy in hearing defects, *J. Indiana M. A.*, **36** : 143, (mars) 1943.

SULFADIAZINE
ET TUBERCULOSE EXPÉRIMENTALE DU COBAYE

par

Maurice GIROUX

Chef des Laboratoires de l'Hôpital Laval

La chimiothérapie des diverses infections est basée sur l'activité bactériostatique du produit chimique employé, et également, pour une très large part, sur son degré de toxicité pour les organismes qui en sont imprégnés.

On sait qu'il y a une foule de substances ayant une action inhibitrice marquée *in vitro* sur de multiples souches bactériennes, mais quand on veut leur faire jouer le même rôle chez l'animal, et plus chez l'humain, leur emploi est prohibé par de nombreuses réactions toxiques, rendant leur présence dans ces organismes plus dommageable qu'utile. Les expériences chez l'animal avec les divers sulfamidés, de même qu'avec tous les antibiotes actuellement connus, relèvent donc de ces deux principes thérapeutiques.

C'est également pourquoi la sulfadiazine semble, *a priori*, susceptible d'avoir une action favorable sur l'évolution de la tuberculose du cobaye, sans lui causer trop de troubles toxiques.

C'est la raison qui a incité C. R. Smith, et F. W. Œchsli (1), à employer ce sulfamidé dans la tuberculose du cobaye, avec des résultats assez bons que ces auteurs ont rapportés en juillet 1945.

Par ailleurs M. I. Smith, E. W. Emmart et B. B. Westfall (2) ont constaté que la sulfadiazine a une action inhibitrice complète sur la culture du bacille de Koch, *in vitro*, à une concentration de 10 milligrammes p. cent.

L'expérience rapportée ici, et effectuée à l'Hôpital Laval, concernant l'étude de l'action de la sulfadiazine sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye, fut commencée en avril 1945.

MARCHE DE L'EXPÉRIENCE

Cet essai comprend vingt-quatre (24) cobayes d'un poids moyen de 521 grammes, choisis, depuis quelque temps auparavant, dans un élevage indemne de tuberculose spontanée, et soumis, depuis leur naissance, à des conditions connues d'alimentation et de température ambiante. Ces cobayes sont inoculés le 11 avril 1945, dans la cuisse gauche, avec ½ c.c. d'une suspension homogène de bacille de Koch, contenant 0.1 de milligramme d'une souche humaine (souche A. R.) de bacilles cultivés depuis environ 40 jours, sur milieu de Lœwenstein, après avoir été isolés d'un cobaye mort de tuberculose de Villemin. Cette même souche est en même temps inoculée au lapin, par injection intra-veineuse dans la veine marginale de l'oreille et, après deux mois, se révèle être une souche humaine avec, cependant, une virulence assez marquée.

Les 24 cobayes sont divisés en quatre groupes de 6 animaux chacun, soit,

Groupe T, comprenant 6 cobayes-témoins inoculés, mais non traités ;

Groupe A, soit 6 cobayes traités le jour même de l'inoculation par 300 milligrammes de sulfadiazine par jour ;

Groupe B, soit 6 cobayes traités une semaine après l'inoculation par la même quantité du sulfamidé ;

Groupe C, comprenant 6 cobayes traités trois semaines après l'inoculation par la sulfadiazine.

La sulfadiazine est, suivant l'habitude adoptée ici, donnée en ingestion dans du sirop simple, à raison de deux portions de 150

milligrammes chacune, l'avant-midi et l'après-midi, afin de maintenir un taux raisonnable dans le sang.

La durée de l'expérience est fixée à quatre mois, ce laps de temps permettant, comme l'ont d'ailleurs suggéré W. H. Feldman et H. C. Hinshaw (3), de juger de la valeur thérapeutique d'un agent chimique antituberculeux.

De plus, la subdivision en trois groupes, permet de juger de l'action du médicament non seulement sur la bacillémie du cobaye, mais également, ce qui est beaucoup plus important, sur des lésions tuberculeuses bien constituées comme, par exemple, après trois semaines d'une tuberculose évolutive due à une injection d'une quantité assez forte de bacilles de Koch.

Les cobayes sont sacrifiés théoriquement à raison d'un animal de chaque groupe, soit T, A, B et C, après 15 jours, 1 mois, 1½, 2, 3 et 4 mois de traitement.

Après l'autopsie soignée de chaque animal, les organes sont tous fixés au Bouin pour examen histologique, le foie et la rate étant fixés et conservés au Jorès pour montage ultérieur.

Les examens sanguins comprennent le dosage de la sulfadiazine dans le sang, et devaient également comprendre des examens hématologiques répétés, que le manque de temps ne nous a malheureusement pas permis d'effectuer au complet.

Le poids des animaux en expérience est aussi noté régulièrement, et une surveillance journalière permet de suivre l'effet du produit chimique : c'est ce qui révèle un certain degré d'intoxication générale avec perte anormale de poids, après environ un mois et demi de traitement.

Pour remédier à cet état de choses, la dose ingérée est diminuée pendant une semaine à 100 milligrammes, pour être remontée à 200 milligrammes par jour, jusqu'à la fin de l'expérience.

RÉSULTATS OBTENUS

Voici les résultats obtenus en sacrifiant un animal de chaque groupe au temps fixé, et en tenant compte des décès prématurés.

Après 15 jours :

Cobaye 101. Témoin : poids 422 grammes. Ganglions inguinaux et lombaires de la taille d'une fève : rate hypertrophiée et granuleuse ; les autres organes sont macroscopiquement normaux. L'histologie révèle cependant la présence de follicules tuberculeux dans le foie.

Cobaye 107. Groupe A : poids 472 grammes. Tout petit ganglion lombaire, mais rien aux autres organes, ni macroscopiquement, ni microscopiquement.

Cobaye 113. Groupe B : poids 453 grammes. Petits ganglions caséeux dans l'aine et la région lombaire. Rate, foie et poumons sont macroscopiquement normaux, mais l'histologie révèle que les ganglions sont caséeux, et qu'il y a quelques follicules tuberculeux dans la rate.

Cobaye 115. Groupe B : meurt deux jours après le précédent, avec de multiples hémorragies, mais des lésions tuberculeuses superposables.

Aucun cobaye du groupe C n'est sacrifié, le traitement n'étant pas encore commencé.

Après un mois :

Cobaye 102. Témoin : poids 418 grammes. Ganglions caséeux de la taille d'un gros haricot, avec abcès ulcéré de l'aine ; rate et foie gros et caséeux. Poumons parsemés de granulations.

Cobaye 108. Groupe A : poids 350 grammes. Petits ganglions lombaires et inguinaux ; rate, foie et poumons indemnes de lésions tuberculeuses. Le cobaye 109, du même groupe, meurt d'hémorragies intestinales avec dilatation marquée du côlon.

Cobaye 114. Groupe B : poids 405 grammes. Ganglions easéeux inguinaux et lombaires. Rate : foyers caséeux minimes. Foie : petits nodules caséeux. Poumons, normaux.

Cobaye 123. Groupe C : poids 287 grammes. Ganglions petits, mais nombreux ; rate et foie sont gros et caséeux ; poumons parsemés de fines granulations. Les cobayes 124 et 125 du même groupe, meurent à la même date, avec des lésions identiques.

Après 1½ mois :

Cobaye 105. Témoin : poids 370 grammes. Ganglions multiples, caséeux. Rate, foie et poumons sont parsemés de foyers caséeux. Ganglions trachéo-bronchiques. Tuberculose de Villemin.

Le cobaye 106, témoin, meurt un mois et demi également après l'inoculation d'une tuberculose de Villemin.

Cobaye 111. Groupe A : poids 345 grammes. Ganglions petits ; rate petite, sans granulations ; foie normal. Poumons congestionnés, ce qui est la cause de la mort de l'animal.

Le cobaye 110, du même groupe, meurt, sans plus de lésions tuberculeuses, mais avec une dilatation marquée de l'intestin.

Cobaye 116. Groupe B: poids 304 grammes. Ganglions petits; la rate présente quelques foyers caséeux ; le foie et les poumons sont normaux.

Cobaye 121. Groupe C : poids 280 grammes. Ganglions petits, mais nombreux ; la rate et le foie présentent quelques foyers caséeux ; les poumons sont infiltrés de foyers miliaires.

Le cobaye 122, du même groupe, meurt avec des lésions tuberculeuses du même type.

Après 2 mois :

Cobaye 104. Témoin : poids 300 grammes. L'animal cachectique meurt de tuberculose de Villemin.

Cobaye 112. Groupe A : poids 308 grammes. Ganglions petits, caséeux ; la rate et le foie montrent quelques placards caséeux ; les poumons ont quelques granulations tuberculeuses.

Cobaye 118. Groupe B : poids 365 grammes. Ganglions petits, mais caséeux ; la rate et le foie sont gros, caséeux ; les poumons présentent des petits nodules caséeux.

Cobaye 119. Groupe C : poids 382 grammes. Ganglion minimes : la rate, le foie et les poumons sont caséeux.

Après 3 mois :

Cobaye 103. Témoin : poids 277 grammes. Animal cachectique. Tuberculose de Villemin.

Cobaye 117. Groupe B : poids 351 grammes. Tuberculose de Villemin.

Après 4 mois :

Il ne reste aucun cobaye, ni témoin, ni d'aucun groupe. Après cette analyse résultant de l'étude nécropsique des lésions de chaque animal de l'expérience, voici une vue d'ensemble synthétisée en un tableau, basé sur la suggestion de H. W. Feldman et H. C. Hinshaw permettant de mieux juger les résultats par comparaison.

TABLEAU I

Dates	Témoins	Groupe A	Groupe B	Groupe C
15 jours				
1 mois				
1/2 mois				
2 mois				
3 mois				

Tableau illustrant, par comparaison, la progression des lésions tuberculeuses des cobayes des groupes T, A, B et C.

CONSIDÉRATIONS SUR CES RÉSULTATS

Tout d'abord le dosage du sulfamidé dans le sang des cobayes traités, a donné un chiffre moyen de 9.5 milligrammes pour cent.

Il est évident qu'une concentration sanguine plus élevée aurait pu agir plus favorablement, mais les troubles toxiques, avec perte marquée de poids du début, ont forcément maintenu la dose journalière ingérée à 200 milligrammes de sulfadiazine.

Il est à remarquer que plusieurs animaux traités sont morts d'hémorragies multiples, surtout intestinales, et de dilatations de l'intestin ; de plus, quelques-uns ont succombé à des congestions pulmonaires.

Cependant, l'examen histologique régulier du rein n'a jamais révélé de néphrite, ni de calculs rénaux.

Quant à l'action bactériostatique de la sulfadiazine sur la tuberculose du cobaye, voici comment on peut la résumer :

1° Action favorable dans le groupe A, sur la bacillémie du cobaye, et inhibition prolongée pour quelques semaines sur la propagation du bacille de Koch dans tous les organes.

2° Alors que les lésions tuberculeuses des animaux du groupe B sont déjà en voie de formation depuis une semaine, la médication se montre moins efficace, quoiqu'il y ait une inhibition temporaire sur l'activité du bacille de Koch.

3e Dans le dernier groupe, C, la sulfadiazine semble plutôt accélérer la caséification, non pas par action directe, mais en affaiblissant l'animal, déjà largement tuberculeux depuis trois semaines.

Il est donc permis de conclure de cette expérience que la sulfadiazine a une action inhibitrice réelle sur la bacillémie du cobaye, qu'elle empêche, jusqu'à un certain point, le bacille de Koch de se propager dans cet organisme, mais qu'elle est sans action sur les lésions tuberculeuses déjà formées et évolutives.

ÉTAT ACTUEL DE LA CHIMIOTHÉRAPIE DE LA TUBERCULOSE DU COBAYE

Après les multiples expériences de ce genre effectuées, tant ailleurs qu'à l'Hôpital Laval, il est peut-être utile de faire le point sur la valeur de la sulfamidothérapie de la tuberculose de cobaye.

Quelles sont les conclusions générales qu'il est possible de tirer après cinq ans de travaux, dans l'espérance de trouver un agent réellement inhibiteur de la tuberculose de l'animal ?

Il est évidemment difficile de juger sur un même pied les résultats obtenus par divers expérimentateurs, pour cette raison que la technique employée n'a pas toujours été la même.

Cependant, en ne tenant compte que du traitement de la tuberculose aiguë, de la primo-infection du cobaye, il est possible d'avoir une vue d'ensemble de la question.

a) La sulfanilamide employée au début de l'ère des sulfamidés par quelques auteurs, A. R. Rich et R. H. Follis (4), G. A. H. Buttle et H. J. Parish (5), M. Giroux (6) a donné des résultats réels, faisant espérer que des produits chimiques de même lignée mais ayant un pouvoir toxique moindre, puissent être utilisés avec chance de succès.

b) La sulfapyridine utilisée dans des essais du même genre [M. Giroux (7), W. H. Feldman et W. C. Hinshaw (8)], s'est montrée beaucoup plus active, donnant une inhibition de l'extension des lésions tuberculeuses chez l'animal, mais celles-ci continuent tout de même à évoluer, en particulier dans le poumon, finissant par faire mourir le cobaye après quelques mois d'inoculation et de traitement.

c) Le sulfathiazole et la sulfadiazine, [H. C. Ballon, A. Guernon et A. Simon (9), M. Giroux (10), C. R. Smith et F. W. Œchsli (11)], n'ont qu'une action inhibitrice peu marquée, et ne méritent aucune place spéciale dans la chimiothérapie antituberculeuse.

d) Puis survinrent d'autres sulfones comme la *Promine*, utilisée surtout par W. H. Feldman et H. C. Hinshaw (12), A. Barach, N. Molomut et M. Soroka (13), le *Promizole* par W. H. Feldman, H. C. Hinshaw et F. C. Mann (14), et, enfin, la *Diasone* expérimentée par F. F. T. Callomon (15), et M. Giroux (16).

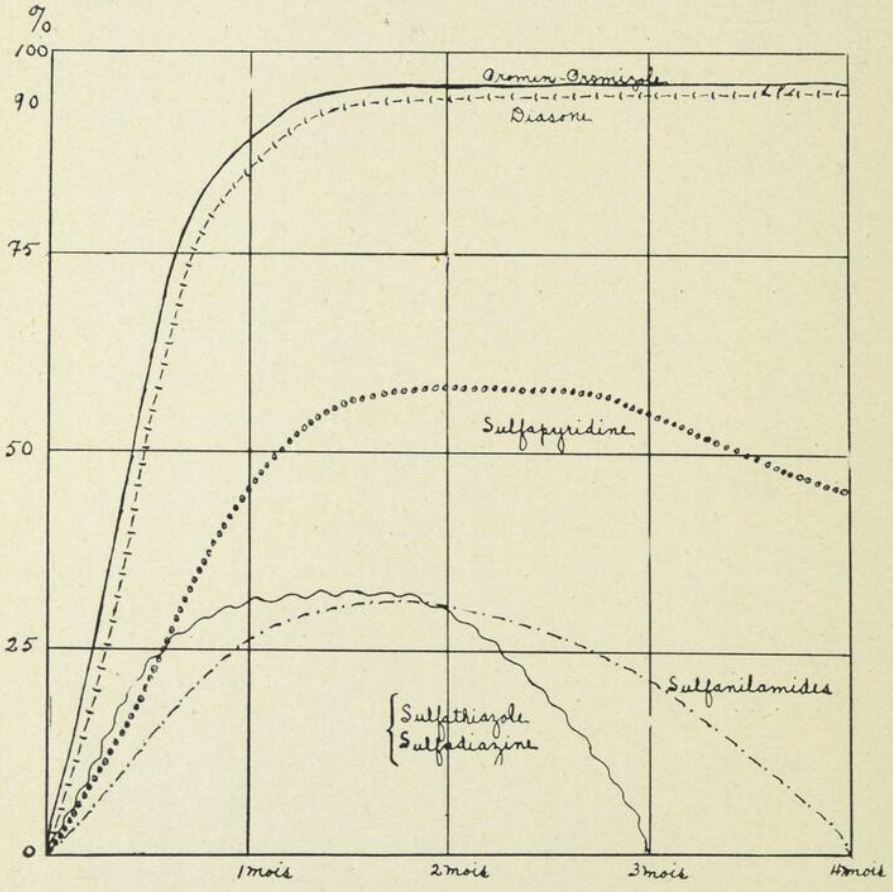
La *Promine* peut se classer parmi les produits les plus effectifs, puisqu'elle a une action bactériostatique allant jusqu'à l'inhibition complète de la tuberculose de l'animal.

Le *Promizole* exerce une action légèrement inférieure au sulfone précédent, mais cause une hyperplasie parenchymateuse diffuse de la glande thyroïde.

Quant à la *Diasone*, son action se rapproche beaucoup de celle des deux produits précédents, tant pour son activité antituberculeuse, que pour son peu de toxicité pour l'animal.

Voici, résumé en un tableau, en un pourcentage empirique, la valeur comparée des divers sulfamidés sur l'infection bacillaire du cobaye.

TABLEAU II



Graphique donnant, en pourcentage, la valeur comparée des divers sulfamidés sur la tuberculose du cobaye.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Les divers sulfamidés, même ceux qui exercent une action inhibitrice réelle sur le développement *in vitro* du bacille de Koch, ne réalisent pas encore l'agent thérapeutique antituberculeux parfait. De plus, il ne faut pas oublier que, comme l'ont bien spécifié W. H. Feldman et H. C. Hinshaw (17), si on suspend le traitement du cobaye tuberculisé, la tuberculose peut fort bien reprendre son évolution, et tuer l'animal.

BIBLIOGRAPHIE

1. C. R. SMITH et F. W. ŒCHSLI. Sulfadiazine in experimental tuberculosis, *Am. Rev. Tuberc.*, **52** : 83, (juillet) 1945.
2. M. I. SMITH, E. W. EMMART et B. B. WESTFALL. The action of certain sulfonamides, sulfones and related phosphorus compounds in experimental tuberculosis, *J. Pharmacol. et Exper. Therap.*, **74** : 163, (fév.) 1942.
3. W. H. FELDMAN et H. C. HINSHAW. Chemotherapeutic testing in experimental tuberculosis, *Am. Rev. Tuberc.*, **51** : 582, (juin) 1945.
4. A. R. RICH et R. H. FOLLIS. The inhibitory effect of sulfanilamide on developement of experimental tuberculosis in guinea-pig, *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, **62** : 77, (jan.) 1938.
5. G. A. H. BUTTLE et H. J. PARISH. Treatment of tuberculosis in guinea-pigs with sulphanilamide, *Brit. M. J.*, **2** : 77 (jan.) 1938.
6. M. GIROUX. L'action des sulfamidés sur la tuberculose expérimentale du cobaye, *Laval méd.*, **5** : 69, (fév.) 1940.
7. M. GIROUX. Traitement de la tuberculose de réinfection du cobaye par la sulfapyridine et le sulfathiazole, *Laval méd.*, **7** : 473, (nov.) 1942.
8. W. H. FELDMAN et H. C. HINSHAW. Sulphapyridine in experimental tuberculosis, *Am. Rev. Tuberc.*, **41** : 623, (juin) 1940.
9. H. C. BALLON, A. GUERNON et A. SIMON. Sulfathiazole in experimental tuberculosis of the guinea-pig, *Am. Rev. Tuberc.*, **45** : 217, (fév.) 1942.

10. M. GIROUX. Traitement de la tuberculose de réinfection du cobaye par la sulfapyridine et le sulfathiazole, *Laval méd.*, **7** : 473, (sept.) 1942.

11. C. R. SMITH et F. W. ŒCHSLI. *Loc. cit.*, (1).

12. W. H. FELDMAN et H. C. HINSHAW. Promin in experimental tuberculosis, *Am. Rev. Tuberc.*, **51** : 268, (mars) 1945.

13. A. BARACH, N. B. MOLOMUT et M. SOROKA, Inhalation of nebulized Promin in experimental tuberculosis. *Am. Rev. Tuberc.*, **46** : 269, (sept.) 1942.

14. W. H. FELDMAN, H. C. HINSHAW et F. C. MANN. Promizole in tuberculosis, *Am. Rev. Tuberc.*, **50** : 418, (nov.) 1944.

15. F. F. T. CALLOMON. New derivatives of Diaminodinophenylsulfone, *Am. Rev. Tuberc.*, **51** : 97, (jan.) 1943.

16. M. GIROUX. Traitement de la tuberculose expérimentale du cobaye par la Diasone, *Laval méd.*, **9** : 788, (déc.) 1944.

17. W. H. FELDMAN et H. C. HINSHAW. *Loc. cit.*, (3).

RHUMATISME ET TUBERCULOSE

par

R. DESMEULES, L. ROUSSEAU et Ph. RICHARD

de l'Hôpital Laval

Augustin Poncet, de Lyon, étudia minutieusement le rhumatisme de 1880 à 1909. Il parvint à établir, à l'aide d'observations cliniques judicieuses, la fréquence de l'étiologie tuberculeuse du syndrome, et il leur adjoignit l'apport objectif des sciences biologiques.

Il enseigne avec Leriche qu' « en présence d'un rhumatisme, ce qu'on doit démontrer en premier lieu, c'est qu'il n'est pas tuberculeux ».

L'école lyonnaise souligne que l'affection rhumatismale bacillaire épouse le type subaigu de préférence à toute autre modalité clinique.

Arloing, Dor et Courmont réalisent, dans la suite, des arthrites fongueuses, des synovites à grains riziformes et des polyarthrites séreuses expérimentales analogues à celles du rhumatisme tuberculeux de l'homme en faisant varier la dose et la virulence des bacilles injectés.

La conception ancienne du rhumatisme, maladie de dénutrition propre à faire le lit de la tuberculose, faisait place à une pathogénie nouvelle où la bacillose causait la polyarthrite au même titre que les foyers infectieux non bacillaires, que les maladies vénériennes et par carence et que l'insuffisance glandulaire.

Bezançon et Weill ressuscitèrent, après vingt ans de silence et malgré l'opposition de plusieurs phtisiologues, les conceptions originales des maîtres lyonnais. Il fallait, pour vaincre la méfiance des cliniciens qui croyaient bien à l'existence d'arthralgies et d'arthrites au cours de la tuberculose coïncidant avec le rhumatisme, la mise en évidence du bacille dans la sérosité des articulations phlegmasiées.

Les biologistes, avertis par les partisans du rhumatisme tuberculeux qui le croyaient causé par des bacilles de virulence atténuée, tentèrent de cultiver ces derniers sur des milieux hautement sensibles ou de les réactiver par des passages successifs à l'animal.

Le milieu découvert par Lœwenstein donna des résultats extraordinaires et permit d'intégrer de plus en plus souvent dans le cadre de la tuberculose non seulement les polyarthrites subaiguës et chroniques mais même, dans plusieurs cas, la forme aiguë.

Bouillaud et Sydenham contribuèrent à individualiser la polyarthrite aiguë fébrile sans parvenir à en déterminer la cause.

Corvisart et Laënnec envisageaient, dès le début du XIX^{e} siècle, la nature tuberculeuse du syndrome que Poncet et Leriche tentèrent, sans grand succès, d'appuyer sur des preuves bactériologiques. Mais les travaux modernes de Lœwenstein sur un milieu de culture hautement sensible permirent de constater que le sang et le liquide articulaire de plusieurs sujets atteints de la maladie de Bouillaud contenaient des bacilles tuberculeux.

L'impossibilité de déceler le streptocoque, *in loco morbi*, l'insuccès thérapeutique des sulfamidés sur les phénomènes articulaires, l'exsudation séreuse pauvre en cellules plaident contre l'hypothèse de la nature streptococcique des déterminations articulaires qui coïncident, toutefois, avec la présence de ce microbe sur les amygdales infectées ou dans les lacunes cryptiques de l'angine. L'hémoculture ne permet de déceler qu'occasionnellement ce microbe au cours du rhumatisme articulaire aigu. Par contre, Lœwenstein compile 117 cultures sanguines positives au bacille de Koch au cours de 200 cas de fièvre rhumatismale confirmée.

Gilson affirme au Congrès international du rhumatisme, tenu à Oxford en 1938, que les lésions histologiques cardiaques qu'il a eu l'avantage d'étudier s'apparentent plus à la tuberculose qu'à la streptococcie.

Poppelet et Coranini, de Vienne, trouvent le bacille tuberculeux dans le liquide de ponction des cavités cardiaques des rhumatisants et des tuberculeux décédés. Ils réalisent des cultures positives avec la pulpe splénique, avec les fragments de muscle cardiaque et d'amygdales de malades morts de lésions rhumatismales.

A ces preuves importantes, Lœwenstein et Reitter ajoutent les résultats obtenus par la cueillette du sang provenant des veines efférentes des articulations malades et par la culture de la sérosité articulaire elle-même. 78 des 101 liquides articulaires étaient bacillaires. 69% des 418 cas de rhumatisme articulaire aigu cliniquement confirmés donnèrent des hémocultures positives au bacille de Koch.

Les auteurs viennois réalisèrent même des micro-photographies de thrombus provoqués par des bacilles tuberculeux.

Coranini va jusqu'à affirmer qu'il est plus facile de mettre le bacille tuberculeux en évidence chez le rhumatisant fébrile que chez le tuberculeux.

Lœwenstein considère que la présence du bacille, *in loco morbi*, établit la nature tuberculeuse du processus morbide. Cette preuve lui apparaît supérieure à la réaction tissulaire ou cellulaire qui lui semble plutôt en rapport avec la phase de l'allergie, l'âge de l'infection et la virulence microbienne. Il considère le follicule tuberculeux comme une simple phase facultative dans le cycle de l'évolution du foyer bacillaire.

Sergent enseigne, par contre, que le fait de déceler des bacilles virulents n'implique pas que le processus morbide soit sûrement tuberculeux. Il peut s'agir de bacilles de sortie. Il signale la bacillurie transitoire des tuberculeux comme l'exemple le plus typique de cette opinion.

La présence du bacille au sein des articulations qui sont de provenance mésodermique explique la facilité avec laquelle ce mirco-organisme est véhiculé dans les différents tissus de l'économie par l'intermédiaire de métastases vasculaires.

Le professeur Knœplehmacher trouve le bacille dans cinq échantillons de sang et dans cinq liquides céphalo-rachidiens de huit sujets atteints de chorée.

Les urines contiennent très souvent des bacilles de Koch au cours de la troisième semaine de la maladie de Bouillaud, période habituelle des atteintes glomérulaires.

Les ophtalmologistes Hippel et Barnheim pressentirent l'étiologie tuberculeuse de l'iritis, de l'irido-cyclite et de la choroïdite rhumatismale. Ils virent leur hypothèse clinique recevoir une confirmation dans une

proportion notable de cas lorsque Lœwenstein réussit la culture du sang au cours de 262 rhumatismes oculaires sur 2,313 cas observés.

Pillat décèle à l'ophtalmoscope des foyers miliaires de choroïdite qui s'effacent progressivement ou se muent en lésions cicatricielles dans 61% des cas où Lœwenstein avait mis en évidence une bacillémie tuberculeuse au cours d'une fièvre rhumatismale.

Les anciens cliniciens Laveran, Charcot et Kussmaul avaient signalé des disséminations miliaires tuberculeuses au sein d'une foule de tissus au cours du rhumatisme articulaire aigu non traité.

Reitter et Schajouitch démontrèrent récemment, à l'aide de microsections, l'ensemencement bacillaire des ganglions satellites des articulations malades.

Cet ensemble de faits contribua à l'édification de l'étiologie tuberculeuse du rhumatisme articulaire aigu qui n'en demeure pas moins, la plupart du temps, sous la dépendance d'une infection générale à cause jusqu'ici inconnue favorisée par des conditions climatériques particulières.

Les relations de la forme aiguë du rhumatisme avec la tuberculose ne sont considérées de façon pratique que depuis les études de Lœwenstein.

Par contre, la forme subaiguë fut intégrée dans ce cadre dès le début des recherches de Poncet et Leriche.

La preuve bactériologique est techniquement impossible à obtenir, la plupart du temps à cause de l'absence d'hydarthrose. Ce sont les réponses focales et articulaires intenses aux injections tuberculiniques employées à des doses minimes qui contribuent à orienter vers le diagnostic. L'étude clinique des antécédents héréditaires et collatéraux, l'observation des déterminations viscérales ultérieures de nature franchement tuberculeuse complètent le cycle documentaire sur lequel s'édifie la probabilité de l'hypothèse bacillaire du rhumatisme subaigu.

Poumeau-Delille et Laroche portent le diagnostic de rhumatisme tuberculeux en l'absence de preuves anatomiques et bactériologiques articulaires chez un bacillaire pleuro-pulmonaire atteint pendant deux ans et demi d'arthralgies.

Bénard, Merklen et Cord considèrent comme logique la pathogénie tuberculeuse inflammatoire, toxinique ou infectieuse, de manifestations d'allure rhumatismale chez un tuberculeux dont les fluxions coïncidaient avec les insufflations pleurales.

L'allure clinique de l'arthrite subaiguë évoque l'analogie avec un phénomène de Koch articulaire déclenché par des doses infimes de bacilles ou de toxines bacillaires.

Les phtisiologues soulignent que, la plupart du temps, seuls les tuberculeux présentant des lésions latentes ou sub-évolutives souffrent de cette affection.

Dumarest, de Hauteville, remarque que les manifestations rhumatismales frappent les tuberculeux fibreux sub-actifs de préférence aux tuberculeux évolutifs ou aux phtisiques.

En pratique, le diagnostic est établi sur un faisceau de faits qui aboutissent après élimination à une impression clinique.

Nous nous permettons de vous rappeler l'observation d'un jeune homme de 23 ans dont les algies évoluèrent par poussées successives au cours d'une tuberculose pulmonaire caséo-fibreuse sub-évolutive.

G. B., bûcheron, a un père bronchitique qui n'a jamais fait déterminer la nature de ses troubles respiratoires.

Il souffre d'une pneumopathie subaiguë avec participation pleurale en 1937.

Il est licencié de l'armée après la lecture d'un cliché pulmonaire traduisant l'existence d'ombres parenchymateuses au sommet gauche. Hospitalisé au Sanatorium Saint-Laurent, à Hull, il reprend 15 des 18 livres qu'il avait perdues au cours de l'année 1939.

Comme il demeurait bacillaire, un pneumothorax fut tenté mais ne put être créé. Le malade fut orienté vers l'Hôpital Laval pour une intervention chirurgicale.

L'endoscopie bronchique met en évidence une muqueuse normale. L'alcoolisation du phrénique gauche est inopérante, mais deux temps de thoracoplastie collabent les lésions et contribuent à stériliser les expectorations résiduelles au point de vue bacillaire.

Ce malade accuse, depuis mars 1939, des algies accentuées par la marche et le mouvement : à l'articulation coxo-fémorale gauche. En

juin, elles intéressent les deux hanches et elles persistent jusqu'en mars 1941. D'octobre 1941 à janvier 1942, les douleurs gagnent les articulations sacro-iliaques, lombo-sacrées, radio-cubito-carpiennes sans signes radiographiques d'altérations osseuses. Elles sont salicylo-résistantes.

La réaction d'élimination de Kline est négative. L'interrogatoire ne remémore aucun accident neissérien. L'uricémie et la fibrinémie sont normales.

La cuti-réaction tuberculinique est vive. Elle ne s'accompagne pas de fluxions articulaires.

Le métabolisme basal est normal. Les dents sont saines. Le malade présente une rhino-pharyngite sans relations avec les troubles rhumatismaux qu'il accuse. Il est porteur d'une otite bacillaire gauche.

Le tracé thermique dessine une fébricule vespérale à 99° sans accentuation des troubles respitaroires.

L'élimination systématique des causes infectieuses et diathésiques nous porte à envisager la nature tuberculeuse de ces arthralgies évoluant depuis des années chez un tuberculeux pulmonaire bacillaire porteur d'une otite de même nature.

Le rhumatisme tuberculeux peut aussi épouser la forme chronique.

Landré-Beauvais, interne de Pinel, consacre sa thèse, au début du XIX^e^ siècle, à résoudre le problème suivant : « Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte sous le nom de goutte asthénique primitive? » Les cliniciens faisaient alors la discrimination entre la goutte asthénique ou goutte du pauvre et la goutte diathésique relevant d'excès alimentaires et généralement l'apanage des obèses et des pléthoriques.

Charcot signale, dans sa thèse de 1883 sur le rhumatisme chronique, que plusieurs de ses malades de la Salpêtrière décédaient de tuberculose. Les relations entre les deux maladies étaient constatées.

Poncet put établir difficilement l'identité bactériologique du rhumatisme chronique tuberculeux. L'absence usuelle d'hydarthrose rendait impossible la recherche du bacille tuberculeux. L'école lyonnaise eut alors le mérite d'invoquer la réactivation allergique par l'intermédiare des toxines bacillaires en ne tenant pas l'action directe du bacille comme indispensable à l'éclosion des accidents articulaires. Elle eut recours

aux injections de tuberculine et elle nota l'importance des réactions focales et articulaires. Elle conclut, cependant, que la réponse faible ou minime n'empêchait pas d'envisager le problème sous l'angle exclusivement clinique.

La polyarthrite chronique déformante présente trop souvent dans les antécédants personnels ou héréditaires et dans les déterminations viscérales ultérieures des malades des accidents de nature tuberculeuse pour ne pas considérer comme logique, dans certains cas, l'étiologie bacillaire.

Elle revêt cliniquement tantôt la forme généralisée, connue sous la dénomination de rhumatisme chronique déformant progressif, type Charcot, tantôt la forme localisée, soit à la hanche *morbus coxæ senilis*, soit aux genoux, soit aux vertèbres (spondylite, rhumatisme ostéophytique, lombarthrie), soit aux mains (nodosités d'Heberden ou de Bouchard), soit à l'épaule ou aux synoviales.

L'épreuve de sédimentation globulaire constitue l'un des meilleurs moyens pour établir la discrimination entre les arthrites et les arthroses. Elle donne une réponse beaucoup plus élevée dans les manifestations d'origine inflammatoire.

La plupart du temps, la clinique et les épreuves biologiques ne permettent de conclure qu'à une conviction profonde de la nature tuberculeuse du syndrome où le terrain joue un rôle à ce point proéminent qu'une dose infime de bacilles ou de toxines tuberculeuses provoque des manifestations articulaires et des dégâts anatomiques nullement corrélatifs à l'importance de l'infection.

Nous considérons la maladie tuberculeuse comme la cause probable des manifestations articulaires vertébrales dont a souffert un jeune adulte de 23 ans qui fait le sujet de cette deuxième observation.

E. L. croit que le décès de sa mère peut être attribuable à une tuberculose pulmonaire. Il a appris, de source médicale, que deux de ses sœurs sont mortes de cette affection.

Fils de cultivateur, il accuse, depuis l'âge de 11 ans, des algies aux articulations des pieds, des genoux et des hanches sans remarquer si elles s'accompagnent de fluxions.

A 22 ans, il nous signale que des localisations nouvelles apparaissent aux lombes et à la région cervico-dorsale du rachis pendant que les localisations anciennes disparaissaient. Les mouvements de la colonne deviennent pénibles et douloureux. Il présente bientôt une cyphose marquée. La colonne cervicale est libre.

La radiographie de la colonne dorsale révèle une structure osseuse et des rapports articulaires normaux. La radiographie des deux épaules donne la même lecture. La radiographie du bassin et des deux hanches met en évidence des becs de corbeaux latéraux entre L-IV et L-V. Le diagnostic de rhumatisme vertébral est porté. La raideur de la région est attribuable à la contracture des muscles para-vertébraux et non à l'ankylose car la structure osseuse et les rapports articulaires vertébraux lombaires sont radiologiquement normaux.

L'interrogatoire élimine une histoire vénérienne. Les sécrétions uréthrales sont normales. Les réactions de Bordet-Wasserman et de Kahn sont négatives. Le métabolisme basal est de plus 8. La fibrinémie et l'uricémie sont normales. Les dents et le rhino-pharynx sont sains.

L'examen clinique de l'appareil respiratoire permet l'audition d'une respiration saccadée à la région sous-claviculaire droite. La radiographie dessine des opacités diffuses aux deux sommets. Le liquide retiré de l'estomac contient des bacilles acido-résistants.

Comme il vivait dans une famille de tuberculeux, il consultait autant pour connaître l'état de ses poumons que pour faire déterminer la cause de ses douleurs rhumatismales qui en étaient arrivées à l'invalider partiellement.

Nous avons cru que ce porteur de foyers tuberculeux pulmonaires a déversé dans son organisme des toxines bacillaires qui ont provoqué le rhumatisme vertébral. Nous envisageons aussi l'hypothèse d'une affection rhumatismale de l'enfance qui aurait miné sa résistance et aurait facilité l'apparition de sa réinfection.

Nous considérons comme beaucoup plus démonstrative l'observation suivante.

R. T., 16 ans, fait partie d'une famille de seize enfants dont treize sont en bonne santé. L'un de ses frères est mort de typhoïde au cours d'une épidémie qui avait touché quelques familles d'un village du comté de Bellechasse. Le père, âgé de 60 ans, est un arthritique. La mère souffre d'une bronchite chronique dont elle n'a jamais fait déterminer la nature.

Le malade est alité, à 8 ans, pendant plusieurs mois pour une polyarthrite fébrile marquée intéressant les genoux, les poignets, les coudes et quelques doigts des mains et des pieds. Elle évolua subséquemment sous la modalité subaiguë avec des périodes de rémission et de poussées atténuées pendant trois ans.

Il parvint à un état de santé satisfaisant qui lui permit d'aider à ses parents, cultivateurs, pendant quelques années.

En septembre 1943, il doit suspendre tout travail parce que ses genoux sont tuméfiés et douloureux. Le coude droit, les doigts des mains et des pieds, les épaules présentent des altérations identiques. La région lombaire vertébrale est douloureuse. L'articulation temporo-maxillaire est transitoirement gênée dans sa motilité.

Depuis 1944, l'adolescent accuse des palpitations, des douleurs à la région précordiale, de la dyspnée à l'effort et de l'œdème prémalléolaire à prédominance matutinale.

Il est hospitalisé à l'Hôpital Laval, le 6 septembre 1945, parce que son médecin croit à l'existence d'ostéo-arthrites de nature tuberculeuse.

L'examen physique de l'appareil respiratoire ne permet pas de déceler des signes cliniques d'une atteinte bronchique, pulmonaire ou pleurale en activité. Il est complété par une radiographie pulmonaire qui révèle l'intégrité des plages et par une recherche de bacille tuberculeux par la méthode de Meunier. Le liquide gastrique ne contient pas de bacilles de Koch. L'intra-dermo-réaction et le *patch test* de Vollmer donnent des réponses positives.

L'auscultation cardiaque met en évidence de nombreuses extrasystoles. Le tracé électro-cardiographique que nous devons à la collaboration du Dr Guy Drouin, de l'Hôpital du Saint-Sacrement, permet de les attribuer à des incitations auriculaires, nodales et ventriculaires, signature d'altérations myocardiques. La tension artérielle est de 106/80.

Les genoux et le coude droit sont tuméfiés et douloureux. Les deux genoux ont une circonférence augmentée et donnent le choc rotulien. Les radiographies des articulations révèlent de légères déformations des contours du rebord interne du condyle fémoral interne gauche avec l'existence de petites épines aux rebords interne et externe des plateaux tibiaux droit et gauche. Les épiphyses des os des genoux sont incomplètement soudées. Les régions des coudes présentent au niveau de la trochlée humérale droite et de l'apophyse coronoïde du cubitus droit des petites ombres de décalcification avec des contours articulaires irréguliers au niveau du cubitus.

Le liquide retiré de l'articulation du genou droit est jaune citrin. Il ne contient pas de bacilles de Koch. Inoculé à un cobaye, ce dernier présente actuellement à l'examen macroscopique une adénopathie inguinale. La formule cytologique donne 64% de polynucléaires, 14% de lymphocytes, 7% de monocytes et 15% de cellules endothéliales.

Le liquide du genou gauche, beaucoup plus abondant, de même couleur, contient des bacilles de Koch après homogénéisation et 69 grammes d'albumine au litre. La formule cytologique est à peu près superposable à celle de l'autre genou. Nous avons réalisé plusieurs ponctions dont le volume à dépassé 165 c.c., à quelques reprises.

La sédimentation globulaire est de 103 mm. La formule d'Arneth est nettement déviée vers la gauche. La leucocytose est de 8,500 et l'hématogramme de 4,044,000.

Le rhino-pharynx et les dents ne présentent rien qui puisse être considéré comme la cause de la polyarthrite. L'épreuve d'élimination de Kline est négative. L'interrogatoire permet d'éliminer un accident gonococcique.

L'azotémie, l'uricémie, la calcémie, la cholestérolémie, la fibrinémie sont normales. L'hémo-culture est, jusqu'ici, négative à la recherche du bacille de Koch.

Le malade est sub-fébrile et a une pulsation à 110. Ses troubles ne sont pas influencés par le salicylate.

Nous avons porté le diagnostic de polyarthrite de nature tuberculeuse en l'appuyant sur une preuve expérimentale. Cette affection

polyarticulaire se complique d'une myocardite. Nous interprétons l'ensemble comme l'expression d'une maladie tuberculeuse.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Le rhumatisme tuberculeux présente les types cliniques les plus variés. Il va de la polyarthrite aiguë inflammatoire, type Bouillaud, à la polyarthrite chronique déformante, type Charcot.

Pressenti par Laënnec et Corvisart au début du XIX^e siècle, observé cliniquement par Poncet et Leriche, établi sur des bases biologiques par l'école lyonnaise, ressucité par Bezançon et Weill, le rhumatisme tuberculeux est une entité morbide qui reçoit de plus en plus fréquemment la confirmation de sa nature bactériologique par l'intermédiaire du milieu hautement sensible de Lœwenstein.

La clinique procède généralement par l'élimination progressive des autres facteurs étiologiques et parvient à établir le bien-fondé de l'hypothèse tuberculeuse par des méthodes biologiques, par l'étude des antécédents héréditaires et personnels des malades et par la vérification bactériologique des déterminations viscérales ultérieures ou concomitantes aux accidents rhumatismaux.

Le laboratoire donne de plus en plus fréquemment, dans les formes aiguës, parfois dans les formes sub-aiguës et chroniques, la preuve bactériologique. Quant aux autres données biologiques, elles ne contribuent qu'à renforcir l'hypothèse clinique.

Il ne faut pas borner l'étiologie du rhumatisme à des infections focales ou à une infection générale à cause jusqu'ici inconnue, à la diathèse goutteuse, aux maladies vénériennes, à la maladie de Basedow, à un trouble endocrinien mais envisager la tuberculose, et spécialement la tuberculose pulmonaire, maladie endémique par excellence et l'une des infections les plus fréquentes qui soient parmi les humains civilisés, comme l'un des facteurs possibles.

Nous avons tenté d'établir le diagnostic de l'étiologie tuberculeuse de deux polyarthrites après élimination progressive des autres causes et nous apportons, dans une troisième observation, la preuve expérimentale grâce à la mise en évidence du bacille de Koch dans le liquide articulaire.

BIBLIOGRAPHIE

A. PIC. Rhumatisme et tuberculose. Évolution des idées depuis Poncet, *J. de méd. de Lyon*, **13** : 239, (20 avril) 1932.

G. de CHANALEILLES. Les données fournies par le laboratoire dans le diagnostic de la nature tuberculeuse d'un rhumatisme, *J. de méd. de Lyon*, **13** : 241, (20 avril) 1932.

A. PIC. Considérations cliniques sur le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux, *J. de méd. de Lyon*, **13** : 255, (20 avril) 1932.

A. PIC et A. CHAPUY. Le rhumatisme tuberculeux sub-aigu, *J. de méd. de Lyon*, **13** : 279, (5 mai) 1932.

LAIGNEL-LAVASTINE et BOQUIEN. Trois cas de rhumatisme chronique tuberculeux. Méthodes biologiques de diagnostic, *Paris méd.*, **87** : 320, (8 avril) 1933.

F. BEZANÇON et WEILL. Le rhumatisme tuberculeux, *Rev. de phtisiol.*, **15** : (sept.-oct.) 1934.

A. PIC et A. CHAPUY. Le rhumatisme chronique d'origine tuberculeuse, J. *de méd. de Lyon*, **13** : 283, (5 mai) 1932.

G. LAROCHE et POUMEAU-DELILLE. Un cas de rhumatisme tuberculeux à forme arthralgique avec poussées fluxionnaires périostées, *Bull. et mém. Soc. méd. d. Hôp. de Paris*, **46** : 256, (24 fév.) 1930.

H. BÉNARD, F.-P. MERKLEN et M. CORD. Manifestations rhumatismales déclenchées chez un tuberculeux par la collapsothérapie, *Bull. et mém. Soc. méd. d. Hôp. de Paris*, **53** : 1567, (10 déc.) 1937.

F. DUMAREST, H. MOLLARD, E. SIVRIÈRE et E. PAPATESTAS. Tuberculeux et rhumatisants, *J. de méd. de Lyon*, **13** : 265, (20 avril) 1932.

A. LESAGE. La tuberculose inflammatoire, *Union méd. du Canada*, **73** : 1,335, (nov.) 1944.

E. LŒWENSTEIN. Rheumatic disease and tuberculosis, *Am. Rev. Tuberc.*, **9** : 58, (jan.) 1944.

R. DESMEULES. Rhumatisme chronique vertébral et tuberculose pulmonaire, *Laval méd.*, **4** : 305, (oct.) 1939.

R. DESMEULES, et P. RICHARD. Rhumatisme d'origine tuberculeuse probable, *Laval méd.*, **8** : 649, (nov.) 1943.

RÉSULTATS D'UN RÉGIME BALANCÉ SUR LE POIDS DE TUBERCULEUX HOSPITALISÉS A L'HOPITAL LAVAL

par

J.-Ernest SYLVESTRE, D. P. H.

Chef du Service de la nutrition à l'Hôpital Laval

La présente communication vous est présentée pour vous mettre au courant des observations que nous avons faites à l'Hôpital Laval sur l'évolution du poids des malades au cours de l'année 1944.

Le poids d'un individu est une des nombreuses caractéristiques qui nous permettent de juger l'état de nutrition d'une personne. Nous admettons qu'une appréciation basée sur ce seul indice ne nous renseigne pas complètement ; tout de même, il est plausible de considérer une diminution du poids et, surtout, un écart en direction inférieure au niveau moyen déterminé pour l'âge et la taille d'un individu, comme un signe d'autant plus alarmant que cette baisse du poids est plus accentuée.

On sait que la perte du poids se fait d'abord aux dépends du tissu adipeux, s'il y en a en réserve et, quand il n'en reste plus, de l'organisme, qui ne reçoit pas assez de calories des aliments consommés, brûle ses propres tissus. C'est la déchéance de l'être tout entier, car, généralement, pour ne pas dire d'une façon absolue, quand les aliments ne

suffisent pas aux besoins caloriques, il est aussi d'autres éléments essentiels qui manquent et, souvent, le déficit est si étendu ou tellement accentué qu'il entraîne un déséquilibre des fonctions organiques, ce qui compromet sérieusement la santé de l'individu et diminue, à coup sûr, sa résistance contre les maladies.

Si les faits que nous relatons ici ne sont pas une preuve absolue qu'une alimentation défectueuse est nécessairement un facteur adjuvant du développement des lésions tuberculeuses, toutefois, le poids d'un certain nombre de malades, lors de leur admission à l'hôpital, nous permet de conclure qu'un grand nombre n'avaient pas une alimentation adéquate. En effet, on admet généralement qu'un poids inférieur à 7% au-dessous du poids moyen est un symptôme indiquant une nutrition défectueuse ou une alimentation insuffisante, inadéquate. Nous avons fait un relevé du poids des malades admis à l'Hôpital Laval avant le 1er janvier 1944, encore hospitalisés à cette date et, comme il apparaît au tableau I, sur 334 malades adultes, 255 pesaient 7% et plus au-dessous de leur poids moyen, ce qui fait une proportion de 76.3% ; chez les enfants au-dessous de 13 ans, cette proportion est un peu moindre, mais il en est tout de même 49.4% dont le poids ne dépassait pas 7% au-dessous de leur poids moyen. Chez les adultes comme chez les enfants, le sexe féminin prend une position plus désavantageuse, les proportions s'établissant comme suit : pour les femmes, 80.5% alors que pour les hommes, la proportion des mal-nourris est de 73.1% ; pour les fillettes, la proportion est de 51.5% quand, pour les garçons, elle n'est que de 47.8%.

Puisqu'il est autant de malades qui nous arrivent en si pauvre état, il est normal qu'on s'occupe de les mieux nourrir. D'ailleurs, vous avez vous-mêmes institué, comme traitement basal de la tuberculose, la cure hygiéno-diététique. Vous avez convenu qu'il faut donner à l'organisme toutes les chances possibles de se refaire. Le repos diminue normalement les dépenses, mais comme la maladie elle-même suscite généralement une augmentation des besoins qu'il est possible de satisfaire par les aliments, il faut, de toute nécessité, que l'alimentation du tuberculeux soit particulièrement soignée pour suffire, par la quantité et la qualité, à ces besoins accrus, si on veut au moins maintenir l'équilibre dans les profits et pertes.

C'est pour cette raison qu'à l'Hôpital Laval, au cours de l'année 1944, le régime alimentaire des malades fut l'objet d'une attention particulière. Nous avons pris, comme base du régime alimentaire commun à la plupart des tuberculeux, les règles alimentaires recommandées par le Conseil canadien de la Nutrition et dont voici l'énoncé :

1. *Lait.* — Adultes, un demiard à une chopine.
   Enfants, une chopine et demie à une pinte.
2. *Fruits.* — Une portion d'agrumes (oranges, citrons, etc.) ou de tomates ou de leur jus, et une portion d'un autre fruit.
3. *Légumes.* — Au moins une portion de pommes de terre ; au moins deux portions d'autres légumes, de préférence feuillus, verts ou jaunes, et souvent crus.
4. *Céréales et pain.* — Une portion d'une céréale à grain entier et au moins quatre tranches de pain à vitamine B « Approuvé-Canada » (pain de blé entier, brun ou blanc), avec du beurre.
5. *Viande et poisson.* — Une portion de viande, de poisson, de volaille ou d'un succédané de la viande, comme les haricots, les pois, les noix, les œufs, ou le fromage. Employer, en plus, des œufs et du fromage au moins trois fois par semaine pour chacun, et du foie fréquemment.

On conseille aussi l'usage du sel iodé.

Inutile de dire que les autorités religieuses et médicales se sont appliquées à faire l'éducation des malades et à convaincre les récalcitrants qu'il était de leur intérêt personnel de consommer habituellement ces aliments protecteurs mis à leur disposition chaque jour.

Considérés uniquement en fonction du poids des malades, les résultats de ce régime alimentaire ont été des plus encourageants comme on peut le voir par les données inscrites sur les tableau II, III et IV, où l'on compare le poids des malades à la fin de l'année 1944 ou au moment de leur départ, avec le poids qu'ils pesaient au premier janvier 1944 ou au moment de leur admission au cours de cette même année.

Nous voyons au tableau II que, sur 286 adultes, 194 avaient un poids initial de 7% au-dessous de leur poids moyen, soit une proportion

de 67.8% ; 46 de ces malades ont engraissé au point de changer de classe alors que seulement 3 adultes de poids moyen ont descendu dans la classe inférieure, ce qui nous donne tout de même 43 malades de moins dans le groupe des 7% au-dessous du poids moyen, soit 151 sur 286 malades, une proportion de 52.9% contre 67.8% au début, donc un gain de 14.9 points pour cent. Chez les enfants, ce gain est de 20.7 points par cent malades. En effet, sur 82 malades, 27 avaient un poids initial de 7% au-dessous de leur poids moyen, soit une proportion de 32.9% ; au cours de l'année, 17 enfants ont récupéré leur poids moyen ; de ce fait, les 10 enfants qui sont restés à 7% au-dessous de leur poids moyen ne formaient plus qu'une proportion de 12.2%.

Ces gains sont assez appréciables pour être signalés mais, pour être de bon compte, vous admettrez que les résultats sont, en somme, supérieurs à ceux que nous venons de mentionner. En effet, si nous réussissons à engraisser les mal-nourris, même s'ils ne changent pas de classe, à maintenir le poids de ceux qui pèsent déjà le poids moyen, c'est un succès ; le fait que des personnes pesant 10% au-dessus de leur poids moyen maigrissent, pourvu qu'elles ne descendent pas à 7% au-dessous de leur poids moyen, ça ne constitue pas une faillite. Aussi, partant de ces considérations, nos insuccès deviennent-ils bien minces, parce que, chez les adultes, la proportion des malades avec qui nous n'avons pas eu de succès n'est que de 26.9%, (57 mal-nourris sont restés stationnaires ou ont maigri et 20 pesant leur poids moyen ont maigri) ; chez les enfants, la proportion est encore moindre puisque sur 82 malades, 2 seulement ont maigri, un de poids moyen et l'autre, classé dans 7% au-dessous du poids moyen, donc insuccès chez 2.4% seulement.

Ces insuccès ne sont pas nécessairement imputables au régime alimentaire, car il ne faut pas perdre de vue que si nous n'avons pas inclus dans ces observations les malades qui sont morts au cours de l'année, nous n'avons cependant pas exclus les grands malades.

TABLEAU I

HOPITAL LAVAL

CLASSIFICATION DES MALADES SUIVANT LA RELATION DE LEUR POIDS AU POIDS MOYEN, POUR LEUR AGE ET LEUR TAILLE, LORS DE LEUR ADMISSION A L'HOPITAL.

Malades admis avant le 1er janvier 1944, mais encore hospitalisés au 1er janvier 1944.

GROUPES DE MALADES	TOTAL	7% au-dessous du poids moyen		POIDS MOYEN		10% au-dessus du poids moyen	
		No.	%	No.	%	No.	%
Les hommes	190	139	73.1	45	23.7	6	3.2
Les femmes	144	116	80.5	23	16.0	5	3.5
ADULTES : TOTAL	334	255	76.3	68	20.4	11	3.3
ENFANTS : TOTAL	79	39	49.4	39	49.4	1	1.2
Les garçons	46	22	47.8	24	52.2	0	—
Les fillettes	33	17	51.5	15	45.5	1	3.0

Tableau II

Hopital Laval — Année 1944

CLASSIFICATION DES MALADES SUIVANT LA RELATION DE LEUR POIDS AU POIDS MOYEN POUR LEUR AGE ET LEUR TAILLE

	GROUPES DES CLASSEMENTS PRIMITIFS	Au 1er janvier ou lors de l'admission		A LA FIN DE L'ANNÉE OU AU MOMENT DU DÉPART																	
				AVAIENT ENGRAISSÉ								Poids stationnaire		AVAIENT MAIGRI							
				Sans changer de classe		Pour atteindre				TOTAL				TOTAL		Sans changer de classe		Pour descendre			
						Poids moyen		10% au-dessus du P. M.										Poids moyen		7% au-dessous du P. M.	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOMMES	10% au-dessus du P. M.	7	4.4	6	85.7	—	—	—	—	6	85.7	—	—	1	14.3	—	—	1	14.3	—	—
	Poids moyen	48	30.0	23	48.0	—	—	6	12.5	29	60.5	9	18.7	10	20.8	8	16.6	—	—	2	4.2
	7% au-dessous du P. M.	105	65.6	50	47.6	28	26.6	1	1.0	79	75.2	7	6.7	19	18.1	19	18.1	—	—	—	—
	TOTAL	160		79	49.4	28	17.5	7	4.4	114	71.3	16	10.0	30	18.7	27	16.9	1	0.6	2	1.2
FEMMES	TOTAL	126		59	46.8	17	13.5	3	2.3	79	62.6	13	10.4	34	27.0	33	26.2	—	—	1	0.8
	10% au-dessus du P. M.	7	5.6	4	57.1	—	—	—	—	4	57.1	—	—	3	42.9	3	42.9	—	—	—	—
	Poids moyen	30	23.8	14	46.7	—	—	3	10.0	17	56.7	3	10.0	10	33.3	9	30.0	—	—	1	3.3
	7% au-dessous du P. M.	89	70.6	41	46.1	17	19.1	—	—	58	65.2	10	11.2	21	23.6	21	23.6	—	—	—	—

TABLEAU II (*suite*)

HOPITAL LAVAL — ANNÉE 1944

CLASSIFICATION DES MALADES SUIVANT LA RELATION DE LEUR POIDS AU POIDS MOYEN POUR LEUR AGE ET LEUR TAILLE

GROUPES DES CLASSEMENTS PRIMITIFS		Au 1er janvier ou lors de l'admission		A LA FIN DE L'ANNÉE OU AU MOMENT DU DÉPART																	
				AVAIENT ENGRAISSÉ								Poids stationnaire		AVAIENT MAIGRI							
				Sans changer de classe		Pour atteindre				TOTAL				TOTAL		Sans changer de classe		Pour descendre			
						Poids moyen		10% au-dessus du P. M.										Poids moyen		7% au-dessous du P. M.	
		No.	%	No.	%	No.	%	No	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
LES ADULTES	10% au-dessus du P. M.	14	4.9	10	71.4	—	—	—	—	10	71.4	—	—	4	28.6	3	21.4	1	7.2	—	—
	Poids moyen	78	27.3	37	47.4	—	—	9	11.5	46	58.9	12	15.4	20	25.7	17	21.8	—	—	3	3.9
	7% au-dessous du P. M.	194	67.8	91	46.9	45	23.2	1	0.5	137	70.6	17	8.8	40	20.6	40	20.6	—	—	—	—
	TOTAL	286		138	48.3	45	15.7	10	3.5	193	67.5	29	10.1	64	22.4	60	21.0	1	0.4	3	1.0
LES ENFANTS	TOTAL	82		33	40.2	16	19.5	21	25.6	70	85.4	7	8.5	5	6.1	3	3.7	2	2.5	—	—
	10% au-dessus du P. M.	13	15.9	8	61.5	—	—	—	—	8	61.5	2	15.4	3	23.1	1	7.7	2	15.4	—	—
	Poids moyen	42	51.2	16	38.1	—	—	20	47.6	36	85.7	5	11.9	1	2.4	1	2.4	—	—	—	—
	7% au-dessous du P. M.	27	32.9	9	33.3	16	59.3	1	3.7	26	96.3	—	—	1	3.7	1	3.7	—	—	—	—

Tableau II (*fin*)

Hopital Laval — Année 1944

CLASSIFICATION DES MALADES SUIVANT LA RELATION DE LEUR POIDS AU POID MOYEN POUR LEUR AGE ET LEUR TAILLE

	GROUPES DES CLASSEMENTS PRIMITIFS	Au 1er janvier ou lors de l'admission		A LA FIN DE L'ANNÉE OU AU MOMENT DU DÉPART																	
				AVAIENT ENGRAISSÉ								Poids stationnaire		AVAIENT MAIGRI							
				Sans changer de classe		Pour atteindre				TOTAL				TOTAL		Sans changer de classe		Pour descendre			
						Poids moyen		10% au-dessus du P. M.										Poids moyen		7% au-dessous du P. M.	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
GARCONS	10% au-dessus du P. M.	6	13.1	1	16.7	—	—	—	—	1	16.7	2	33.3	3	50.0	1	16.7	2	33.3	—	—
	Poids moyen	26	56.5	8	30.8	—	—	14	53.8	22	84.6	3	11.5	1	3.8	1	3.8	—	—	—	—
	7% au-dessous du P. M.	14	30.4	5	35.7	8	57.1	1	7.2	14	100.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	TOTAL	46		14	30.4	8	17.4	15	32.6	37	80.4	5	10.8	4	8.8	2	4.4	2	4.4	—	—
FILLETTES	TOTAL	36		19	52.8	8	22.2	6	16.7	33	91.7	2	5.5	1	2.8	1	2.8	—	—	—	—
	10% au-dessus du P. M.	7	19.5	7	100.0	—	—	—	—	7	100.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Poids moyen	16	44.4	8	50.0	—	—	6	37.5	14	87.5	2	12.5	—	—	—	—	—	—	—	—
	7% au-dessous du P. M.	13	36.1	4	30.8	8	61.5	—	—	12	92.3	—	—	1	7.7	1	7.7	—	—	—	—

TABLEAU III

HOPITAL LAVAL — ANNÉE 1944

CLASSIFICATION DES MALADES SUIVANT LA RELATION DE LEUR POIDS AU POIDS MOYEN POUR LEUR AGE ET LEUR TAILLE,

au 1er janvier ou lors de l'admission au cours de l'année.

GROUPES DE MALADES	TOTAL	7% au-dessous du poids moyen		POIDS MOYEN		10% au-dessus du poids moyen	
		No.	%	No.	%	No.	%
Les hommes	160	105	65.6	48	30.0	7	4.4
Les femmes	126	89	70.6	30	23.8	7	5.6
ADULTES : TOTAL	286	194	67.8	78	27.3	14	4.9
ENFANTS : TOTAL	82	27	32.9	42	51.2	13	15.9
Les garçons	46	14	30.4	26	56.5	6	13.1
Les fillettes	36	13	36.1	16	44.4	7	19.5

TABLEAU IV

HOPITAL LAVAL — ANNÉE 1944

CLASSIFICATION DES MALADES SUIVANT LA RELATION DE LEUR POIDS, AU 31 DÉCEMBRE OU AU MOMENT DE LEUR DÉPART, AU POIDS QU'ILS PESAIENT

au 1er janvier ou lors de l'admission au cours de l'année.

GROUPES DES CLASSEMENTS PRIMITIFS	TOTAL	Avaient engraissé		Restés stationnaires		Avaient maigri	
		No.	%	No.	%	No.	%
10% au-dessus du P. M.	13	8	61.5	2	15.4	3	23.1
Poids moyen	42	36	85.7	5	11.9	1	2.4
7% au-dessous du P. M.	27	26	96.3	0	—	1	3.7
ENFANTS : TOTAL	82	70	85.4	7	8.5	5	6.1
ADULTES : TOTAL	286	193	67.5	29	10.1	64	22.4
10% au-dessus du P. M.	14	10	71.4	0	—	4	28.6
Poids moyen	78	46	58.9	12	15.4	20	25.7
7% au-dessous du P. M.	194	137	70.6	17	8.8	40	20.6

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'AMIANTOSE

par

Louis ROUSSEAU

Chef de Service à l'Hôpital Laval

Le 25 octobre dernier, la Société de phtisiologie de Montréal mettait à l'étude la question des pneumoconioses. Un exposé complet de la silicose, tant au point de vue clinique que radiologique, fut présenté par des médecins dont l'expérience en la matière ne fait aucun doute. Signalons, entre autre, une collection de clichés radiographiques du Dr Robert, de Saranac, illustrant les désordres progressifs attribuables à la silicose. Nous avons aussi écouté avec intérêt le résultat des observations du Dr Gardner, de Saranac, dont les études anatomo-pathologiques sur la silicose font aujourd'hui autorité. Pour ce qui regarde la silicose, l'entente entre médecins nous paraît assez unanime, tant au point de vue de son étiologie que du désordre qu'elle entraîne. A cette réunion, la question de l'amiantose fut aussi considérée et les conclusions résultant des travaux exposés me paraissent plus discutables que dans le cas précédent. En effet, si la silicose peut être étudiée dans tous les pays, il n'en est pas de même de l'amiantose. Comme la région de Thetford produit environ 75% de l'amiante mondiale, l'on comprendra facilement qu'une étude clinique approfondie n'a pu être faite par des médecins ne vivant pas dans l'entourage immédiat de ces ouvriers exposés à ces poussières particulières.

Le Dr Gardner, à qui on a confié l'étude de poumons appartenant à des sujets présumés morts d'amiantose, exprima l'opinion que l'inhalation de ces poussières ne pouvait être invoquée comme un facteur important dans la production d'une sclérose comme la réalise la silicose. Lui-même a eu l'occasion d'examiner 11 poumons de sujets ayant travaillé dans les usines d'amiante de la province de Québec. Sur ces 11 cas, 7 étaient atteints de tuberculose. Cette incidence de la tuberculose, d'après le Dr Gardner, ne serait aucunement attribuable à une pneumoconiose, mais s'expliquerait par le fort pourcentage de cette maladie dans la province de Québec.

Le corps d'amiante, à son sens, n'aurait pas une valeur permettant d'établir le diagnostic d'amiantose. Il a tenté de réaliser le corps d'amiante par injection de fibres d'amiante à l'animal et il n'a pu le reproduire.

Ici, à l'Hôpital Laval, depuis une quinzaine d'années, nous avons eu l'occasion d'examiner de nombreux sujets atteints de tuberculose et ayant travaillé durant des années dans l'industrie de l'amiante à Thetford.

Les observations que nous avons recueillies ne nous permettent pas les mêmes conclusions que le Dr Gardner, et, devant la complexité de ce problème, nous croyons que cette affection n'a pas été étudiée suffisamment pour que l'on soit en droit de nier ou d'affirmer les désordres qu'elle est susceptible de produire.

Si le Dr Gardner n'a pu reproduire des corps d'amiante chez le cobaye en injectant des fibres, le Dr Maurice Giroux, de l'Hôpital Laval, les a réalisés en modifiant la technique. Par la même aiguille servant à l'injection de fibres d'amiante, le Dr Giroux, en y ajoutant du sang, a obtenu un résultat différent.

Nous basant sur cette expérience, nous croyons que la présence de corps d'amiante dans les expectorations est une preuve indiscutable d'une réaction tissulaire pathologique. En effet, le corps d'amiante est composé d'une fibre d'amiante entourée d'hémosidérine et nous en concluons que, pour qu'il se produise, il faut une hémorragie, si minime soit-elle. Il en résulte une sclérose qui, si elle n'est pas appréciable par

des manifestations cliniques ou radiologiques, en présente les caractères microscopiques.

Pour éviter toute confusion dans les idées, je m'empresse de dire que nous n'établissons aucun rapport entre la présence du corps d'amiante dans les crachats et l'incapacité fonctionnelle pulmonaire pouvant en résulter. Ceci regarde la clinique, mais nous croyons que le corps d'amiante représente un état pulmonaire pathologique que l'on peut appeler amiantose, même s'il est microscopique.

Dans la silicose, le diagnostic clinique est assez facile surtout avec l'aide des clichés radiographiques qui donnent des images caractéristiques depuis les dessins micro-nodulaires jusqu'aux opacités pseudo-tumorales. La dyspnée croissante, les troubles circulatoires associés, l'évolution de la maladie, malgré la suppression des causes qui l'ont produite, sont des caractères bien connus de la silicose. Dans l'amiantose, la difficulté de diagnostic à un stade avancé de la maladie résulte de l'association tuberculeuse, et la discrimination devient très délicate lorsqu'il s'agit de faire la répartition entre ce qui appartient à la bacillose et à la sclérose pouvant résulter de l'inhalation de poussières d'amiante.

Le Dr Gardner, malgré qu'il ait constaté 7 cas de tuberculose chez 11 amiantosiques de la province de Québec ne semble pas admettre que l'amiante a joué un rôle dans le développement de la tuberculose chez ces sujets. Cependant, il admet que la silicose se complique fréquemment de tuberculose et je présume qu'il n'exclut pas la province de Québec où la mortalité bacillaire est très élevée.

L'amiantose, contrairement à la silicose, ne donne pas d'images radiologiques caractéristiques. Il peut arriver exceptionnellement que nous observions des images rappelant la silicose mais, le plus souvent, les opacités pulmonaires sont sans caractères particuliers surtout lorsqu'il y a tuberculose associée.

Pour ma part, je n'ai observé qu'un seul cas où il fut possible de faire le diagnostic d'amiantose pure. En voici brièvement l'observation.

PREMIÈRE OBSERVATION

A. T., 42 ans, travaille depuis 18 ans dans l'industrie de l'amiante. Jusqu'à il y a trois ans, il n'a pas été incommodé par des symptômes

pulmonaires. Depuis, il tousse, crache, présente de la dyspnée asthmatiforme. Pas de bacilles de Koch dans les expectorations. Pas de fièvre. Râles bronchiques nombreux. Mensuration thoracique : 33¼ en expiration, 34½ en inspiration forcée. Présence de corps d'amiante dans les expectorations.

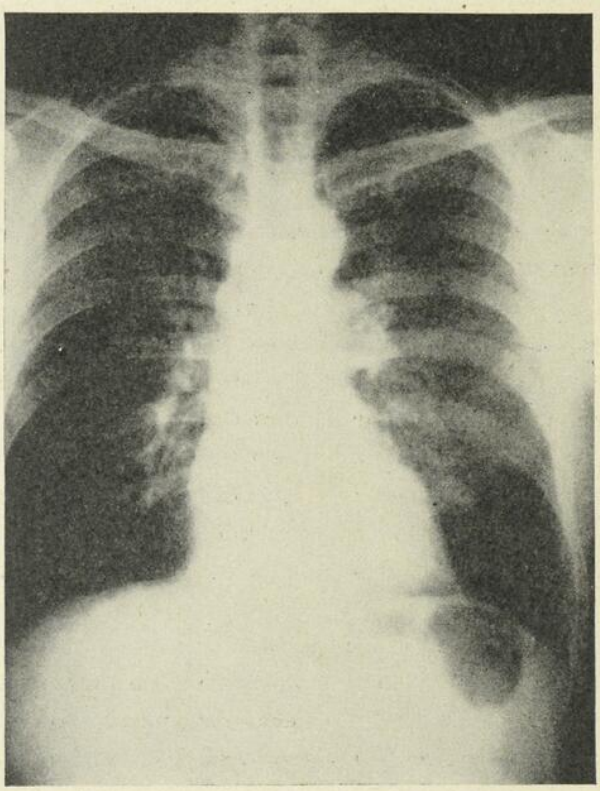


Fig. 1. — Obs. I. Amiantose pure.

Cette affection a atteint un degré qui réalise une incapacité presque totale au travail et actuellement on confie au malade un travail de surveillance ne nécessitant aucun effort physique.

Le cliché radiographique donne une image en verre pilé tout comme en réalise la silicose.

Beaucoup plus nombreux sont ceux atteints de tuberculose pulmonaire et chez qui nous constatons la présence de corps d'amiante dans les expectorations. Cliniquement, ces malades présentent des signes de tuberculose pulmonaire. Nous ne retrouvons pas une dyspnée aussi incommodante que dans la silicose, et les troubles circulatoires, tout en étant importants lorsque l'association tuberculose-amiantose intéresse une grande étendue des champs pulmonaires, sont cependant moins marqués que dans la silicose. La capacité respiratoire est réduite mais, là encore, il est difficile de faire la part de ce qui revient à la tuberculose et de ce qui doit être attribué à l'amiantose.

La prédominence du processus fibreux de la tuberculose pulmonaire nous apparaît avec une grande fréquence chez les ouvriers atteints d'amiantose, et ce caractère, auquel on donne une grande valeur dans la silicose, ne devrait pas être ignoré lorsqu'il s'agit d'amiantose.

L'évolution de amianto-tuberculose semble accorder une survie assez prolongée, beaucoup plus longue que la silicose ou la silico-tuberculose qui, elles, sont plus toxiques.

Deux observations illustrent mieux les caractères cliniques que peut réaliser l'amianto-tuberculose.

DEUXIÈME OBSERVATION

E. R., 66 ans, se présente à mon bureau le 26 septembre 1936. Il travaille depuis 22 ans dans un moulin d'amiante et il se plaint de toux chronique progressive depuis 15 ans. En janvier 1936, il doit abandonner son travail pour dyspnée. Son poids ne s'est pas modifié. Il pèse 163 livres. Il n'y a pas d'antécédents tuberculeux. Une radiographie pulmonaire dans ce cas particulier donna une image qui ne se différencie pas de celle de la silicose. En 1939, trois ans plus tard, une autre radiographie ne montre pas de modifications appréciables des localisations pulmonaires. J'ai l'occasion d'examiner ce sujet tous les ans. Son poids se maintient. Il est toujours dyspnéique. En 1942, j'ai constaté une respiration de 28 à la minute, au repos. Il avait un léger souffle au cœur et un peu d'arythmie. Je dois ajouter que ce malade a des signes de tuberculose rénale et que l'examen des urines indique toujours une assez grande quantité de sucre.

L'évolution lente de cette tuberculose, l'état apyrétique, la prédominence des signes de fibrose m'obligent à considérer comme facteur important son travail durant 22 ans dans une atmosphère chargée de poussières d'amiante.

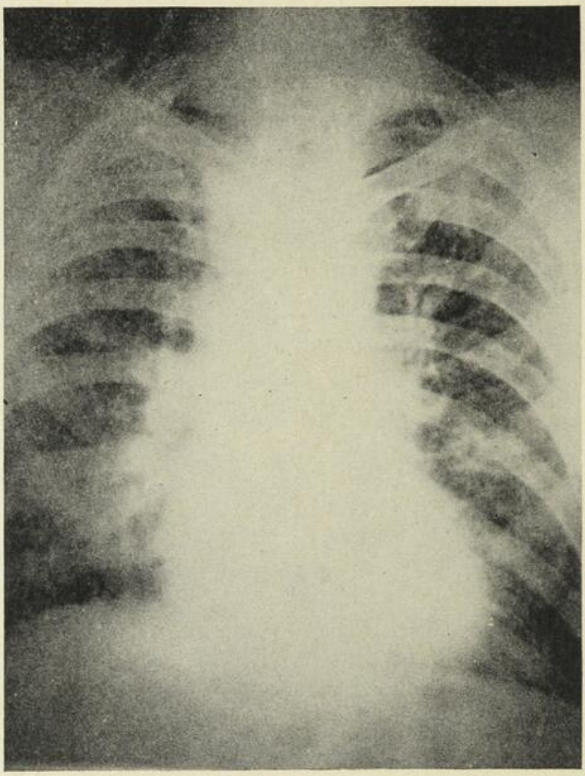


Fig. 2. — Obs. II. Amianto-tuberculoses.

TROISIÈME OBSERVATION

M. P., 67 ans, travaille dans une mine d'amiante depuis 48 ans. Pas d'antécédents tuberculeux. Il se plaint d'oppression depuis 2 ans. En 1941, on a fait le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Il a dû abandonner le travail en décembre 1942. Il s'agit d'un sujet d'apparence floride, pesant 183. Il ne fait pas de fièvre. Signes cavitaires au sommet

du poumon droit et râles bronchiques nombreux aux deux poumons. Thorax emphysémateux. La mensuration thoracique est de 39½ en expiration, de 40½ en inspiration. Spirométrie : 2,000 c.c. après une expiration forcée. Le cœur est arythmique, la tension artérielle est de 140/70. Les expectorations contiennent des bacilles de Koch et des

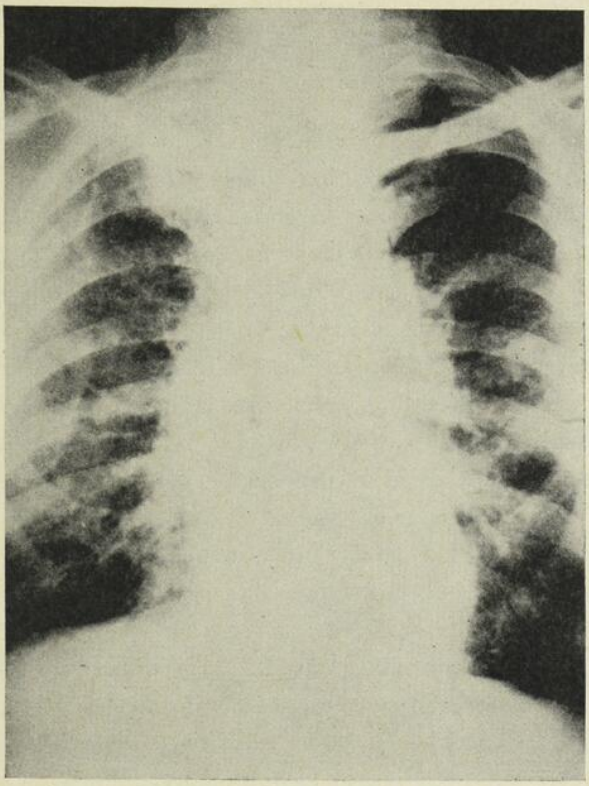


Fig. 3. — Obs. III. Amianto-tuberculose.

corps d'amiante. La radiographie pulmonaire permet de voir une accentuation des arborisations broncho-vasculaires avec un aspect finement tacheté généralisé aux deux plages.

Ce malade est décédé quelques mois après avoir quitté l'Hôpital Laval et l'autopsie a démontré qu'il s'agissait d'amianto-tuberculose.

En dehors de la tuberculose, cette pneumoconiose peut-elle être tenue responsable d'autres désordres pulmonaires ?

En mars 1941, nous avons rapporté, avec les Drs Desmeules, Giroux et Sirois, deux observations d'amiantose et de cancer pulmonaire. Un résumé d'une de ces observations démontre que l'amiantose peut exister en l'absence de troubles fonctionnels et il nous fait envisager la possibilité de l'amiantose comme facteur étiologique de certains cancers pulmonaires.

QUATRIÈME OBSERVATION

A. A., 57 ans, travaille depuis 25 ans dans l'industrie de l'amiante. Lorsqu'il vient consulter après une journée de travail, je constate des frottements pleuraux au poumon gauche. Un examen radioscopique montre des plages pulmonaires de transparence normale. Une semaine plus tard, il a un épanchement qui occupe tout l'hémithorax gauche. Nous retirons, en plusieurs ponctions, 12 litres d'un liquide séro-fibrineux puis hémorragique. Ce liquide contient des cellules néoplasiques. Le malade meurt un mois et deux jours après le début de la maladie.

A l'autopsie, la plèvre est cartonnée, farcie de bourgeons très vascularisés de la grosseur d'un petit pois à une cerise. Ces bourgeons tapissent la plèvre et essaiment sur le péricarde.

Histopathologie. On trouve quelques amas de cellules petites, arrondies, à protoplasme très mince dont quelques-unes sont du type muqueux. Le parenchyme présente de la sclérose diffuse, peu accentuée. Il est parsemé de nombreux amas de corps d'amiante. Les boyaux néoplasiques de la plèvre sont du même type cellulaire que ceux du poumon.

Diagnostic. Épithélioma pleuro-pulmonaire d'origine alvéolaire et amiantose pulmonaire.

L'autopsie a nettement établi, dans ce cas, l'existence d'amiantose pulmonaire. Cependant, sur la radiographie, si l'on fait abstraction de l'opacité due à l'épanchement pleural, il n'existe aucune image pouvant en faire suspecter l'existence.

D'autre part, ce malade n'a présenté aucune incapacité de travail attribuable à cet état amiantosique et il a dû s'aliter seulement lorsque des troubles respiratoires attribuables au cancer ont fait leur apparition.

Une maladie intercurrente a permis, ici, d'étudier le poumon d'un sujet exposé durant 25 ans aux poussières d'amiante et ne présentant aucun signe fonctionnel d'une affection pulmonaire. Le résultat de l'examen histo-pathologique nous permet d'affirmer que cette affection

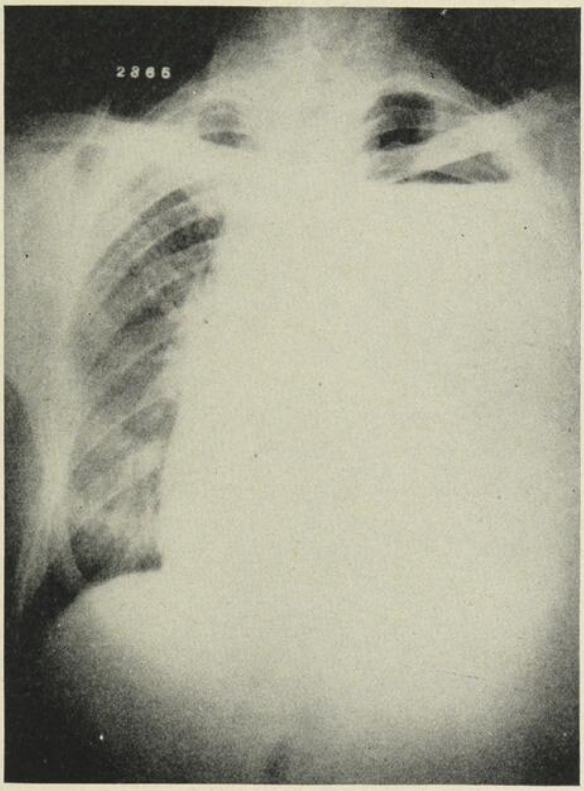


Fig. 4. — Obs. IV. Amiantose et cancer.

peut exister sans signes cliniques ou radiologiques et qu'elle peut, pendant longtemps, ne s'accompagner d'aucune inaptitude au travail.

Quant à la relation qui existe entre l'amiantose et le cancer pulmonaire, il peut s'agir d'une simple coïncidence, mais il faut aussi considérer la possibilité de cause à effet entre ces deux affections. En effet, on

semble admettre aujourd'hui que la silicose joue un rôle important dans la pathogénie du cancer. Si cette hypothèse est vraie pour la silicose, pourquoi ne la serait-elle pas pour l'amiantose?

Comme conclusions, nous croyons que l'amiantose pure existe plus fréquemment qu'on ne le croit, mais qu'elle ne s'accompagne pas toujours de signes fonctionnels réalisant une grande incapacité au travail. L'amianto-tuberculose pose un problème beaucoup plus délicat. En effet, lorsque nous voyons ces malades, ils sont presque toujours porteurs d'une tuberculose pulmonaire avancée et, comme nous ignorons tout de leur état antérieur, il devient impossible de juger, de façon adéquate, les désordres entraînés par l'amiantose. C'est pourquoi nous prétendons qu'il est encore prématuré de vouloir classer cette affection à la lumière de quelques autopsies en ignorant les considérations cliniques.

Il y a environ un an, une décision du Comité de la silicose reconnaissant cette maladie chez un ouvrier, a été contestée par l'employeur, et ce n'est qu'à la mort de ce sujet, à la suite d'une autopsie, qu'il a été possible de le convaincre du diagnostic d'amiantose.

Lorsqu'il existe l'association tubercolose-amiantose, l'on conclut trop rapidement à l'existence d'une tuberculose antérieure, rejetant sur cette dernière tous les troubles fonctionnels. Nous ne nions pas la priorité d'une tuberculose dans certains cas, mais nous ne pouvons admettre que la part de l'amiantose soit négligeable dans l'établissement d'une sclérose ultérieure.

Une solution satisfaisante à ce problème industriel ne m'apparaît pas devoir être obtenue, tant qu'une commission d'étude, indépendante de la politique et des compagnies intéressées, n'aura pas la liberté de s'enquérir des conditions de travail, d'établir une fiche médicale de tous les ouvriers avant leur admission dans cette industrie et de faire des contrôles fréquents de leur état pulmonaire par la suite.

L'on pourrait ainsi éloigner d'un travail dangereux les sujets atteints de tuberculose, et les manifestations pathologiques attribuables à l'amiantose deviendraient d'interprétation plus facile.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Monsieur le Pr Émile Gaumond, en qualité de directeur de la section Médecine et Chirurgie pratiques, *s'emploie depuis cinq ans à reconnaître les actualités médicales et à solliciter les concours utiles à leur diffusion dès que celles-ci passent du stade expérimental à celui de l'application.*

Au moment où les pouvoirs responsables s'apprêtent à intensifier la lutte contre le cancer, il a paru à notre excellent collègue qu'une mise au point de l'acquit pratique dans le domaine de la cancérologie serait opportune.

A cette fin, il a pris l'initiative de recueillir auprès des médecins spécialisés une série d'articles appropriés dont l'ensemble constitue un vaste symposium médical et social sur le cancer.

Ces études seront publiées par tranches dans les 20 prochaines éditions du Laval Médical, *suivant le programme très compréhensif prévu par le Pr Gaumond.*

Nous désirons exprimer la vive satisfaction de la Direction à notre collègue et à tous ceux qui ont concouru à la réalisation de son dessein.

Le Rédacteur.

Programme

MM. les docteurs

Chs Vézina. —	*La lutte contre le cancer.*
Sylvio Leblond. —	*Le cancer à travers les âges.*
Paul Parrot. —	*Mortalité par le cancer dans la province de Québec.*
Louis Berger. —	*Nos connaisances actuelles sur le cancer.*
J.-Édouard Morin. —	*Biopsie, utilité, interprétation.*
Louis Berger. —	*Les maladies précancéreuses.*
A.-R. Potvin. —	*La radiologie dans le diagnostic du cancer.*
Henri Marcoux. —	*La chimie biologique et le cancer.*
Antonio Martel. —	*Cancer et glandes endocrines.*
Marcel Langlois. —	*Cancer chez l'enfant.*
François Roy. —	*Cancer des lèvres, de la langue et du plancher de la bouche.*

Programme (*fin*)

MM. les docteurs

Paul PAINCHAUD. —	*Cancer de la région pharyngo-laryngée.*
Paul POLIQUIN. —	*Cancer de l'œsophage.*
J.-Baptiste JOBIN. —	*Cancer de l'estomac.*
Florian TREMPE. —	*Cancer de l'intestin et des côlons (excluant le cancer du rectum).*
J.-Paul DUGAL. —	*Cancer du rectum.*
Renaud LEMIEUX. —	*Cancer des voies biliaires et du pancréas.*
Roland DESMEULES. —	*Cancer du poumon.*
J.-Louis PETITCLERC. —	*Cancer du sein.*
Oscar GARANT. —	*Cancer de l'utérus et des annexes.*
Nérée LAVERGNE. —	*Cancer des voies génito-urinaires, sauf la prostate.*
Arthur BÉDARD. —	*Cancer de la prostate.*
L.-Philippe ROY. —	*Cancer des os.*
Richard LESSARD. —	*Cancer du sang (leucémie).*
Carlton AUGER. —	*Cancers du système ganglionnaire.*
Jean LACERTE. —	*Cancer des paupières, et de l'œil.*
Émile GAUMOND. —	*Cancers de la peau.*
Charles-A. MARTIN. —	*Tumeurs malignes du cerveau et de la moelle.*
Edmour PERRON. —	*Agents physiques et cancer.*
Jean BOUCHARD. —	*Rœntgenthérapie dans le cancer.*
Léo-R. PAYEUR. —	*Curietbérapie dans le cancer.*

LA LUTTE CONTRE LE CANCER

Le cancer est, sans conteste, une des maladies à laquelle, de nos jours, l'humanité paie le plus lourd tribut.

Il occupe, en effet, au Canada, la deuxième place, précédé seulement des cardiopathies, parmi les maladies qui déciment actuellement notre population. Il y a au delà de 50,000 personnes qui souffrent de cancer et 14,300 en meurent par année.

Contrairement à certaines maladies comme la tuberculose, la syphilis, la diphtérie, etc., dont nous connaissons la cause et que nous pouvons prévenir, il est impossible de faire la prophylaxie du cancer. Du cancer, en effet, nous ignorons tout de la pathogénie et de l'étiologie ; il y a bien les irritations locales et prolongées, l'abus du tabac, la syphilis, le mauvais état des dents qui semblent favoriser la genèse du cancer, mais combien de cancers plus nombreux dont il est impossible de connaître la cause, ou les causes de leurs localisations.

C'est pourquoi, les connaissances actuelles ne permettent pas de prévenir le cancer. Cependant nous pouvons dire qu'il est ni contagieux, ni héréditaire et que, si certaines conditions sont réalisées, nous pouvons le guérir aussi bien qu'une autre maladie.

L'expérience et le temps l'ont démontré.

Si certaines maladies ont une tendance naturelle à la guérison, le cancer, laissé à lui-même, amène fatalement la mort de celui qui en est atteint. Il n'y a, par conséquent, rien à gagner, mais tout à perdre, en retardant le traitement.

Le cancer guérira si le diagnostic et le traitement sont précoces.

Le cancer, à ses débuts, est une *maladie locale* ; si, alors, il n'est pas détruit, il s'étend de proche en proche, puis, par la circulation lymphatique et sanguine envahit l'organisme.

D'un autre côté, si certaines conditions sont bien observées, le cancer guérira dans une forte proportion.

De ces conditions, je voudrais vous entretenir et vous exposer ce qu'il faut faire pour lutter efficacement contre cette terrible maladie.

Nous avons dit que le *cancer, au début, est une maladie locale, c'est à ce moment qu'il doit être diagnostiqué.* Voilà la condition essentielle qu'il ne faut pas oublier, il faut le dire, le redire et le redire encore même si l'on doit être taxé de radoteur.

C'est la première condition du succès qu'on semble oublier trop souvent.

Ce diagnostic fait au début ou le plus près possible du début, il faut savoir qu'il n'y a que deux sortes de traitements effectifs qui ont chacun leurs indications : la chirurgie et les radiations qui comprennent la radiothérapie et la radiumthérapie. Tous les autres traitements proposés sont non seulement inutiles mais nuisibles, car ils font perdre un temps précieux et permettent au cancer d'envahir l'organisme, laissant ainsi passer le moment où la chirurgie et les radiations auraient pu agir avec efficacité.

Il ne faut pas se laisser leurrer par toutes ces médications et remèdes annoncés souvent à grands frais, pommades, injections merveilleuses, qui n'ont d'autre but que de soulager la bourse du pauvre cancéreux.

Ces moyens puissants, chirurgie et radiations, dont nous disposons pour le traitement du cancer, doivent être confiés à des personnes compétentes et à des centres très bien outillés.

C'est Jean-Louis Faure, un maître en chirurgie du cancer, qui disait, en parlant du grand rôle de la chirurgie : « Je ne parle, bien entendu, que pour les cas où la chirurgie se trouve en face d'un cancer opérable qui peut être cerné de toutes parts, au prix, d'ailleurs, d'opérations graves, souvent très difficiles et que peuvent seuls bien exécuter les chirurgiens particulièrement entraînés ».

Les mêmes exigences s'appliquent aux traitements par les radiations qui nécessitent de la part de ceux qui les font, une grande expérience et

des connaissances profondes en médecine, en anatomie pathologique, en physique, etc., que possèdent seulement ceux qui, depuis longtemps, se sont livrés sérieusement à ces études spéciales.

Ces précautions sont absolument indispensables si l'on veut donner aux cancéreux toutes les chances de guérison.

L'ignorance des causes du cancer ne doit pas nous rendre inactifs en présence de ce terrible fléau ; nous devons, au contraire, nous armer, lui faire la lutte qui, si elle est bien conduite, donnera des victoires souvent inattendues.

Les principaux moyens que nous avons de lutter contre le cancer sont : *les recherches scientifiques et le dépistage précoce de la maladie.*

Il faut encourager les recherches scientifiques. L'un des domaines de ces recherches comprend : « La nature, les conditions de développement et de diffusion des maladies cancéreuses chez les êtres vivants et dans l'espèce humaine, les propriétés structurales et biologiques des tumeurs, leur création, leur reproduction et leur modification expérimentales, les altérations de l'organisme prédisposé au cancer et de l'organisme devenu cancéreux : problèmes multiples et ardus auxquels se sont consacrés d'innombrables savants dans tous les pays civilisés. L'intérêt de ces recherches est immense, mais elles sont à longue, très longue portée. Elles importent à la thérapeutique mais beaucoup plus à la prophylaxie ». (Claude Regaud.)

L'autre domaine des recherches scientifiques regarde les moyens de guérison. La thérapeutique chirurgicale, malgré ses progrès considérables n'a pas dit son dernier mot et la thérapeutique par les radiations avance plus rapidement encore. Dans de nombreux cancers elle semble donner de meilleurs résultats que la chirurgie. Les radiations sont certainement appelées à un brillant avenir lorsqu'on connaîtra mieux leurs propriétés et les réactions des tissus normaux et pathologiques à leur égard. Par la recherche, les techniques actuelles se perfectionneront et de nouvelles techniques seront découvertes si nous possédons des laboratoires et des travailleurs à l'esprit vraiment scientifique.

Toutes ces armes puissantes que nous avons et qui peuvent guérir radicalement le cancer ne peuvent agir qu'à une condition, sur laquelle

nous nous permettons d'insister de nouveau : *il faut faire le diagnostic précoce du cancer, lorsqu'il est une lésion locale, à ses débuts.*

Que faut-il faire pour réaliser cette condition importante?

Le dépistage du cancer. Le médecin et l'infirmière seront les principaux agents de ce dépistage.

L'étudiant en médecine, le futur médecin dont le rôle sera primoridal dans la lutte contre le cancer, de même l'infirmière que le malade consultera souvent avant le médecin, doivent recevoir un enseignement adéquat et les directives claires et précises du travail qu'ils auront à accomplir. Nous sommes même d'avis que nos Facultés de médecine devraient fonder des chaires de cancérologie.

Les médecins, souvent très pris par leurs nombreuses occupations, n'ont pas toujours le temps de lire tout ce qui se publie sur les progrès réalisés dans le diagnostic et le traitement du cancer. Il faudra les convier à des leçons et des cliniques sur le cancer qui se feront à la Faculté et surtout dans les hôpitaux.

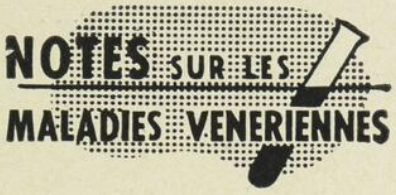
Les médecins pourront alors faire l'éducation du public, lui dire, surtout, les signes du début des différentes localisations cancéreuses. Cette éducation se fera par des conférences, par la radio, et à l'aide de tracts, le cinéma sera aussi un excellent moyen de vulgariser les notions que le public doit connaître. Des ligues anticancéreuses seront formées.

Le cancer est une maladie sociale. C'est le devoir de tous les citoyens de s'unir pour lutter efficacement contre lui. Il faut que tous les cancéreux puissent se faire traiter.

Si nous le voulons tous, rien ne nous empêchera de réussir dans cette lutte et d'obtenir des résultats comparables à ceux de certains centres anticancéreux, celui de Stockholm en particulier, qui est un modèle d'organisation et dont les statistiques montrent un pourcentage de 38.5% de guérisons après cinq ans.

Soyons tenaces et constants dans la lutte et nous réussirons à « tuer le cancer avant qu'il nous tue ».

Chs VÉZINA, F.R.C.S.(C.),
Doyen de la Faculté de médecine.



Pour prévenir la propagation

des maladies vénériennes à la population civile,

par les anciens combattants de la deuxième guerre mondiale

Les forces armées canadiennes ont pris les mesures suivantes pour empêcher que les membres des forces armées, mis à leur retraite ou libérés du service, ne propagent les maladies vénériennes à la population civile du Canada.

1. *Recherche des cas de syphilis :*

Tout membre de la Marine, de l'Armée ou de l'Aviation qui est mis à la retraite ou libéré subit une épreuve sérologique pour la syphilis. Pour assurer l'observation ultérieure, les noms de ceux qui ont présenté une épreuve sérologique positive ou douteuse pour la syphilis, sont alors communiqués à la Division des maladies vénériennes du ministère de la Santé dans la province où l'ancien militaire a l'intention d'habiter.

2. *Pour prévenir la propagation des maladies vénériennes :*

Les membres de la Marine, de l'Armée et de l'Aviation, chez qui l'on constate une maladie vénérienne sous une forme contagieuse au

moment de leur examen médical avant leur mise à la retraite ou leur libération, sont gardés dans le service jusqu'à ce qu'ils aient reçu le traitement qui s'impose pour rendre leur infection non communicable.

3. *Appréciation de chaque infection syphilitique :*

Tous les membres de la Marine, de l'Armée ou de l'Aviation qui ont des antécédents d'infection syphilitique, contractée avant ou durant leur service, subissent un examen médical complet en vue d'une appréciation de leur infection syphilitique. Un résumé de leur cas est alors soumis à la Division des maladies vénériennes du ministère de la Santé dans la province où ils ont l'intention d'habiter. Par conséquent, ce résumé peut être communiqué par le ministère provincial de la Santé à tout médecin consulté par un ancien militaire pour plus amples traitements, observation et/ou surveillance d'une infection syphilitique déjà traitée par les médecins des forces armées.

REPÉREZ LES CONTACTS

SIGNALEZ TOUS LES CAS AUX AUTORITÉS

LA LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE

ÉVOLUTION
DE LA LUTTE AUX MALADIES VÉNÉRIENNES
DANS LA VILLE DE QUÉBEC (1)

par

Émile GAUMOND

Professeur de dermato-syphiligraphie à l'Université Laval

et

Marguerite HÉBERT

Assistante au Service médico-social, ministère de la Santé de la province

L'évolution peut se définir, d'après le dictionnaire, une série de transformations successives. C'est bien, en effet, de transformations et de transformations successives que nous avons l'intention de vous entretenir. Nous ne vous parlerons, toutefois, que des changements survenus dans la lutte aux maladies vénériennes dans la seule ville de Québec.

(1) Ce travail a été préparé en 1944 et devait être présenté lors du Congrès des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord d'abord en 1944, puis en 1945. Les seuls changements apportés ont trait aux statistiques. Présenté devant la Société médicale de Québec à sa séance du 14 décembre 1945.

Disons tout d'abord que cette lutte aux maladies vénériennes, dès ses débuts, qui remontent assez loin, jusqu'à nos jours, a toujours été entreprise, soutenue et dirigée par le ministère de la Santé de la province ; qu'elle a reçu, par intervalles, le support des autorités fédérales ; qu'elle s'est appuyée, et peut encore compter sur la collaboration et la coopération d'organismes et d'associations divers ; enfin, qu'elle est assurée de l'aide morale, active et précieuse des autorités religieuses comme nous le verrons dans un instant.

Il n'est pas dans notre intention de vous redire ici les symptômes, les dangers, les conséquences ou même le traitement en détail des maladies vénériennes. Notre étude s'en tiendra à vous rapporter les changements survenus tant dans l'enseignement à la Faculté que dans les hôpitaux et dans certains organismes para-médicaux. Nous vous présenterons ensuite une étude comparative de la statistique de ces mêmes maladies dans les différents dispensaires de la ville, et nous terminerons par certaines suggestions que nous croyons utiles à la lutte entreprise.

Les maladies vénériennes constituent une véritable plaie sociale ; elles atteignent les individus surtout dans leurs jeunes années ; elles évoluent à bas bruit ; elles sont très contagieuses à leur début ; la syphilis, la plus terrible de ces maladies, est ou peut être héréditaire quand elle n'est pas suffisamment traitée ; la syphilis, encore, peut ne se manifester que par une déchéance physique ou psychique survenant plusieurs années après le début, comme elle peut aussi aider au développement de troubles organiques sérieux et même mortels.

Il n'est pas glorieux, comme le dit Spillmann, d'engager le combat contre les maladies vénériennes. Leur prophylaxie ne se voisine pas devant l'opinion publique avec la tuberculose ou l'alcoolisme. L'adolescent ignore souvent tout de l'hygiène sexuelle, apprenant trop souvent, à ses dépens malheureusement, les maladies de ces organes avant d'en connaître les fonctions ; le public adulte n'est pas encore assez renseigné sur leur importance, malgré qu'il y ait progrès de ce côté ; enfin, le public médical lui-même ne porte pas toujours une attention suffisante à ces questions qui sont pourtant de première importance.

Les années qui viennent apporteront, nous l'espérons, les changements désirés et si désirables ; mais, puisque nous devons vous entretenir de l'évolution de la lutte aux maladies vénériennes, repassons ensemble les transformations qui se sont produites depuis leur apparition au pays de Québec jusqu'à nos jours.

La première manifestation d'organisation sanitaire : campagne d'éducation et lutte contre la syphilis, au pays, s'est produite lors de l'épidémie connue sous le nom de la « maladie de la Baie Saint-Paul ». Badelar et, après lui, Bowman, furent chargés, par les gouverneurs du temps, de faire enquête dans toutes les paroisses, d'y voir les cas de syphilis, qui, sur une population de 120,000 âmes, se chiffraient à 5,000, d'y traiter les malades et de faire rapport au gouvernement. Il est même intéressant de constater, comme l'écrivait le Dr A. Vallée, « combien les pouvoirs se préoccupèrent de cette lutte antivénérienne, puisque, dans un mandement de l'évêque de Québec, Mgr Briand, il est fait allusion au concours que doivent prêter les ecclésiastiques dans cette organisation si moderne ».

Deux ans plus tard, soit le 12 avril 1875, dans un autre mandement, de Mgr d'Esglis cette fois, celui-ci insistait davantage sur cette question. Cette lettre circulaire aux curés est tellement intéressante par tout ce qu'elle contient qu'elle mérite d'être citée en entier.

« LETTRE CIRCULAIRE
AU SUJET DE LA MALADIE DE LA BAIE ST-PAUL
ET DES RÉGISTRES.

« *Monsieur,*

Il y a deux ans que M. Briand, notre illustre prédécesseur, vous écrivit une lettre circulaire à la prière de Son Excellence le général Haldimand, pour vous exhorter à concourir aux vues du Conseil législatif qui s'était proposé et se propose encore d'extirper de la province le mal appelé « de la Baie St-Paul ».

Ces premières démarches n'ont pas été soutenues ; mais, cette année, les mesures sont prises de manière à faire espérer une prompte extirpation de ce funeste fléau. Plusieurs exemplaires d'un imprimé concernant cette maladie vous seront adressés avec des remèdes dont vous distribuerez une partie dans les différents quartiers de votre paroisse, pour que les malades qui voudront être inconnus puissent y avoir recours.

Suivra, peu après cet envoi, un médecin intelligent, choisi par l'autorité qui doit visiter les malades dans chaque paroisse. Tout cela doit se

faire aux frais du gouvernement qui paiera jusqu'au port des lettres qui concerneront cet objet. Tant de générosité doit fortifier de plus en plus l'attachement à un gouvernement si attentif. Elle mérite surtout beaucoup de reconnaissance envers notre Honorable Lieutenant-Gouverneur dont on peut dire que ce projet d'humanité est l'ouvrage.

Nous espérons que vous concourrez de votre mieux à le faire réussir. Ce que la charité pastorale et l'humanité vous suggèrent en cette occasion et ce que nous vous enjoignons c'est :

1. *D'exhorter votre peuple à ne pas négliger une si favorable occasion d'exterminer en peu de temps de la paroisse un fléau si facile à extirper dans son principe mais si affreux dans ses effets si dommageable au commerce et à la société ; si à craindre pour ceux qui voyagent et peut-être même si dangereux dans certaines fonctions du ministère.*
2. *De porter les malades et même de les obliger à déclarer leur mal dont les suites peuvent être si funestes à leur postérité, sauf à eux d'user des moyens de prudence que suggère l'imprimé.*
3. *De leur expliquer les termes du dit imprimé qu'ils n'entendraient pas, de les visiter, s'il le faut, dans leur maladie, pour les consoler et leur donner les détails que vous croirez les meilleurs dans les différents accidents qui surviendront.*

L'Honorable Lieutenant-Gouverneur désirerait aussi que vous tinssiez une note fidèle du nombre de malades qui seront guéris (et on ne doute pas qu'ils ne guérissent tous s'ils s'astreignent au régime) en marquant non pas le nom, mais l'âge de chacun et le degré de la maladie où il était parvenu. Ces notes s'adresseraient à M. le docteur Bowman à Québec ; c'est lui qui doit visiter les paroisses. Nous ne doutons pas que vous n'accueilliez favorablement et que vous ne lui communiquiez toutes les connaissances utiles pour remplir la fonction dont il est chargé. »

(signé) L. PH.,
évêque de Québec.

A Saint-Pierre, Ile d'Orléans, 12 avril 1785.

Cette lettre se passe de commentaires. Les conseils, les avis, les façons de procéder sont encore à la page. En effet, il y est question de déclaration obligatoire de la maladie de la Baie Saint-Paul, la syphilis, de la distribution gratuite des médicaments, du respect de l'incognito du malade, de la statistique, etc.

Il est même fait mention des suites de cette maladie qui peuvent être si funestes à la postérité. Cette notion était d'ailleurs connue depuis quelque temps puisque Swediaur en parle dans la troisième édition de son livre, publié en 1787.

La maladie de la Baie Saint-Paul ne disparut pas brusquement malgré toutes ces mesures ; on ne sait trop quand elle cessa, mais au

début du xx^{e} siècle, on la soupçonnait encore d'être non pas la cause immédiate mais lointaine de certains troubles chez les habitants de la région. Il faut arriver à 1920 pour constater que, antérieurement à cette date, il n'y eut aucune autre organisation antivénérienne dans notre province.

Les hygiénistes, lors de la première grande guerre, se sont rendu compte de l'étendue de la syphilis et, après la démobilisation, ils ont réalisé qu'il fallait procurer au grand nombre de soldats infectés de syphilis et dont le traitement avait été commencé dans l'armée, les moyens de le continuer dans la vie civile. A cette fin, il y eut, en 1919, une grande réunion à Washington, *The all American Conference on Venereal Diseases* des hygiénistes du Canada et des États-Unis, et le résultat de cette conférence fut le point de départ d'une grande campagne contre les maladies vénériennes dans les deux pays.

Des octrois furent votés, en 1920, par le gouvernement fédéral à toutes les provinces, et c'est au cours du Congrès des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Québec en septembre 1920, il y a donc 25 ans, que fut inaugurée la campagne antivénérienne dans notre province.

A cette occasion, un dispensaire fut ouvert au public dans une maison appartenant à l'Hôtel-Dieu et voisine de cet hôpital. Les facilités de laboratoire furent en même temps mises gratuitement à la disposition des médecins.

Quelques années plus tard, ce dispensaire se transporta à l'Hôtel-Dieu même et, à ce moment, il était le seul de la ville. Dans les années qui suivirent, d'autres hôpitaux furent érigés avec, dans chacun, un dispensaire pour les vénériens.

Les médecins du dispensaire antivénérien furent d'abord rémunérés mais, rapidement, cette rémunération fut supprimée, le gouvernement fédéral ayant diminué puis cessé de fournir les octrois aux provinces pour l'entretien de ces dispensaires.

Un grand nombre de vénériens ont bénéficié, à cette époque et pendant près de vingt ans, des soins et traitements que leur a prodigué un personnel médical travaillant bénévolement à soulager les misères de ses semblables. Si, actuellement, des médecins de dispensaires anti-

vénériens sont quelque peu rémunérés, mais pas dans tous les hôpitaux, il est convenable que l'on sache que, pendant plus de quinze ans, ils ont fait ce même travail gratuitement.

Alarmés par l'extension que prenait la syphilis, 20% de cas rapportés en 1939 de plus que l'année précédente, des médecins, appuyés par toutes les organisations qui ont à cœur l'intérêt public et par les autorités religieuses, comme en 1785, firent campagne en 1940 pour obtenir de nos législateurs une loi comme en avaient toutes les autres provinces du Canada, afin de lutter plus efficacement contre un fléau qui devenait menaçant.

Cette loi, dite « Loi pour prévenir les maladies vénériennes », a été votée par l'Assemblée législative de Québec en mars 1941. Il ne nous appartient pas — nous en serions incapables d'ailleurs — de vous dire les résultats qu'elle a donnés dans la province, mais nous savons qu'à Québec, par le seul fait de son existence, elle a permis une amélioration dans la lutte aux maladies vénériennes.

Une véritable et efficace transformation de la lutte antivénérienne a donc commencé en 1940-41. Cette rénovation de la lutte a débuté et se continue dans des conditions difficiles, car la guerre a imposé à notre ville, comme partout ailleurs, des changements économiques, matériels et moraux qui l'ont un peu transformée. Il y a par exemple de 11,000 à 12,000 ouvriers ou ouvrières qui travaillent dans les usines de munitions et de 6,000 à 7,000 hommes en service militaire permanent ou passager au camp de Valcartier.

Malgré cela ou à cause de cela, nous avons cru qu'il était important de faire quelque chose, même si les conditions actuelles ne nous permettaient pas de réaliser tout le programme tracé.

Nous avons été encouragés et nous avons reçu le support de la Division des maladies vénériennes, de son directeur et de ses adjoints. Nous avons reçu aussi l'appui précieux de l'honorable ministre de la Santé comme de son sous-ministre.

Le programme de la lutte antivénérienne à Québec depuis 1940 a été ainsi conçu :

1° Organisation d'un enseignement adéquat de dermato-syphiligraphie à la Faculté de médecine ;

2° Organisation ou réorganisation de dispensaires avec Service médico-social attaché à chaque hôpital ;

3° Organisation d'un Service de relations extérieures en coopération avec les autorités militaires, policières, des prisons, de la Cour juvénile, de l'Assistance maternelle, etc.

Toute cette organisation fonctionne sous la direction du professeur de dermato-syphiligraphie, aidé de deux médecins et de quatre infirmières dont deux sont des infirmières hygiénistes, le tout formant ce que l'on peut appeler un centre antivénérien.

Nous avons cru qu'en premier lieu les futurs médecins devaient être bien instruits sur les maladies vénériennes, non seulement de leur traitement mais aussi de leur prévention et de leur aspect social.

Le cours de dermato-syphiligraphie se donne en 30 leçons au lieu de 20 comme autrefois, avec projections de photographies en couleur, prises à Québec, pour illustrer les différents cas. Douze leçons sur les trente sont consacrées à l'étude des maladies vénériennes et à leur traitement.

Cinq leçons sont données, en plus, sur la prévention de ces mêmes maladies, formant un total de trente-cinq leçons consacrées à l'étude de cette spécialité. Ces leçons de prévention font partie de l'enseignement de l'hygiène qui s'échelonne maintenant sur les cinq années du cours de médecine et sont partie intégrante de la réorganisation du cours d'hygiène de la Faculté. Dans ces cinq leçons, il n'est pas question du traitement des maladies vénériennes mais uniquement de leur prévention et de leur aspect médico-social.

La première leçon porte sur la contagion habituelle et accidentelle, les moyens de prévention, la prophylaxie pour la personne saine et pour la personne malade.

Dans la deuxième leçon, la prostitution est étudiée. On insiste surtout sur la prostitution clandestine, la grande pourvoyeuse des maladies vénériennes. Mentionnons, en passant, que la prostitution tolérée n'existe plus à Québec depuis décembre 1943.

La leçon suivante est consacrée aux moyens de lutte antivénérienne aussi bien en temps de guerre qu'en temps de paix.

La quatrième leçon traite du Service médico-social, service indispensable à une organisation antivénérienne bien comprise et efficace.

La dernière leçon est consacrée à la syphilis congénitale ou héréditaire dont l'intérêt, au point de vue social, prend de plus en plus d'importance. La nécessité d'un examen sérologique pour toute femme enceinte est mise en lumière, examen sérologique que l'on conseille de faire par ailleurs à toute personne se soumettant à un examen médical. On insiste enfin sur l'importance de l'examen prénuptial.

Ce dernier cours, de cinq leçons, de prévention des maladies vénériennes se donne depuis plus de trois ans et, en plus de l'intérêt particulier qu'il présente, il ne semble pas qu'il soit donné ailleurs au Canada.

Les étudiants en médecine doivent, en plus, faire un stage de six à huit semaines dans le Service de dermato-syphiligraphie, à l'Hôtel-Dieu, pendant lequel ils fréquentent les dispensaires antivénériens. Une clinique spéciale leur est donnée deux fois par mois pendant toute la durée de l'année académique.

Les différents dispensaires sont encore ouverts aux médecins, où ceux-ci peuvent se procurer les renseignements qu'ils désirent concernant le traitement particulier de leurs malades.

Grâce à la coopération que nous accordent les autorités militaires en retour de notre collaboration, nous pourrons, de nouveau cette année, rendre plus vivant encore le cours sur les maladies vénériennes donné aux étudiants, par la projection d'un film en couleur très bien monté et très à point. Ce film, qui pourrait très bien faire partie de la cinémathèque de la division des maladies vénériennes, ajoutera à l'intérêt que portent habituellement les étudiants à cette question (1).

Cette première série de transformations a donc porté sur l'enseignement à la Faculté. La seconde a porté sur le Service médico-social qui constitue, pour le traitement des vénériens, un organisme absolument indispensable. Cette transformation qui, pour le district de Québec, a été une création, s'est opérée il va sans dire dans les hôpitaux, plus spécialement dans les dispensaires antivénériens, mais s'est aussi étendue ailleurs.

---

(1) Ce désir est maintenant une réalité car une copie française de ce film est maintenant disponible.

Tel que déjà dit, les cliniques antivénériennes étaient organisées d'une façon active depuis plusieurs années et le traitement de la syphilis était assuré aux Services d'hospitalisation et à la consultation externe. Toutefois, si les malades syphilitiques recevaient tous les soins médicaux que nécessitait leur état, il était difficile de les surveiller, de les contrôler, de les faire venir régulièrement au traitement et de s'intéresser à leurs familles. Pour remédier à ces graves inconvénients, le ministère de la Santé et du Bien-Être social de la province créa, en 1940, le poste d'une infirmière exclusivement attachée au Service social affecté à la lutte antivénérienne.

Ce Service social, devenant une partie constituante de la clinique antivénérienne, apportait cette transformation qui permit à l'assistante sociale ou l'infirmière spécialisée, de venir en aide aux patients syphilitiques, de préciser les origines de leur mal, d'essayer d'en limiter les conséquences familiales et sociales et de participer, d'une manière effective, à la lutte et à la prévention des maladies vénériennes.

Il a été institué à la demande de l'un de nous (Dr Émile Gaumond), et fonctionne avec succès à l'Hôpital du Saint-Sacrement depuis le 1er juillet 1940. Dès le 15 octobre 1941, il s'étendait à l'Hôtel-Dieu de Québec, hôpital bien situé, en plein centre de la ville et au point le plus dense de la population. A cette même date, il était aussi établi au Refuge Notre-Dame-de-la-Merci, ou prison des femmes de Québec. Au cours de l'été 1942, le dit Service se prolongeait à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et au *Jeffery Hale Hospital*. En janvier 1943, il se ramifiait jusqu'à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.

Jusqu'en 1940, le traitement de la syphilis était un problème médical. Avec l'organisation d'un Service médico-social, nécessairement, il devait changer de caractère selon d'autres conditions et d'autres vues. Nous avions compris que le point vital du succès de tous nos efforts dépendait de notre vision du problème à travers les yeux du patient atteint du mal vénérien et que ce patient devenait le partenaire le plus important dans notre lutte.

Jusqu'à ce jour, trop souvent hélas, le patient a été celui qui pouvait nous dire pourquoi le mal vénérien a pris des proportions alarmantes, parce que c'est lui-même qui abandonne son traitement, c'est lui encore

qui donne un faux nom ou change d'adresse, c'est lui toujours qui fait d'autres victimes. Il pouvait se jouer de notre travail, éluder nos soins, annuler nos efforts, laisser nos salles de cliniques vides, bref, rendre inopérante la loi des maladies vénériennes, si le Service social n'était pas venu pour comprendre ce qu'il veut, ce qu'il craint, ce qu'il pense, ce que signifie pour lui un diagnostic de syphilis.

Le Service social doit donc comprendre la nature et le caractère du malade vénérien et ne considérer qu'au second plan le mal dont il souffre ; ce qui l'intéresse, c'est un être humain qui réclame, à côté des soins médicaux, de la bonté, de la compréhension et, souvent, de l'assistance sociale et même économique.

Plusieurs d'entre vous ont déjà une idée du fonctionnement de notre Service médico-social et ont su apprécier notre collaboration au programme élaboré en vue de prévenir la dissémination du mal vénérien, en comprenant notre rôle qui est aussi le vôtre, MM. les médecins, vis-à-vis les maladies vénériennes, c'est-à-dire sauver de l'infection les individus sains, retracer les sources d'infection et les contacts, en les amenant à l'examen, garder tous les patients infectés sous traitement jusqu'à ce qu'ils soient devenus non-contagieux, éviter la tragédie des foyers où la syphilis atteint innocemment la mère et l'enfant.

Toujours présent à l'esprit le but de notre organisation, examinons brièvement quelques points stratégiques de notre lutte, de nos efforts quotidiens, et considérons ensemble les principales fonctions de l'assistante sociale à la clinique antivénérienne.

1° L'assistante sociale doit surveiller la régularité du traitement des malades vénériens. Cette surveillance demande la révision et la mise à jour continues des dossiers des patients et constitue sans doute un facteur important du succès du Service médico-social dans une clinique antivénérienne. Toutefois, le facteur le plus important est encore celui de l'éducation du patient. Le malade vénérien est avant tout l'agent de sa propre guérison, par une collaboration étroite et bien comprise à son traitement médical. Il est donc de première nécessité de l'instruire de la nature et des conséquences de sa maladie ainsi que des responsabilités individuelles, familiales ou sociales que crée sa maladie. C'est au médecin qu'il appartient de donner ces instructions, mais l'assistante

sociale doit les compléter au cours d'une première entrevue ou les subséquentes, selon le cas, avec son patient, essayant en même temps de comprendre les réactions du patient vis-à-vis sa maladie, recherchant les facteurs sociaux ou familiaux ou même personnels qui semblent ou peuvent l'empêcher de venir régulièrement à la clinique.

2° L'assistante sociale doit contribuer à la recherche de l'origine des contaminations et à l'examen des contacts. Le patient infecté peut devenir un bienfaiteur pour la santé publique, selon la manière dont le médecin ou l'assistante sociale sait l'intéresser à la question, le convaincre de l'importance des informations qu'il peut donner concernant les circonstances de son infection. Dans combien de cas n'avons-nous pas vu un patient tirer parti de son malheur et apporter sa large contribution à la santé future de ses semblables, en donnant avec franchise et précision les informations nécessaires à la recherche des sources et des contacts et se libérer du fardeau terrible de ses responsabilités.

Dans ces démarches, rien ne doit être brusqué. Tout entretien doit être confidentiel et strictement privé. La conduite dans ces enquêtes varie avec la collaboration du malade qui est toujours renseigné du but principal de l'investigation qui est d'empêcher de nouveaux cas de contagion ou d'atteindre une personne malade qui ignore peut-être son mal.

Puissions-nous associer le patient à notre tâche en le mettant en pleine possession et en pleine conscience de sa dignité humaine et de la solidarité sociale des individus, nous réussirons à tarir dans le plus bref délai possible des foyers sans nombre d'infection.

Nous avons cru et nous croyons encore qu'une bonne organisation antivénérienne doit s'étendre en dehors du milieu hospitalier. Les maladies vénériennes constituent, nous l'avons déjà dit, une plaie sociale et, comme telle, doivent être considérées en rapport avec la société tout entière.

Le malade vénérien n'est pas, comme certains semblent le croire, le pauvre, l'indigent, le peu fortuné ; ce peut être aussi bien l'individu de condition moyenne, le bourgeois, l'homme fortuné, en somme ce peut être Monsieur-tout-le-monde. C'est quelquefois un malheureux, un déshérité, un laissé pour compte ; c'est assez souvent un jeune inexpérimenté ou un individu qui se croit encore jeune, célibataire ou marié,

d'esprit brillant ou simplement intelligent, qu'un alcoolisme aigu, occasionnel ou non mais toujours stupide, a momentanément dérouté ; c'est toujours un humain comme nous qui cherche de la sympathie et qui en a besoin, car il est souvent plus à plaindre qu'à blâmer. Ce peut être un enfant, infirme, mal bâti ou peu intelligent qui n'a pas demandé à recevoir en héritage la syphilis.

Pour toutes ces raisons et pour bien d'autres encore, nous avons cru qu'une organisation antivénérienne ne devait pas seulement s'occuper de traitement ni même de ramener au traitement les récalcitrants mais devait, dans la mesure de ses moyens, pousser plus loin et plus avant ses activités.

Il y a près de cinq ans maintenant qu'une assistante sociale fait des prises de sang pour le Bordet-Wassermann à toutes les femmes qui consultent à la clinique prénatale de l'Assistance maternelle et, fait plus important, s'occupe de diriger vers les dispensaires les femmes, les enfants ou les familles trouvés malades.

Sur la demande de la Division des maladies vénériennes, l'examen et le traitement des femmes atteintes de ces maladies, à la prison des femmes, se fait sous notre direction. Une assistante sociale y est aussi attachée. Depuis la fin de l'année 1941, ceci a permis de mettre sous traitement un nombre considérable de femmes qui y ont été détenues. De plus, ces prisonnières malades, à leur sortie, sont dirigées par l'assistante sociale soit vers leur médecin, soit vers les dispensaires où elles doivent continuer à suivre régulièrement leur traitement.

Le même Service, sous la même direction, et avec toujours une assistante sociale, opère depuis plus de deux ans à la prison des hommes.

Il serait souhaitable que des personnes bien entraînées et bien au courant de ce qu'on nomme le Service social soient attachées en permanence aux prisons et puissent, de cette façon, travailler au relèvement, non pas de toutes les personnes détenues, mais de celles pour lesquelles il y a des chances de succès.

Nos relations avec l'armée sont excellentes, fréquentes et fructueuses. Les chiffres de l'incidence des maladies vénériennes pour le district militaire dans lequel est comprise notre ville démontrent bien les heureux résultats qu'a donnés cette collaboration.

Nous recevons de l'armée toutes les plaintes concernant les maladies vénériennes. La recherche des sources de contagion ainsi mentionnées commence dès la réception de la plainte et chaque fois, ou presque, lorsqu'un nom nous est indiqué ou une caractéristique bien descriptive est donnée, nous amenons cette personne à subir un examen et un traitement, le cas échéant, chez son médecin ou au dispensaire. Nous avons un *slogan* pour ainsi dire : « Donnez-nous un nom et nous ferons le reste ».

Ce travail est fait par les assistantes sociales seules ou aidées par le Service social de police dans les cas difficiles.

Cette façon de procéder n'est pas également prisée de tous. Pour ce qui est de nos confrères, il en est quelques-uns, trois ou quatre, qui se refusent à accepter l'idée de cette recherche des sources de contagion. Ce travail, pourtant, est fait avec discernement, tact et discrétion par les assistantes médico-sociales ; il constitue une aide très utile et ne peut que rapporter des dividendes aux médecins qui y ont recours. Plusieurs confrères demandent régulièrement l'aide de ce Service soit pour ramener leurs malades au traitement, soit pour faire examiner la personne source de contamination, et ils s'en trouvent très bien.

Nous tenons à le répéter : l'aide et l'appui de tout le personnel du Centre antivénérien sont de nouveau offerts à tous ceux qui veulent coopérer ; ils en tireront sûrement profit et satisfaction.

Nous avons signalé plus haut que, dans les cas difficiles de recherches, nous étions aidés par le Service social de la Sûreté municipale. C'est qu'alors, la source de contamination est une prostituée reconnue ou difficile à retracer.

En février 1942, lors d'une réunion convoquée par les autorités militaires pour étudier le problème des maladies vénériennes, l'un de nous suggérait l'idée que, si notre organisation pouvait compter sur les services d'un policier, pour nous aider dans les cas difficiles de recherches chez les prostituées clandestines, la lutte en serait facilitée. La réunion était à peine terminée que le chef de police du temps, que cette question avait toujours intéressé au plus haut point, mit à notre disposition un de ses hommes les plus avertis. Depuis trois ans et demi, cette colla-

boration médico-policière, qui se fait discrètement et sans heurts, donne des résultats des plus appréciables.

Il en intéressera sans doute plusieurs de savoir comment les choses se passent. Nous répétons que, depuis décembre 1943, il n'existe plus de prostitution tolérée à Québec, et que les maisons notoirement connues autrefois comme « maisons de passe » ont fermé leurs portes et qu'elles sont à date restées fermées (1). Cette mesure énergique et très effective prise par la Ville de Québec a été suivie par la Ville de Montréal, au début de l'année dernière. Disons encore qu'il n'y a pas eu de meurtre passionnel à Québec depuis et que les attentats à la pudeur ou les délits sexuels n'ont pas été à l'état épidémique.

Les choses se passent donc comme ceci : plusieurs plaintes nous viennent concernant la même personne rencontrée tantôt dans un restaurant, tantôt dans un autre ou encore dans un petit hôtel ou maison de chambre de réputation plus que douteuse. L'assistante sociale est incapable de retracer cette source de contagion, alors le Service social de la police est prévenu. Un mandat de vagabondage est émis, la femme est amenée à l'Hôtel-de-Ville et examinée séance tenante par le médecin de la police, le Dr R. Gagnon. Elle est ensuite dirigée au Refuge Notre-Dame-de-la-Merci où, de nouveau, elle est examinée : prélèvement, Bordet-Wassermann et examen clinique.

La détenue trouvée malade cliniquement est condamnée, par les recorders, qui participent ainsi à la lutte antivénérienne à Québec d'une façon pratique et active, à un mois de prison s'il s'agit de gonorrhée, et à trois mois s'il s'agit de syphilis contagieuse. Dans l'intervalle les résultats de laboratoire nous parviennent et un ordre d'isolement est demandé à la Division des maladies vénériennes pour la même durée que la condamnation. La malade — la prison des femmes est devenue en effet, depuis quatre ans, plutôt un hôpital qu'une prison pour la majorité des détenues — la malade, à sa sortie, est dirigée chez son médecin ou au dispensaire et est suivie de façon particulièrement attentive par l'assistante sociale, en vue de la régularité de son traitement ultérieur.

---

(1) La guerre étant terminée, il est nécessaire que les autorités concernées aient l'œil ouvert, car des signes avant-coureurs semblent indiquer qu'une « récidive » sous une forme différente ou déguisée est possible.

Cette façon de procéder, unique au Canada, croyons-nous, est considérée par quelques-uns comme offrant des dangers. Peut-être peut-on difficilement la réaliser ailleurs, mais ici, à Québec, cette collaboration médico-policière a sûrement donné de beaux résultats et nous sommes encore à recevoir une plainte qu'elle ait dépassé l'objectif visé ou qu'elle se soit accomplie de façon indiscrète.

Ce travail médico-social antivénérien s'étend davantage. Nous sommes en relations constamment avec : la Cour juvénile de Québec, l'Assistance aux familles des combattants, le Service familial, le Bureau des allocations supplémentaires, le Service social de l'arsenal Saint-Malo, la Commission d'assurance-chômage, le Bureau d'enrégistrement à l'Arsenal de Québec, l'École de réforme des filles, etc.

Voici maintenant quels sont les chiffres de l'incidence des maladies vénériennes dans la région militaire n° 5 qui s'étend, comme l'on sait, de Trois-Rivières à Gaspé et comprend la côte Nord et l'île d'Anticosti. Ce tableau de la fréquence des maladies vénériennes, syphilis et gonorrhée par mille hommes, dans la région militaire n° 5, provient de la compilation de chiffres déjà publiés et de ceux que nous recueillons au centre antivénérien de Québec, lorsque les déclarations de maladies vénériennes y sont faites par les autorités militaires. (Tableau I.)

L'amélioration est facile à constater et le tout se passe de commentaires. Disons, toutefois, puisqu'il ne nous est pas permis d'en dire davantage, que la région militaire de Québec, qui, en 1940, avait le taux d'incidence de maladies vénériennes le plus élevé de tout le Canada a maintenant un taux très bas qui se compare avantageusement avec les autres districts et est même nettement inférieur à certains.

Constatons, enfin, que si l'incidence des maladies vénériennes dans la région militaire n° 5 — incidence qui comprend non seulement la syphilis mais aussi la gonorrhée — a diminué dans de telles proportions, ceci est aussi l'indice d'une baisse de ces mêmes maladies dans la population civile puisque les militaires, soldats, marins ou aviateurs, contractent ces maladies dans la presque totalité des cas de malades civils.

Ce résultat est dû à un ensemble de coopération et de collaboration de la part des autorités militaires, judiciaires, policières et aussi médicales

particulières ou des hôpitaux renforcés d'un Service médico-social effectif fonctionnant sous les auspices du ministère de la Santé de la province.

Il y a deux ans, nous pouvions citer les chiffres fournis par la clinique des donneurs de sang. Il nous est impossible de le faire cette fois pour la bonne raison qu'on ne fait plus de Bordet-Wassermann aux personnes qui s'y présentent. Nous n'avons pas à juger, mais nous considérons la chose comme regrettable, la clinique des donneurs de sang constituant un bon centre de dépistage.

TABLEAU I

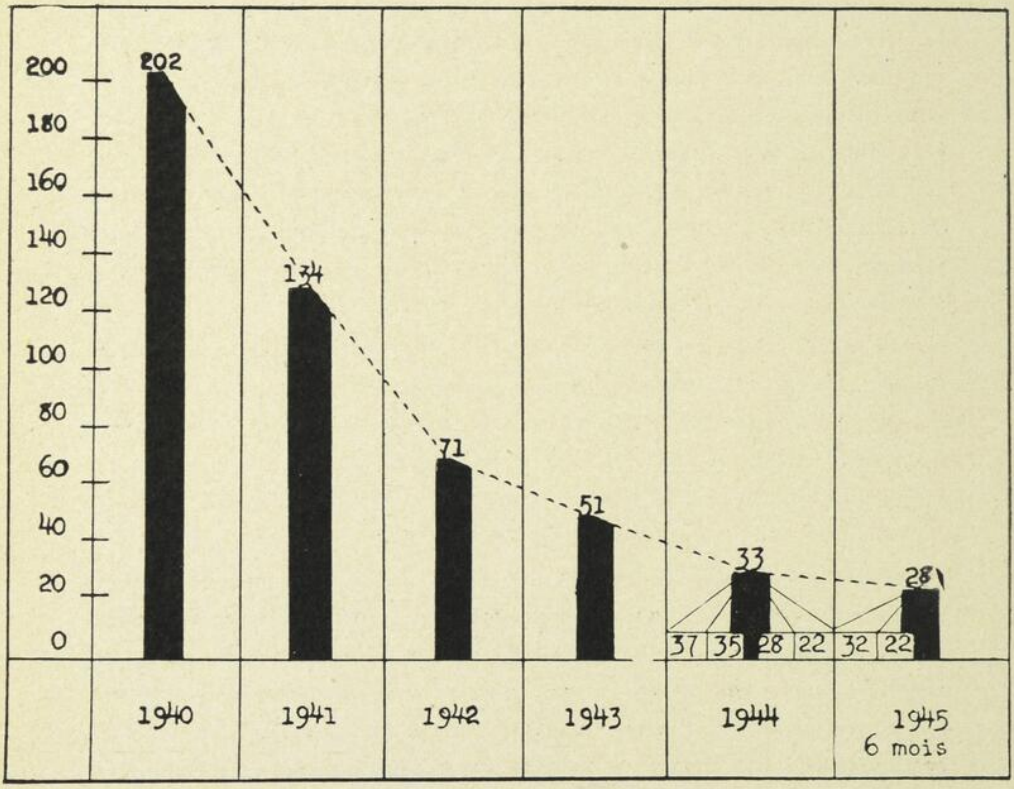


Tableau de la fréquence des maladies vénériennes dans le district militaire n° 5. — Taux par mille hommes

Puisque nous sommes dans les statistiques, voyons celle du centre antivénérien de Québec. (Tableau II.) Il nous a été impossible, cette année, de répéter l'enquête que nous avons faite il y a deux ans auprès des médecins ayant traité des vénériens.

Le centre antivénérien de Québec comprend en particulier les cliniques antivénériennes de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital du Saint-Sacrement ; il s'étend, en plus, aux deux prisons. Cet ensemble est sous la direction, comme il a déjà été dit, du professeur de dermato-syphiligraphie à la Faculté, qui a, en plus, à voir, mais d'une façon moins directe, au travail fourni par les assistantes sociales dans les autres hôpitaux comme dans toutes les autres organisations para-médicales ou sociales auxquelles notre collaboration est acquise ou a été offerte.

Nous le répétons : l'aide des assistantes sociales est de nouveau offerte aux médecins en clientèle privée.

Le médecin praticien peut non seulement être utile à la lutte antivénérienne, il lui est nécessaire.

Le Dr Ingraham Greenbaum, le 24 juin 1944, écrivait dans le *J.A.M.A.* la phrase que voici et que nous citons au texte : « Any plan for the control of the venereal disease which does not take into full account the medical resources of the body of the profession cannot be successful, except in part ». La réflexion est très juste car si tout le monde veut bien mettre l'épaule à la roue, la lutte aux maladies vénériennes en sera facilitée d'autant.

TABLEAU II

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

CENTRE ANTIVÉNÉRIEN DE QUÉBEC

Rapport-statistique des années 1943 et 1944

Hôtel-Dieu et Hôpital du Saint-Sacrement

	1943			1944		
	Hôpital Saint-Sacrement	Hôtel-Dieu de Québec	TOTAL	Hôpital Saint-Sacrement	Hôtel-Dieu de Québec	TOTAL
SYPHILIS :						
Nombre de consultations	3,983	10,350	14,333	4,554	10,986	15,540
Patients traités à la clinique :						
Diagnostiqués syphilitiques pour la première fois	46	114	160	33	82	115
Déjà traités ailleurs	24	122	146	32	101	133
Réadmissions : patients traités antérieurement à la clinique	140	251	391	159	322	481
	210	487	697	224	505	729
TRAITEMENTS :						
Arsenicaux	1,742	6,218	7,960	1,559	5,085	6,644
Bismuth	1,858	3,734	5,592	2,408	5,292	7,700
Cyanure de Hg		47	47		32	32
Bordet-Wassermann	358	906	1,264	623	1,133	1,756
	3,958	10,905	14,863	4,590	11,542	16,132

	1943				1944			
	Hôpital Saint-Sacrement		Hôtel-Dieu de Québec		Hôpital Saint-Sacrement		Hôtel-Dieu de Québec	
RÉGULARITÉ DU TRAITEMENT (Syphilis)								
Patients ayant subi régulièrement leur traitement durant l'année	120	57%	296	60.5%	140	62%	332	65.7%
Patients ayant suivi régulièrement leur traitement, après leur départ, ayant été rapportés comme traités ailleurs	35	17%	93	19%	41	18%	75	14.8%
	155	74%	389	75.5%	181	80%	407	80.5%
Patients ayant suivi irrégulièrement leur traitement	32	16%	55	11.5%	30	13%	60	11.9%
Patients ayant suivi irrégulièrement leur traitement, mais retracés et rapportés comme traités ailleurs			10	2%			9	1.8%
Patients ayant abandonné leur traitement durant l'année et non retracés	23	11%	33	7%	17	7%	29	5.8%
Classés comme suit :								
Syphilis récente	—	.....	15	.....	2	.....	12	.....
Syphilis ancienne	23	.....	18	.....	15	.....	17	.....

NOTE : Traitement suivi régulièrement : 3 injections et plus, par mois en moyenne, — ou patient sous contrôle se présentant aux dates indiquées pour examen ou reprise du traitement.

	1943			1944		
	Hôpital Saint-Sacrement	Hôtel-Dieu de Québec	TOTAL	Hôpital Saint-Sacrement	Hôtel-Dieu de Québec	TOTAL
DÉLINQUANTS :						
Personnes négligeant leur traitement momentanément et ramenées au traitement par une lettre, une visite, etc.						
Classées comme suit :						
Traitement suivi régulièrement par la suite	40	49		50	79	
Traitement suivi irrégulièrement par la suite	25	66		30	53	
	65	115	180	80	132	212
SOURCES PROBABLES d'infection, déclarées par les patients traités à la clinique :						
SYPHILIS : —						
Retracées et amenées à l'examen	8	32		8	23	
Rapportées à la Division des Maladies vénériennes	5	10		2	7	
Non retracées	5	1		3	1	
GONORRHÉE : —						
Retracées et amenées à l'examen	.....	16		.....	17	
Rapportées à la Division des Maladies vénériennes	.....	1		.....	10	
Non retracées	.....	6		.....	3	
	18	66	84	13	61	74
CONTACTS :						
Personnes ayant été exposées à la contagion familiale ou extra-familiale et dont la source d'infection serait un patient traité à la clinique (syphilis) — Retracées et examinées :						
Classées comme suit :						
Examen négatif	42	55		41	66	
Examen positif	30	20		33	17	
	72	75	147	74	83	157

Cette statistique détaillée ne demande pas de commentaires. Soulignons, toutefois, qu'à l'Hôtel-Dieu et à l'Hôpital du Saint-Sacrement 15,540 consultations ou traitements ont été faits l'an dernier pour 729 malades, que le nombre de malades vus en syphilis récente a diminué et que, d'une façon générale, le traitement a été suivi d'une façon satisfaisante, soit 80% et 80.5% respectivement.

TABLEAU III

PRISON DE QUÉBEC — Section féminine

Rapport-statistique

	1943		1944	
NOMBRE DE DÉTENUES	217		180	
		%		%
Indemnes de maladies vénériennes	57	(26.3)	49	(27.2)
Atteintes de syphilis	72	(33.2)	49	(27.2)
Atteintes de gonorrhée	48	(22.1)	51	(28.4)
Atteintes de syphilis et de gonorrhée	40	(18.4)	31	(17.2)
SYPHILIS	112		80	
Primaire	4	(3.6)	0	(0)
Secondaire	29	(26)	10	(12.5)
L — 4 ans	55	(49)	52	(65)
L + 4 ans	23	(20.5)	18	(22.5)
Nerveuse	1	(0.9)	0	(0)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

DIVISION DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Rapport-statistique pour l'année 1944

Prison de Québec — Section féminine

Nombre de détenues	180
CONSULTATIONS :	
Pour syphilis et blennorragie	900
SYPHILIS :	
Bordet-Wassermann et Kahn	195
Bordet-Wassermann et Kahn, négatifs	115
Bordet-Wassermann et Kahn, positifs	80
Les patientes syphilitiques ont été dirigées aux endroits suivants :	
Bureaux privés (cité de Québec)	4
Hôtel-Dieu de Québec	45
Hôpital du Saint-Sacrement	1
Hôpital Saint-François-d'Assise	3
Hôpital Laval	1
Hôtel-Dieu de Lévis	2
Cliniques en dehors de la cité de Québec	6
Bureaux privés en dehors de la cité de Québec	5
Détenues sous traitement au 31 décembre 1944	7
INJECTIONS :	
Arsenicaux	310
Bismuth	474
BLENNORRAGIE :	
Prélèvements vaginaux	170
Prélèvements vaginaux positifs	7
Prélèvements vaginaux négatifs	163
Patientes traitées pour blennorragie clinique	84
Douches vaginales	2,966
Sulfathiazole : quantité donnée en moyenne à chaque patiente	51 grammes
ORDRES D'ISOLEMENT :	
Ordres d'isolement émis au cours de l'année	10
Délits commis dans la cité de Québec :	
Pour la syphilis	3
Pour la gonorrhée	1
Délits commis en dehors de la cité de Québec :	
Pour la syphilis	6
Pour la gonorrhée	0

Deux choses sont à noter après lecture de cette statistique. D'abord le nombre considérable de détenues atteintes de maladies vénériennes, soit syphilis, soit gonorrhée : 72.8%. Signalons toutefois, en deuxième lieu, que le diagnostic de gonorrhée chez les détenues n'est pas fait uniquement à la suite d'une réponse positive du laboratoire mais qu'il s'agit, la plupart du temps, d'une gonorrhée clinique. Notons encore que moins de 10% des prélèvements vaginaux ont été positifs pour le gonocoque, cette année.

La constatation dernière qui s'impose et que nous avons déjà faite, c'est que la prison des femmes est devenue un hôpital beaucoup plus qu'une prison, tout en demeurant une maison de détention. Les personnes qui y sont détenues, dans la presque totalité des cas, sont beaucoup plus dangereuses par les maladies dont elles souffrent que pour toutes autres raisons.

Si, comme on l'a déjà laissé entendre, une nouvelle construction doit s'adjoindre au refuge actuel, il serait important que l'on en tienne compte.

Nous nous en voudrions de ne pas signaler ici le bel esprit, le dévouement et l'intérêt que portent au traitement des détenues malades, les religieuses du Bon-Pasteur qui ont charge de la prison des femmes, et nous désirons les en remercier vivement.

Ce même esprit de dévouement et d'intérêt se manifeste également dans la très grande majorité des hôpitaux qui ont un dispensaire antivénérien avec Service médico-social.

La statistique suivante comprend le nombre de vénériens syphilitiques traités dans les autres hôpitaux de la ville. (Tableau IV.)

Nous pouvons, cette année, donner une statistique détaillée des hôpitaux Saint-François d'Assise, Jeffery Hale et de la prison des hommes. (Tableaux V et VI.)

Pour cette dernière statistique, une constatation s'impose; c'est que, sur 1,100 détenus, seulement 135 Bordet-Wassermann ont été faits alors qu'à la prison des femmes, 195 Bordet-Wassermann ont été faits pour 180 détenues. Le personnel médical, à la prison des hommes, insiste régulièrement pour que tous les détenus aient une prise de sang. Mais la loi ne l'exigeant pas pour tous les délits commis, il nous est impossible de la pratiquer de force.

TABLEAU IV

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

CENTRE ANTIVÉNÉRIEN DE QUÉBEC

Malades traités dans les hôpitaux et les prisons de la ville

	1943			1944		
	Syphilis récente	Syphilis ancienne	TOTAL	Syphilis récente	Syphilis ancienne	TOTAL
Clinique Roy-Rousseau	6	56	62	—	54	54
Crèche Saint-Vincent-de-Paul	—	35	35	—	40	40
Hôpital de l'Enfant-Jésus	18	38	56	16	67	83
Hôpital Jeffery Hale	21	24	45	22	20	42
Hôpital Laval	1	6	7	1	2	3
Hôpital de la Miséricorde	16	—	16	22	8	30
Hôpital du Parc Savard	23	1	24	16	1	17
Hôpital Saint-François-d'Assise	13	20	33	4	30	34
Hôpital Saint-Michel-Archange	3	29	32	6	70	76
Hôpital du Saint-Sacrement	57	153	210	64	160	224
L'Hôtel-Dieu de Québec	286	201	487	237	268	505
Prison des Hommes	16	2	18	16	4	20
Refuge Notre-Dame-de-la-Merci	88	24	112	62	18	80
	548	589	1,137	466	742	1,208

Syphilis récente : { syphilis primaire, syphilis secondaire, syphilis latente moins de 4 ans }

Syphilis ancienne : { syphilis latente plus de 4 ans, syphilis tertiaire, syphilis nerveuse, syphilis congénitale }

TABLEAU V

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

CENTRE ANTIVÉNÉRIEN DE QUÉBEC

Rapport-statistique des années 1943 et 1944

Hôpital Saint-François d'Assise et Hôpital Jeffery Hale

	1943		1944	
	Hôpital Saint-François-d'Assise	Hôpital Jeffery Hale	Hôpital Saint-François-d'Assise	Hôpital Jeffery Hale
SYPHILIS :				
Nombre de consultations	613	607	702	662
Patients traités à la clinique	33	45	34	42
Diagnostiqués syphilitiques pour la première fois	2	12	—	10
Déjà traités ailleurs	6	10	8	9
Réadmissions : patients traités antérieurement à la clinique	25	23	26	23
	33	45	34	42
TRAITEMENTS :				
Arsenicaux	449	472	377	363
Bismuth	208	412	367	339
Cyanure de Hg	5	—	16	—
Bordet-Wassermann	45	96	34	170
	707	980	794	872
Patients ayant suivi régulièrement leur traitement	22 (67%)	24 (54.5%)	14 (41%)	21 (50%)
Patients ayant suivi irrégulièrement leur traitement	11 (33%)	10 (21.0%)	14 (41%)	16 (38%)
Patients transférés		11 (24.5%)	6 (18%)	5 (12%)

TABLEAU VI

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

DIVISION DES MALADIES VÉNÉRIENNES

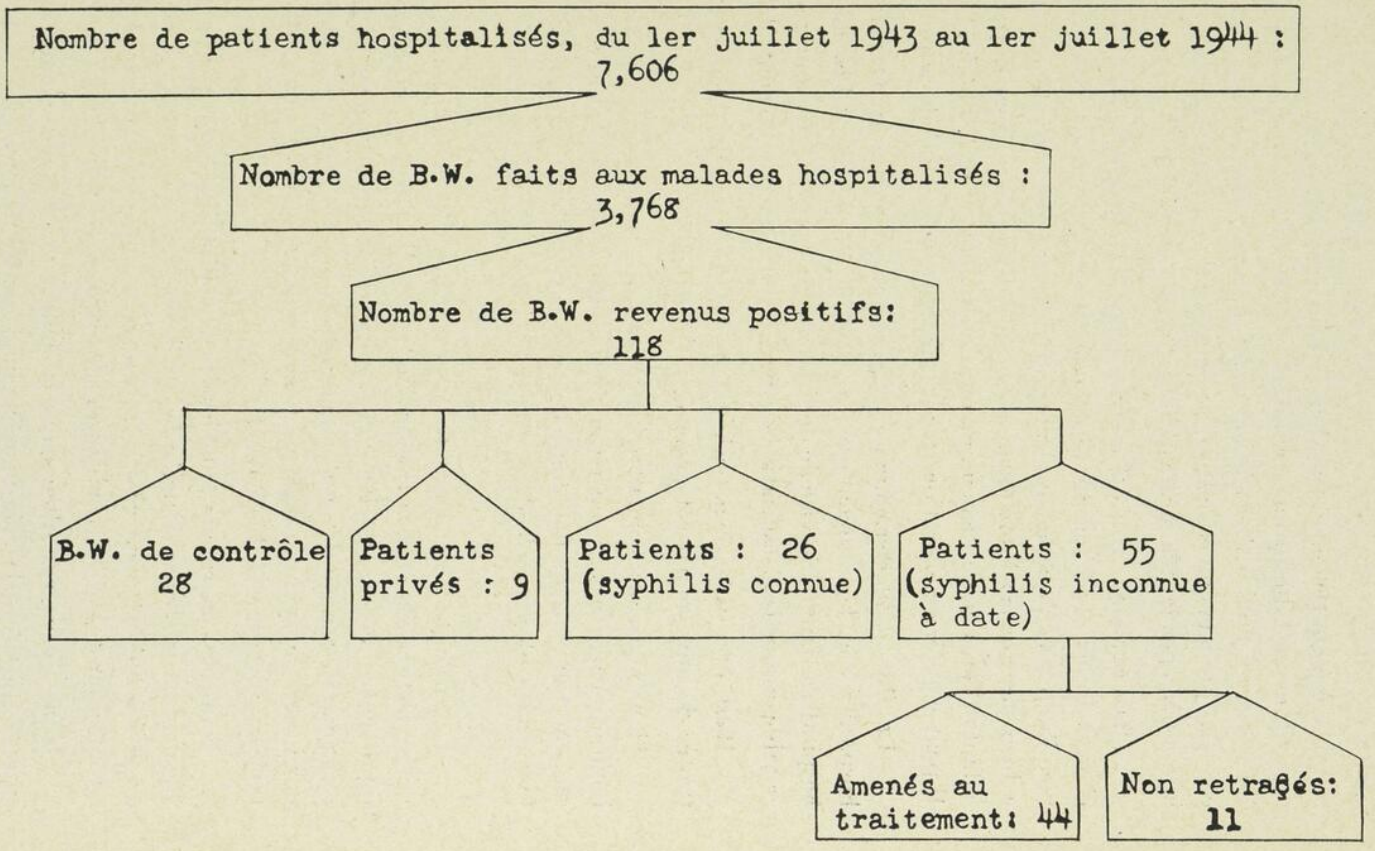
Rapport-statistique pour l'année 1944

Prison de Québec — Section des hommes

Nombre de détenus	1,100
Patients examinés pour syphilis et blennorragie	135 soit 12%
CONSULTATIONS :	
Pour syphilis et blennorragie	558
Patients examinés et trouvés indemnes	105 soit 77%
Patients atteints de syphilis	20 " 15%
Patients atteints de blennorragie	10 " 8%
Patients atteints de syphilis et de blennorragie	Aucun
SYPHILIS :	
Bordet-Wassermann et Kahn pour diagnostic	120
Bordet-Wassermann et Kahn pour contrôle	15
Bordet-Wassermann et Kahn négatifs	125
Bordet-Wassermann et Kahn positifs	10
Diagnostics syphilitiques faits à la prison	2
Les patients ont été classés comme suit :	
Période primaire	1 soit 5%
Période secondaire	4 " 20%
Latente depuis moins de 4 ans	11 " 55%
Latente depuis plus de 4 ans	2 " 10%
Nerveuse	2 " 10%
Les patients syphilitiques ont été dirigés aux endroits suivants :	
Hôtel-Dieu de Québec	8
Hôpital du Saint-Sacrement	4
Clinique Roy-Rousseau	1
Cliniques en dehors de la ville	7
Détenus sous traitement le 31 décembre 1944	1 réadmis.
INJECTIONS :	
Arsenicaux	118
Bismuth	224
BLENNORRAGIE :	
Patients traités pour blennorragie clinique	10
Sulfathiazole : quantité donnée en moyenne à chaque patient	50 grammes
ORDRES D'ISOLEMENT	4
CONTACTS : Déclarés par les patients	14
Retracés et amenés au traitement	5
Retracés, examinés et trouvés indemnes	2
Référés à la Division des maladies vénériennes	7

TABLEAU VII

L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC



Enfin, pour terminer cette longue énumération de chiffres, nous vous présentons un tableau un peu spécial. Il s'agit du nombre de Bordet-Wassermann faits à l'Hôtel-Dieu durant les six derniers mois de 1943 et les six premiers mois de 1944, par rapport au nombre total de patients hospitalisés pendant la même période. (Tableau VII.)

Nous avouons avoir été surpris du pourcentage des cas — 50% en chiffres ronds — où un Bordet-Wassermann a été fait. Nous avions bien l'impression que le pourcentage était plus élevé. Évidemment, il y a bien des raisons à invoquer en guise d'explication : malades privés, enfants opérés et ne demeurant que quelques heures à l'hôpital, etc., Il peut y avoir amélioration et nous ne doutons pas qu'elle se produira.

Les Bordet-Wassermann ici rapportés ne concernent que les malades hospitalisés et le pourcentage des positifs est de 3%. Les malades hospitalisés dans le Service de dermato-syphiligraphie sont compris dans ce tableau sous la classification de Bordet-Wassermann de contrôle.

Il est intéressant de noter le nombre de cas de syphilis ignorée et non traitée découverts par cet examen, — 55 sur 118.

Nous aimerions connaître les chiffres que peuvent fournir d'autres hôpitaux généraux, ce qui permettrait des comparaisons intéressantes, sachant, toutefois, qu'une compilation exacte de tous les cas, telle que fournie ici, n'est pas facile à réaliser.

Le total approximatif de tous les malades traités dans les hôpitaux et les prisons de la ville en 1944 est de 1,208. Il se trouve donc plus élevé que l'année précédente. Est-ce à dire que la syphilis a progressé ? Non elle a manifestement diminué ses ravages comme en font foi les cas moins nombreux de syphilis récente, primaire et secondaire inclus dans le tableau suivant. (Tableau VIII.)

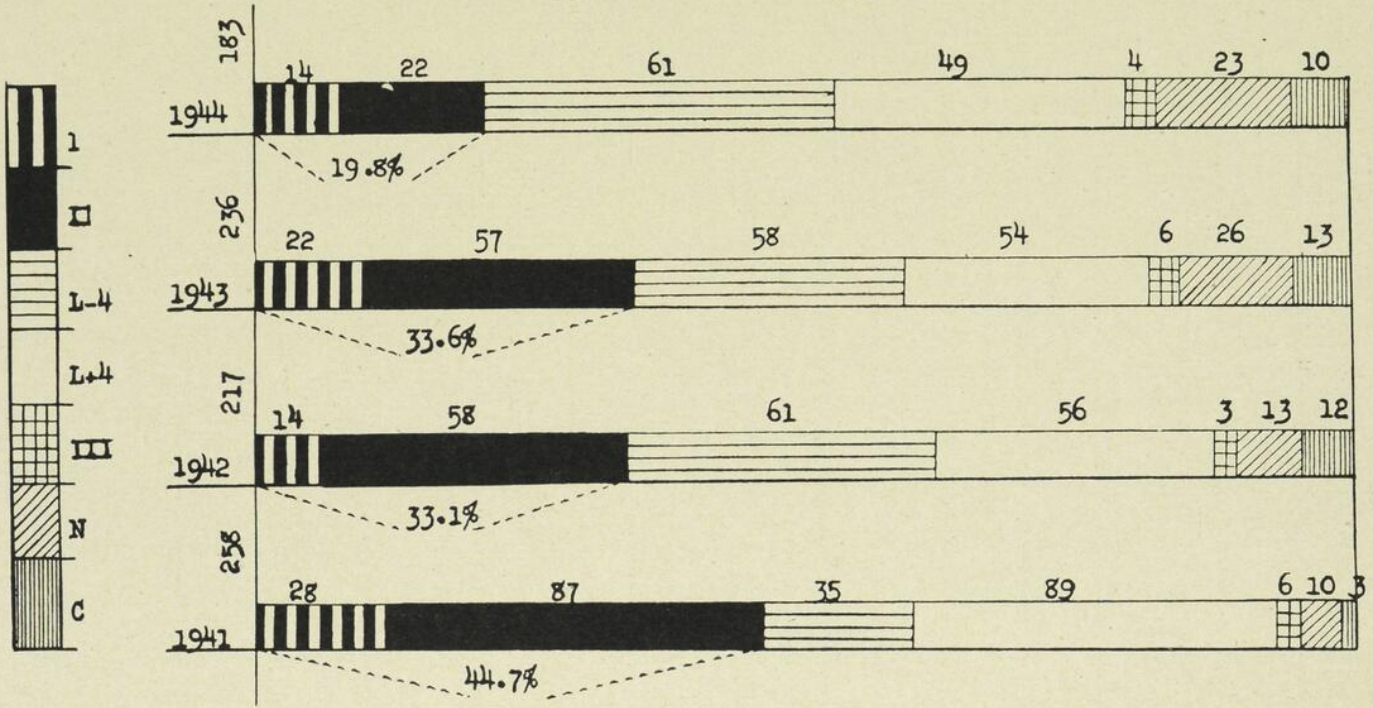
Nous voyons, en effet, que les cas de syphilis primaire et secondaire à la clinique la plus achalandée de la ville ont diminué considérablement : de 44.7% qu'ils étaient en 1941, ils ne sont plus que 19.8% en 1944 et seront, selon toute vraisemblance, plus bas encore pour 1945.

Nous savons, par ailleurs, que la même situation existe dans tous les autres hôpitaux de la ville de même que dans les prisons.

TABLEAU VIII

L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC

Cas de syphilis admis à la clinique A. V.



I : Syphilis primaire
II : Syphilis secondaire
L−4 : Latente moins de quatre ans
L+4 : Latente plus de quatre ans
III : Syphilis tertiaire
N : Syphilis nerveuse
C : Syphilis congénitale

Si le nombre de syphilitiques est plus élevé cette année, c'est que le dépistage des cas anciens est mieux fait et qu'il y a plus de malades qui se soumettent au traitement.

Tout organisme bien constitué doit avoir à son service un système de propagande et la lutte antivénérienne n'échappe pas à cette nécessité, bien au contraire.

Il est d'abord nécessaire d'en parler de ces maladies que l'on a appelées pendant trop longtemps honteuses. De ce côté, un grand progrès s'est accompli depuis quelques années. Disons, pour illustrer la chose, que l'un de nous, demandé par la Chambre de Commerce des Jeunes, à titre de conférencier pour le déjeuner hebdomadaire, a pu parler sans scandaliser personne, et alors que la conférence était irradiée, des maladies vénériennes sous tous les aspects.

Des écrits concernant ces maladies sont aussi nécessaires mais ils doivent être bien faits afin d'attirer l'attention sur des points importants, et ne pas donner de fausses et désagréables impressions à ceux qui peuvent en être atteints.

La propagande utilise aussi le cinéma et la radio. Nous reviendrons sur le premier un peu plus loin. La radio constitue un bon agent de diffusion des idées et n'est peut-être pas assez souvent utilisée dans ce but. De nombreuses personnes par exemple, à Québec, ont suivi attentivement, durant l'hiver de 1944, les épisodes radiphoniques du *Mortel Baiser* et des commentaires qui l'accompagnaient. Une erreur, toutefois, a été commise dans la préparation de cette pièce, bien bâtie par ailleurs, erreur qui n'a pas échappé totalement au public, celle de faire divulguer, par une infirmière, la maladie que le sujet en cause ne se décidait pas à dévoiler lui-même.

On pourrait utiliser encore la radio, et, par des émissions périodiques, pour bien mettre en lumière les avantages du certificat prénuptial, insister sur son importance, dire que le mariage est la seule profession où on n'exige pas de certificat de compétence, etc.

Pour arriver à accomplir ce travail, et même davantage, nous nous sommes demandé s'il ne devrait pas y avoir des médecins et des infirmières dont la fonction unique serait d'agir comme propagandistes,

du moins dans le district de Québec, aussi bien auprès de la profession médicale que du grand public.

Dans le même ordre d'idée, nous nous demandons aussi s'il ne sera pas nécessaire ou tout simplement utile, un jour, qu'un médecin qualifié soit nommé à Québec pour servir d'intermédiaire entre la Division des maladies vénériennes, dont toutes les activités administratives sont centralisées à Montréal, et le centre antivénérien de Québec.

Quant à la propagande à faire auprès du grand public, nous croyons que le cinéma en constitue un des meilleurs agents. Toutefois, nous croyons qu'il n'est pas très utile de faire, dans ce but, de grandes manifestations, de grandes réunions, une fois par année par exemple avec, souvent, comme spectateurs ou auditeurs, les seules personnes intéressées à la lutte antivénérienne, mais que de petites réunions, groupant un nombre restreint de personnes, réunions se répétant souvent, donnent un résultat beaucoup plus efficace.

Dans ce but a été entreprise, à Québec, une forme d'éducation populaire portant sur les maladies vénériennes. Cette campagne, patronisée par Son Excellence Mgr G.-L. Pelletier, évêque auxiliaire de Québec, a débuté en mai 1944. Nous désirons féliciter et remercier Son Excellence pour le bon accueil qu'il a fait à notre demande et pour tout l'intérêt qu'il porte à cette question ; nous savons, par ailleurs, que le principe en a été favorablement accueilli par Son Éminence le cardinal Villeneuve.

Comme nous le disions au début, la lutte antivénérienne, aujourd'hui comme en 1785, est assurée de l'aide morale, active et précieuse des autorités religieuses.

Sur la suggestion faite à Mgr Pelletier, celui-ci a confié aux diverses sections de la Société Saint-Jean-Baptiste le soin de faire, dans chaque paroisse, la propagande antivénérienne. La lettre de Son Excellence au président de la Société Saint-Jean-Baptiste et à MM. les curés est suffisamment explicite et rien de plus n'est à ajouter, sauf nos remerciements à la Société Saint-Jean-Baptiste qui veut bien se charger de cette tâche particulièrement utile et nécessaire.

« ARCHEVÊCHÉ DE QUÉBEC,
LA CHANCELLERIE »

Québec, 1er mai 1944.

Cher monsieur le Curé,

La présente porte à votre connaissance une lettre envoyée à Monsieur le Président de la Société Saint-Jean-Baptiste de Québec.

Nous ne doutons pas que votre zèle pastoral vous portera à favoriser cette initiative et à profiter de cette occasion pour donner une fois de plus, en faveur des mœurs chrétiennes, une leçon efficace.

Gratitude et bénédiction.

(signé) Georges-Léon PELLETIER,
auxiliaire de Québec.

Québec, le 15 avril 1944.

Cher Monsieur le Président,

Je viens déjà vous donner du travail. Il y a quelques semaines, j'avais causé d'un certain projet avec Monsieur Coulombe, lequel était tout à fait disposé à rendre ce service. Voici de quoi il s'agit.

Vous connaissez la campagne entreprise contre les maladies vénériennes. Le ministère provincial de la Santé et Monsieur le Dr Émile Gaumond y travaillent avec ardeur. Les cliniques, le dépistage, les traitements, la fermeture des lieux de débauche, la surveillance continue, etc., ont déjà baissé de beaucoup le pourcentage de ces maladies chez nous.

Il reste à parfaire l'éducation. A cet effet, le ministère de la Santé met gratuitement à la disposition du public trois films qui durent environ dix à douze minutes chacun. Ils traitent respectivement des maladies vénériennes en général, de la gonorrhée et de la syphilis. Un machiniste muni d'un appareil à projections, au besoin accompagne le film. Quelques représentations ont déjà été données en dehors de Québec.

Pour la ville de Québec, nous avons pensé que la Société Saint-Jean-Baptiste pourrait se charger de faire voir ces films à un certain nombre de nos gens. Chaque section paroissiale, après s'être entendue avec Monsieur le Curé pour l'obtention d'un local, arrêterait le soir convenable afin que, d'ici à six semaines, une douzaine de représentations aient pu avoir lieu. A l'automne, on pourrait continuer.

Point n'est besoin d'alerter le public pour rassembler un auditoire. La Société elle-même pourrait y inviter ses membres et s'adjoindre d'autres associations, comme la Ligue du Sacré-Cœur, la Ligue catholique féminine, la Ligue des citoyens, etc. Il s'agit moins de remplir les salles, que de constituer un noyau sérieux qui pourrait faire à son tour de l'éducation. Plus tard, nous jugerons de l'opportunité d'étendre à tous, ces représentations.

A titre de suggestion, le programme de la soirée pourrait encore comporter une petite causerie donnée par un médecin local. Monsieur le

Curé, qui encouragera avec plaisir cette initiative, donnerait le mot de la fin. De la sorte, chacun emporterait des idées nettes sur les moyens de rester pur et en santé, pour Dieu, pour sa patrie, pour sa famille présente ou future et pour lui-même.

Nous avons confiance, Monsieur le Président, que la Société Saint-Jean-Baptiste verra dans cette campagne, un moyen d'aider les nôtres, et qu'elle y déploiera tout son dévouement.

Cher Monsieur le Président, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments distingués, et l'assurance de ma constante collaboration à la cause qui nous unit tous.

Meilleures bénédictions.

(signé) Georges-Léon PELLETIER,
auxiliaire de Québec.

A Monsieur Rodolphe Laplante,
président de la Société Saint-Jean-Baptiste,
167, rue Crémazie, Québec.

Dix séances ont été données en 1944 dans différentes paroisses de la ville et des environs réunissant à chaque fois une assistance très intéressée — nous le savons personnellement — à s'instruire du danger des maladies vénériennes.

Nous espérons que cette initiative se poursuivra ou qu'une autre semblable visera à atteindre le même but.

Nous sommes assurés, par ailleurs, que ces « films » sur les maladies vénériennes seront par la suite présentés à certains groupes d'élèves avancés, aussi bien dans les collèges de garçons que de filles.

Nous croyons réellement que cette forme de propagande éducative se montrera utile, qu'elle devra se poursuivre régulièrement et qu'elle donnera à la longue des résultats tangibles.

Nous ne voudrions pas terminer ce travail sans dire un mot encore de la prostitution.

Nous avons déjà dit que les maisons de prostitution étaient fermées à Québec depuis décembre 1943, et ce n'est pas sur ce point que nous entendons revenir.

Il est bien certain que la fermeture de ces maisons ne fait pas disparaître la prostitution totalement ; celle-ci se continue mais d'une façon beaucoup plus limitée, dans les petits et quelquefois les grands hôtels, les restaurants et les cabarets, etc.

Nous avons déjà dit que la Cour du Recorder accordait à cette question de la prostitution et des maladies vénériennes une attention très généreuse et nous en félicitons et remercions de nouveau les intéressés. Mais il existe, une situation qui nous paraît inadmissible. Une prostituée, une vagabonde, est arrêtée ; obligée de fournir un cautionnement quelquefois assez élevé, n'ayant pas un sou, ce cautionnement est quand même fourni par un tiers. Si la fille est condamnée à l'amende, cette pénalité est encore payée par une tierce personne. Il y a donc quelqu'un d'intéressé dans l'affaire, et cette façon de procéder engage sûrement la personne appréhendée vis-à-vis du payeur. On comprend facilement à quelle obligation est tenue la fille par la suite, et cette manière déguisée de faire la traite des blanches devrait disparaître.

Nous vous avons présenté dans ce travail les transformations accomplies dans le district de Québec, dans la lutte aux maladies vénériennes, travail accompli sous les auspices du ministère de la Santé et du Bien-Être social de la province.

Les diverses statistiques font voir le travail accompli et les résultats obtenus.

Ce qui reste à faire est encore considérable mais, avec l'esprit de collaboration qui existe à Québec entre les différentes autorités religieuses, médicales, judiciaires, militaires, policières et sociales, nous ne doutons pas que, d'ici peu, on puisse dire que les maladies vénériennes y sont devenues une rareté et que la ville de Québec sera encore citée à l'honneur, comme la chose s'est produite lors de la conférence nationale sur les maladies vénériennes tenue à Ottawa en décembre 1943, citation qui s'est répétée encore tout dernièrement.

BIBLIOGRAPHIE

1. SPILLMAN. *25 ans de lutte contre la Syphilis.*
2. VALLÉE. *Michel Sarrazin, sa vie, ses travaux et son temps.* 1927.
3. Mandements des évêques de Québec.
4. GAUMOND. *La Syphilis au Canada français.*
5. F. SWEDIAUR. *Practical Observations on Venereal Complaints,* 1787.

6. ARCHAMBAULT, Jules, directeur de la Division des maladies vénériennes. Communication personnelle.

7. GAUMOND. *La Syphilis à Québec en 1942.*

8. GREENBAUM, et INGRAHAM. Public Health Venereal Disease Control, *J. A. M. A.*, **125** : 527, (24 juin) 1944.

9. INGRAHAM, Louise, Philadelphia, Pa. Patient's problem, *American Journal of Syphilis, Gono. and C. D.*, **22** : 224, (mars) 1938.

10. Lt-Col. D. H. WILLIAMS. Canada's National Health and Venereal Disease Control, *Can. J. Pub. Health*, **34** : 261, (juin) 1943.

ANALYSES

Dr Philippe HAMEL. **La carie denaire. Ses causes, sa prévention.** *Journal de l'Association dentaire canadienne*, (juin, août et septembre) 1945.

L'angoissant problème de la carie dentaire au sein de notre population et notre impuissance à en établir une prophylaxie efficace incitent l'auteur à faire la revue des facteurs étiologiques qui furent successivement mis en cause. Puis, s'inspirant des travaux de McDonagh et de Broderick, il expose la théorie de l'acidose, premier facteur de la carie dentaire, et en déduit des conséquences prophylactiques et thérapeutiques.

Dès 1885, Miller énonçait la théorie chimico-parasitaire de la carie dentaire. La fermentation des glucides sous l'action du bacille acidophile odontolytique, bacille que l'on retrouve dans toutes les dents cariées, demeure le premier agent de la décalcification dentaire et par suite de la carie elle-même. Cependant, il est démontré que les seuls soins de propreté (brosse à dents) et d'antiseptie, bien que hautement indiqués, ne sauraient prévenir tous les cas : des dents demeurent saines dans une bouche très malpropre, tandis qu'une dent parfaitement saine peut se carier. Il faut donc admettre certains facteurs favorisants.

Pendant quelque temps, on a cru que la diététique nous donnerait la clef du problème Mais les régimes les mieux équilibrés, tant par leur valeur en calories que par la variété de leurs constituants ne surent se montrer efficaces. Il n'en reste pas moins que la suralimentation, et spécialement l'abus des glucides, constitue un facteur prédisposant aussi important que la sous-alimentation. Cependant l'auteur demeure sceptique devant les prétentions de la diététique et constate que les Eskimaux et les Maoris qui ignorent ses règles et se nourrissent surtout de protides et de glucides voient leurs dents se carier dès qu'ils quittent l'état sauvage pour venir à la civilisation.

Puis ce fut l'ère des vitamines. S'appuyant sur le rôle de la vitamine D dans la fixation du calcium, M. et Mme Mellanby démontrèrent son action bienfaisante sur la structure de la dent et, par suite, sur la réduction de l'incidence de la carie dentaire. Évidemment, avec la vitamine D, le régime doit comporter un apport suffisant de calcium. Cependant l'auteur conteste l'interprétation des Mellanby et, s'appuyant sur les

travaux de G. V. Black, maintient que la structure dentaire n'est qu'un facteur tout à fait secondaire dans la prévention de la carie dentaire. A l'appui de la théorie qu'il énoncera plus loin, l'auteur prétend que la vitamine D agirait plutôt en modifiant les humeurs de l'organisme dans le sens de la neutralité ou de l'alcalinité que par son action bienfaisante sur le métabolisme du calcium.

Quant à la vitamine A, elle agit principalement pendant la croissance de la dent et sa carence entraîne des défauts de structure. Par ailleurs cette vitamine permettrait à l'organisme de mieux résister à l'infecion microbienne. Toutefois, si l'avitaminose A peut diminuer cette résistance de façon importante, l'hypervitaminose ne saurait l'accroître.

Quant aux vitamines hydrosolubles, l'auteur signale l'importance du complexe B spécialement dans le métabolisme des glucides. D'autre part, on connait l'existence de la gingivite et de la pyorrhée dans l'avitaminose C et même, des auteurs américains (Boyle, Bessey et Wolback) croient que certains cas d'atrophie alvéolaire ne seraient que de légères formes de scorbut chronique.

Au total, sans que l'avitaminose A, B, C, D ne puisse être considérée comme la cause première de la carie dentaire, il n'en reste pas moins que ces vitamines jouent un rôle important dans le développement et la conservation des dents.

Et l'auteur passe au chapître de l'endocrinologie. En somme, on peut constater que les troubles endocriniens interviennent dans la carie dentaire en autant qu'ils provoquent une perturbation du métabolisme du calcium, et c'est sous cet aspect que l'auteur étudie successivement la décalcification de l'hyper-parathyroïdisme ainsi que la rétention et la fixation du calcium dans l'acromégalie. Les troubles de la calcification et les ravages de la carie dentaire sont encore importants chez les hyperthyroïdiens. Quant aux hormones sexuelles, l'auteur note la diminution de l'excrétion du calcium après l'ovariectomie.

Aux causes de décalcification déjà notées, troubles endocriniens et avitaminose D, l'auteur ajoute les déplacements de calcium par un excès d'ions Na, K ou Mg et surtout d'ions P. On sait particulièrement qu'une augmentation de la phosphatémie entraîne une importante élimination de calcium.

Enfin, l'auteur ajoute que l'acidose est également une importante cause de décalcification. C'est pourquoi, il insiste sur l'opportunité de constituer un régime que ne soit pas trop cétogène et rappelle le fait que les corps gras brûlent au feu des hydrates de carbone. Ici, l'auteur note le fait paradoxal, en apparence, que si l'acidose entraîne la décalcification, par contre l'acidité stomacale est nécessaire à l'ionisation du calcium et, par suite, à son assimilation.

C'est alors que l'auteur expose le mécanisme de la réserve alcaline et des substances tampons qui, par leur jeu de substitution, concourent à maintenir le pH du sang dans un état d'équilibre. Il attache une grande importance pour la carie dentaire aux variations, mêmes physiologiques, de ce pH surtout si elles s'effectuent dans le sens de l'acidose, par une diminution de la réserve alcaline.

Le pH de la salive serait un indice précieux de la réserve alcaline d'un sujet et varierait dans le même sens que les modifications du pH sanguin. Or, cette notion prend son importance, si l'on constate que la salive est plus acide dans les cas de carie dentaire, mais, par contre, plus alcaline dans les cas de pyorrhée. Avec Broderick et McDonagh, l'auteur ajoute que « les personnes sujettes à la carie ont un système végétatif principalement dominé par le sympathique, tandis que les personnes atteintes de pyorrhée ont un système végétatif dominé par le para-sympathique ». Chez les premiers, il y aurait tendance « vers l'acidose et leurs colloïdes sont déshydratés », tandis que chez les autres, il y aurait tendance « vers l'alcalose et leurs colloïdes sont hydratés ».

C'est à partir de ces notions que l'auteur établit la prophylaxie de la carie dentaire. Elle consiste essentiellement, outre les soins hygiéniques déjà connus, à lutter contre « l'acidose accidentelle et l'acidose constitutionnelle de l'organisme ». La première « peut être due à une suralimentation ou à une alimentation mal balancée dans laquelle prédominent trop fortement les protéines et les hydrocarbonés. Elle peut être due au surmenage intellectuel ou physique. Elle peut être attribuable à la stase intestinale ». La seconde « provient de la prédominance du sympathique sur le para-sympathique. Elle peut être causée par une suractivité des glandes surrénales, thyroïdes ou parathyroïdes ; par une mauvaise ventilation pulmonaire qui n'émet pas tout le CO^2 nécessaire pour hausser le pH ; par un centre respiratoire qui n'aurait pas la sensibilité normale à l'influence du CO^2 ».

Laissant aux spécialistes le soin de traiter l'acidose constitutionnelle, voici ce qu'il préconise pour la correction de l'acidose accidentelle :

1° Un régime alimentaire bien équilibré et plutôt frugal qu'abondant. L'auteur recommande particulièrement pour les jeunes, très actifs, « une nourriture alcalinisante, tel des légumes et des fruits ». Les céréales et spécialement le gruau seraient avantageusement remplacés par la banane, mangée avec du blé filamenté (*Shredded Wheat*). Enfin il faut noter que l'ingestion de jus de fruits acides, comme l'orange et le pamplemousse, doit être suivie d'un rince-bouche alcalin. Le même rince-bouche, une demi-cuillerée à thé de bicarbonate de soude, dans un quart de verre d'eau, doit être utilisé chaque fois que l'on croque une pomme.

2° Une hygiène rationnelle qui comporte une vie bien réglée quant aux repas et aux heures de sommeil, une vie faite de calme et de sérénité. Il recommande particulièrement la pratique du bain chaud le soir pour son action alcalinisante sur l'organisme et sa valeur hypnotique.

3° Comme traitement, pour augmenter la réserve alcaline, l'auteur conseille, avec Broderick, la prise quotidienne de bicarbonate ou mieux des sels nutritifs du Dr Eric Pritchard. Ce traitement, à raison de deux pastilles de 15 grs chacune, avec un grand verre d'eau, le matin avant le déjeuner, doit être continué pendant au moins un an.

4° Le régime doit être surveillé pour sa teneur en calcium ; le lait en sera sa première source ou à son défaut le gluconate ou le lactate de calcium, qui devraient être administrés quatre heures après les repas ou

une demi-heure avant les repas, au moment où l'alcalinité du petit intestin est moins marquée.

5° L'insuline, même en l'absence de diabète, aurait une action bienfaisante sur la carie dentaire de l'enfant. Cependant, son emploi demeure peu pratique.

6° Enfin, l'auteur signale les expériences en cours sur l'addition de traces de fluor à l'eau de l'aqueduc, expériences dont on espère d'excellents résultats. De même, le Dr Basil G. Bibby préconise l'application de fluor au millième sur les dents trois fois par année : il aurait ainsi constaté une importante réduction de la carie dentaire. Cependant tout en prévenant la carie, le fluor a l'inconvénient d'attaquer l'émail des dents en le rendant défectueux et moins lustré. Il importe donc d'attendre les résultats des expériences en cours avant de se prononcer sur l'action bienfaisante de cet élément.

G.-A. BERGERON.

M. P. KNIGHT et G. O. WOOD. **Surgical obliteration of bone cavities following traumatic osteomyelitis.** (L'oblitération chirurgicale des cavités osseuses résultant de l'ostéomyélite post-traumatique.) *J. Bone & Joint Surg.*, **27** : 547, (oct.) 1945.

Un des problèmes importants de la chirurgie de guerre est le traitement des pertes importantes de substance osseuse avec lésions étendues des tissus mous après fractures ouvertes. Ces blessures laissent en plus de l'infection et une cicatrice adhérente, un os toujours fragile. Malgré les plâtres fermés, l'ablation de séquestres, la chimiothérapie, il persiste très souvent une grande cavité osseuse, une soudure osseuse incomplète qui nécessite une prothèse, parfois une amputation.

Knight et Wood préconisent ce qui suit pour hâter la guérison des tissus mous et amener une consolidation osseuse solide :

1° L'ablation des séquestres et nettoyage de la cavité osseuse. Tout le tissu osseux infecté est enlevé, le tissu cicatriciel des parties molles également ; même le cartilage articulaire, s'il est atteint, sera nettoyé. La cavité est ensuite remplie de gazes vaselinées et immobilisée dans un plâtre. Généralement, après sept jours, la cavité commence à granuler. Il faut attendre pour faire une greffe cutanée qu'il y ait du tissu de granulation assez important pour couvrir l'os.

2° La greffe cutanée. Les auteurs emploient le dermatome de Padgett et prennent le greffon cutané nécessaire avec une épaisseur de $^1/_{10e}$ à $^1/_{16e}$ de pouce. Tout le tissu granuleux est enlevé, la greffe mise en place et suturée. Un pansement compressif est appliqué très soigneusement et immobilisé avec un bandage élastique. Plâtre ensuite et pénicilline. Généralement, après six jours, on fait le premier pansement et, souvent, 80 à 95% de la surface épithéliale est bien reprise. Physiothérapie pour les articulations et les parties molles dès qu'il est

possible de le faire. Quand la greffe cutanée est bien guérie, c'est le troisième stage.

3° L'oblitération de la cavité osseuse avec des greffons osseux d'os spongieux, après excision de la première greffe cutanée. Fermeture avec greffon cutané épais. Pour réussir, il faut avoir suffisamment d'os pour remplir la cavité qui aura été bien nettoyée, où tout le tissu cicatriciel aura été enlevé ; de plus, la peau ne doit pas être tendue sur le champ des greffons osseux.

Quand c'est possible, on doit éviter que la suture cutanée corresponde à la cavité ; souvent, à cet effet, il faut faire des glissements de peau au moyen de pédicules qui doivent être assez larges et bien nourris. Il peut même arriver, si la vitalité du greffon cutané semble douteuse, qu'il soit préférable d'attendre deux ou trois semaines. Une fois la fermeture des parties molles assurée, la peau surtout, il faut enlever le tissu osseux scléreux, ouvrir le canal médullaire, implanter l'os spongieux généralement prélevé de la crête iliaque. Un pansement compressif est fait et la chimiothérapie continuée trois à cinq jours encore.

Les auteurs rapportent 23 cas ainsi traités ; dans deux cas seulement, à cause d'une erreur dans la technique de greffe cutanée, il persiste une petite plaie.

Ls-Philippe ROY.

Co TUI *et alii*. **The hyperalimentation treatment of peptic ulcer with aminoacids (Amigen) and dextri-maltose.** (Le traitement de l'ulcère peptique par hyperalimentation aux acides aminés et à la dextri-maltose.) *Gastroenterology*, **5** : n° 1, (juillet) 1945.

Les auteurs ont traité 30 ulcéreux par un mélange d'*Amigen* et de dextri-maltose. Ces malades avaient une histoire dont la longueur variait entre un mois et vingt ans ; 14 étaient considérés comme des cas rebelles au traitement médical ; 6 patients avaient eu des hémorragies profuses ; 6 présentaient également de la stase gastrique ; 3 avaient des symptômes d'ulcère extériorisé.

Le traitement consiste à faire absorber au patient 300 à 400 gm. d'*amigen* par 24 heures par doses réparties aux 2 heures. L'*amigen* contient tous les acides aminés essentiels et des polypeptides ; son dosage en azote est de 1½ à 3 fois plus élevé qu'une diète riche en protéine. Chaque gramme d'*amigen* développe 3.7 calories et chaque gramme de dextri-maltose 4 calories. La quantité nécessaire de sels minéraux est fournie par la préparation. L'adjonction des vitamines nécessaires est faite.

Le malade est soumis à ce régime exclusif pendant 2 à 3 semaines ; il n'est pas nécessaire d'ajouter des alcalins et des anti-spasmodiques.

Résultats : des 27 malades dont le symptôme prédominant était la douleur 14 ont vu leur douleur disparaître en 24 heures et 13 en 48 heures;

10 de ces ulcères étaient antérieurement rebelles au traitement médical. Dans 24 heures au plus tard les vomissements étaient disparus.

Chez les malades étudiés on obtint une réduction importante de l'HCl libre.

L'étude de l'équilibre azoté a montré qu'il existe, chez la plupart des ulcéreux, un déficit en protéines.

Chez la plupart des patients il y eut une augmentation de poids sous l'influence de ce régime.

L'amélioration des signes radiologiques accompagne l'amélioration clinique.

Bien qu'il n'y eut pas d'études spéciales faites sur les résultats éloignés de cette thérapeutique, il semble bien que son influence soit favorable. La reprise des symptômes cède rapidement à l'administration des acides aminés.

L'efficacité de cette thérapeutique semble due à l'action antiacide de la préparation et à sa grande teneur en principes de construction tissulaire.

J.-Paul DUGAL.

F. Jackson STODDARD. **Abuse of endocrine therapy in gynecology.** (De l'abus de l'endocrinothérapie en gynécologie.) *J. A. M. A.*, **129** : 508, (13 oct.) 1945.

L'enthousiasme actuel pour la thérapeutique hormonale fait souvent employer à tort des produits glandulaires très actifs. Surtout dans le domaine de la gynécologie, un zèle intempestif fait interpréter tous les troubles génitaux de la femme comme des manifestations de déséquilibre endocrinien.

Aucun traitement hormonal ne devrait être institué avant de s'être assuré, par des examens et des épreuves de laboratoire complets, s'il existe réellement un trouble glandulaire et avant d'en connaître la nature précise. L'emploi intempestif de produits endocriniens, en gynécologie, en plus d'être souvent inutile, peut entraîner des conséquences graves. L'auteur rapporte quelques observations de malades ainsi traitées, de façon inadéquate, par des produits glandulaires.

1° Une femme fut traitée pendant 4 mois, avec du stilbestrol, pour des supposées hémorragies utérines fonctionnelles, alors qu'il s'agissait, en réalité, d'un avortement incomplet.

2° Une femme reçut du stilbestrol pendant 6 mois pour des supposées métrorragies de la ménopause. Il s'agissait d'un cancer très avancé du col de l'utérus.

3° Une femme, chez qui avait été posé, sans examen approfondi, le diagnostic de stérilité fonctionnelle, fut traitée pendant un an avec l'hormone gonadotropique chevaline. Il s'agissait, en réalité, d'une obstruction tubale mécanique par une ancienne salpingite.

4° Une jeune fille de 18 ans présentant de l'aménorrhée primitive fut soumise, pendant deux ans, à une thérapeutique à base d'hormone

gonadotropique chorionique. L'examen montre qu'il s'agissait d'une absence congénitale de vagin et d'utérus.

5° Une jeune fille de 18 ans qui présentait, depuis deux ans, de l'aménorrhée, de l'hirsutisme et plusieurs signes de masculinisation, fut traitée, pendant quatre mois, avec des extraits de folliculine et de progestérone. Un examen complet de cette malade aurait permis de constater qu'elle présentait une grosse masse au niveau de l'ovaire gauche. Il s'agissait d'un arrhénoblastome de l'ovaire.

6° Une femme de 48 ans fut traitée pendant 1½ an avec des substances œstrogéniques pour des supposés troubles de ménopause. Un examen attentif révéla que tous les troubles nerveux et vaso-moteurs que présentait cette malade dépendaient d'un goitre toxique grave.

7° Une femme de 24 ans fut traitée, pendant quatre ans, pour des ménorragies. Elle reçut, tour à tour, de la folliculine, de la progestérone, de l'hormone masculine, de l'hormone gonadotrope, en plus des transfusions de la vitamine K, du fer et du foie de veau. Un examen sérieux montra qu'elle souffrait d'hypothyroïdie manifeste. L'administration d'extraits thyroïdiens corrigea rapidement tous ses troubles.

8° Une femme de 76 ans fut traitée, pendant 9 mois, avec de la folliculine en applications locales et en injections, pour une vaginite sénile. Un examen gynécologique, qu'elle n'avait pas eu auparavant, révéla qu'elle souffrait d'un cancer envahissant de la vulve et du vagin, avec de gros ganglions inguinaux.

Antonio MARTEL.

C. HUGGINS et D. F. MACDONALD. **Chronic Hemospermia ; its origin and treatment with estrogen.** (L'hémospermie chronique ; origine et œstrogénothérapie.) *J. Clin. Endocrinol.*, **5** : 226, (mai) 1945.

Il arrive assez fréquemment que l'on retrouve du sang dans le liquide spermatique, de façon passagère, au cours des prostatites aiguës, à la suite d'un traumatisme ou d'une prostatectomie. L'hémospermie chronique est moins fréquente. Ce qui la caractérise, c'est sa chronicité et sa résistance aux moyens habituels de traitement. Elle peut persister pendant des mois et même des années, sans altérer l'état général des patients mais, à la longue, elle est une source d'anxiété pour ceux-ci. A part la constatation de sang dans le liquide spermatique, on ne trouve habituellement rien d'anormal à l'examen général ou urologique.

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer l'origine du sang associé au sperme : inflammation des vésicules séminales ; hémorragie *a vacuo* se produisant dans les vésicules séminales distendues à la suite d'une longue période de continence ; kystes ou papillomes du *veru montanum ;* spermatocèle ; tuberculose des vésicules séminales ; les excès sexuels (ce qui s'est avéré faux dans la suite).

Les auteurs ont étudié neuf patients présentant de l'hémospermie chronique et chez qui on ne pouvait déceler aucune maladie générale ni

affection urologique. Il fut d'abord constaté que dans tous les cas d'hémospermie chronique, le sang n'apparaissait que dans les dernières fractions du sperme éjaculé. On en conclut que l'hémorragie se produit, de toute évidence, au niveau des vésicules séminales. Le liquide prostatique ne contient presque jamais de sang.

Les auteurs ont employé, pour traiter les cas d'hémospermie chronique, des substances œstrogéniques. Ils administrèrent de l'*Ethinyl estradiol*, sous forme de comprimés de 0.05 mgm, à la dose de 1 ou 2 comprimés par jour ; la durée moyenne du traitement fut de 3 à 7 semaines. Ils obtinrent ainsi 4 guérisons définitives sur les 6 malades. Les deux autres patients n'eurent qu'une guérison partielle, les troubles ayant recommencé après la cessation du traitement.

Au cours du traitement, les auteurs observèrent les faits suivants. Un patient présenta de la mastalgie. Chez tous les malades sous observation, le volume du sperme diminua beaucoup et le sperme était beaucoup plus fluide. La concentration du glucose (qui vient des vésicules séminales) dans le sperme baissa de 292 mgm à 70 mgm par 100 c.c. En même temps, on nota une légère diminution de la fonction prostatique, à en juger d'après la diminution du taux de la phosphatase acide. Le nombre des spermatozoïdes diminua beaucoup ; on vit apparaître des formes anormales de spermatozoïdes. Toutes ces anomalies disparurent après cessation du traitement.

Les auteurs peuvent en conclure :

1° que dans l'hémospermie chronique, le sang vient des vésicules séminales ;

2° que la prostate et les vésicules séminales ne se vident pas en même temps, mais que l'excrétion prostatique précède l'autre ;

3° que les œstrogènes provoquent un arrêt temporaire de l'activité des vésicules séminales, tandis que l'activité de la prostate persiste.

Antonio MARTEL.

K. J. KARNAKY. **Prolonged administration of diethylstilbestrol.** (L'administration prolongée de diéthylstilbestrol.) *J. Clin. Endocrinol.*, **5** : 279, (juin) 1945.

On a prétendu, pendant longtemps, que l'administration prolongée du stilbestrol pouvait produire des effets toxiques sérieux. L'auteur étudie les effets de ce médicament sur 3,287 patientes. Il n'a constaté aucune manifestation toxique chronique ni aucun effet cancérigène malgré l'administration prolongée du stilbestrol, même à très fortes doses.

86 fillettes furent traitées, pour vulvo-vaginite gonococcique, pendant 1 à 18 mois, avec des doses de stilbestrol variant de 1 à 25 mgms par jour, sans que l'on note de mauvais effets ni de modifications au point de vue de l'ossification.

136 femmes furent traitées, pour des troubles gynécologiques, avec le stilbestrol, à des doses moyennes de 100 mgms par jour par voie orale, en même temps qu'elles recevaient des injections de 100 mgms du même produit, 2 à 6 fois par semaine, pendant plusieurs semaines. Aucun trouble ne fut observé.

2 femmes enceintes reçurent 950 mgms de stilbestrol par semaine, pendant 19 semaines (total de 18,000 mgms). Les deux enfants qui naquirent après cinq mois de grossesse ne présentèrent à l'autopsie aucune manifestation pathologique, macroscopique ni microscopique.

31 femmes enceintes (grossesses normales) reçurent 100 mgms de stilbestrol par jour, du troisième mois de la grossesse jusqu'à l'accouchement (total de 18,000 mgms). Elles accouchèrent toutes d'un enfant normal. Les enfants présentèrent tous une pigmentation très marquée de l'aréole mamelonnaire et de la vulve, tel qu'on l'observe chez la femme ainsi traitée.

10 femmes enceintes reçurent 500 mgms de stilbestrol en injection, en une seule dose. Une telle dose provoqua des nausées et vomissements tel que le fait une petite dose chez une femme non enceinte. La femme enceinte tolère facilement 1,000 fois la dose requise pour provoquer des nausées chez une femme non enceinte.

Les seuls effets désagréables observés au cours de l'administration de fortes doses prolongées de stilbestrol furent des nausées et vomissements qui disparurent après 4 à 6 jours de traitement ; léger œdème de la vulve ; aucune lésion cutanée ; aucun trouble sanguin.

Le seul ennui régulièrement observé est la production d'hémorragies utérines, chez la femme non enceinte, lorsqu'elle a encore son utérus ou le col utérin. Surtout chez la femme à la ménopause qui possède un utérus normal, la crainte de telles hémorragies, qui peuvent être très abondantes, recommande de ne pas donner de stilbestrol à la dose de 1 mgm, pendant plus de 25 jours de suite.

Le stilbestrol est un produit possèdant une très grande puissance œstrogénique et on peut le donner, aux doses recommandées, sans aucune crainte.

Antonio MARTEL.

BEAMISH et ADAMSON. **The treatment of essential hypertension with sodium thiocyanate.** (Le traitement de l'hypertension essentielle au thiocyanate de sodium.) *Canad. M. A. J.*, **53** : 236, (sept.) 1945.

RÉSUMÉ

1° L'hypertension essentielle constitue un terrible problème thérapeutique.

2° Les traitements usuels sont insuffisants dans bien des cas.

3° Un relevé de la littérature révèle que, avant 1936, l'usage du thiocyanate de sodium fut impraticable à cause des réactions toxiques.

4° C'est Barker qui préconisa le dosage fréquent du thiocyanate de sodium dans le sang et plus de la moitié de ses patients furent améliorés tant objectivement que subjectivement avec un minimum de réactions toxiques. La meilleure concentration sanguine fut estimée entre 8 à 12 mgm. par 100 c.c. Plusieurs observateurs ont confirmé ces résultats.

5° Les auteurs ont traité dix patients au thiocyanate suivant la méthode de Barker. L'amélioration subjective et objective, qui est définitivement attribuable à l'action du thiocyanate, fut obtenue dans plus de la moitié des cas. La réduction de la pression artérielle revenait en moyenne à 40.5 mm. systolique et à 19.8 diastolique.

L'amélioration des symptômes survint dans six cas et de légers effets toxiques dans cinq. Un patient développa une hyposystolie congestive passagère. Les meilleurs résultats furent assurés chez ceux qui, malgré de graves symptômes, avaient des lésions rénales et cardio-vasculaires légères. Il est évident que le choix judicieux des sujets augmentera la qualité des résultats.

Conclusions

Le thiocyanate constitue un bon traitement de l'hypertension essentielle à la condition :

1° que la concentration sanguine du cyanate soit bien établie ;

2° que les patients soient bien observés de façon à mettre en évidence la moindre manifestation toxique ;

3° que la fonction rénale soit encore bonne ;

4° que les vaisseaux coronaires et cérébraux ne soient pas trop atteints ;

5° que les autres traitements aient échoué dans les cas graves avec pression artérielle très élevée (ce qui constitue une indication parfaite).

Pierre JOBIN.

J. O'CONOR. **Thrombin (topical) as a hemostatic aid in prostatic surgery.** (La thrombine en applications locales pour contribuer à l'hémostase dans la chirurgie prostatique.) *J. Urol.*, **53** : 584 (avril) 1945.

Alexandre Smith a été le premier à parler de la thrombine, ferment existant dans le plasma sous une forme inactive, prothrombine, convertie en thrombine par une action zymoplastique. Plus récemment, le Dr H. P. Smith et ses associés de l'Université de l'Iowa ont décrit une thrombine plus active que celle antérieurement connue.

La thrombine (topique) préparée par la Maison Parke, Davis et Cie se présente sous la forme d'une masse friable soluble dans l'eau ou le sérum salé. Dissoute, elle est opalescente et a un pH de 7.2. Cette thrombine n'est pas toxique et, après différentes expériences, on en a

conclu à son action hémostatique. L'application sur une surface saignante favorise la formation d'un caillot et l'arrêt de l'hémorragie. L'auteur n'a pas observé de thromboses veineuses ou d'embolies après l'emploi de cette substance.

Dans la chirurgie prostatique, deux choses sont importantes : l'hémostase et un drainage adéquat. La thrombine (topique) aiderait à remplir ces deux conditions.

L'auteur a utilisé cette substance après 140 résections endo-urétrales et dans 47 prostatectomies sus-pubiennes.

Dans les résections, après coagulation des artères qui saignent, il place une soude de Foly n° 22 ou 24, et fait des irrigations de la vessie à l'eau stérile jusqu'à ce que l'eau de retour soit claire. Il injecte 10 c.c. de la solution de thrombine et ferme la sonde. Après quelque minutes il insuffle le sac de la sonde et le place dans la cavité prostatique. Le malade est transporté à son lit et après 30 à 60 minutes il ouvre la sonde et la connecte au tube de drainage. Il ne fait pas d'autres irrigations à moins qu'il n'y ait des caillots qui obstruent la sonde, ce qui s'est produit 5 fois sur 140 cas. Il se forme une mince couche sur la suface cruantée, qui arrête le saignement. La persistance du suintement serait due :

1° à une quantité insuffisante de thrombine (topique) ;

2° à une hémorragie causée par un vaisseau trop gros pour être obstrué par ce moyen d'hémostase ;

3° à un suintement sous un caillot ;

4° à une dyscrasie sanguine.

Dans les prostactectomies sus-pubiennes, après ligature des artères, la cavité prostatique est tamponnée avec une gaze dont les premiers 10 pouces ont été imbibés de 10 c.c. de la solution de thrombine. Ce tamponnement est laissé en place 48 heures. A date, l'auteur n'a pas obtenu de suintement important ni d'hémorragie après l'ablation du tamponnement.

L'auteur conclut que la thrombine (topique) est l'hémostatique de surface le plus actif pour la maîtrise du suintement sanguin dans la chirurgie prostatique.

Arthur BÉDARD.

CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES

L'INSTITUT D'HYGIÈNE ET DE BIOLOGIE HUMAINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

C'est le 16 novembre 1944 que le Conseil de l'Université Laval décidait la fondation de ce nouvel Institut. Moins d'un an après, il avait ses locaux aménagés au sous-sol de l'École de médecine et les recherches se poursuivaient déjà sous la direction de MM. les Drs Lucien Brouha et Louis-Paul Dugal et de M. André Gasnier.

Il s'agit d'un Institut de recherches appliquées aux problèmes de biologie et d'hygiène de l'homme. Il se compose de trois départements : hygiène et physiologie du travail ; hygiène et physiologie de l'acclimatation ; hygiène de la nutrition. Il y a, en outre, une section de photographie et de cinématographie scientifiques qui est au service des trois départements.

Organisation de la recherche a l'Institut

L'Institut pourra entreprendre deux genres de travaux :

a) des recherches fondamentales de biologie avec la possibilité de faire de l'expérimentation sur l'animal ;

b) des recherches générales ou appliquées, faites directement sur l'homme.

Pour comprendre et résoudre la plupart des problèmes qui se posent actuellement en biologie, il faut la collaboration des trois départements, fonctionnant comme une seule unité de recherches. La marche à suivre pour attaquer ces problèmes sera discutée et adoptée par les chefs de département qui seront ensuite responsables de la partie du travail faite immédiatement sous leur direction. D'autre part, les questions plus particulières qui peuvent être mises à l'étude dans chacun des trois départements relèvent uniquement du chef de département.

PROGRAMME GÉNÉRAL DE RECHERCHES

Voici un certain nombre de problèmes qui pourront être étudiés à l'Institut. Cette simple énumération nous permet de voir la nécessité de la collaboration entre les trois départements.

I. — *Hygiène et Physiologie du travail :*

Étude générale de la physiologie du travail musculaire chez l'homme ; modifications physiologiques provoquées par divers genres et diverses intensités de travail ; physiologie de l'entraînement physique, problèmes de la fatigue, etc.

Étude des rendements physiologiques ; leurs modifications par le choix judicieux des mouvements, l'alimentation et les conditions extérieures.

Physiologie des métiers manuels ; analyse des mouvements et recherches sur le coût physiologique des métiers.

Physiologie et hygiène de l'éducation physique et des sports. Étude d'un programme de conditionnement physique pour la jeunesse.

Orientation et sélection professionnelles. Influence de l'âge sur la capacité de travail. Réentraînement et réadaptation des ouvriers âgés.

Hygiène du travail et du travailleur dans les différentes industries.

Les facteurs psychologiques et la capacité de travail.

II. — *Hygiène et Physiologie de l'acclimatation :*

Étude des mécanismes physiologiques d'adaptation au froid, à la chaleur, à l'humidité, aux changements brusques de température.

Adaptation à des conditions défavorables d'environnement : pression atmosphérique, lumière, radiations, poussières, substances toxiques, à température et à humidité variables.

Influence du climat et de l'environnement sur l'homme et sa capacité de travail, sur ses besoins alimentaires au travail et au repos.

Influence des climats et de l'environnement sur la santé.

Influence des climats sur les besoins alimentaires : chaleur, froid, l'humidité, etc.

III. — *Hygiène et Physiologie de la nutrition :*

Étude générale des besoins et des régimes alimentaires chez l'homme, l'adolescent, l'adulte.

Études sur les aliments indispensables : vitamines, sels minéraux, acides aminés, acides gras.

Études sur la nutrition en rapport avec le travail musculaire : besoins énergétiques, adaptation des régimes alimentaires aux divers travaux ; étude du rendement énergétique des aliments et des régimes. Équilibre alimentaire.

L'alimentation à l'usine : nature des aliments, les régimes de choix, le rythme des repas et l'efficacité au travail.

Hygiène de l'alimentation et des aliments.

IV. — *Section de cinématographie :*

On comprendra qu'un tel programme de recherches ne puisse être réalisé que par une équipe nombreuse de savants. Dès les débuts, l'Université a retenu les services de trois éminents professeurs qui seront les chefs de départements : ce sont M. le Dr Lucien Brouha, directeur de l'Institut, qui dirigera le laboratoire d'Hygiène et de Physiologie du travail ; M. le Dr Louis-Paul Dugal, directeur adjoint de l'Institut, qui a la direction du département d'Hygiène et de Physiologie de l'acclimatation. Enfin, M. André Gasnier sera le chef du département d'Hygiène et de Physiologie de la nutrition.

L'équipe des fondateurs comprend aussi trois assistants qui sont le R. P. Guy Fortier, S.J., M. André Desmarais et Mlle Mercédès Thérien, tous licenciés en sciences et inscrits à l'École des Gradués pour la préparation de leur doctorat.

M. Lucien Brouha est né à Liège en 1899. Il fut prisonnier de guerre en 1917 et 1918. Docteur en médecine et docteur en sciences physiologiques de l'Université de Liège, il fut, en 1924, boursier de recherches au Collège de France, sous la direction du professeur André Mayer. Assistant aux Facultés de médecine de Paris et de Liège en 1926 et 1927, il fit ensuite un voyage aux États-Unis comme boursier de la *Belgian American Educational Foundation* et fréquenta, durant deux années, l'Université de Californie. Revenu en Europe, il fut d'abord associé de recherches scientifiques à Paris, puis chef du département de Physiologie à Bruxelles (Fondation de recherches médicales Reine-Élisabeth) et, de 1932 à 1938, professeur d'hygiène et de biologie appliquées à l'Éducation physique à l'Université de Liège. En 1938, il devient président de l'Institut supérieur d'éducation physique de cette université et membre du Conseil national d'Alimentation de Belgique. Entre temps, il fait plusieurs voyages aux États-Unis, à titre de *Fellow* de la *Belgian American Educational Foundation* et poursuit des travaux de recherches au Fatigue Laboratory, de Harvard.

En 1939, il est délégué belge au Comité international d'Alimentation à Paris. En 1940, il est physiologiste attaché à l'aviation militaire française par le Conseil national de la Recherche scientifique. De 1940 à 1944, il est physiologiste au département d'Hygiène à Harvard. Puis, l'année suivante, il est conseiller du *Chemical Warfare Service* de l'armée américaine. Il est présentement directeur du Service des Recherches médicales à l'*Aluminium Company of Canada, Ltd.*

Le Dr Brouha est lauréat de l'Académie des Sciences de Paris (1934) ; lauréat de l'Académie de médecine (1930 et 1938) et lauréat de l'Académie des Sciences, de Bruxelles.

Jusqu'ici les recherches du Dr Brouha ont porté principalement sur les hormones sexuelles, sur le système nerveux autonome, sur la physiologie du travail musculaire et de l'entraînement physique, sur les bases physiologiques de l'orientation professionnelle et sur certains problèmes de nutrition en relation avec le travail musculaire.

Le Dr Louis-Paul Dugal est né à Québec en 1911. Il a fait ses études secondaires au Séminaire de Québec, où il obtenait, en 1931, son

baccalauréat ès arts *summa cum laude*. En 1933, il était licencié ès sciences et l'année suivante maître ès sciences chimiques (Laval).

Dès 1935, il est chargé de cours à l'Université de Montréal où il est demeuré jusqu'au mois de septembre 1945. A son retour de l'Université de Pennsylvanie, où il obtient le doctorat en 1939, il est assistant professeur de Physiologie générale. En 1940, il est professeur de Physiologie générale et secrétaire de la rédaction de la *Revue canadienne de Biologie* ; en 1941, sous-directeur de l'Institut de Biologie et directeur du département de Physiologie générale de cet Institut. En 1944, le Dr Dugal était élu membre du Conseil national des Recherches du Canada et du Conseil de la *Canadian Physiological Society*. Cette même année, il voyait ses travaux couronnés au concours de la province de Québec. M. Dugal était professeur titulaire de Physiologie générale à la Faculté des Sciences de l'Université de Montréal, au moment où il fut appelé à diriger, avec M. Brouha, le nouvel Institut d'Hygiène et de Biologie humaine de Laval.

Bien que M. Dugal ait dû, jusqu'ici, consacrer beaucoup de temps à l'enseignement, ses travaux de recherches sont quand même nombreux et ont porté sur les facteurs d'adaptation et sur la résistance au froid, à la chaleur et aux hautes altitudes, sur la respiration, et sur la cicatrisation des plaies ; sur le choc, les brûlures et certains problèmes de pharmacologie.

M. André Gasnier est né en 1904 à la Flèche, Sarthe. Licencié en sciences physiques et en sciences naturelles, il fut assistant du professeur André Mayer dans le laboratoire d'histoire naturelle des corps organisés, au Collège de France.

Il a été chef de travaux à l'Institut national agronomique de Paris et directeur du laboratoire de Bio-énergétique de l'Institut d'Hygiène alimentaire, secrétaire général du Comité de l'Alimentation pour la France et pour les problèmes de guerre de l'Alimentation.

Pendant les dix années qui ont précédé la guerre, M. Gasnier a consacré tout son temps à des recherches sur les problèmes de métabolisme et de la nutrition. Ces recherches ont fait l'objet de nombreuses publications en collaboration avec le professeur André Mayer et avec d'autres travailleurs du Département de Physiologie du Collège de France.

La formation d'une telle équipe et l'organisation des laboratoires entraîne des frais considérables. L'Université a confiance qu'on appréciera ses efforts et les sacrifices qu'elle s'impose pour donner des cadres solides à un Institut destiné à rendre de grands services à l'industrie et aux différentes catégories d'employeurs. Elle est assurée d'avance qu'il se trouvera quelque généreux Mécène pour seconder ses efforts, comme il s'est trouvé, l'an dernier, un Charles Breitung pour fonder une chaire de psychologie expérimentale.

A sa séance du mois de décembre, le Conseil universitaire a nommé M. le Dr Lucien Brouha, professeur titulaire de physiologie appliquée,

et M. le Dr Louis-Paul Dugal, professeur d'hygiène et de physiologie de l'acclimatation.

Le docteur Louis-Paul Dugal, directeur-adjoint de l'Institut d'Hygiène, vient d'être invité, par le Conseil des Recherches, à faire partie du sous-comité qui aura pour principale fonction d'étudier la radio-activité en biologie et en médecine. Le Comité se compose du Dr J.-B. Collip, président, du Dr J.-C. Butler et du Dr L. Young.

DON DU GOUVERNEMENT FRANÇAIS

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le premier décembre dernier, M. Pierre-Paul Lorion, consul général de France au Canada, recevait chez lui, rue de La Tour, les professeurs de la Faculté de Médecine, les représentants de l'Université et les doyens des Facultés Cette réception avait pour but la présentation de 70 volumes et de 50 revues de médecine, don du Gouvernement français à la Faculté de médecine de Laval. Toutes ces œuvres ont été publiées pendant l'occupation allemande. C'est là un don à la fois généreux et précieux car, depuis 5 ans, nous étions presque complètement privés de toute littérature scientifique en notre langue. Voilà un pas bien important dans la reprise des contacts entre nos deux milieux, contacts qu'il nous faut vivement rechercher et que l'on doit favoriser. Nous publions à la suite la liste de ces volumes, monographies, traités ou précis.

Anatomie des centres nerveux. — COSSA-PAILLAS, (*Legrand.*)
Application (Les) de la génétique à la médecine. — M. LAMY, (*Doin.*)
Applications chirurgicales. — JEANNENEY, (*Doin.*)
Blessures crânio-cérébrales par projectiles. — R. THUREL, (*Masson.*)
Chirurgie de la hanche. — VIDAL, NAQUET, (*Legrand.*)
Diagnostics difficiles. — Noël FIESSINGER, (*Masson.*)
Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale. — SAINTON, SIMONET et BROUHA (*Masson.*)
Entorses du cou-de-pied et entorses du genou. — LÉGER et OLIVIER, (*Masson.*)
Formulaire de thérapeutique et de pharmacologie. — LŒPER, (*Doin.*)
Granulo-diagnostics de la tuberculose. (Les).
Gymnastique corrective. — PÉTAT, BLANCHON, (*Legrand.*)
Hormones (Les). — ALBEAUX, FERNET, (*A. Legrand & Bertrand.*)
Les cas limites du traitement chirurgical de la tuberculose. — FOUER, DLEBECQ, (*Doin.*)
Le myocarde. — LYTEMCHER, (*Masson.*)
Les ondes courtes et thérapeutiques. — SAIDMAN, MAYER, (*Doin.*)

Les plantes fossiles. — EMBERGER, (*Masson.*)
Les sources de rayons infra-rouges. — SAIDMAN, (*Doin.*)
Les yeux. — ROCHON, DUVIGNEAUD, (*Masson.*)
Maladie de Besnier. — BÆCK, SHAUMANN, (*Masson.*)
Maladie de l'estomac. — Félix RAMOND, (*Masson.*)
Maladies mentales. — MARCHAND, (*Legrand.*)
Manuel de phtisiologie. — RAVINA, (*Masson.*)
Manuel de pleuroscopie et de section de brides. — DOUADY, MEYER, (*Legrand.*)
Matières premières usuelles du règne végétal. — PERROT, E., tomes I-II, (*Masson.*)
Oto-neurologie. — M. AUBRY, (*Masson.*)
Pathologie médicale, tomes III et V. — BEZANÇON, (*Masson.*)
Pathologie radiographique du squelette, atlas III. — BELOT, LEPENNETIER, (*Bertrand.*)
Petite chirurgie. — MAISONNET, (*Doin.*)
Phtisiologie du médecin praticien. — BARIÉTY, (*Masson.*)
Physio-pathologie et chirurgie des artères. — R. LERICHE, (*Masson.*)
Pneumothorax extra-pleural. — Le Foyer DELBEC, (*Doin.*)
Pratique (La) chirurgicale illustrée. — PAUCHET, MARTEL, (*Doin.*)
Pratique orthopédique. — MASSART, NAQUET, (*Legrand.*)
Précis d'anatomie-phy. du système nerveux. — LHERMETTE, MASQUIN, TRILLES, (*Doin.*)
Précis de chimie biologique médicale. — CRISTOL, (*Masson.*)
Précis de clinique de chirurgie infantile. — OMBRÉDANNE, (*Masson.*)
Précis d'endocrinologie clinique. — LANGERON, (*Doin.*)
Précis d'histologie physiologique. — POLICARD, (*Doin.*)
Précis de matière médicale homéopathique. — VANNIER, POIRIER, (*Doin.*)
Précis de mycologie. — LANGERON, (*Masson.*)
Précis de phtisiologie. — A. GIRAUD, (*Doin.*)
Précis de physiologie. — HÉDON, (*Doin.*)
Précis de pratique médicale. — SAVY, (*Doin.*)
Précis de séméiologie médicale élémentaire. — RIMBAULT, (*Doin.*)
Précis de technique du séro-diagnostic de la syphilis. — R. DEMONCHE, (*Doin.*)
Précis de thérapeutique et de pharmacologie. — RIGAUX, HAZARD.
Précis de tuberculose. — J. STÉPHANI (*Legrand.*)
Précis de virologie médicale. — LEVADITI, (*Masson.*)
Psychiatrie médico-légale. — R. CLAUDE, (*Doin.*)
Psychopathologie de la vision. — LHERMETTE, (*Masson.*)
Précis de technique radiologique. — NÈGRE et F. ROUQUET.
Région abdominale. — E. OLIVIER, Planche II.
Région abdominale. — Texte II.
Région thoraco-abdominale. Planche I. — E. OLIVIER, (*Legrand.*)
Région thoraco-abdominale. Texte I. — (*Legrand.*)
Symptômes (Les) de la tuberculose pulmonaire. — (*Masson.*)
Technique de radio-diagnostic. — LEDOUX, LEBARD, (*Masson.*)
Technique des opérations plastiques. — MARION, PÉRARD, (*Masson.*)
Thérapeutique (La) biologique de la tuberculose par le vaccin de Pousset. — J. PÉRISSON, (*Legrand.*)
Thérapeutique neurologique. — COSSA, (*Masson.*)
Traité de cryptogamie. — LUTZ, (*Masson.*)

Traité de technique chirurgicale. — (7 vols.) (*Masson.*)
Traitement des blessures et des lésions traumatiques crânio-cérébrales récentes. — RAYMOND, GUILLAUME. (*Masson.*)
Traitement orthopédique de la paralysie infantile. — M. BOPPE, (*Masson.*)
Traumatismes de la moelle et des racines. — THREL, (*Masson.*)
Urographie intra-veineuse. (L') — TRUCHOT, FEY, (*Masson.*)
Vaccination (La) contre la tuberculose par le B. C. G. — HALLÉ, LAGROUA, (*Doin.*)
Vie et finalité. — ROUVIÈRE, (*Masson.*)
Radio-diagnostics urgents. — MONDOR, (*Masson.*)

DEUX NOUVEAUX MÉDECINS DE LAVAL AU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

En octobre dernier, le Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada admettait, après concours, MM. les Drs Paul-Edmond Pouliot et Wilfrid Caron, qui sont tous deux gradués de Laval.

M. le Dr Paul-Edmond Pouliot, assistant à la Clinique des donneurs de sang, est spécialiste agréé en chirurgie et, au moment même où il réussissait ses examens au Collège royal, il obtenait la licence fédérale du Conseil médical du Canada. Après l'obtention de son baccalauréat ès arts en 1932, il fit ses études médicales à Québec, gagna le prix Vézina de chirurgie et obtint le diplôme de docteur en médecine avec distinction en 1937.

Deux années de résidence et de bénévolat en chirurgie à l'Hôtel-Dieu de Québec le préparèrent à compléter sa formation chirurgicale aux États-Unis, d'abord à Boston, sous la direction du Pr Churchill, au *Massachusetts General Hospital* et à la Clinique Lahey où il s'intéressa particulièrement à la chirurgie du goitre, puis à New-York où il étudia la chirurgie de la glande mammaire au *Post Graduate Medical School.*

De retour à Québec, en 1940, il fréquenta les Services chirurgicaux de l'Hôtel-Dieu et devint assistant à la Clinique des donneurs de sang de la Croix-Rouge canadienne, poste qu'il occupe encore en ce moment.

M. le Dr Wilfrid Caron, assistant dans le Service de chirurgie de l'Hôpital du Saint-Sacrement, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine, est bachelier ès arts *summa cum laude,* Laval 1934, et docteur en médecine, *cum laude,* 1939. Durant ses études médicales, il l'emporta aux concours Ciba en pharmacologie, et Vézina en chirurgie.

Après une année de résidence en chirurgie à l'Hôpital du Saint-Sacrement, il se rendit aux États-Unis parfaire sa formation. A Boston, il étudia la chirurgie traumatique sous la direction du Pr E. C. Cutler au *Peter Bent Brigham Hospital* de l'Université Harvard ; à l'Université Saint-Louis, il consacra trois années à faire soit de la chirurgie clinique avec le Pr Louis Rassieur, soit de la chirurgie expérimentale sur les sutures tendineuses avec le Pr J. M. MacCaughn, soit, enfin, de la proctologie avec le Pr W. R. MacIntire.

En 1944, il revint à l'Hôpital du Saint-Sacrement à titre d'assistant bénévole et, cette année, il fut nommé assistant hospitalier et aide d'anatomie à la Faculté.

Le *Laval Médical* est heureux d'offrir ses félicitations à ces deux médecins de Laval qui viennent d'être reçus membres du Collège royal.

Pierre JOBIN.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE

Les deux et trois novembre derniers se tenait, à Kingston, la neuvième réunion annuelle de la Société canadienne de Physiologie. Parmi les nombreux assistants, membres de la société ou visiteurs, Laval était représenté par MM. les Drs Lucien Brouha et Louis-Paul Dugal, le R. P. Guy Fortier, M. André Desmarais et Mlle Mercédès Thérien, de l'Institut d'Hygiène et de Biologie humaine, le Dr G.-A. Bergeron, du département de Physiologie et le Dr Édouard Pagé, du département de Biochimie, tous de la Faculté de Médecine. Le département de Biologie de la Faculté des Sciences y avait délégué le Dr Richard Bernard, ainsi que MM. Bourbeau et Marier.

Mlle Mercédès Thérien et le Dr Louis-Paul Dugal y présentèrent une communication sur la teneur en acide ascorbique au niveau des tissus du rat exposé au froid. Ils ont observé un accroissement de l'ordre de 50% au niveau du foie, du rein et des testicules et interprètent cette réponse d'un animal capable de faire la synthèse de l'acide ascorbique comme la signature d'un besoin particulier de cette vitamine chez les animaux exposés au froid.

Un autre travail de Laval fut présenté par le Dr Richard Bernard et M. Paul Genest qui montrèrent l'influence des sulfamidés sur la formation de la coquille des œufs de poule. La décalcification consécutive à l'emploi de plusieurs sulfamidés est interprétée comme un phénomène d'inhibition enzymatique ou peut-être d'une déficience vitaminique temporaire.

Geo.-Albert BERGERON.

M. LE DOCTEUR G.-LÉO COTÉ

1901 — 1945

Chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie ;
chef du Service d'oto-rhino-laryngologie à l'Hôpital Laval.