JACQUES de LORIMIER BOURGEOIS

Simple hommage

Nous avons appris, il y a quelque temps, que le docteur Jacques de Lorimier Bourgeois, un de nos plus brillants élèves, ancien interne de « l'*hôpital Notre-Dame* » et du « *Toronto General Hospital* », avait été porté comme « *disparu* » le premier jour de l'envahissement de l'Afrique du Nord par les troupes anglo-américaines.

La nouvelle en est parvenue à son père, le professeur B.-G. Bourgeois, chirurgien en chef de l'hôpital Notre-Dame. Nous avions annoncé, il y a quelques mois, dans les colonnes de cette revue, le départ de notre jeune ami pour l'Angleterre où il s'était enrôlé dans la marine anglaise. Après des missions nombreuses et souvent périlleuses, où notre jeune et vaillant ami avait fait preuve de savoir et de courage, il avait reçu, de la part de ses chefs, des marques de distinction, et on lui avait assigné des postes de confiance qui témoignaient non seulement de sa valeur comme chirurgien mais aussi comme homme digne d'assumer des responsabilités que l'on confie généralement aux aînés.



Bref, il occupait, dernièrement, un poste de chirurgien à bord d'un navire anglais appelé « Hartland ». Lorsque les Américains, aidés des Anglais, décidèrent d'envahir l'Afrique du Nord, deux navires anglais: le « Hartland » et le « Walney », reçurent l'ordre de se diriger

94015

vers Oran et de forcer l'entrée du port, en enfonçant un « boom » qui le fermait, afin d'y admettre de plus gros navires alliés qui devaient y accomplir une importante mission avant le sabordage éventuel des navires français réfugiés depuis longtemps à cet endroit stratégique.

Un journaliste anglais, Leo S. Disher, qui se trouvait sur l'un des deux navires, a fait le récit de cette entreprise hasardeuse et héroïque, dans les journaux quotidiens [1], auxquels j'emprunte quelques renseignements et aussi dans un journal des Trois-Rivières [2].

« Ces deux navires appelés « Cutter » quittèrent le convoi à minuit et s'avancèrent seuls, dans la nuit très obscure, vers l'entrée du port. Tout alla bien pendant quelque temps, mais bientôt les navires furent répérés par les réflecteurs du port français et soumis au feu convergent des sept batteries côtières et des huit navires de guerre français mouillés dans le port intérieur, et dont la plupart devaient être avariés ou détruits plus tard lorsque de grosses unités de la flotte purent pénétrer dans le port par la brèche que leur avaient ouverte le Hartland et le Walney.

« Malgré la pluie de projectiles qui les assaillaient de toutes parts, leurs propres pièces, crachant la mitraille, les deux petits navires, après deux essais, réussirent à forcer l'entrée et à aller débarquer leurs troupes aux endroits convenus. Puis, leurs coques déchirées par les obus de gros calibre, brûlant de la poupe à la proue, ils sombrèrent après une formidable explosion, alors qu'ils retournaient à la mer, entraînant avec eux probablement tout ce qui vivait encore de leurs héroïques équipages. »

Quel drame poignant si l'on songe que les nôtres sont tombés, là-bas, sous des balles françaises tandis qu'ils s'offraient de délivrer du joug hitlérien ceux-là mêmes qui s'obstinaient à les traiter en ennemis malgré la sincérité de leurs intentions...

S'adressant à la Chambre des Communes d'Angleterre, quelque temps après, le premier Lord de l'Amirauté, M. Alexander, rapportait la perte des onze navires qui disparurent lors des débarquements en Afrique et payait un tribut d'hommage aux équipages de deux d'entre eux surtout dont l'action héroïque avait permis l'accomplissement de la tâche difficile qu'on leur avait confiée.

« Cet exploit », dit-il, « peut être classé parmi les plus héroïques épisodes qui sont consignés dans les archives de la Marine Britannique. Ces deux petits navires avaient reçu la mission de défoncer les barrages défendant l'entrée du port d'Oran (blockships) disposés à l'avance dans ce but. Ils passèrent à travers le barrage, et malgré que la distance fut courte pour atteindre le point de débarquement, ils furent soumis à un terrible feu de barrage des batteries côtières et des navires de guerre dont quelques-uns tiraient à bout portant, à quelques verges de distance à peine.

---

1. « Montreal Daily Star », 18 novembre 1942.
2. « Le Bien Public », jeudi, 10 décembre 1942.

« Les mécaniciens et les chauffeurs, tous des jeunes gens sans beaucoup d'expérience et encore peu aguerris, restèrent à leur poste jusqu'à ce que les obus pénétrant les ponts brisèrent les conduites de la vapeur et, dans un cas, tuèrent tous les hommes qui se trouvaient sur le pont de navigation, etc.

« Un tel exploit égalise les traditions qui ont été établies par les marins de Drake et de Nelson, et aussi longtemps que les navires de l'Empire Britannique seront confiés à des hommes comme ceux qui ont manœuvré le Hartland et le Walney, la Marine est assurée que son glorieux passé ne sera jamais amoindri. »

* * *

On peut ajouter, à la suite de ces renseignements, qu'une mission aussi périlleuse, en de telles circonstances, signifiait le sacrifice de sa vie pour chacun de ceux qui devaient l'accomplir.

Ce simple récit est plus éloquent que les pauvres commentaires que nous pourrions ajouter. Sans doute notre jeune ami, le docteur Jacques de Lorimier Bourgeois, a été porté « *comme disparu* », mais nous conservons, quand même, l'espoir qu'un jour nous pourrons entendre dire qu'il a été recueilli ici ou là!... Nous ne sommes pas surpris, nous qui le connaissions, de sa constante ambition de *servir*, n'importe où, n'importe quand, depuis son départ du Canada. Les excellents témoignages, nombreux et unanimes, de ses activités et le charme qui se dégageait de sa personne exerçaient sur son entourage une influence heureuse. D'autre part, le souci de ses responsabilités et le sens du devoir qui l'animaient si intensément, soit dans ses conversations, soit dans ses lettres, en faisaient une recrue exceptionnelle dont l'ascendant, quoique jeune, créait une atmosphère d'optimisme en toutes occasions, même les plus imprévues, sinon les plus tragiques.

Il aurait pu, après deux années de service, être rappelé au pays; il en avait reçu l'offre de la part de gens influents qui s'intéressaient à son avenir, mais il a toujours refusé, car, disait-il, « j'ai des amis charmants avec qui je me suis solidarisé, et nous nous sommes promis, les uns aux autres, d'accomplir notre mission jusqu'à la victoire, ou de mourir pour elle si tel est notre destin ».

De telles paroles, véritablement socratiques, dans la bouche d'un jeune homme plein d'avenir et de talent, peuvent surprendre des gens plus âgés et moins ambitieux, possédant plus d'expérience et jouissant d'une influence décisive. Mais on comprend mieux une telle attitude lorsqu'on sait, qu'à côté d'une formation scientifique de premier ordre, le docteur Jacques de Lorimier Bourgeois avait eu le bonheur de recevoir une éducation très complète, dont son père et sa mère ont été les artisans magnifiques par la parole et par l'exemple. Derrière sa constante bienveillance, il possédait un caractère, c'est-à-dire, citant Lacordaire: « l'énergie sourde de la volonté, je ne sais quoi d'inébranlable dans les desseins, de plus inébranlable encore

dans la fidélité à soi-même, à ses convictions, à ses amitiés, à ses vertus, une force ultime qui jaillit de la personne et inspire à tous cette certitude que nous appelons la sécurité ».

Nous adressons à ses parents l'expression sincère de nos regrets et l'espoir, quand même, de le revoir un jour. Cependant, lorsqu'une famille peut compter de tels hauts faits dans ses annales, concernant l'un de ses membres, la douleur s'atténue graduellement, et la superbe reprend ses droits pour rendre un juste hommage à celui qui a mérité qu'on le proclame et qu'on s'en souvienne!...

« Car c'est vraiment, Seigneur, le meilleur témoignage
Que nous puissions donner de notre dignité
Que cet ardent sanglot . . . . . .
. . . . . au bord de votre éternité. »

Albert LeSAGE.

LE STATUS ACTUEL DE L'ARTHRITE ET DU RHUMATISME ET LEUR TRAITEMENT EFFECTIF [1]

Par **Ralph PEMBERTON,**
Professeur au « Graduate School » de l'Université de Pensylvanie,
Président de la Ligue Internationale contre le rhumatisme.

Le sujet que j'ai l'honneur de traiter devant vous cet après-midi est un de ceux qui intéressent tous les praticiens, tant au Canada qu'aux Etats-Unis, à savoir, l'arthrite et les maladies rhumatismales.

Le problème de ces maladies existe partout, affectant toutes les nations entre les zones glaciales et sub-tropicales.

Les statistiques que le gouvernement des Etats-Unis a rassemblées, montrent un total de rhumatisants, aux Etats-Unis, de 7,000,000 de cas, tandis que les maladies du cœur ne s'élèvent qu'à 4,000,000 de cas.

Compris sous le titre « Rhumatisme » se trouvent un bon nombre de sujets dont les principaux sont l'arthrite, le fibrosite, et la maladie de Bouillaud.

Le sujet principal de mon discours aujourd'hui sera l'arthrite; et vous serez peut-être un peu surpris d'apprendre que la maladie de Bouillaud, si importante qu'elle soit, joue un rôle dix fois moins important que l'arthritisme en général.

Il y a près de quinze ans que « The American Committee for the Control of Rheumatism » a qualifié l'arthrite de maladie systémique, comportant en même temps des manifestations aux articulations.

L'arthrite n'est pas une maladie des jointures proprement dite.

Les tissus affectés dans l'arthrite sont, pour la plupart, ceux qui se rattache au mésoderme et on pourrait, presque appeler la maladie une « mésodermose ». Ayant constaté ceci, il doit être plus facile de comprendre que l'arthrite entraîne plus que des changements pathologiques dans les jointures.

Les systèmes majeurs du corps se détraquent à divers degrés et, pour que le traitement réussisse, il faut l'appliquer surtout à la réduction de ces détraquements plutôt qu'aux résultats finaux.

Le syndrome de l'arthrite est varié et présente une étiologie variée également. Plusieurs facteurs, tels que l'hérédité, la conformation du corps, la fatigue, l'infection, le froid, l'humidité, peuvent l'amener.

Jusqu'à ces dernières années, il existait une théorie généralement acceptée, en particulier aux Etats-Unis, que l'infection était la cause principale de cette maladie; mais, aujourd'hui, on comprend que l'infection, quoiqu'elle ait beaucoup d'importance au point de vue clinique, ne peut pas être regardée comme la cause initiale.

Il y a deux variétés principales de l'arthrite que nous devons, dès maintenant, signaler tout spécialement, qui s'appellent l'arthrite atrophique (rhumatoid arthritis) et l'arthrite hyperthophique (ostéo-arthritis). Celle-là est une maladie qui nous affecte jusqu'à l'âge de quarante ans, caractérisée en ce qui concerne les jointures, par une prolifération de la membrane synoviale qui recouvre le cartilage et le détruit. En même temps des processus de granulation, plus ou moins comparables à ce que je viens de décrire, peuvent survenir dans la moelle de l'épiphyse, du corps de l'os. Quand ces deux processus évoluent simultanément, le cartilage est détruit des deux côtés et ces deux couches de tissus tendent à s'unir.

L'autre grand type, l'arthrite hypertrophique (ostéo-arthritis), est caractérisé par une dégénérescence ou fibrillation du cartilage qui se ramollit et s'érode.

Il en résulte que ce processus met à nu l'os sous-jacent. L'ankylose ne se produit jamais.

1. Travail présenté au XVIIe Congrès de *l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord,* Montréal, septembre 1942.

La diaphyse de l'os subit une diminution du nombre des trabécules osseuses par résorption et les os, appelés à supporter un poids considérable, peuvent s'incurver. Il se forme aussi un cartilage nouveau qui peut se transformer en os. Dans le cas des phalanges des doigts, ce processus donne lieu à des tuméfactions connues sous le nom de « nodosités d'Heberden ».

Le traitement de ces deux variétés du syndrome n'est pas exactement le même, pour l'une et l'autre, mais plusieurs des facteurs produisant la maladie et plusieurs des aspects de la thérapie sont parallèles et on peut presque les considérer sur le même plan.

Les influences qui déterminent ces manifestations systémiques dont je parle, et aussi les manifestations dans les articulations, proviennent, probablement, d'une perte d'équilibre du système nerveux, y compris la chaîne endocrine.

Parmi les témoignages périphériques de cette perte d'équilibre, sont l'atrophie de l'os et du muscle; l'infiltration du tissu conjonctif; la dégénérescence du cartilage; l'anémie; un abaissement de la protéine du plasma; un abaissement du métabolisme basal; une résistance désordonnée à l'infection; une vaso-constriction dans les vaisseaux capillaires. La froideur des mains des rhumatisants peut être attribuée à ce dernier facteur. Il faut ajouter que c'est au docteur René Dandurand de Montréal qu'on doit la constatation que les rhumatisants portent, dans leur plasma, un excès de substances réduisantes.

Les malades affectés par le rhumatisme possèdent aussi des agglutinines pour le streptocoque hémolytique et on peut regarder ces anticorps comme une évidence que le streptocoque joue un rôle quelconque.

Cependant il y a des étudiants qui regardent ces réactions comme des réactions non-spécifiques, comme celles de Wassermann et de Weil Felix.

Il faut maintenant mentionner un aspect du syndrome de l'arthritisme, qui a depuis longtemps échappé à l'attention. Il peut se produire dans un grand nombre de cas de l'arthritisme un véritable œdème des tissus, qui souvent ne se montre qu'au moment où il commence à disparaître. Dans ces circonstances, les os du dos de la main deviennent visibles. Cet œdème ne provient pas de l'abaissement des protéines du plasma et dans quelques cas, on peut le démontrer aussi par la pression des doigts dans la région prétibiale.

Nous devons maintenant considérer aussi le tractus gastro-intestinal qui n'est pas apprécié à sa juste valeur dans le problème du rhumatisme. Dans ces dernières années, Spackman et d'autres, ont constaté que, sur 400 cas d'arthritisme, quelque dérangement de ce tractus, soit hypo-chlorhydrie, achlorhydrie, ou malformation de l'intestin lui-même, se présente avec une fréquence de soixante pour cent.

Le côlon est souvent caractérisé par une tendance à être d'un calibre plus grand, a être beaucoup plus long, à avoir un aspect beaucoup plus sinueux que la moyenne des côlons. Le type de malade chez lequel on trouve ces dérangements du tractus gastro-intestinal avec la plus grande fréquence, est grêle, d'une constitution anatomique déficiente, avec étroitesse de l'angle costal, viscéroptose et vicieuses attitudes du corps.

On a constaté que ces attitudes et mécanismes vicieux du corps ont beaucoup à faire avec l'attaque et la continuation de l'arthrite. Le corollaire thérapeutique de ce fait est qu'on doit regarder, de très près, ce que nous appelons en Anglais, le « body mechanics » du malade et améliorer autant que possible tout ce qui n'est pas en ligne.

Comme il a été déjà indiqué, plusieurs des grands systèmes du corps sont dérangés et, par conséquent, on ne sera pas surpris d'apprendre que le traitement des arthritiques en général doit commencer par le repos complet du malade. Sans doute que chaque practicien croit qu'il comprend tout ce que le mot « repos » veut dire mais l'explication est vraiment

beaucoup plus compliquée que l'on ne pense.

Le repos couché a les effets suivants:

1° Il facilite la distribution égale du sang dans les réseaux capillaires;

2° il permet le passage des fluides des tissus dans les canaux vasculaires;

3° il libère le système nerveux de l'effort qu'entraîne la position debout;

4° il permet que les organes prennent des positions normales et régularise leur fonctionnement;

5° le repos toutefois, peut être nuisible, à moins qu'il ne soit bien compris et appliqué.

Ainsi, ordonné inconsidérément, il peut amener l'ankylose. Dans le cas de l'arthrite atrophique, le malade doit, lui-même, remuer les membres une ou deux fois par jour. Dans bien des cas incipients, la prescription du repos peut apparemment faire des miracles.

En fait, toutes les fois que l'on soigne l'arthrite en groupe, le repos au lit doit être la base servant de point de départ a tout autre genre de thérapie. Lorsque l'arthritique a été mis au repos complet et qu'on lui a permis de recouvrer un meilleur équilibre, on doit examiner la prostate, la vésicule biliaire et les autres régions pour découvrir la présence des foyers d'infection.

La plupart des arthritiques, surtout du type atrophique, sont atteints d'anémie, qu'ordinairement on considère comme secondaire. Cette anémie n'est probablement pas moins importante que la maladie elle-même et peut en faire partie intégrale.

L'œdème qui accompagne beaucoup de cas d'arthrite, peut être traité de plusieurs manières. Dans la position du repos couché, le fluide des tissus a une tendance à pénétrer les vaisseaux vasculaires et, ainsi, à s'éliminer. La transpiration, la purgation et le massage peuvent accomplir le même résultat mais les deux premières mesures sont, en général, trop sévères pour l'arthritique gravement malade.

Un autre moyen d'enrayer l'œdème se trouve dans le régime. Un réajustement du régime alimentaire pour fournir une plus grande quantité de protéine et pour diminuer la quantité d'hydrates de carbone, détermine une perte d'eau par le corps. L'influence d'un tel régime dépend du fait que, dans le métabolisme de la protéine, il faut de l'eau pour éliminer les produits résultants. Au contraire, l'ingestion de grandes quantités d'hydrates de carbone, tels que le sucre et l'amidon, peut résulter dans l'accumulation du glycogène qui retient de l'eau dans la proportion de trois grammes d'eau pour chaque gramme de glycogène.

On peut coordonner l'influence de chacun de ces facteurs variés, afin que les tissus éliminent l'excès d'eau, au lieu de la conserver.

Il est probable que cette rétention de l'eau constitue une partie de la vraie pathologie de la maladie, du moins en ce qui concerne la douleur et la raideur.

Le grand domaine de la physiothérapie comprend plusieurs moyens ayant beaucoup de valeur dans le traitement du rhumatisme chronique, en particulier la chaleur et le massage. L'influence de ces deux agents peut être très efficace en ouvrant les réseaux capillaires fermés qui souvent accompagnent l'arthrite.

Le fait même qu'il y a tant de drogues et de médicaments employés dans la lutte contre l'arthritisme, est le témoignage le plus probant de leur inutilité.

Une bonne analogie pour l'emploi de drogues dans le traitement des rhumatisants se trouvent dans les soins qu'on donne aux tuberculeux. Le soulagement de la toux de la tuberculose ne consiste pas, en dernière analyse, dans l'emploi des opiacés mais dans la composition d'un régime physiologique.

Le soulagement de la douleur causée par l'arthrite est accompli, par analogie, non par des remèdes anodins, mais par un régime physiologique, bien qu'il soit plus compliqué évidemment. Le traitement suivi de l'arthritique par des remèdes anodins prouve ordinairement l'ignorance du praticien au sujet de la vraie nature de la maladie.

On ne doit jamais administrer d'opium à l'arthritique. Les salicylates sont utiles en cas

d'urgence mais ne doivent s'employer que dans ce cas. La sédation du système nerveux est presque toujours nécessaire au début du traitement et, en fait, la collaboration du malade ne s'obtient, la plupart du temps, que lorsque son système nerveux s'est calmé. La convalescence ne peut vraiment commencer qu'à la disparition de la tension nerveuse. Une légère stimulation est presque toujours nécessaire aussi, parce que l'arthritique est généralement atteint de fatigue et souffre également du fonctionnement insuffisant de plusieurs de ses organes et systèmes, ainsi que nous le montrent l'hypochlorhydrie, l'hébétude mentale, etc. La noix vomique à petite dose, de trois gouttes trois fois par jour, peut être des plus utile mais seulement quand elle est administrée suivant le programme énoncé ci-dessus.

Il est hors de doute que le système endocrin en général est compris dans l'ensemble du syndrome arthritique et il est probable que la chaine entière des endocrins est affectée. Une illustration partielle de ceci se voit bien dans les exacerbations de l'arthrite à l'époque de la menstruation, dans les mieux qui caractérisent la grossesse et aussi dans l'arthrite qui accompagne la ménopause.

L'emploi des vaccins était récemment un des pas les plus importants sur la voie de la thérapie de ce syndrome. Cependant on peut dire, tandis que la justification de cette forme de thérapie dépendait apparemment du raisonnement logique, que les prémisses n'étaient pas tout à fait exactes. Il n'y a pas de preuve absolue que l'arthrite soit une maladie causée par l'infection; et l'emploi des vaccins poussé à ce point là, en particulier aux Etats-Unis, non seulement a produit des résultats décevants, mais encore a eu parfois des suites nocives. Il y a lieu, vraiment, d'user de vaccins mais dans une mesure bien moindre qu'on ne le pensait naguère et les vaccins en général doivent être réservés aux derniers stades de la thérapie, quand les mesures plus saines et plus physiologiques se sont montrées inefficaces.

Pour le moment, un moyen qui promet davantage, c'est l'emploi de l'or. Il a été introduit par Forestier, et on peut dire que, des diverses mesures isolées pour traiter cette maladie, il ressort actuellement que l'or est, peut-être, la meilleure. Il est encore trop tôt pour l'apprécier à sa juste valeur; et en tout cas, on ne devrait jamais s'en servir, du moins à mon avis, que lorsque l'expérience démontre qu'un agent de cette sorte est nécessaire. L'or est très toxique et peut se comparer au mercure, à l'arsenic et au plomb.

Il faut reconnaître que, pour bien traiter des groupes considérables d'arthritiques, il faut compter sur les efforts coordonnés des travailleurs dans tous les domaines de la médecine. La maladie elle-même, cependant, est du ressort du spécialiste des maladies internes, bien qu'il doive nécessairement faire appel à ses confrères des autres spécialités pour contrôler et compléter le tableau.

Il en est de même des mesures qu'il emploie et qui doivent, forcément, être variées et compliquées. Il est donc fort désirable, autant que faire se peut, de mettre au point les différentes mesures successives nécessaires pour le traitement des arthritiques en groupe. Ceci ne peut pas s'accomplir d'une façon définitive mais il est possible d'indiquer une série de mesures qui amèneront une grande amélioration chez la plupart des arthritiques.

Cette série commence, comme nous l'avons indiqué plus haut, par le repos au lit, suivi de la sédation, accompagné ou non de stimulation du malade. Presque au début, le régime alimentaire doit être réglé pour faciliter le fonctionnement adéquat des intestins, pour fournir les calories que nécessite le repos au lit, et pour donner assez de protéine pour compenser le manque de plasma protéine qu'on rencontre fréquemment.

Arrivé à ce stade, on doit laisser au malade le temps de profiter quelque peu de la période de repos qu'on lui a accordée, afin qu'il recouvre un certain équilibre dans les systèmes nerveux, vasculaire, gastro-intestinal et locomoteur. Ici, l'examen des foyers d'infection s'impose et il faut signaler qu'un examen trop

vigoureux peut avoir pour résultat l'exacerbation de toute la maladie.

L'administration du fer, de l'arsenic ou d'autres agents pour combattre l'anémie, doit être appliquée et, peu après ceci, doit suivre le traitement conservateur des foyers d'infection qui existent. Si cette infection peut être extirpée, conformément au bon jugement médical et chirurgical une telle mesure est le moyen le plus rapide. Souvent cependant, le malade n'est pas en état de subir une opération, ou même un traitement vigoureux de l'infection; et toute tentative pour se rendre maître de ces foyers doit être faite avec beaucoup de précaution et de lenteur. La mesure qu'il faut, au moment qu'il ne faut pas, équivaut à la fausse mesure et beaucoup d'arthritiques, déjà malades, ont été plongés dans un état désespéré d'infirmité par une vaine intervention chirurgicale. La physiothérapie devient souvent très utile. L'assistance orthopédique peut être des plus importantes et les moules de plâtre démontables sont parfois nécessaires.

Généralement, les facteurs essentiels qui causent et accompagnent la maladie, ayant été étudiés et enrayés, les remèdes tels que les vaccins et l'or peuvent être judicieusement employés. Toutefois, il faut se rappeler que la tendance du praticien général est de chercher un remède simple pour ce syndrome compliqué. Au point de vue philosophique une telle attitude est mauvaise et, par conséquent, inadéquate au point de vue clinique. Ceux qui traitent l'arthrite sont appelés à envisager le problème sous tous ses aspects et à se rendre compte qu'une maladie d'étiologie douteuse, ayant beaucoup d'expressions variées, ne peut logiquement se guérir par une thérapeutique à sens unique que dans des cas exceptionnels.

Bien des médecins ont toujours l'impression que le rhumatisme chronique est une maladie incurable; mais, en fait, si on poursuit en général le programme indiqué ci-dessus, il y a peu de maladies contre lesquelles on puisse faire davantage.

PRÉ-CANCER ET CANCER DE LA FACE[1]

Par **Albéric MARIN** (Montréal).

Ce qui importe, croyons-nous, dans ce problème du cancer de la face, c'est surtout de bien reconnaître ses formes de début. Pris au commencement de son évolution, ce néoplasme est curable dans près de 100% des cas. Plus tardivement, les résultats thérapeutiques sont aléatoires ou encore le traitement n'obtient que des déboires.

Pré-cancer

Aussi est-il bon d'insister sur la haute utilité de dépister et de surveiller étroitement certaines lésions cutanées dites pré-cancéreuses.

Le cancer cutané, rarement il est vrai, peut apparaître sur un tégument apparemment sain. Mais le plus habituellement il se montre sur une lésion préalable, que l'on désigne sous le nom de pré-cancéreuse.

Les lésions pré-cancéreuses sont celles dont l'évolution aboutit fréquemment à la dégénérescence cancéreuse. Toutes ces lésions pré-cancéreuses ne deviendront pas fatalement des cancers, mais elles ont une tendance marquée à en favoriser le développement.

Nous laisserons de côté ici les lésions pré-cancéreuses des muqueuses buccales et génitales pour passer brièvement en revue celles que nous observons à la peau.

Cicatrices. Les cicatrices, qu'elle qu'en soit l'origine, surtout si elles sont soumises à des irritations multiples (comme le coup de razoir quotidien sur une cicatrice siégeant à la région de la barbe), sont exposées à la cancérisation. Les cicatrices consécutives à des brûlures y sont plus sujettes et au nombre de celles-ci les cicatrices par brûlures de goudron le sont davantage.

La corne cutanée (Fig. 1) prend naissance sur un kyste sébacé, une verrue, une cicatrice, plus souvent sur une kératose sénile. Elle s'observe au cuir chevelu, à la face, au dos des mains, aussi aux parties génitales.

Ainsi que son nom l'indique, la corne est une élevure conique qui simule par sa consistance une petite corne d'animal. Sa longueur peut être de plusieurs centimètres. Elle est droite ou incurvée, de coloration brunâtre ou gris sale. Elle tombe parfois spontanément pour le plus souvent repousser.

La dégénérescence cancéreuse s'opère à la base de la corne, à son lieu d'implantation.

Les kératoses séniles (Fig. II) sont les plus fréquentes des lésions pré-cancéreuses. Elles se voient surtout à la face et au dos des mains, régions plus exposées que d'autres aux rayons solaires. Elles sont isolées ou multiples. Il s'agit de petites taches, squameuses, de quelques millimètres de diamètre. La coloration est d'abord normale puis progressivement devient grisâtre, beige, brunâtre. En même temps que s'accentue la coloration, l'état squameux s'accuse davantage. Les taches deviennent plus épaisses, plus sombres et s'étalent.

Peu à peu, plus rapidement si des irritations sont intervenues (razoir, caustiques chimiques, pincements), cette tache cesse d'être simplement squameuse pour devenir croûteuse. Une petite croûtelle recouvre une petite excoriation et c'est déjà un épithélioma qui s'est installé insidieusement. Celui-ci est ou basocellulaire ou spino-cellulaire.

La kératose séborrhéique ou verrue séborrhéique (Fig. III) est un papillome brunâtre, bien délimité, de forme ronde ou ovalaire. Elle est légèrement surélevée, de consistance ferme. La surface est le plus souvent rugueuse. Isolée ou multiple, elle siège de préférence aux tempes, au cuir chevelu, aussi au tronc.

Elle est moins exposée que la kératose sénile à la cancérisation, mais cette éventualité est possible.

1. Travail présenté au XVIIe Congrès de *l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord,* Montréal, septembre 1942.

Les kératoses arsenicales étaient plus fréquentes autrefois que de nos jours. Elles s'observaient chez des malades qui avaient ingéré durant plusieurs années des médications arsenicales: liqueur de Fowler, de Donovan, etc. Il ne semble pas que les préparations arsénobenzoliques utilisées dans le traitement de la syphilis en produisent. Elles se voient aussi chez des ouvriers ayant manipulé depuis de nombreuses années des composés arsenicaux au cours de leur travail. Ces lésions occupent avec prédilection les extrémités, mais aussi la face. La peau est sèche, légèrement atrophiée, un peu pigmentée, peut être sillonnée de quelques télangiectasies et parsemée de verrucosités sèches, dures, de dimensions variables.

Elles donnent naissance surtout à l'épithélioma spino-cellulaire.

Diverses kératoses d'origine industrielle surviennent chez des ouvriers de certaines industries, particulièrement exposés à des produits dits cancérigènes: suie, goudron, dérivés du pétrole, paraffine, teintures d'aniline.

Une dystrophie cutanée connue sous le nom de *farmer's* ou *sailor's skin* (Fig. IV) se montre aux parties découvertes de certaines personnes exposées aux intempéries durant de nombreuses années: montagnards, cultivateurs, marins, cochers, etc. La coutume très répandue, qui sévit depuis quelques années, des bains de soleil prolongés et souvent répétés, aussi de l'utilisation des rayons ultra-violets chez les coiffeurs, les instituts de beauté, dans les gymnases et chez-soi augmentera sûrement la fréquence de cette dermatose.

La peau devient sèche, plissée, atrophiée. Elle se recouvre d'éphélides et de pigmentation diffuse permanente. Elle est sillonnée de télangiectasies. Sur ces territoires apparaissent des kératoses nombreuses qui ont une tendance marquée à dégénérer. Une épithéliomatose multiple en est souvent la conséquence, de type baso ou spino-cellulaire.

La radiodermite ressemble assez bien à la dermatose précédente. A l'endroit d'une brûlure ancienne par les radiations (rayons X ou radium), une atrophie scléreuse, avec télangiectasies, hérissée de verrucosités, s'installe. Certains points sont susceptibles de présenter des épithéliomas, surtout de type spino-cellulaire.

La radiodermite professionnelle offre les mêmes dangers.

Le xéroderma pigmentosum (Fig. V). affection heureusement plutôt rare, aboutit fatalement à de l'épithéliomatose multiple. Cette dermatose est due à une sursensibilité aux rayons solaires. La peau du xérodermique est aussi sensible aux rayons solaires qu'une peau normale l'est aux rayons X. Les premières manifestations apparaissent dès l'enfance. La peau se pigmente et s'atrophie. Elle est sèche, se couvre de kératoses qui se cancérisent. Il est rare que ces malades ne succombent pas à du cancer généralisé avant d'avoir atteint l'âge adulte.

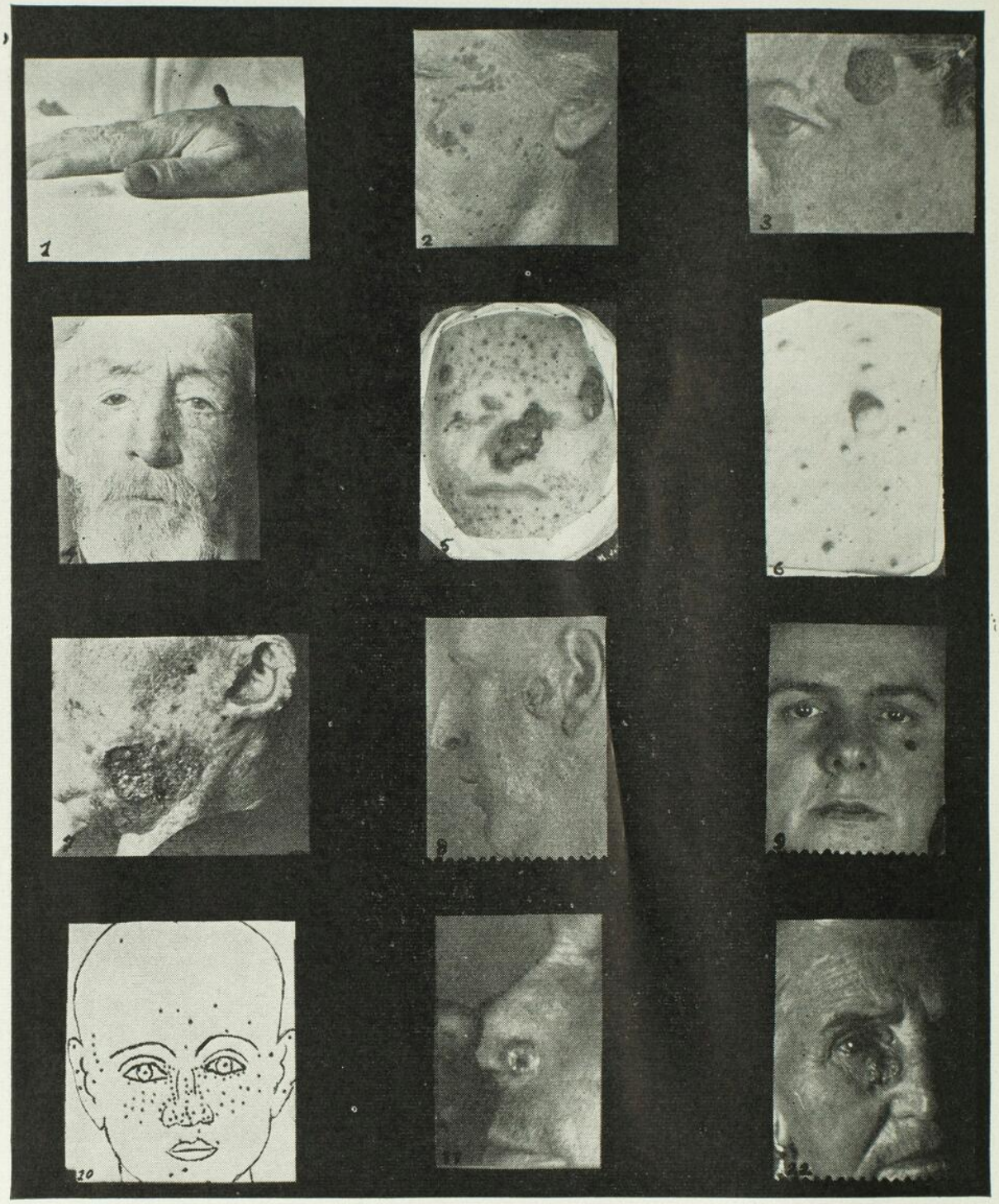
Les ulcères atones, rares à la face, plus fréquents aux membres, au décubitus, à la bouche, sont parfois à l'origine d'épithéliomas spino-cellulaires.

La neuro-fibromatose de von Recklinghausen (Fig. VI) peut donner lieu à des sarcomes. Ceci survient à la suite de traumatisme ou encore d'une tentative d'exérèse chirurgicale d'une tumeur cutanée.

Le kyste sébacé qui pendant longtemps a été considéré comme chose anodine se retrace comme lésion pré-épithéliomateuse (spino-cellulaire).

Le lupus vulgaire (Fig. VII) (ou bacillaire), plus rarement le *lupus érythémateux* (Fig. VIII), constituent un terrain favorable au développement d'un épithélioma spino-cellulaire. Cette éventualité est plus fréquente chez les malades qui ont été traités par le radium ou les rayons X. Cette thérapeutique est condamnable au plus haut point, puisque non seulement elle n'améliore pas ces lupus mais qu'elle provoque la dégénérescence cancéreuse.

Les nævi pigmentaires (Fig. IX) pileux ou non, verruqueux on non, surélevés ou plats,



1. Corne cutanée.
2. Kératoses séniles.
3. Kératose ou verrue séborrhéique.
4. *Farmer's* ou *sailor's skin*.
5. Xéroderma pigmentosum.
6. Neuro-fibromatose de Von Recklinghausen.
7. Lupus vulgaire.
8. Lupus érythémateux.
9. Nævus pigmentaire.
10. Localisations sélectives du baso-cellulaire.
11. Epi. baso.
12. Epi. baso.

surtout s'ils sont irrités, peuvent se transformer en nævo-carcinomes.

Un nævus qui jusque-là était fixe et indolent devient le siège de fourmillement, de démangeaisons. En même temps, sa coloration s'accentue et il devient saignottant. La transformation maligne est en train de s'opérer. Le malade, si l'on n'intervient pas immédiatement, sera bientôt emporté par des métastases multiples.

Comme on le constate par cette brève revue des lésions pré-cancéreuses, il importe au plus haut point de les reconnaître, souvent de les détruire d'emblée systématiquement avant leur cancérisation, enfin d'être averti de leur dégénérescence éventuelle pour ne pas perdre un temps précieux à préciser un diagnostic.

La prophylaxie du cancer cutané et des orifices naturels et la diminution de la mortalité qu'elle entraîne consistent surtout dans le traitement des lésions pré-cancéreuses plutôt que dans le perfectionnement de méthodes actuelles du traitement du cancer.

Cancer

Le cancer cutané s'observe surtout dans la 5e décade de l'existence (excepté dans le cas de xéroderma pigmentosum et de nævo-carcinome où la cancérisation est possible dès l'enfance).

Le cancer, depuis 20 ans, semble augmenter de fréquence. Ceci n'est qu'apparent: les diagnostics sont mieux établis, les statistiques mieux compilées qu'autrefois. Avec l'accroissement de l'âge moyen de la vie, le nombre des cancers augmente parce que plus d'individus qu'autrefois atteignent l'âge où le cancer s'observe, mais la fréquence même, décade pour décade, n'est pas plus élevée.

Les cancers de la face sont dans la très vaste majorité des cas des épithéliomas. Ceux de la lignée conjonction-vasculaire sont très rares.

Nous n'exposerons donc ici que des notions concernant les épithéliomas et les nævo-cancers.

Les épithéliomas se divisent en épithéliomas baso-cellulaires, épithéliomas spino-cellulaires et en épithéliomas mixtes (ou spino-baso).

Epithéliomas baso-cellulaires. Environ 85% des épithéliomas cutanés sont baso-cellulaires. Ceux-ci sont doués de malignité locale, mais n'engorgeront pas les ganglions voisins, ni ne donneront de métastases viscérales ou osseuses. Laissés à eux-mêmes, ils s'étaleront en surface, fuseront vers la profondeur, finiront au bout d'un certain nombre d'années par réaliser des mutilations considérables. La mort surviendra non par cachexie due à une généralisation du cancer, mais par infection ou hémorragie.

Le siège de prédilection de cette forme est à la face.

Il y a déjà quelques années, nous avons fait le relevé topographique de 100 cas de baso-cellulaires pris consécutivement, sans choisir, au fur et à mesure de leur entrée dans notre Service de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame.

Nous présentons le schéma (Fig. X) que nous avons tracé à ce sujet.

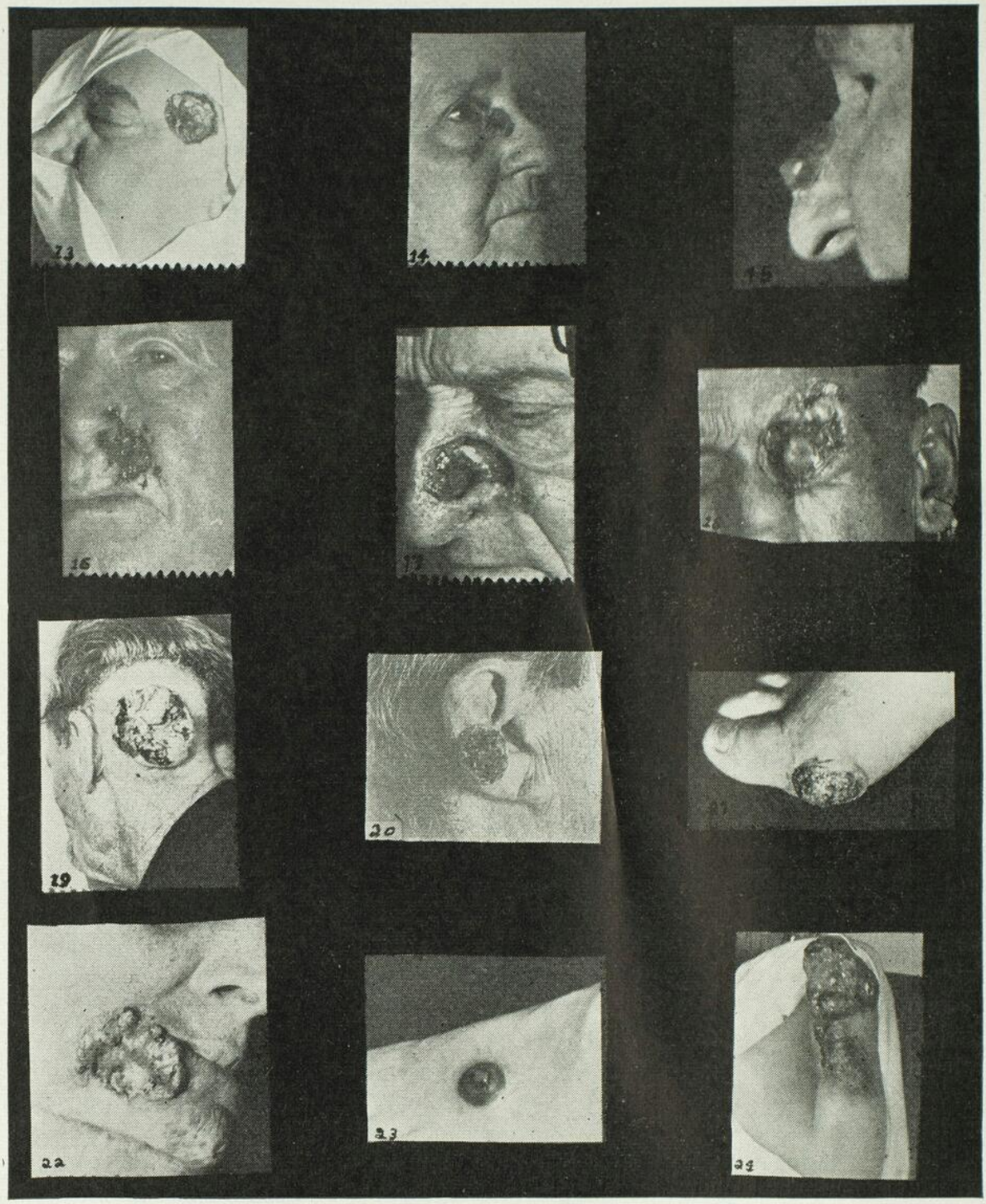
Chacun des points de la figure que nous reproduisons représente un épithélioma. Nous n'avons pas fait état du degré d'envahissement en surface ou en profondeur, mais seulement en quelque sorte du point de départ. Qu'il nous suffise de dire qu'au moins 90% étaient encore mobiles, sans aucun signe clinique d'envahissement profond. La dimension moyenne ne dépassait pas deux centimètres de diamètre. Cependant quelques-uns situés à la tempe et au front réalisaient des nappes plus étendues, de 4 et 6 centimètres de diamètre.

Un coup d'œil au dessin nous révèle qu'environ les 2/3 de ces néoplasmes se développent au milieu de la face: parties antérieures des joues, nez, paupières inférieures et canthus internes.

Les territoires excentriques (parties latérales, supérieures et inférieures) sont relativement épargnées.

Les régions juxta-oculaires en offrent environ 25%, tandis qu'un bon tiers siège au nez ou à proximité immédiate.

Il nous a paru intéressant, décomposant la



13. Ulcus rodens.
14. Epi. baso-bourgeonnant.
15. Epi. baso-bourgeonnant.
16. Epi. baso-térébrant.
17. Epi. baso-térébrant.
18. Epi. baso-térébrant.
19. Epi. mixte (spino-baso).
20. Epi. spino-cellulaire.
21. Epi. spino-cellulaire.
22. Epi. spino-cellulaire.
23. Nævo-cancers.
24. Nævo-cancers.

face en plusieurs secteurs, de relever les chiffres suivants qui peuvent établir une proportion moyenne concernant les localisations électives du baso-cellulaire de la face.

Menton	3
Lèvre supérieure	4
Pavillons	5
Tempes	7
Front	9
Dos et flanc du nez (région osseuse)	10
Bout et ailes du nez (région cartilagineuse)	17
Sillons naso-géniens	6
Paupières inférieures	8
Canthus internes	10
Joues	21

On peut distinguer les principales formes cliniques suivantes du baso-cellulaire:

1° L'épi. baso. (Fig. XI-XII), plan ulcéro-cicatriciel, finit par avoir l'allure d'une plaque irrégulière, parfois arrondie, cicatricielle par endroits, ulcéreuse ailleurs. Elle est bordée par un ourlet de petites élevures arrondies, fermes, grisâtres, dont le sommet est parfois ulcéreux. Ce sont les « perles épithéliomateuses », caractéristiques du baso-cellulaire et du spino-baso. La néoplasie s'étend lentement. Sa portion envahissante est ulcéreuse, la plus ancienne est cicatricielle. Mais cette plage cicatricielle peut s'ulcérer de nouveau.

L'évolution est très lente: 10-20-30 ans. Laissé à lui-même, il détruira paupières, narines, globe oculaire, etc.

2° L'épi. pagétoïde (ou superficiel) ressemble à la maladie de Paget du mamelon. C'est une lésion nettement définie, superficielle, érythémateuse, parsemée d'excoriations, de croûtelles, de squames. Il simule le lupus érythémateux ou un placard d'eczéma chronique. On voit en bordure de petites perles.

3° L'ulcus rodens (Fig. XIII) est une ulcération d'emblée creuse. Ce type possède une tendance très nette à fuser vers la profondeur plutôt qu'à s'étaler en surface. Les perles sont ici absentes.

4° L'épi. baso-bourgeonnant (Fig. XIV-XV) est une tumeur plus ou moins considérable, érosive, mamelonnée, rouge sombre, à surface saignottante et croûteuse.

5° L'épi. baso-térébrant (Fig. XVI-XVII-XVIII) est habituellement la résultante d'une des formes précédentes. Un type superficiel laissé à lui-même finira par devenir térébrant.

Son aspect variera selon son degré d'envahissement et sa localisation. La cavité orbitaire ou nasale est envahie en partie ou en totalité, l'oreille externe détruite, la paroi jugale perforée, etc.

L'ÉPI. MIXTE (SPINO-BASO) (Fig. XIX). Celui-ci cliniquement ressemble à l'épi. baso. Souvent, ce n'est que la biopsie qui établira le diagnostic. Les différentes formes cliniques du baso-cellulaire peuvent cacher un spino-baso.

Son évolution est plus rapide. D'allure torpide au début, il devient soudain rapidement envahissant. L'envahissement des ganglions lymphatiques et les métastases sont possibles.

L'ÉPI. SPINO-CELLULAIRE (ÉPIDERMOÏDE) (Fig. XX-XXI-XXII). Il est moins fréquent à la peau qu'aux orifices et cavités muqueuses. Il s'agit d'une tumeur à la fois saillante et implantée dans la peau. Ses bords sont en bourrelet, parfois cornés. Cette masse irrégulière, du volume d'une cerise, d'une olive ou plus, s'ulcère, bourgeonne, saignotte. L'envahissement lymphatique est moins rapide que dans les cas du cancer de la langue, mais il surviendra ainsi que les métastases.

LES NÆVO-CANCERS (Fig. XXIII-XXIV) se développent insidieusement aux dépens d'un nævus. Nous avons déjà dit au sujet des nævi comment la transformation s'accomplissait. La tumeur plus ou moins volumineuse est irrégulière, érodée. Elle est recouverte de traînées bleutées ou est pigmentée dans sa totalité.

La généralisation s'accomplit rapidement. Dans le voisinage de la tumeur primitive apparaissent de petites tumeurs métastatiques pigmentées. Parfois à une grande distance du foyer initial se montreront des néo-formations. Les ganglions avoisinants sont pris généralement assez tôt et les métastases viscérales surviennent constamment.

Parfois certaines tumeurs prennent un développement considérable.

Parfois au contraire elles sont minuscules, mais innombrables.

Nous avons observé un cas récemment où les métastases cutanées apparurent sous forme de plusieurs milliers de petites taches brunes.

Exceptionnellement l'évolution durera quelques années.

TUBERCULOSE LATENTE DES AMYGDALES[1]

Par **G.-Léo COTE,**
Chef de service à l'hôpital Laval (Québec).

La littérature récente renferme de nombreux travaux concernant la tuberculose des amygdales révélée par l'examen histo-pathologique de routine chez des patients ou cliniquement tuberculeux ou même reconnus jusque-là indemnes de toute atteinte tuberculeuse.

Cet examen de routine, pourtant essentiel dans le diagnostic de cette affection, ne semble pas chez nous avoir gagné encore la faveur des oto-rhino-laryngologistes, et je ne crois pas, sauf erreur, que nous ayons demandé à date aux anatomo-pathologistes, du moins en ce qui regarde les amygdales, un travail au-dessus de leur force. Et pourtant, le matériel à examiner, si nous regardons les gorges de nos enfants et même des adultes, n'a pas dû manquer.

En présence de cette chirurgie « massive », il est permis de rester songeur et de se demander pourquoi, eu égard au rôle si important que l'on accorde à cet organe comme vecteur de toutes les maladies, l'on ait pas songé plus tôt à pratiquer des examens anatomo-pathologiques en séries. Ceci nous eut peut-être permis de constater « de visu », à côté d'organe peut-être trop souvent histologiquement sains, d'autres comme compensation présentant des lésions pathologiques que nous n'avions même aucunement prévues: telles les lésions tuberculeuses.

C'est ce principe qui nous a conduit, dans notre service à Laval, à adresser systématiquement au laboratoire pour examen anatomo-pathologique, toutes nos amygdales enlevées chirurgicalement. Nos statistiques n'offrent peut-être pas l'aspect astronomique de celles que nous rencontrons en particulier chez les auteurs américains, cependant, elles n'en sont pas moins intéressantes pour nous permettre d'en tirer certaines conclusions pratiques.

Notre groupe comprend 60 personnes opérées dont l'âge varie entre 4 ans et 27 ans. La moyenne d'âge est de 9 ans. Six ont de 20 à 27 ans. Quatorze ont de 10 à 15 ans. 40 ont de 4 à 10 ans. Tous ces malades ont eu antérieurement une radiographie pulmonaire, ainsi qu'une recherche du bacille de Koch dans le liquide de lavage gastrique. La plupart d'entre eux présentaient une hypertrophie des amygdales et du tissu adénoïdien. Lorsque l'état général le permettait, l'amygdalectomie et l'adénoïdectomie furent pratiquées. La technique opératoire n'a demandé aucune manœuvre spéciale, et les suites opératoires furent absolument normales.

Des soixante personnes amygdalectomisées, huit montrèrent des lésions tuberculeuses de l'amygdale, soit 13.3%. Les lésions histo-pathologiques étaient presque toutes bilatérales, sauf dans un cas où les lésions ne siégeaient que dans une amygdale. La présence de cellule géante était commune, la caséification rare, même absente. L'épithélium de surface invariablement intacte, les bacilles de Koch souvent présents. Dans deux cas seulement le tissu adénoïdien présentait une évolution tuberculeuse.

De ces huit malades ayant présenté une lésion tuberculeuse de l'amygdale, deux étaient âgées de plus de vingt ans. Le diagnostic clinique porté antérieurement avait été: tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse active, modérément avancée dans un cas, et tuberculose fibreuse non évolutive dans l'autre. Tous deux étaient positifs, tant dans les expectorations que dans le liquide de lavage gastrique.

Les six autres cas sont des enfants de 7 à 12 ans. Le diagnostic clinique chez cinq de ces enfants était le même: tuberculose ganglion-pulmonaire minime. Quatre d'entre eux étaient positifs au bacille de Koch dans le liquide gastrique. Le sixième, enfin, avait été hospitalisé

---

1. Travail présenté au XVIIe Congrès de *l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord,* Montréal, septembre 1942.

à Laval pour pleurésie purulente à streptocoque. Les examens cliniques et radiologiques s'étaient montrés négatifs quant à la possibilité d'une imprégnation tuberculeuse, et tous les examens bactériologiques, même l'inoculation au cobaye n'avaient jamais montré la présence de B.K.

Chez six de nos malades, porteurs de lésions tuberculeuses de l'amygdale, nous avons constaté la présence d'adénopathie cervicale.

Pathogénie

La route que suit le bacille de Koch pour se rendre aux amygdales a été le sujet de bien des controverses. Il est utile ici, croyons-nous, de faire une distinction entre la primo-infection et l'infection secondaire. Dans le premier cas, l'infection serait d'origine exogène soit par inhalation, soit par ingestion, le bacille de Koch déterminant une lésion au point d'inoculation. L'on sait que cette localisation pharyngée du bacille de Koch est très souvent favorisée par une infection secondaire, et que, apparaissant le plus souvent sous l'aspect d'affections aiguës banales, elle risque d'être le plus souvent méconnue. On n'ignore pas non plus, d'après les travaux de Chauveau et de Calmette, que le bacille de Koch peut traverser les muqueuses sans laisser de traces de son passage, et c'est alors sous la forme d'une lésion distante du point de pénétration qu'apparaîtra la première fois la bacillose; deux sont surtout fréquentes: l'otite tuberculeuse et les adénopathies cervicales. Nous avons eu l'occasion, dans un travail précédent sur les otites tuberculeuses, de montrer que là encore et très souvent il s'agit d'une affection banale, où rien ne trahit la tuberculose, à moins que l'on ait le désir de l'y trouver. Quant à l'adénopathie cervicale, il est difficile d'expliquer la très grande fréquence des ganglions du cou par rapport aux autres localisations ganglionnaires sans tenir compte de la pénétration du bacille par le pharynx.

La primo-infection pharyngée ne fait plus de doute aujourd'hui. De ce foyer de primo-infection pourra alors s'assaimer un jour une tuberculose ailleurs. Il serait bien étonnant, en effet, que le tissu adénoïde du pharynx, porte d'entrée de la plupart des maladies contagieuses, ne le soit jamais pour la tuberculose.

Ne croyait-on pas, bien avant la découverte du B.K., que la tuberculose des amygdales pouvait être une source de dissimination de la maladie à travers l'organisme? Graber, en 1904, apporta un puissant appui à cette théorie pathogénique; travaillant sur les voies lymphatiques du chien, il montra en effet qu'un liquide colorant injecté dans les amygdales pouvait être retracé dans les lymphatiques profonds du cou, et de là, jusqu'à la plèvre apicale et même dans le parenchyme pulmonaire. En 1921, Grabfied, après avoir radiographié seize personnes porteuses d'amygdales tuberculeuses, trouva ce qu'il appela la « casquette pleurale », qu'il décrit comme une ligne claire habituellement vue au niveau de la 2e côte et séparée de celle-ci par un espace clair de 2 à 3 mm. Il compara ce résultat avec 27 cas de malades n'ayant pas de tuberculose de l'amygdale et ne trouva ce signe radiologique que trois fois. Conséquemment, il conclut que cette « casquette pleurale » est de nature tuberculeuse et est le résultat de l'extension de l'infection descendante partie des lymphatiques cervicaux après son entrée à travers le tissu lymphoïde de l'anneau de Waldeyer. Il est donc possible, et beaucoup d'ailleurs y croient, que l'infection partie de l'amygdale, puisse s'étendre aux lymphatiques cervicaux et de là à la plèvre apicale et au parenchyme.

Si, dans la primo-infection, la voie d'infection du bacille est, en général, exogène, par contre dans l'infection secondaire elle serait d'origine endogène. Ici, l'amygdale est secondairement infectée, soit par la voie hématogène, soit par l'intermédiaire des secrétions bacillifères, soit même, ce qui est moins sûr, par la voie lymphatique rétrograde d'adénites cervicales tuberculeuses. Beaucoup croient que les sécrétions bacillifères provenant du poumon, sont la principale cause de l'infection amygdalienne. On sait aujourd'hui, que les malades ayant une tuberculose pulmonaire

avancée, présentent un très haut pourcentage de tuberculose amygdalienne latente. Or, si l'expectoration bacillifère était seule en cause dans la pathogénie de ces lésions du côté des amygdales, on devrait s'attendre à rencontrer plus souvent, surtout chez les tuberculeux crachant depuis plusieurs années, des lésions tuberculeuses macroscopiques. Or, l'on sait que, la tuberculose latente des amygdales mise à part, l'amygdalite tuberculeuse cliniquement diagnostiquée comme telle est un fait excessivement rare.

Symptomatologie

En effet, ce que nous voulons décrire ici, qu'il s'agisse de tuberculose de primo-infection ou de tuberculose secondaire, c'est ce que nous appellerons la « tuberculose latente » des amygdales. Il ne s'agit pas ici de la maladie d'Isambert, qui n'est qu'une manifestation locale pharyngée d'une granulie tuberculeuse, avec fonte des granulations donnant naissance à des ulcérations superficielles tapissant le voile du palais, les piliers, les amygdales. La maladie décrite par Isambert est rare, mais d'un diagnostic relativement facile. Nous avons en vue ici uniquement la tuberculose latente des amygdales. Cliniquement et macroscopiquement rien ne différentie ces amygdales tuberculeuses. Le diagnostic pré-opératoire est impossible, vu qu'il n'existe aucun signe clinique de lésions bacillaires.

Dans notre groupe de malades, la lésion était latente, et il n'existait aucune indication à l'amygdalectomie que celles rencontrées chez une amygdale non tuberculeuse.

C'est à Dieulafoy, en 1895, que revient l'honneur d'avoir découvert la tuberculose des amygdales. En inoculant des cobayes, il trouva alors que les amygdales contenaient du bacille de Koch chez 13% des malades qui ne présentaient aucun signe évident de tuberculose amygdalienne. La recherche du bacille de Koch, soit par examen direct, soit même par inoculation au cobaye, est aujourd'hui insuffisante pour établir un diagnostic de tuberculose amygdalienne. L'on sait, en effet, qu'il peut se trouver au niveau des amygdales, provenant des voies digestives ou aériennes des bacilles de Koch en abondance, sans qu'il y ait pour cela tuberculose de l'amygdale. Seul, l'examen histologique, montrant la présence de follicules tuberculeux, permet d'affirmer et de poser le diagnostic de tuberculose de l'amygdale. C'est sur la présence de ces lésions histologiques, et sur cette seule présence que nous avons établi chez nos huit opérés, notre diagnostic de tuberculose latente de l'amygdale.

Complications

Y a-t-il danger à opérer une amygdale tuberculeuse, ou en d'autres termes, la manipulation nécessaire qui accompagne tout acte chirurgical au niveau des amygdales peut-il favoriser le passage des bacilles dans le sang ou le système lymphatique et essaimer la maladie ailleurs?

Peu de travaux ont été faits sur la possibilité de l'essaimage de la tuberculose chez un sujet indemne à la suite de l'ablation chirurgicale des amygdales. Ce danger d'ailleurs est excessivement rare. Il est juste de penser plutôt, que l'ablation des amygdales chez les enfants pourra réduire l'absorption d'un foyer tuberculeux et constituer peut-être une mesure prophylactique contre le développement ultérieur d'une tuberculose ou cervicale ou même pulmonaire.

Quant aux malades qui ont une tuberculose amygdalienne, avec évidence de tuberculose ailleurs, ils sont rarement aggravés.

Ces faits peuvent être superposés à ce qui se passe au cours de l'ablation chirurgicale d'amygdales non tuberculeuses, où l'on sait très bien que les cas de bactériémie non tuberculeuse contrôlée par une hémo-culture sont excessivement rares à la suite de l'intervention chirurgicale.

De nos huit malades, comme nous l'avons vu, sept étaient à un degré plus ou moins avancé, atteints de lésions tuberculeuses ailleurs. Pas un n'a présenté, à la suite de l'inter-

vention chirurgicale, un aggravation quelconque des lésions tuberculeuses à distance. Bien plus, une de nos malades adultes a vu ses lésions s'amender d'une façon remarquable!

Fréquence

Quant à la fréquence de la tuberculose amygdalienne latente, on nous objectera peut-être que nos interventions ont été pratiquées en milieu spécial, chez des malades déjà porteurs d'une tuberculose ailleurs, et que nos statistiques ne peuvent constituer un guide très sûr pour établir un pourcentage réel de tuberculose amygdalienne latente!

Nous savons, en effet, que l'infection secondaire des amygdales est relativement fréquente chez les malades souffrant de T. B. pulmonaire avancée. On aurait trouvé en effet à l'autopsie un pourcentage allant jusqu'à 50% et même 70% selon certains auteurs; et il ne fait aucun doute que l'amygdalectomie pratiquée dans ces conditions chez le vivant, donnerait un pourcentage élevé de T.B. amygdalienne. Ces statistiques cependant ne pourraient avoir qu'un intérêt secondaire, la tuberculose amygdalienne n'étant ici en somme qu'une localisation bacillaire secondaire. comme on peut la rencontrer au cours de toute tuberculose avancée. Elle n'en reste pas moins un fait utile à connaître pour ceux qui ignoraient cette localisation amygdalienne. La présence d'une tuberculose amygdalienne chez nos adultes opérés, soit deux cas sur un total de six malades, s'explique alors facilement et n'est pas autrement surprenante.

Beaucoup plus intéressante est la tuberculose amygdalienne de l'enfance. Ici, peu de lésions pulmonaires ou ganglionnaires, lésions d'autre part très souvent méconnues, qui peuvent nous faire soupçonner la possibilité d'une tuberculose amygdalienne. Qu'elle soit secondaire à une tuberculose pulmonaire, qu'elle constitue un foyer de primo-infection d'où s'essaimera plus tard une tuberculose ailleurs, elle n'en constitue pas moins une forme de tuberculose locale, dont la fréquence ne doit pas nous échapper.

Six de nos cas d'amygdales tuberculeuses ont été trouvés chez des enfants dont l'âge variait de 7 à 12 ans. Tous avaient eu auparavant un examen clinique et radiologique. Cinq étaient porteurs d'une forme minime de tuberculose ganglio-pulmonaire, le sixième ne présentait aucun signe d'imprégnation bacillaire.

Nous ne pourrions affirmer ici si les lésions amygdaliennes ont précédé l'éclosion de la localisation ganglio-pulmonaire, ou si elles ne sont qu'une localisation secondaire d'un foyer primitivement pulmonaire. Sommes-nous en résumé en présence d'une primo-infection ou en présence d'une infection secondaire? Dans l'un ou l'autre cas, la connaissance tout au moins de la nature bacillaire de l'affection est d'importance primordiale. Elle nous permettra d'une part de localiser un foyer de primo-infection tuberculeuse et d'instituer une surveillance qui s'impose, elle empêchera d'autre part de méconnaître un foyer ganglio-pulmonaire qui aurait passé inaperçu sans la découverte de cette lésion amygdalienne bacillaire secondaire.

Si nos petits malades, en effet, ont été assez heureux de bénéficier d'un diagnostic clinique et radiologique qui a précédé le diagnostic histo-pathologique, on peut affirmer, sans crainte de se tromper, qu'il n'en est pas toujours ainsi. C'est alors qu'un examen de routine des amygdales pourra souvent à côté des lésions tuberculeuses, trouvées à ce niveau, nous mettre sur la piste de lésions ganglio-pulmonaires insoupçonnées. Par cette mesure franchement prophylactique, on rendrait un service incalculable à nos enfants en leur fournissant le moyen, alors qu'il en est temps encore, de recevoir les soins que nécessite leur état!

Quant à la possibilité d'une primo-infection pharyngée, nous avons dit qu'elle ne peut plus aujourd'hui être niée. Le tissu adénoïde du pharynx, porte d'entrée de la plupart des maladies contagieuses, l'est souvent pour la tuberculose. Malheureusement, si l'expérimentation a surabondamment prouvé la possibilité

de la pénétration du bacille de Koch par le pharynx, il faut admettre que les faits précis restent cependant des exceptions. Dans la plupart des observations rapportées, coexiste en général une lésion pulmonaire. Les observations de Sergent, de Barbier, où une tuberculose pulmonaire s'est développée à la suite d'une angine et d'une adénopathie cervicale, restent des exceptions.

Il ne fait aucun doute cependant que la primo-infection pharyngée existe, et peut-être plus souvent qu'on ne le croit. Ce qui la fait méconnaître, c'est qu'elle se présente le plus souvent sous l'aspect d'affections banales, qui conduisent plus volontiers ces malades aux laryngologistes qu'au phtisiologue.

L'invasion du tissu adénoïdien du pharynx peut se manifester sous la forme d'une adénoïdite ou d'une angine aiguë ou subaiguë, d'apparence absolument banale. Comme pour l'otite tuberculeuse, c'est souvent à la faveur d'une infection mixte que les bacilles de Koch envahissent le tissu adénoïde du pharynx.

On connaît la fréquence de l'adénopathie cervicale. Ce que l'on connaît peut-être moins bien, c'est que selon certains auteurs, l'adénopathie cervicale s'accompagnerait dans 50% des cas de tuberculose amygdalienne. On trouverait alors réalisé ici sous une autre forme, un véritable complexe ganglio-pharyngé, avec chancre d'inoculation et adénopathie satellite.

Nous croyons qu'un de nos malades a réalisé en tous points cette forme de primo-infection tuberculeuse pharyngée. Chez lui, en effet, la recherche du B. K. s'était toujours montrée négative, ainsi que la radiographie thoracique. La cuti-réaction était cependant positive. Le diagnostic porté avait été celui d'une pleurésie purulente à streptocoque. L'examen histologique des amygdales montra la présence de follicules tuberculeux. La lésion tuberculeuse était unilatérale. Du même côté, à la région cervicale, on notait une adénopathie appréciable.

Malgré l'impossibilité d'affirmer ou de nier la présence d'un chancre d'inoculation pulmonaire, il n'est pas audacieux de prétendre que ces lésions réalisaient peut-être un des aspects cliniques de la primo-infection pharyngée.

Conclusion

La tuberculose des amygdales est plus fréquente qu'on ne le croit. Sur soixante malades opérés nous l'avons rencontrée huit fois, soit 13.3%. D'une importance moindre chez l'adulte, où elle ne représente en somme qu'une localisation secondaire au cours d'une tuberculose avancée, elle doit être recherchée avec soin chez l'enfant, chez qui elle réalise ou une localisation secondaire à une tuberculose pulmonaire, ou une forme de primo-infection pharyngée.

Cette tuberculose amygdalienne étant une tuberculose latente, seul un examen histo-pathologique peut la déceler. D'où nécessité de pratiquer l'examen histologique de routine chez nos opérés. Cet examen prend une importance capitale lorsque coexiste une adénopathie cervicale, la tuberculose ganglionnaire cervicale et la tuberculose amygdalienne étant très souvent connexes.

Tout malade porteur d'une tuberculose amygdalienne doit être par la suite soigneusement examiné et radiographié.

L'intervention chirurgicale ne présente aucun risque, et les malades ayant une tuberculose de l'amygdale, et qui par contre sont indemnes de T.B. pulmonaire ou autre, développent très souvent la T.B. ailleurs à la suite de l'opération. Bien plus, l'ablation des amygdales chez ces enfants pourra réduire l'absorption d'un foyer tuberculeux, et prévenir peut-être le développement ultérieur d'une tuberculose ailleurs.

Enfin, les malades qui ont une T. B. amygdalienne, avec évidence de tuberculose ailleurs sont rarement aggravés.

BIBLIOGRAPHIE

E. ROSENCRANTZ et Samuel HURWITZ: « Tuberculosis of the tonsils. » *Amer. Rev. of Tuberc.*, **43**: (mars) 1941.

E. H. BROWN: « Tuberculosis of tonsils » (resume of litterature). *Southwertern Med.*, **23**: 260; 1939.

M. VLASTO: « Tonsils and adenoids in relation to tuberculosos infection. » *Brit. J. Tuberc.*, **25**: 129; 1931.

H. M. POLLARD et A. B. COMBS: « Tuberculosis tonsils. » *Amer. Rev. of Tuberc.*, **38**: 746; 1938.

H. SOUTHWORTH et C. G. FLAKE: « Blood cultures after tonsillectomy. » *Am. J. M. Sc.*, **195**: 667; 1938.

M. V. MULLIN: « An analysis of some cases of tuberculosis in the tonsil. » *J. A. M. A.*, **80**: 1211; 1923.

MAYOUS: « Les aspects cliniques de la primo-infection tuberculeuse pharyngée. » *Journal de Méd. de Lyon,* 470; 1939.

COLLET et MAYOUS: « Tuberculose de l'oreille et pathologie générale de la tuberculose. » *Journal de Médecine de Lyon,* août 1937.

G.-Léo COTE: « Considération sur la tuberculose de l'oreille. » *Laval Médical,* **5**: 452; 1940

L'AMYGDALECTOMIE À CHAUD[1]

Par **Ernest PLANTE** (Sherbrooke).

Depuis bon nombre d'années déjà l'amygdalectomie se pratique dès que l'amygdale est suspecte. Souvent les indications s'imposent de toute évidence. Ce sont des amygdales qui s'enflamment souvent et même en dehors des poussées aiguës il reste des signes permanents d'inflammation, à des degrés variables. Ce sont des piliers antérieurs rouges, des cryptes remplies de concrétions, des douleurs à la déglutition au moindre refroidissement, etc. Ces inflammations, modérées, sont des indications et nullement des contre-indications à l'amygdalectomie.

Les cryptes amygdaliennes renferment souvent des concrétions infectées qui finissent par s'enkyster, ne plus pouvoir facilement s'évacuer vers le pharynx et former de véritables abcès amygdaliens, au voisinage de la capsule. Il est facile de concevoir que cette inflammation du tissu amygdalien puisse facilement se propager en dehors de la capsule et donner sous le nom de périamygdalite les diverses manifestations de l'inflammation: rougeur, tuméfaction, abcédation.

La violence de la crise de périamygdalite variera avec l'agent microbien, sa virulence, la résistance du sujet. Beaucoup de ces crises bénignes deviennent ce que tout le monde appelle une grippe et répondent très bien au traitement médical. Les symptômes auront été à peu près ceci:

1. Douleur à la déglutition.
2. Courbature.
3. Perte d'appétit.
4. Rougeur et tuméfaction.
5. Hyperleucocytose légère.
6. Hyperthermie.
7. Salivation plus abondante.

Pendant ce stade de périamygdalite modérée, je crois bien qu'il est arrivé à tout le monde de faire l'amygdalectomie et sans beaucoup de difficultés. Souvent le traitement médical en a raison et consiste en gargarismes, douches de gorge chaudes et alcalines, repos, sulfamidés, etc.

Parfois il arrive que cette périamygdalite n'évolue pas du tout vers la bénignité. Tous les symptômes s'aggravent.

1) La tuméfaction du côté du pharynx devient considérable et se manifeste dans la région sous-maxillaire.

2) La respiration est gênée et la déglutition presque impossible tant elle est douloureuse.

3) A cause de cette tuméfaction au voisinage du sternocléïdo-mastoïdien, il se fait un pseudo-torticolis. Le patient n'ose plus tourner la tête parce que ces mouvements sont douloureux.

4) La salivation est augmentée et le patient n'avale ou n'expectore que difficilement.

1. Travail présenté au XVIIe Congrès de *l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord,* Montréal, septembre 1942.

5) La température monte à 103 ou 104, la courbature augmente, le patient s'intoxique, se déshydrate, s'émacie parce qu'il ne peut plus s'alimenter et dormir que difficilement. L'hyperleucocytose atteint vingt ou vingt-cinq mille leucocytes par millimètres cubes de sang.

Ce sont ces cas que nous qualifions habituellement de phlegmons périamygdaliens. Mais comme cette appellation fait entendre qu'il y a accumulation de pus, je crois qu'il vaudrait mieux se limiter à dire périamygdalite aiguë parce que dans une grosse proportion de ces cas, ni par une incision ni même à l'amygdalectomie on ne parvient à trouver du pus libre. A voir la tuméfaction qui occupe souvent la moitié du pharynx il est tentant d'y aller d'une bonne dilacération et le patient est tellement souffrant qu'il s'y prête assez volontiers même sans anesthésie. Si l'on est chanceux, on arrive dans une collection de pus sanieux qui jaillit à l'extérieur et le patient a tout de suite un magnifique soulagement.

Mais dans une bonne proportion des cas, je dirais peut-être la moitiée, l'on est pas chanceux. La lame du scalpel ou la pince ne rencontre que du tissus lardassé qui saigne modérément et le plus zélé, armé de la pince la plus longue ne peut arriver à trouver de pus. Et il faut se contenter de laisser filer l'évolution naturellement vers la suppuration ou vers la résolution. Cette évolution est longue, et combien douloureuse. En plus il existe une possibilité de complications graves: ulcération des gros vaisseaux du cou avec hémorragie foudroyante, œdème du larynx, pyohémie, néphrite, etc.

Il y a un bonne dizaine d'années déjà, dans ma lutte pour essayer d'exempter des journées de douleur au patient et la possibilité de complications graves, j'en suis venu à constater que cette amygdale était facile à enlever, que cela ne retardait pas beaucoup même d'enlever les deux et graduellement j'en suis venu à opérer tous les cas de péri-amygdalite aiguë et même souvent aussi des cas d'angine de Vincent diagnostiqués au laboratoire. De 1931 à 1940, j'ai opéré au moins trois cent cas sans jamais une complication sérieuse. Ces opérés se comportaient comme dans la plus ordinaire des amygdalectomie et quittaient l'hôpital aussi rapidement que les cas ordinaires. Puis survinrent trois cas où les choses se gâtèrent sérieusement ainsi que la statistique. Chez les trois, il y avait néphrite septique bien indiquée par l'examen d'urines: albumine en abondance, acétone et des cylindres granuleux.

Evidemment ces trois insuccès commandent au moins de réviser la liste des contre-indications et d'y ajouter tous ceux dont le fonctionnement rénal ne doit pas permettre une telle opération. Pour ma part je suis bien disposé à l'avenir à demander au confrère en pathologie interne une opinion plus éclairée au sujet de ces reins.

Dans beaucoup de ces angines l'agent microbien est le streptocoque et je crois bien que tous les médecins donnent maintenant des sulfamidés dès que l'angine menace de devenir sérieuse. Il est possible que dans un avenir rapproché, nous ne voyions plus autant de ces phlegmons. Les médecins des camps militaires observent fréquemment ces angines sur leurs patients et ils semblent d'opinion que les sulfamidés font merveille. C'est certainement une médication qu'il ne convient plus de négliger.

Quand à l'amygdalectomie à chaud, je crois que l'intervention peut se faire avec sécurité si l'on met assez de discernement à dépister les contre-indications et de rapidité à opérer.

Voici un cas de la semaine dernière:

Observation.

M. R., 32 ans. Vu la première fois, le 8 septembre. A l'amygdale gauche: rougeur, tuméfaction, douleur.

Traitement au bureau: douche de gorge. Badigeonnage à la teint. d'iode. Sulfathiazol 2 grs. par jr.

Nuit du 8 au 9: nombreux téléphones. Patient souffrant.

9 septembre au matin: hospitalisation. Temp. 101, pouls 92, resp. 22. Urines: acétone et albumine. Leucocytose: 22,100. Coagulabilité: 5 mi.

Amygdalectomie gauche sous anesthésie au chloroforme-éther.

10 septembre: en entrant chez le patient, je le trouve sur pieds, valise prête et il quitte l'hôpital.

LE PROBLÈME DES DENTS INCLUSES[1]

Par **Ernest CHARRON,**
Professeur titulaire à l'Ecole de Chirurgie dentaire, Université de Montréal.

Si le problème des dents incluses figure au programme du Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, c'est que ce désordre d'un caractère local a souvent des répercussions qui relèvent de la médecine.

Les complications résultant de la percée des dents de sagesse, celles du haut comme celles du bas, créent fréquemment un état pathologique qui intéresse l'ophtalmo-oto-rhino-laryngologie.

On trouve des dents incluses indifféremment chez des sujets des deux sexes et de tout âge: on en a découvert chez des personnes de 14 à 84 ans. Elles se rencontrent surtout dans le maxillaire inférieur. Et cela s'explique. Une dent de sagesse du haut est, en général, ou incluse ou percée, tandis qu'une dent de sagesse du bas sort le plus souvent de l'alvéole de façon normale et s'aligne régulièrement, cependant que les cuspes postérieurs sont recouverts par la membrane muqueuse de la branche montante du maxillaire, laquelle forme capuchon sur une partie de la dent poussée. On comprendra que des microbes s'introduisent facilement sous ce capuchon et ne tardent pas à y former un foyer d'infection. Il en résulte des malaises, mais ces malaises disparaissent parfois du jour au lendemain, soit parce que la résistance du patient est suffisante, soit parce que ce foyer se draine. Toutefois, l'inflammation recommence de temps en temps, jusqu'à ce que la dent soit complètement percée, ou bien jusqu'à ce que l'état septique ait pris un tel développement que le patient juge à propos de recourir au dentiste ou au médecin. Ces complications provoquent souvent des phlegmons et de l'infection de la bouche et de la gorge, s'étendant parfois au médiastin, au cou et à la cavité cranienne. Elles sont susceptibles de déterminer des maladies dangereuses et même de causer la mort. Comme ces cas prêtent souvent à des diagnostics erronés et qu'alors le patient est soumis à un traitement inefficace pendant un laps de temps assez prolongé, il semble que l'exposé de quelques exemples serait de nature à intéresser plusieurs spécialistes.

Les douleurs qui se font sentir dans la région de l'oreille sont l'une des indications les plus fréquentes d'une percée défectueuse de la dernière molaire, surtout dans le maxillaire inférieur. C'est parfois le seul symptôme.

Le professeur Theodor Blum cite dans « l'International Journal of Orthodontia » (1928), le cas d'une patiente qui, à l'âge de 13 ans, avait une douleur à l'oreille et était atteinte de surdité complète à la suite d'une maladie accompagnée de fièvre. L'écoulement d'une grande quantité de pus provenant de l'oreille gauche lui apporta du soulagement. Elle ressentit, de temps en temps, des douleurs vagues jusqu'au jour où, la patiente ayant atteint 53 ans, ces douleurs furent localisées dans l'oreille gauche où elle ressentait un mal sourd mais constant qui devenait aigu lorsque cette région subissait une tension, ne fût-ce qu'à l'ouverture de la bouche. On constata que l'oreille était à l'état normal, mais on découvrit une dent de sagesse incluse, dans la position horizontale, qui pressait contre la racine de la deuxième molaire et qui était en contact avec le canal dentaire du maxillaire inférieur.

S'il est reconnu que les dents de sagesse du maxillaire inférieur provoquent souvent des douleurs dans la région de l'oreille, celles du maxillaire supérieur déterminent parfois le même désorde, ainsi que l'attestent de nombreux cas.

---

1. Travail présenté au XVIIe Congrès de *l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord,* Montréal, septembre 1942.

On associe si fréquemment la névralgie avec les désordres dentaires qu'il serait superflu d'insister sur la possibilité qu'une douleur névralgique inexpliquée ait son origine dans l'état d'une dent. On discerne plus rarement le lien qui peut exister entre le mal de tête, qui n'est qu'un symptôme, et les désordres dentaires. Il résulte des observations de C. Bowdler Henry, de Londres, que sur 700 cas de dents de sagesse incluses, pas moins de 55 patients souffraient de maux de tête. Il paraît donc recommandable d'examiner ce symptôme, chaque fois qu'on le relève, du point de vue dentaire. On cite le cas d'un pasteur protestant qui souffrait de maux de tête si violents qu'il songeait à abandonner ses fonctions. Il avait subi de nombreux examens, même dans des cliniques réputées, sans que personne eût pu découvrir la cause du mal. Ses maux de tête disparurent complètement après extraction de ses molaires incluses du maxillaire inférieur. On cite aussi le cas d'une femme de 27 ans, qui souffrait fréquemment, depuis une dizaine d'années, de maux de tête accompagnés parfois de vomissements. Pendant deux ans, elle avait pris presque chaque jour de fortes doses de codéine et d'aspirine. Elle avait subi de nombreux examens sans que personne fût en état de faire un diagnostic. On se demandait s'il ne s'agissait pas d'une tumeur du cerveau, mais la radiographie révéla la présence d'une dent complètement évoluée dans la partie moyenne de la branche montante du maxillaire inférieur.

Certains désordres dentaires ont des manifestations que l'on a parfois prises pour des symptômes de mastoïdite. J. A. Stucky rapporte, dans « Eye, Ear, Nose and Throat Monthly » (1922), un cas où des dents de sagesse incluses dans le maxillaire inférieur faisaient apparaître tous les symptômes d'une infection chronique de la mastoïde et, comme cet os était en bon état, on diagnostiqua la névrose.

Dès 1918, dans « American Medical », B. B. Marco signalait un cas de paralysie faciale due à une dent de sagesse incluse dans le maxillaire inférieur gauche, chez un garçon de 18 ans. Le médecin de famille avait diagnostiqué un état congénital, mais les symptômes disparurent aussitôt que la dent fut extraite. Le jeune homme, qui était petit et anémique, grandit et angraissa par suite de l'opération.

Les complications résultant de dents incluses proviennent le plus souvent de l'infection, mais il arrive parfois qu'elles sont causées par la seule pression d'une dent, molaire ou autre, contre la dent voisine.

On rencontre fréquemment, dans la pratique dentaire, des patients qui souffrent de névralgie de la face ou de la tête, et les causes de ces malaises peuvent être multiples et variées. Ce sont là des indications qui exigent un examen attentif. Il est donc du devoir des médecins et des dentistes de collaborer étroitement, afin d'éviter qu'un patient n'ait à endurer, pendant des mois et même des années, des douleurs qu'il eût été possible de prévenir.

RECUEIL DE FAITS

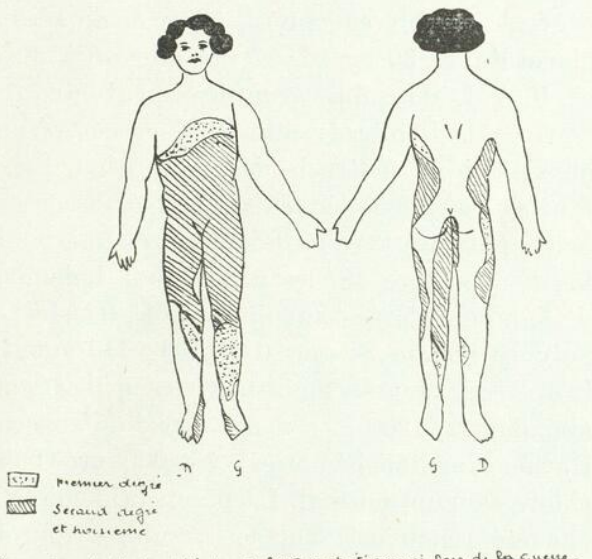
BRÛLURE GRAVE CHEZ UNE PETITE FILLE, DÉCÈS AU 52e JOUR PAR AMAIGRISSEMENT PROGRESSIF

Par **A. HOUOT,**
Ex-chirurgien du Sandjack d'Alexandrette.
Ex-interne des hôpitaux de Strasbourg.

Les brûlures étendues des téguments sont certes une des maladies chirurgicales entachées d'une des mortalités les plus importantes, les statistiques de la clinique Rhiel de Vienne en font foi. Depuis 1924, grâce aux coagulants, le pronostic des grands brûlés s'est amélioré, et les succès de la méthode de Davidson et des autres méthodes qui en dérivent en sont la preuve. Mais il arrive parfois que des grands brûlés qui ont franchi la période toxique sans grands inconvénients meurent par la suite, soit d'infections, soit d'urémie; décès tardif alors que l'on croit la partie gagnée. Le cas que nous publions ici est d'un autre exemple, mais il est d'autant plus frappant qu'il s'agit d'une enfant, sujet fragile dans de telle affection, sujet qui n'a jamais eu de toxiémie et chez qui la guérison paraissait certaine.

Observation.

Le 18 février 1939, l'enfant, Hassan R..., 6 ans, avait tous ses vêtements imbibés d'huile, elle aidait ses parents dans le pressage des olives. Ainsi souillé elle regagne la maison, s'accroupit près du foyer, et le feu se communique à ses vêtements. Ce n'est qu'après deux minutes que des voisins parviennent à étouffer cette torche vivante. L'enfant est conduite immédiatement à l'hôpital. Etat de choc peu prononcé, on l'anesthésie de suite au Kélène et un nettoyage chirurgical minutieux de la brûlure est fait. La surface brûlée recouvre les deux tiers inférieurs de la face antérieure du tronc y compris les organes génitaux, de là, la brûlure déborde sur la face postérieure de deux à trois travers de doigts. Au niveau de l'anus tout le pourtour anal est détruit, la marge est intacte. Les membres inférieurs sont très touchés, la cuisse droite est brûlée jusqu'à deux travers de doigts du genou, les lésions empiètent sous la face postérieure de plus d'une taille de paume de main. Le reste de ce membre est pratiquement intact à l'exclusion du gros orteil et du second. Au membre inférieur gauche au contraire les lésions sont plus graves, elles recouvrent toute la face antérieure de ce membre et la brûlure diffuse en arrière sur toute la face postérieure de la cuisse ne laissant intacte qu'une mince bande cutanée s'étendant du pli fessier au creux proplité, seul le pied est complètement intact.



Remarque. Les photographies de cette fillette ont été égarées lors de la guerre.

La brûlure est très profonde et le schéma ci-joint vous donne l'importance des lésions, leur étendue, leur profondeur. D'après Berkow, il y aurait environ 36% du revêtement cutané détruit:

à savoir:

Tronc = 19%

Face antérieure		*Face postérieure*	
⅓ moyen et une partie du ⅓ supérieur	8%		
⅓ inférieur	7%	½ inférieur	4%

Membres inférieurs = 17%

Face antérieure		*Face postérieure*	
cuisses	9%	cuisses	4%
jambe	3%	jambe	0.5 à 1%
pieds	0.5%		

Devant la gravité de ces brûlures, localisation, superficie et profondeur, nous nous sommes adressés à la technique de Bettmann (acide tannique à 5% suivie de nitrate d'argent à 10%), méthode qui a l'avantage de coaguler aussi rapidement que l'acide tannique à 20% sans avoir l'inconvénient d'empêcher la pénétration, comme le font les solutions tanniques fortes.

Nous avons ainsi obtenu une bonne croûte au bout de deux heures et pour plus de certitude après dessication, une nouvelle application fut renouvelée six heures après. Toute l'étendue des téguments brûlés est recouverte d'une croûte noire, souple, la pression sur ce coagulum est parfaitement indolore. Dès sa sortie de la salle de l'opération, un traitement général fut mis en œuvre, 500 c.c. de sérum glucosé avec 30 c.c. de sérum glucosé à 30% et 40 U.I. d'insuline, conformément aux directives de Lambret; enfin 1000 c.c. de sérum physiologique contre la déshydratation. L'enfant s'endort et le lendemain nous trouvons la petite patiente avec un bon état général, pouls 87, température 38, les urines sont indemnes d'albumine, l'urée sanguine est de 0.45 et la polypeptidémie est de 0.04 (?). Durant 48 heures cet état se maintient, les urines sont abondantes, 1200 c.c., il n'y a pas de concentration sanguine, hématies 5,060,000, urée 0.66, chlore sanguin normal. La polypeptidémie n'a pas été renouvelée car les résultats fournis sont sujets à caution. Le même traitement est continué, l'enfant mange bien, les émonctoires sont normaux, la température se maintient entre 37.5 et 38.2, il n'y a pas de syndrome d'intoxication, aussi à partir du sixième jour nous abandonnons le sérum physiologique et nous ne conservons que le sérum glucosé à raison de 500 c.c. pour 20 U.I. d'insuline. Entre le neuvième et le dixième jour la croûte se détache au niveau des brûlures du second degré laissant un épiderme pratiquement régénéré, le coagulum persiste sur tout atteinte plus profonde. L'état général est le même, pouls à 76, la température variant entre 37 et 37.8, et cependant l'enfant commence à maigrir. Le 3 mars, il ne paraît pas y avoir d'atteinte rénale, l'urée sanguine est de 0.42 (ce taux au levant est normal chez des adultes), la glycémie est normale, elle oscille entre 0.85 et 1.10 pour 1,000; on continue donc le sérum glucosé à raison de 500 c.c. et de 15 U. I. d'insuline, auxquels on adjoint les extraits hépatiques injectables, et malgré cela l'enfant continue à maigrir. Sa T.A. est de 120/70.

Au niveau des brûlures du troisième degré, la croûte se détache le 18e et le 24e jour entraînant avec elle tout le panicule adipeux et laissant à nu la musculature, l'atteinte est même plus profonde au niveau de l'arcade crurale droite. Sur cette énorme surface cruentée, nous appliquons uniquement des compresses imbibés de sérum physiologique et vers le 30e jour la plaie est bien détergée, elle a un aspect de bon aloi il y a même un bon bourrelet épidermique et cependant malgré cet état local satisfaisant, depuis la décrustation du placard tanno-argentique la température est remontée entre 38 et 38.5 avec un pouls à 90 - 96. Les constantes sanguines sont peu modifiées, urée 0.40, glycémie normale et l'enfant maigrit sans que l'on trouve la moindre cause à cette déchéance.

Du 30e au 40e jour la plaie est belle, pas d'infection sauf au niveau des tubérosités ischiatiques, du pourtour anal et de la vulve, infection bénine. La température est de 38, la cicatrisation se fait lentement, au 36e jour la jambe droite est totalement épidermisée, il en est de même des grandes lèvres et de la partie supérieure de la vulve, sur tout le pourtour du tronc le liseré épidermique a gagné 2 à 3 centimètres; et malgré ces bons signes locaux l'enfant a encore perdu du poids. A partir du 40e jour la température revient

à la normale, le pouls suit, les émonctoires sont indemnes de corps anormaux. On pense faire de greffes de Davis mais on aperçoit alors que l'amaigrissement au lieu de s'atténuer s'accentue et que la T.A. tombe de 90/70, le pouls présente quelques extrasystoles, l'enfant ne s'amuse plus, elle est fatiguée au moindre geste et l'appétit devient capricieux.

C'est alors qu'au 45e jour apparaît une diarrhée abondante liquidienne, 5 à 8 selles par jour, diarrhée accompagnée d'une fatigue générale avec abaissement de la T.A. à 80/50. On complète alors la thérapeutique précitée par des injections d'adrénaline sous-cutanée et d'éphédrine diluées dans du sérum physiologique, 750 c.c. à un litre par jour. A la suite de ce traitement la tension se relève passagèrement à 100/60, mais peu après l'injection, elle retombe bien vite à sa valeur habituelle. Localement, la plaie a toujours bonne physionomie cependant elle est un peu plus pâle qu'auparavant. Le cœur est légèrement arythmique, le pouls varie entre 80 et 92, il n'est modifié que par des extrasystoles décalantes, on soutient le cœur par de la Coramine, du camphre et du Cardiazol.

Cet état quoique alarmant ne paraît pas désespéré et brusquement le 52e jour apès le repas de midi l'enfant s'est éteinte subitement. L'enfant étant une Alaouite, l'autopsie fut refusée.

*

* *

Il semble bien que cette petite enfant brûlée soit décédée à la suite d'une insuffisance surrénalienne. En effet, les dix derniers jours elle présentait des signes analogues à ceux d'une addisonienne, perte de toute force musculaire volontaire, somnolence, diarrhée, chute progressive de la tension, il n'y aurait par contre aucune pigmentation des muqueuses et des téguments.

Il est probable que si nous avions pu nous procurer de la « Cortine » peut-être nous aurions pu la sauver, du moins au début de l'amaigrissement; si l'on en croit les auteurs américains cette thérapeutique était la seule à mettre en œuvre, car cette enfant a bien résisté malgré l'étendue, la profondeur de la brûlure et la localisation de cette dernière, abdomen et organes génitaux; cette enfant avait franchi aisément la période critique.

Enfin, bien que notre expérience ne s'appuie que sur trois cas, la technique de Bettmann paraît donner une coagulation plus rapide et tout aussi profonde que l'acide tannique à faible concentration. Les trois sujets traités suivant cette méthode n'ont pas présenté d'accidents toxiques importants, ils ont passé ce cap sans grands ennuis. Donc conformément à ce que dit Bettmann, cette méthode est à employer dans les brûlures graves car elle donne de meilleurs résultats que la méthode de Davidson, l'exclusion des produits de désintégration étant immédiate. Bettmann dit obtenir des coagulums plus fexibles et plus souples que ceux donnés par l'acide tannique, nous partageons cette opinion; par contre, la chute de la croûte se ferait plus aisément et plus rapidement que la croûte tannique; ce fait ne paraît pas être vrai, du moins dans les trois cas que nous avons traité. La croûte tannoargentique est tombée dans les mêmes limites qu'une croûte tannique ordinaire, c'est-à-dire 8 jours dans les brûlures du second degré, 16 à 24 jours dans une atteinte plus importante.

Quoiqu'il en soit, le cas que nous vous rapportons nous a paru intéressant à publier, car nous n'avons pas connaissance de cas analosécutive à une brûlure étendue.

MOUVEMENT MÉDICAL

UN NOUVEAU PAS VERS LE PROGRÈS: LE DENTIER IMMÉDIAT

Par **Robert CHENEVERT,**
Chirurgien-dentiste (Montréal).

Une des grandes préoccupations de beaucoup de personnes est de passer de leurs dents naturelles à des dents artificielles.

L'appréhension de ces nombreuses personnes est de savoir si elles vont réussir à supporter ces pièces artificielles, si elles vont réussir à mastiquer avec ces nouvelles dents, si leur apparence ou leur expression ne seront pas plus ou moins changées. Par-dessus toutes ces préoccupations, il reste à savoir comment organiser sa vie pour rester quelques semaines ou quelques mois sans dents durant la guérison des gencives.

Elles sont nombreuses les personnes qui savent que leurs dents sont préjudiciables à leur santé ou à leur apparence et qui persistent pendant des années à garder leurs mauvaises dents à cause des inquiétudes énumérées plus haut et surtout à cause de cette période plus ou moins longue où elles doivent se montrer en public avec une bouche vide et désorganisée.

Je crois faire plaisir à bien du monde en disant que la solution, en ce qui concerne les bouches édentées, a été résolu et que cette période de quelques semaines à quelques mois où les gens doivent rester sans dents n'a plus sa raison d'être.

La nouvelle méthode veut que les impressions soient prises avant d'enlever les dents, que les dentiers soient faits avant d'enlever les dents, et que les dentiers soient mis en place une ou deux minutes après les extractions des dents. Ce qui veut dire que le patient arrive au bureau avec ses dents et repart avec ses nouvelles dents.

Cette nouvelle méthode à première vue semble impossible ou du moins étrange. En effet, c'est l'impression première que nous en avons. Mais plus nous l'envisageons, moins elle nous paraît étrange. Si nous l'envisageons davantage, elle n'est plus étrange du tout et nous paraît au contraire la chose la plus logique au monde.

L'ancienne méthode qui laissait le patient longtemps sans dents avait comme inconvénient de faire diminuer les gencives et les alvéoles qui sont de toute importance pour la solidité d'une pièce, et de faire oublier au patient et au dentiste la position exacte des anciennes dents ainsi que l'exactitude de la longueur, de la largeur et de l'articulation des anciennes dents, et il en résultait que l'apparence, l'expression et l'esthétique des figures étaient changées.

La nouvelle méthode nous permet au contraire de faire des dentiers ayant devant les yeux les dents naturelles puisque nous prenons les impressions des mâchoires avec les dents naturelles en place. Nous n'avons plus ensuite qu'à copier les dents naturelles que nous remplaçons une à une par les nouvelles dents que nous reposons dans les mêmes ouvertures avec la même disposition et la même articulation. L'esthétique se trouve par le fait même reconstituée sans risquer de se tromper.

Il nous reste à calculer sur le modèle la diminution des gencives qu'occasionnera les extractions des dents. Nous aurons aussi à calculer dans bien des cas la transformation des bouches où l'esthétique exige une telle opération. Ces calculs de diminution de gencives se fait avec une précision très satisfaisante.

Cette méthode de dentiers immédiats en plus d'éliminer entièrement cette période humiliante où les patients devaient rester sans

dents, présente plusieurs autres avantages que voici:

Elle permet aux bouches de guérir plus facilement, le dentier servant de bandage, presse les tissus ensemble, maintient la propreté des gencives et hâte la guérison. Le temps de la sensibilité se trouve réduit.

Elle permet de conserver le maximum de grosseur et d'efficacité des gencives et des alvéoles. La stabilité se trouve prolongée.

Elle permet aux patients de reprendre presque immédiatement leur parler naturel.

Elle permet de mastiquer presque immédiatement, la bouche n'ayant pas eu le temps de prendre de mauvais plis ou de mauvaises habitudes.

Elle prévient l'élargissement des muscles de la langue et le déplacement vers l'intérieur des muscles des joues qui sont des causes d'instabilité des pièces anciennes.

Elle assure une apparence naturelle.

L'habileté du patient à manipuler les dentiers est développée dans un temps beaucoup moindre.

Cette méthode n'est plus à l'état d'expérimentation, elle est reconnue par les experts américains comme la meilleure et la plus sure de donner satisfaction.

Permettez-moi de vous rapporter ici un article parut dans le journal quotidien la *Gazette,* le 7 octobre 1942. Cette article sous l'entête « Personal Health Service » est écrit par le Dr William Brady, M.D. et se lit comme suit: *Don't wait for shrinking.*

« In advising peaple to seek what the dentists call "immediate denture service" that is, preparation of the denture, plates or whatever appliance is to be worn, before extraction, so that it may be installed immediately after extraction, usually before the patient leaves the dentist's office.

« I am well aware that only the more skilful and progressive dentists as yet are ready to give such service. I am aware also that it is more expensive than the ordinary plan, which I contemplates with so much misgiving. As for the expense, in my opinion, if the old-fashioned plan is worth, say fifty dollars, immediate denture service is easily worth ten times as much, and I speak from the viewpoint of good health and longevity.

« The effect on her good looks is insignificant compared with the more serious effect on her digestion, nutrition, vite, health and expectation of life. And it is not merely the gum that shrink or atrophy and become weak and more susceptible to disease, but also the entire mucous membrane, gland, muscle and bone structure of the mouth, jaw, face.

« That is why immediate denture service is worth so much more than the old-fashioned way. It keeps all these structures functioning and healthy, and incidentaly it keeps digestion, nutrition and vite at the level necessary for good health and efficiency. »

Comme vous pouvez le constater par les paroles du Dr W. Brady, M.D., ceux qui font connaissance avec cette méthode de dentiers immédiats deviennent des enthousiastes de ce nouveau procédé.

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

L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 72 — N° 1 Montréal, janvier 1943

RATIONNEMENT ET ALIMENTATION

Les difficultés de toute nature auxquelles nous avons à faire face du fait de la guerre, entraînent dans notre vie quotidienne des modifications importantes, dont nous essayons d'oublier les inconvénients en nous disant qu'elles ne dureront qu'un temps. Certains se soumettent en maugréant, d'autres, les tricheurs, s'ingénient à trouver des moyens pour déjouer, sans se faire prendre, toutes les mesures proposées pour maintenir l'ordre dans notre économie sociale.

Comme le bien-être des individus dépend en premier lieu de la facilité avec laquelle ils peuvent satisfaire les besoins élémentaires de leur nature, il est tout naturel que le domaine de l'alimentation soit le premier dont on se soit préoccupé, pour assurer que les aliments essentiels demeurent accessibles à chacun, et pour réglementer la consommation de certains articles coûteux et inutiles, en les frappant d'un impôt qui en augmente le prix.

C'est ainsi que, depuis quelques mois, nous devons employer avec mesure le thé, le café, le sucre, et que le prix des bonbons, des boissons fermentées, des alcools, des boissons carbonatées a augmenté dans une proportion considérable. On nous annonce que le beurre [1], les œufs, la viande pourraient bien être rationnés, et il n'y a pas de raison pour qu'ils ne le soient pas.

On peut dire tout ce qu'on veut du bien-fondé de ces mesures, ou de la façon dont on les applique, il n'y a là qu'une réaction naturelle contre tout ce qui tend à gêner nos aises. Il n'en demeure pas moins qu'elles sont actuellement nécessaires, et nous devrions nous considérer heureux qu'elles ne soient pas plus rigoureuses. Ce qui se passe ailleurs nous offre des points de comparaison qui devraient nous ouvrir les yeux. Le plus sage est donc d'accepter ce qui nous arrive, d'en profiter pour soumettre à l'examen nos habitudes alimentaires, afin de les améliorer.

La restriction imposée à la consommation du sucre nous forcera à chercher les glucides dans d'autres aliments, fruits, légumes qui, au point de vue calorique, ont les mêmes propriétés et nous fournissent, en plus, des vitamines que nous n'aurons pas à acheter, des substances minérales dont le sucre est totalement dépourvu et un résidu de cellulose essentiel au bon fonctionnement de l'intestin.

Ce changement aura, en outre, l'avantage d'alléger nos menus de chaque jour de quelques centaines de calories inutiles que nous y introduisions sans nous en douter, en ajoutant à presque tous nos aliments et nos breuvages du sucre à saturation. Cette énergie non utilisée est mise en réserve sous forme de tissus adipeux, et son excès constitue l'obésité, dont on ne peut ensuite obtenir la disparition que par des privations beaucoup plus dures. Il est toujours plus facile de prévenir cet inconvénient que de s'en débarrasser lorsqu'il est installé depuis longtemps.

Il nous reste encore, pour satisfaire nos caprices ou pour nous procurer des calories supplémentaires à l'occasion, les sirops de maïs et d'érable, le miel et la mélasse, ces

1. Depuis la rédaction de cet article, le rationnement du beurre a été imposé par le Gouvernement Fédéral.

deux derniers d'une valeur bien supérieure à celle du sucre de canne, du point de vue alimentaire.

Beaucoup de nerveux qui s'ignorent se trouveront bien de la réduction imposée à leur consommation de thé et de café. Le remplacement de ces derniers par des breuvages moins excitants et plus nourrissants ne pourra avoir que de bons effets sur leur santé et la paix de leur ménage.

L'augmentation du prix des boissons carbonatées de toute description ne semble pas suffisante pour diminuer sensiblement leur usage. Au point de vue médical, il n'y aurait qu'un remède, la suppression totale. Comme il n'y faut pas songer, il serait encore possible, par une publicité appropriée, de démontrer la supériorité du lait et des breuvages lactés, pendant « la pause qui rafraîchit ».

C'est d'ailleurs la suggestion d'une commission d'experts en alimentation aux Etats-Unis, qui recommandait que les ouvriers des industries de guerre remplacent, pour se désaltérer, la traditionnelle bouteille de « liqueur douce » par un demiard de lait, incomparablement plus profitable au point de vue alimentaire, et moins dispendieux. L'application d'une semblable mesure bénéficierait du même coup à l'industrie laitière, dont l'importance chez nous justifie bien tous les encouragements dont elle peut être l'objet.

La rareté de certains aliments, dont la production ou l'importance est devenue difficile, devrait stimuler la recherche d'articles de remplacement moins difficiles à obtenir. L'étude des problèmes de ce genre aboutit souvent à la création de produits supérieurs à ceux qu'on se proposait de remplacer.

La liste des fruits, légumes, légumineuses, noix, que nous faisions venir d'endroits éloignés, mais dont la culture peut être entreprise chez nous, s'allonge continuellement. La valeur des produits obtenus ne le cède en rien à celle des mêmes articles que nous fournissait l'importation. Le jus des tomates cultivées partout dans notre province peut, comme source de vitamine C, remplacer avec avantage celui des oranges de Californie ou de Floride, pourvu que l'on tienne compte de sa teneur différente en cette vitamine.

L'industrie de l'alimentation est continuellement à la recherche de formules pour augmenter la valeur nutritive des produits offerts à la consommation, soit par l'association dans un même produit d'aliments dont les propriétés se complètent mutuellement, soit par le perfectionnement des procédés de conservation, pour garder aux aliments les vitamines et les substances minérales qu'ils contiennent à l'état naturel. Dans d'autres cas, on obtient l'amélioration d'aliments de base, par l'addition de substances protectrices essentielles, telles que la vitamine B_1 ajoutée à la farine, l'acide ascorbique à certains jus de fruits, l'irradiation du lait et de ses dérivés. On sait dans quelle mesure l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants a bénéficié de ces recherches.

Les applications qui découlent des découvertes récentes dans la science de la nutrition doivent enfin sortir des manuels et dépasser le cadre de l'enseignement scolaire. La diffusion des principes d'une alimentation rationnelle, dans les masses, est une nécessité urgente.

Il incombe aux médecins d'abord, dont la formation, pour la plupart, remonte aux temps (cependant récents) où ces matières ne figuraient pas dans les programmes, de combler chez eux cette lacune. La lecture des articles sur des sujets de nutrition et d'alimentation que leur apportent régu-

lièrement les revues médicales, celle des ouvrages de vulgarisation ainsi que les publications des différentes commissions d'hygiène alimentaire, soit celle de l'*Association Médicale Canadienne*, de l'*American Medical Association*, de certaines compagnies d'assurances, leur permettra d'y arriver sans effort.

Ceux qui ne peuvent, faute de temps, faire eux-même l'éducation de leurs malades et de leur entourage, pourront au moins aider à la distribution judicieuse de ces tracts de vulgarisation destinés au public non initié.

Les médecins peuvent aussi servir utilement en faisant connaître aux ménagères les différentes initiatives qu'on a créées pour mettre cette science nouvelle à leur portée, les cours des écoles ménagères par exemple, où elles peuvent étudier non seulement le côté culinaire de l'alimentation, mais également le côté économique, non moins important. C'est dans ces leçons qu'elles apprendront à connaître les besoins de l'organisme pendant la croissance et à l'âge adulte et la possibilité de les satisfaire tous, dans un régime bien équilibré, sans dépasser les limites du budget familial le plus modeste.

Il n'y a plus de raison pour que la fantaisie, la superstition et le charlatanisme soient encore nos seuls guides en matière d'alimentation.

La nécessité où nous nous trouvons de rationner les aliments de tous les jours, et que nous croyions surgir d'une source inépuisable, nous montre la question sous son vrai jour et nous en fait voir des aspects que, sans cette occasion, nous aurions ignorés pendant longtemps encore. Il faudrait en profiter.

L.-Henri GARIEPY.

MÉDECINE SOCIALE

LE BILAN DE VIE DE 1940

Par **J.-A. BAUDOUIN,**
Professeur d'Hygiène à l'Université de Montréal.

Le Bureau fédéral de la Statistique a distribué dernièrement les statistiques vitales de 1940. Ces renseignements viennent compléter le sommaire démographique de la même année déjà présenté par la Division de la Démographie du ministère de la Santé et du Bien-Etre social de la Province de Québec. Comme ces données ne sont pas sans présenter de l'intérêt pour les membres de la profession médicale, nous leur offrons les brefs commentaires suivants:

I. Naissances

Les naissances de la province se sont élevées à 83,857, soit une augmentation de 3,837 sur le chiffre de l'année précédente. Nous constatons ainsi que notre Province, qui forme 27 pour cent de la population du pays, fournit 34% de toutes les naissances du Canada. Québec constitue bien un actif important dans la Confédération canadienne. De plus, nous touchons le taux de natalité de 26 par mille de population contre celui de 21.2 obtenu par l'ensemble du pays. Un autre aspect encourageant, c'est bien le relèvement de notre situation au cours des trois dernières années. Après être descendus à 24, en 1936 et 1937, nos taux s'améliorent graduellement. Espérons qu'il continuera à en être ainsi dans l'avenir.

II. Mariages

Les mariages démontrent aussi une augmentation notable. Leur nombre s'en est élevé à 35,069 en 1940, soit un surplus de 6,158 sur le résultat de l'année précédente qui était aussi très encourageant. Notre taux de nuptialité a ainsi atteint le sommet sans précédent de 10.7. Quelle sera l'influence de la guerre sur la fondation de nouveaux foyers? L'avenir seul peut répondre à cette question.

III. Mortalité générale

Le total des décès accuse la légère diminution de 627 sur celui de l'année précédente et s'est limité à 32,799, ce qui nous donne le taux de mortalité générale de 10 par mille de population, soit le plus bas que nous ayons jamais obtenu. La Province est donc dans la bonne voie et notre situation se compare maintenant assez avantageusement avec celle de tout le pays qui a donné le taux de 9.7.

IV. Augmentation naturelle de la population

La Province a eu une augmentation naturelle de 51,058 unités, contre la province d'Ontario, 30,021, soit un surplus de 21,037 en notre faveur. De plus, notre population, qui représente 27 pour cent de la population du Canada, a fourni 39 pour cent de son augmentation naturelle. Ce sont là des chiffres fort encourageants. Pour les continuer, il nous faut maintenir notre taux de natalité et abaisser celui de notre mortalité.

V. Causes des décès

1. *Mortalité infantile.*

Notre taux de mortalité infantile s'est maintenu à 70 par mille naissances vivantes. Au cours de la décade actuelle, notre Province a accéléré l'allure de la diminution de ses décès de 0 à 1 an. Voilà qui est très bien. Mais nous pouvons bien nous demander si nous ne pourrions faire encore mieux à l'avenir? A cette question, il faut répondre affirmativement, et cela sans hésiter. En effet, notre taux de mortalité in-

fantile dépasse celui de l'ensemble du pays qui est de 56. Ainsi, nous fournissons 42 pour cent des décès de 0 à 1 an du Canada contre la proportion de 34 pour cent des naissances. Par conséquent, au lieu d'avoir enregistré 5,856 décès de 0 à 1 an, nous aurions dû n'en compter que 4,686. Nous avons donc perdu 1,170 enfants de trop. A ce compte, nous aurions obtenu le même taux que le pays tout entier, soit 56.

De plus, notre taux de mortalité par débilité congénitale est de 38 contre celui de 32 donné par le Canada. Le taux de mortalité par gastro-entérite, qui a baissé merveilleusement au cours des dernières vingt années, est encore de 8.8 tandis que celui du pays n'est que de 5.1. Continuons donc nos efforts et conservons, à la patrie canadienne, le plus grand nombre possible de ses enfants.

2. *Etat puerpéral.*

La puerpéralité a coûté la vie à 377 de nos mères en 1940, ce qui nous a donné le taux de 4.5 par mille naissances vivantes. Depuis quelques années, notre taux est entré dans la voie de la régression, mais il dépasse encore celui du pays qui est de 4.

Pour faire œuvre utile, il nous faut connaître les causes qui interviennent dans ces décès. On peut les diviser en causes prénatales et en causes postnatales. Les premières comprennent l'avortement, la gestation ectopique et autres accidents de la grossesse, l'albuminurie phlegmasia alba dolens, ainsi que les autres formes de toxénie de la grossesse. Dans les secondes, prennent place les hémorragies, la septicémie et les infections puerpérales, la phlegmasia alba dolens, ainsi que les autres accidents de l'accouchement. Les causes prénatales nous donnent le taux de 1.3 contre celui de 1.6 dans tout le Canada, tandis que notre taux de mortalité par les causes postnatales de 3.2 contre celui de 2.4 pour le pays tout entier. Nous constatons là que l'effort doit être dirigé surtout contre celles-ci sans négliger les soins que réclame l'hygiène prénatale. Une campagne dirigée dans ce sens serait de nature à nous conserver un bon nombre de vies nécessaires de nos mères de familles.

3. *Tuberculose.*

La tuberculose de toutes formes nous a enlevé 2,503 vies. Nous avons ainsi obtenu le taux le plus bas que nous ayons jamais atteint, soit 75 par 100,000 de population. Nous laissons de plus en plus et définitivement le chiffre de 3,000 décès que nous avions l'habitude de dénombrer tous les ans. Voilà un progrès réel qu'il convient bien de signaler. Mais il ne constitue pas encore la victoire que tout le monde désire. En effet, nous dépassons encore le taux du Canada qui est de 50 et nous triplons presque celui de la province d'Ontario qui est de 27. Nous fournissons 43 pour cent de tous les décès par tuberculose du pays. Formons des vœux pour que la grande campagne antituberculeuse poursuivie dans la Province produise de plus en plus les résultats heureux que nous en attendons.

4. *Diphtérie.*

La diphtérie a touché un nouveau bas en 1940, soit le taux de 3.5 avec 118 décès. C'est là le côté encourageant de notre situation. Mais il y a aussi le revers de la médaille. Ces 118 décès représentent plus de la moitié (exactement 55 pour cent) de tous les décès du pays. Ils figurent mal aussi rapprochés des 14 décès de la province d'Ontario. Décidément, il nous reste à déployer encore plus d'efforts pour que cette maladie si facilement évitable, disparaisse complètement de notre Province.

5. *Coqueluche.*

258 décès sont survenus par cette maladie en 1940, soit 41 pour cent de tous les décès du Canada. C'est la troisième année de répit que nous donne la coqueluche. Or, comme nous connaissons la périodicité des épidémies, il faut nous attendre à une de ses offensives dans un avenir rapproché. De fait, les statistiques de la présente année nous démontrent que nous sommes actuellement en pleine épidémie de coqueluche. Empressons-nous donc de mettre à la disposition de nos enfants, sur-

tout des nourrissons de la première année et des enfants de moins de cinq ans, les avantages que nous offre le vaccin de Sauer dont l'efficacité est de plus en plus démontré.

6. *Fièvre typhoïde.*

Le total des décès causés par cette maladie s'est élevé à 129. Ce nombre nous donne la proportion de 58 pour cent de tous les décès du Canada. Voilà qui est vraiment exagéré. De plus, nos 129 décès ne se comparent pas avantageusement avec les 27 relevés dans la province d'Ontario. Toutefois, n'allons pas nous décourager parce que la fièvre typhoïde a diminué considérablement dans la Province au cours des 20 ou 25 dernières années. Pour réaliser de nouvelles conquêtes et nous assurer la victoire définitive, il faut multiplier davantage nos usines de filtration ou, au moins, de chloration de notre eau d'alimentation et nos usines de pasteurisation du lait. Quand notre province sera-t-elle dotée d'une loi de pasteurisation obligatoire du lait semblable à celle que la province d'Ontario a adoptée en 1938?

7. *Rougeole.*

La rougeole s'est retirée de la Province en 1940 en n'y causant que 71 décès, soit le nombre le plus bas que nous ayons jamais enregistré. Cependant, il ne faut pas nous empresser de crier victoire puisque l'on sait que la maladie revient à l'état épidémique tous les trois ou quatre ans se prenant alors plus de deux cents victimes. En effet, les chiffres que nous transmet la division de l'épidémiologie nous apprennent que l'épidémie attendue est survenue en 1941 et au commencement de l'année 1942. Pour être moins bien armés contre la rougeole que nous le sommes contre d'autres maladies contagieuses, nous ne sommes pas non plus dépourvus. En effet, l'extrait globulaire de Mc Khan a fait ses preuves dans la ville même de Québec. Pourquoi alors n'en ferions-nous pas un usage plus généralisé dans la Province?

8. *Scarlatine.*

La scarlatine diminue de plus en plus dans la province. Elle ne nous a causé que 66 décès en 1940. Ce nombre, toutefois, représente 53 pour cent des décès du pays et fait plus que doubler les 31 de la province d'Ontario. Pour faire mieux encore dans l'avenir, nous avons la ressource du vaccin des Dick qui a fait abondamment ses preuves et que l'on peut associer avec d'autres vaccins, par exemple, celui de la diphtérie.

9. *Méningite cérébro-spinale et poliomyélite.*

Ces deux maladies si redoutables ne nous ont pas causé d'épidémies depuis plusieurs années. Le nombre de leurs décès se sont limités à 28 pour la première et à 17 pour la seconde. Il est vrai que les sulfamidés se sont démontrés une arme d'une très grande efficacité à opposer au méningocoque de Weichelbaum. Malheureusement, nous sommes bien moins pourvus contre la poliomyélite, puisque aussi bien la sérothérapie que la vaccination ont fait faillite. Espérons que de nouvelles recherches pourront nous pourvoir des moyens de prophylaxie qui nous manquent en ce moment.

10. *Variole.*

Comme tout le monde le sait, la variole est une maladie complètement vaincue dans notre province. Nos statistiques n'en signalent aucun décès au cours de la présente décade. Continuons donc à vacciner régulièrement tous nos enfants à leur entrée à l'école et à faire de la province de Québec un des territoires les mieux protégés contre cette maladie.

11. *Maladies de l'appareil circulatoire.*

Les maladies de l'appareil circulatoire, notamment les maladies organiques du cœur, continuent leur ascension malheureuse chez nous comme ailleurs. Dans la Province de Québec, elles ont atteint un nouveau sommet en 1940. L'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire nous ont causé pas moins de 7,139 décès, et les maladies organiques du cœur à elles seules ont réclamé 4,749 victimes. Elles se démontrent ainsi partout la plus importan-

te des causes de décès. Cette augmentation est généralement attribuée au vieillissement graduel de la population. Il en résulte un nouveau problème que nos chercheurs se doivent d'étudier afin d'y apporter la solution nécessaire.

12. *Maladies de l'appareil respiratoire.*

Les maladies des voies respiratoires sont en pleine régression et cela depuis vingt ans. Le taux en a été de 55 en 1940, soit le plus bas que nous ayons jamais atteint. La diminution se produit à tous les âges, excepté chez les nourrissons de la première année. A quels facteurs peut-on attribuer un pareil phénomène?

13. *Maladies des reins.*

Au contraire, de ce que nous venons de voir, les maladies des reins sont en augmentation continuelle. Commencées à 20, il y a quarante ans, les taux s'en sont augmenté graduellement jusqu'à atteindre 97 en 1940. Le fait se remarque particulièrement chez les gens qui dépassent 45 ans et sourtout 70 ans. C'est donc la néphrite chronique qui présente le phénomène. Comment peut-on l'expliquer? Faut-il l'attribuer au vieillissement graduel de notre population? Il faut dire qu'il en va généralement de même dans les autres provinces.

14. *Cancer.*

L'ascension de la mortalité par le cancer est aussi remarquable. Au début de nos statistiques vitales, soit vers 1900, les taux se maintenaient à 35, puis, ils sont montés graduellement pour atteindre celui de 108 en 1940, soit un nouveau sommet. C'est là une observation générale que l'on peut faire partout. On explique généralement le phénomène par de meilleurs diagnostics et le vieillissement de la population. Les effets des efforts tentés contre la maladie ne sont donc apparents nulle part. Faut-il croire qu'ils n'atteignent pas suffisamment les malades appelés à en bénéficier?

10. *Morts violentes ou accidentelles.*

Les morts violentes ou accidentelles n'augmentent pas dans la Province de Québec, contrairement à ce que l'on constate ailleurs, notamment dans la Province d'Ontario. Notre taux, qui est de 50, se compare avantageusement avec celui du Canada qui est de 65. L'industrialisation du Québec, qui marche à une allure rapide, ne semble pas exiger chez nous un nombre exagéré de victimes. Cependant, il ne faut pas oublier que ces morts violentes dépassent 1,500 par année. Il faut donc tout tenter pour les réduire à leur strict minimum.

Deux genres de morts violentes peuvent nous intéresser, le suicide et l'homicide. Le nombre des suicides a été de 156 dans la Province de Québec et notre taux en est de 4.7 contre celui de 8.3 dans tout le Canada. Il n'est survenu que 24 homicides dans notre province en 1940, ce qui nous donne le taux de 0.7 contre celui de 1.3 pour tout le pays. Ces comparaisons, on le voit, ne tournent pas au détriment de notre Province.

11. *Décès par hémorragie cérébrale, embolie et thrombose.*

Le nombre de ces décès s'est limité à 448, ce qui nous permet de maintenir la diminution réalisée au cours des trois dernières années. Les taux, qui se maintenaient à 30 et 20, sont descendus à 13.

12. *Maladies du foie.*

Nos statistiques nous indiquent 492 décès attribués aux maladies du foie, ce qui maintient notre taux assez constant d'environ 15, tandis que celui du Canada est de 13.

13. *Diabète.*

Le diabète est mentionné comme cause du décès dans 538 cas, ce qui nous donne le taux de 16 en 1940. Celui de l'ensemble du pays est de 15.6. On constate généralement l'augmentation constante de la mortalité par le diabète. Pourquoi en est-il ainsi? On y voit habituellement une amélioration dans les diagnostics et le vieillissement graduel de la population. Il semble ainsi que la découverte de l'insuline n'a pas encore été capable d'enrayer la maladie dans la proportion où nous aurions pu l'espérer. Voilà bien un sujet d'étude pour nos chercheurs.

14. *Rhumatisme chronique et goutte.*

Cette cause n'intervient que dans 22 décès. Elle ne constitue donc pas un problème assez important pour motiver une étude approfondie.

Conclusion

La revue générale de notre situation que nous venons de faire pourrait peut-être suggérer à la profession médicale de collaborer le plus étroitement possible avec toutes les œuvres de bien public: Ministère de la Santé, Ligues antituberculeuses, Gouttes de Lait, Unités sanitaires de comté, afin d'améliorer nos statistiques dans la plus large mesure possible. Si un tel résultat pouvait se produire, l'auteur de cette modeste étude en serait largement récompensé.

UN PROGRAMME DE SANTÉ NATIONALE [1]

Par **Ad. GROULX,**
Directeur du Service de Santé de Montréal.

Une autre voix que la mienne aurait été plus autorisée pour vous entretenir de santé nationale. En effet, jusqu'ici je me suis surtout occupé d'hygiène municipale. Cependant, je m'intéresse à tous les mouvements d'hygiène au pays, et même en dehors du Canada. Ceci peut servir d'excuse pour mon audace à vous parler de problème de santé publique d'envergure nationale.

Certains taux encore trop élevés de mortalité attribuable à des causes évitables, la proportion élevée des recrues (44%) refusées à l'examen médical, la dénutrition observée parmi notre jeunesse militent en faveur d'un plan de lutte mieux coordonné contre la maladie.

Diverses mesures s'imposent donc pour améliorer l'état de santé de notre peuple; non seulement ici nous devons envisager la situation actuelle, mais ce que vous et moi avons surtout en vue, c'est l'après-guerre: c'est la santé de la génération qui nous suivra. Du fait de la guerre, les problèmes de santé augmentent en nombre et en intensité et cette situation demeurera une fois la guerre terminée.

Problèmes sociaux et d'hygiène

La première mesure qui s'impose dans un programme national c'est — et ici je m'accorde avec tous — d'*intensifier l'éducation de la population* en hygiène. L'hygiène publique est surtout un *problème d'éducation*: cela demeure plus vrai que jamais. Enseigner l'hygiène et les lois de la santé est l'objet principal et le but immédiat de tout département d'hygiène — qu'il soit fédéral, provincial ou municipal. Il faut d'abord éduquer les divers groupes de notre population si nous voulons mettre en œuvre toutes les mesures de santé publique que nous préconisons. Pour être réellement efficace l'enseignement doit être fait *surtout au sein même de la famille.*

Parmi les plus importants problèmes qui se présentent, il y a celui de la nutrition auquel les autorités fédérales attachent actuellement une importance majeure — et cela non sans raison. Nous devons donc y apporter une solution.

L'alimentation doit être plus particulièrement surveillée en ce temps de guerre où le rationnement commence à se faire sentir; tout de même, il faudra donner à la population une alimentation bien balancée et en même temps plus économique.

A ce problème de la nutrition se relie immédiatement le problème de l'enfance. Tout ce problème de l'hygiène infantile, ne l'oublions pas, repose sur l'alimentation du bébé et l'éducation des mères. Ici, les consultations de nourrissons et préscolaires jouent un grand

1. Conférence prononcée à Toronto, le 21 octobre, 1942, par le docteur Ad. Groulx, à l'occasion d'une assemblée tenue par la *Ligue Canadienne de Santé.*

rôle. Leur influence a valu, dans notre pays, une diminution appréciable de la mortalité infantile et de la mortalité attribuable à la diarrhée, qui de principale cause de décès est devenue cause secondaire.

En général, dans nos grands centres, et dans les comtés organisés en « unités sanitaires », dans les provinces où elles existent, le nourrisson, c'est-à-dire, l'enfant de 0-2 ans, semble assez bien suivi et cela même jusqu'à l'âge de 3 ans; mais après cela, jusqu'à son entrée à l'école, il nous échappe et nous le retrouvons à l'âge de 6 ou 7 ans, généralement après 3 ou 4 ans de négligence.

L'âge préscolaire est l'un des plus dangereux et celui qui aura la plus grande répercussion sur toute la vie de l'enfant, âge où il est le plus atteint par les maladies contagieuses contre lesquelles il faut le protéger. Son état général, sa dentition et sa nutrition doivent être particulièrement surveillés.

On doit aussi attacher une attention de plus en plus grande à l'*hygiène prénatale*. La survivance et le maintien du bon état de santé de nos mères canadiennes, et j'ajouterai la diminution de la mortalité infantile des 6 premières semaines attribuables aux causes congénitales, dépendent surtout de la surveillance médicale à laquelle la future mère aura été soumise. La consultation prénatale dans le cabinet du médecin, à l'hôpital ou dans les centres officiels d'hygiène, se révèle de plus en plus nécessaire et doit être vulgarisée.

A côté de la consultation du nourrisson, la consultation prénatale et la consultation préscolaire doivent être considérées mesures nationales de santé.

Dans les écoles, les élèves doivent têre soumis à une bonne surveillance médicale. Cette surveillance doit être périodique et assidue, de façon à suivre l'enfant de son entrée à sa sortie de l'école. L'examen médical que l'enfant subit à l'école primaire, doit être complété par un autre examen à l'*école supérieure*.

A Montréal, je considère que nous avons une bonne organisation d'hygiène infantile et d'inspection médicale des écoles (tout récemment, on nous accordait un certificat de mérite, au concours de santé parmi les villes canadiennes, tenu conjointement par l'*American* et la *Canadian Public Health Associations*) et malgré cela, nous trouvons une proportion d'environ 50% des enfants défectueux lors de l'examen médical des écoles. Remarquez bien ce chiffre: 50% de défectueux à 6 ans dès l'entrée à l'école; 50% comme ensemble de tous les enfants nouveaux et anciens durant l'année et à peu près 50% dans la vingtaine lorsqu'ils sont appelés au service militaire. Cela ne vous frappe-t-il pas?

Pour moi, j'établis une relation entre ces deux chiffres: d'abord parce que cette proportion d'enfants défectueux est à peu près la même depuis une quinzaine d'années et, ensuite, parce que l'expérience nous enseigne qu'une bonne partie des enfants trouvés défectueux le *restent malgré les avis répétés* que nous faisons tenir aux parents et à leur médecin de famille et aussi malgré des visites répétées des infirmières visiteuses.

Un bon nombre, cependant, se font soigner et améliorent ainsi leur condition physique.

L'examen périodique du nourrisson et de l'enfant d'âge préscolaire à la consultation, de l'écolier, à l'école primaire ou supérieure, a été le premier pas vers l'institution de l'examen médical périodique annuel, dont bénéficient plusieurs groupes d'individus dans l'industrie ou ailleurs et que l'on voudrait voir se généraliser de plus en plus.

L'examen médical périodique est de la plus haute importance dans la lutte entreprise contre la maladie. Il est conseillé de plus en plus et devient une arme excellente dont le médecin dispose pour contribuer à la conservation de la santé. Il aide à prévenir l'évolution des maladies contagieuses et tout spécialement de la tuberculose. Il permet de découvrir la maladie latente, celle qui n'a pas encore éveillé l'attention de celui qui en est atteint: celui-là se croit en bonne santé et vit en toute sécurité parce qu'il ne souffre d'aucun malaise, mais sournoisement, la maladie fait son œuvre et bientôt le terrasse.

La collaboration du médecin praticien est nécessaire à la mise en pratique de ce précepte. La médecine s'achemine graduellement vers la médecine préventive pour le bénéfice de la société. Le médecin et l'hygiéniste, autrefois deux individus absolument distincts, se rapprochent de plus en plus. Le médecin au lieu de considérer simplement le patient comme un malade à traiter et à guérir, doit surveiller la santé de toute la famille.

De même, l'hygiène dentaire doit prendre de plus en plus d'expansion; on doit mettre de l'avant un programme d'éducation publique qui en fera valoir l'importance et facilitera les traitements dentaires à toute la population.

L'hygiène mentale constitue aussi un grave problème. Les hôpitaux d'aliénés sont encombrés. L'hygiène mentale devra aussi être développée à l'école, assurant la classification des élèves. On devra pourvoir, en plus, à des centres de psychologie et d'orientation professionnelle.

Les autorités sanitaires de tout service organisé se doivent également de recourir à tous les moyens dont ils disposent pour mettre un frein à l'éclosion et à la propagation des maladies contagieuses.

Les découvertes de Pasteur et, certains modes de vaccination et d'immunisation contre plusieurs maladies infectieuses nous permettent de les contrôler jusqu'à un certain point. La vaccination contre la variole devrait être appliquée sans réserve. Par une législation bien ordonnée et par l'éducation du public, nous avons éliminé entièrement cette maladie dans la province de Québec. A Montréal, il n'y a pas eu un seul cas de variole depuis 12 ans et pas un décès depuis 1918.

Par une propagande intense, à laquelle la Ligue canadienne de Santé nous prête un appui précieux, nous vulgarisons l'immunisation contre la diphtérie, maladie dont nous espérons nous débarrasser à l'égal de la variole; depuis 1928, plus de 216,000 enfants ont été immunisés contre la diphtérie dans la seule ville de Montréal.

Ces mesures de protection doivent être courantes, partout au Canada, afin que toute la population puisse en bénéficier. Un travail spécial doit être entrepris pour atteindre tous les cas réfractaires. Par exemple, un recensement entrepris à Montréal, et qui se poursuit actuellement, a eu pour résultat d'augmenter le pourcentage des enfants immunisés de 65% à 85%.

La pasteurisation du lait devrait être nationalisée. Le lait cru et ses produits sont encore responsables de la transmission de trop de maladies infectieuses: tuberculose, typhoïde, fièvre ondulante, et en majeure partie, de la mortalité infantile. Les résultats obtenus là où la pasteurisation est appliquée militent en faveur d'une telle mesure.

La tuberculose accuse actuellement une augmentation au Canada. Un programme bien coordonné de lutte, de dépistage précoce et de facilités d'hospitalisation dans des sanatoriums, sont les conditions essentielles au succès de la lutte antituberculeuse.

Toutefois, permettez-moi de citer certains aspects encourageants dans la lutte contre la tuberculose: meilleure éducation populaire des dangers de la tuberculose et des moyens de s'en prémunir, collaboration plus active des médecins; l'emploi des rayons X accepté, reconnu et recherché pour un diagnostic précoce et plus précis.

Un autre problème dont je désire vous entretenir est celui des *maladies vénériennes*: mal terrible et qui semble très répandu.

Dans Québec, la Province a adopté une loi qui oblige les médecins à déclarer les cas et forcent les vénériens contagieux à se faire traiter: ceci est obligatoire. Comme cette loi n'a été mise en vigueur que depuis quelques mois, il est trop tôt pour en tirer des conclusions, mais il y a ceci de certain: c'est que, jusqu'à date, le dépistage des cas s'est fait de façon appréciable et que le nombre de ceux qui se font traiter grandit sans cesse.

La distribution gratuite des médicaments à tous les médecins rend le traitement facile et diminue le coût des traitements pour le malade.

L'établissement d'un service social, élément essentiel dans cette lutte, a permis de suivre les malades jusqu'à guérison; il assure, sans coercition, le succès de cette loi.

Et que dire du problème de l'habitation salubre surtout pour la classe ouvrière dans nos grands centres, problème actuellement compliqué par l'industrie de guerre.

« L'alimentation et le vêtement sont, avec l'habitation, des besoins fondamentaux de l'existence humaine. Aucun programme d'habitation ne saurait être adéquat à moins que les logements construits ne soient salubres » déclare le Comité de la salubrité de l'habitation de l'*American Public Health Association*. Les trente principes de base énoncés dans ce rapport et leurs données spécifiques pour assurer leur réalisation sont, d'après ce Comité, le minimum des besoins essentiels à l'avancement de l'hygiène physique, mentale et sociale, et ils sont aussi essentiels aux logements de prix modique qu'à ceux de prix élevé. Ils sont basés sur le minimum des besoins biologiques de l'organisme humain.

Je n'ai pas l'intention de vous parler longuement, dans cette causerie, du problème de l'habitation, mais je crois devoir vous dire qu'à Montréal, probablement comme dans les autres grandes villes canadiennes, on étudie un programme d'habitation d'après-guerre pour les petits salariés. Le service municipal d'urbanisme s'est rendu compte que l'évolution de la mortalité infantile et de la tuberculose aussi bien que le taux général de mortalité, a accusé une diminution constante à Montréal depuis les dernières vingt années. On se rend compte des différences dans les taux entre les districts où les loyers sont élevés et ceux où ils sont modiques; toute amélioration des conditions du logement pour les petits salariés contribuera à l'amélioration générale de la statistique vitale et à la diminution de la criminalité juvénile.

Puis-je souligner l'importance de l'hygiène industrielle et de son développement dans les champs d'action provincial et municipal. Le docteur Sawer vous parlera de cette question avec toute la compétence qu'on lui connaît.

Cependant, je désire ajouter que l'hygiène industrielle et la salubrité sont une force économique dans l'existence d'une nation. La législation ouvrière et l'amélioration des conditions du travail sont des problèmes vitaux auxquels les autorités sanitaires doivent s'intéresser. Ils doivent unir leurs activités à celle des chefs du travail en vue d'améliorer les conditions physiques, intellectuelles et sociales de la classe ouvrière.

Il faudrait avoir des lois identiques dans toutes les provinces de façon à régler ce problème adéquatement.

Une raison du niveau peu élevé de la santé publique au Canada est sûrement le trop grand nombre de familles ayant des revenus insuffisants. L'amélioration des conditions de vie est un problème social et tous les problèmes sociaux sont connexes à l'hygiène publique. Tant qu'il y aura des centaines de milliers de foyers qui ne gagnent pas suffisamment pour se payer autre chose que les premières nécessités, il y aura de la misère et celle-ci engendre la maladie. Il faudra, après la guerre, de toute nécessité, reviser nos standards de vie et les salaires de façon à accorder un revenu plus élevé à des centaines de milliers de familles. Autrement, toutes les mesures que nous pourrons prendre n'auront que des résultats incomplets. S'il y a des milliers de Canadiens qui vivent dans des mauvaises conditions de travail, s'ils habitent des logements peu salubres, s'ils ont des familles nombreuses auxquelles ils ne peuvent accorder les soins nécessaires, vous ne pouvez compter améliorer de façon générale et définitive la santé publique. De plus, si les soins médicaux, le nombre de médecins, de dentistes, d'infirmières, n'est pas mieux partagé entre les différentes parties du pays tous nos efforts resteront à peu près vains.

Organismes officiels à temps complet

Dans l'application des mesures dont je viens de parler — dont la portée doit être nationale,

mais qui sont d'application locale, provinciale ou municipale — il est important pour en tirer un rendement complet et efficace qu'elles soient confiées à des organismes officiels, permanents et à temps complet, à un personnel qui consacre tout son temps, son initiative et son dévouement à son travail et à l'intérêt public. C'est lui qui coordonne toutes ces mesures dans l'exécution de ce programme. Le rôle de l'hygiéniste est celui de l'éducateur qui consacre toute son énergie à son rôle. Il ne doit pas partager son temps et ses efforts entre son travail régulier et une autre fonction extérieure.

En dehors de l'organisation du service de santé central dans une province ou une grande ville, la tendance actuelle de plus en plus vulgarisée, consiste dans l'organisation des « Unités sanitaires » dans les régions rurales avec directeur et personnel à temps complet, et, dans les grandes villes, en une décentralisation du service central par la formation des *districts sanitaires urbains,* aussi avec personnel à temps complet. Ce mode d'organisation est en voie de développement dans plusieurs grands centres; cette expérience a été entreprise à Montréal.

J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, grâce à l'amabilité du docteur Jackson, de visiter le service de Santé de Toronto et d'obtenir certains renseignements très utiles à l'exécution de mon projet à Montréal.

Dans cet ordre d'idée, la Province de Québec, je crois pouvoir le dire sans vantardise, a pris les devants. L'établissement des unités sanitaires de comtés dans les districts ruraux a été une splendide réussite. Ces unités ont accompli un travail immense dans des centres qui n'étaient pas organisés au point de vue hygiène publique et les résultats obtenus ont dépassé nos espérances.

Soixante-trois comtés ruraux de notre province sont desservis par 51 unités sanitaires ayant un personnel à temps complet, composé d'au moins 1 médecin diplômé en hygiène publique; de quelques infirmières hygiénistes et d'inspecteurs sanitaires qui, pour la plupart, détiennent leur certificat de la C.P.H.A. et de médecins vétérinaires diplômés. Un programme conçu selon les besoins locaux guide le travail du personnel. Les travaux et expériences scientifiques et de recherches sont encouragés et le but principal de ces unités sanitaires est l'éducation publique.

Bien que la loi stipule que le ministre peut établir une Unité là où il lui semble bon, on n'a jamais eu recours à des mesures coercitives, car on suffisait à peine à répondre aux demandes annuelles d'organisation. Les municipalités se taxent elles-mêmes pour obtenir les services d'une Unité.

Au sujet des *districts sanitaires urbains,* j'ajouterai quelques mots. La complexité de l'administration sanitaire municipale d'un grand centre entraîne la décentralisation et l'organisation des districts .

Lors de l'inauguration d'un district, à Baltimore, le docteur Williams, *Commissioner of Health* de cette ville, disait: « Logiquement il semble aussi nécessaire pour le département de Santé d'une grande ville de décentraliser ses services de cette façon, qu'il est opportun pour les services de la police ou des incendies d'avoir des postes dans divers districts afin de rendre plus rapide et plus efficace leur travail dans un territoire donnée ».

Cette organisation a un double objectif: d'abord, donner à la population des services plus efficaces en les rendant plus accessibles à tous, et ensuite, rechercher les besoins locaux. Elle a aussi pour but d'attirer l'intérêt public et de développer l'esprit de civisme en entraînant les citoyens à s'intéresser davantage à la santé publique.

Le grand avantage du district sanitaire, c'est de constituer un service d'hygiène qui a quitté les hautes sphères administratives pour venir vivre avec le peuple, gagner sa confiance et lui faire avaler de la prévention 24 heures par jour.

Notre projet, pour Montréal, est de diviser la ville en huit districts sanitaires dont six sont organisés actuellement. La population de chacun varie entre 100,000 à 130,000 habi-

tants. La direction en est confiée à un « Chef de district », médecin diplômé en hygiène publique et ayant quelques années d'entraînement dans notre service. Il travaille à temps complet et est assisté d'un personnel, aussi à temps complet, comprenant un certain nombre de médecins et d'infirmières dont un chef de groupe, d'un dentiste et d'une employée de bureau.

Je crois qu'il est intéressant de noter, en passant, que j'ai, parmi mon personnel, environ 25 médecins, ingénieurs et infirmières à qui des bourses ont été accordées, soit par la ville, soit par la *Rockefeller Foundation*, pour des études dans des universités canadiennes ou américaines, notamment: Toronto, Harvard et Johns Hopkins. Quelques autres ont obtenu leur D.P.H. de nos deux universités locales: Montréal et McGill. Un certain nombre de nos infirmières sont qualifiées en nursing; la majorité de nos inspecteurs sont des vétérinaires gradués ou détiennent leur certificat de C.S.I.

Suggestions

Avant de terminer, je crois devoir faire les quelques suggestions suivantes:

1° Comme première suggestion — et ici, je suis en accord complet avec une résolution adoptée lors du dernier congrès de la *Canadian Public Health Association*, tenu à Toronto, en juin 1942 — les autorités fédérales devraient accorder des subsides assez généreux aux provinces et aux municipalités, pour les aider à mettre en pratique un programme national d'hygiène, dont ces dernières garderaient la responsabilité d'exécution. Ceci permettrait d'organiser partout au Canada des services d'hygiène avec personnel travaillant à temps complet, des unités de comtés ruraux et des districts sanitaires urbains, afin de rendre accessible à tous les citoyens du Canada, les avantages que procure une organisation permanente et adéquate de santé publique.

2° Organisation d'une campagne intensive, continue et persistante d'éducation du public en hygiène, et cela, à travers tout le pays.

3° Accorder un entier appui à la campagne d'alimentation rationnelle lancée par les autorités fédérales et à laquelle les provinces et les villes doivent coopérer.

4° Obtenir la pasteurisation obligatoire du lait dans toutes les provinces.

5° Intensifier la lutte contre la mortalité maternelle en rendant la consultation prénatale plus accessible aux mères.

6° Organiser un service hospitalier à domicile, comme un des articles importants au programme de la lutte contre la mortalité maternelle.

7° Vulgariser les services de surveillance préscolaire et d'inspection médicale des écoles à tous les stages de l'enseignement.

8° Vulgariser l'examen médical périodique pour les adultes.

9° Vacciner tous les enfants canadiens contre la variole et les immuniser contre la diphtérie.

10° Intensifier la lutte contre la tuberculose en facilitant le diagnostic précoce et l'examen aux rayons X, et le traitement de cette maladie par l'augmentation des lits dans les sanatoriums.

11° Augmenter le nombre des hôpitaux d'aliénés et développer les services d'hygiène mentale.

12° Intensifier le programme de lutte contre les maladies vénériennes avec législation sévère et traitement obligatoire.

13° Faciliter à tous les moyens de traitements médicaux et de soins dentaires, y compris un plan d'assurance-maladie adapté à nos besoins.

14° Etablir un plan adéquat d'habitations salubres pour tous les groupes de salariés.

LE BUT DE NOTRE LIGUE ANTITUBERCULEUSE[1]

L'Association Canadienne Antituberculeuse est une organisation nationale ayant des ramifications dans tous les principaux centres du Canada, par l'intermédiaire d'organismes locaux.

A Montréal, il manquait un anneau à cette chaîne. Il vient d'y être ajouté par la création de la Ligue Antituberculeuse de Montréal et du district. Cette ligue fera désormais le lien solide et étroit entre les diverses organisations qui s'occupent de tuberculose au pays et particulièrement dans la région.

Cette Ligue arrive bien à son heure. Nous la souhaitions depuis longtemps, pour donner à nos organismes de lutte, de la cohésion et de la force. Nous devons nous réjouir de la voir patronnée par les citoyens les plus éminents de la métropole. Leur présence affirme la réalité du grand danger qui menace notre population. Elle atteste aussi le bien déjà accompli et celui que l'on pourra espérer produire avec des moyens proportionnés.

Les membres de son exécutif, hommes remarquables par leur civisme et leurs activités dans tous les domaines, sont maintenant à l'œuvre et sollicitent le concours de tous les citoyens.

Ce n'est un secret pour personne que Montréal et son district sont les moins protégés du Dominion. On l'a dit bien des fois, on juge de l'efficacité de la protection accordée à une population (en matière de contagion tuberculeuse) par le nombre de lits mis à la disposition des malades.

Il manque à Montréal, 1,200 lits. La conséquence de ceci est que les personnes trouvées tuberculeuses sont dans une forte proportion obligées de faire leur cure à domicile. Nous savons tous ce qui en résulte: le patient ne guérit pas et la contagion familiale se fait plus prolongée et plus intense. Les centres de dépistage, comme l'Institut Bruchési et le Royal Edward, voient leurs obligations augmentées à cause du nombre toujours croissant des tuberculeux. La défense de l'enfant, laquelle est à la base de la lutte contre la tuberculose est presque impossible.

Un grand nombre de recrues diagnostiquées tuberculeuses à l'examen médical ou après une certaine période d'entraînement sont dirigées vers nos cliniques et compliquent une situation déjà difficile.

De ce fait, nous avons à surveiller plus de 3,000 familles de tuberculeux, comprenant 15,000 contacts adultes et enfants. Dans les conditions présentes, il nous faut en confier à nos infirmières visiteuses un trop grand nombre et la surveillance n'est pas totalement efficace. Nous avons besoin de doubler notre personnel.

Depuis longtemps, l'Institut Bruchési se voit confiné dans un local trop étroit pour son développement normal.

L'affluence est parfois si grande à nos cliniques, que nos consultants n'ont pas de place pour s'asseoir; qu'ils doivent attendre, debout, pour leur examen clinique et radiologique pendant un long temps.

Il y a parmi eux de grand malades affaiblis qui ont déjà supporté la fatigue du voyage.

Malgré toute la considération que nous leur donnons, nous ne pouvons faire qu'ils soient complètement à leur aise.

A côté d'eux, se tiennent d'autres personnes qui se présentent pour un examen prophylactique. Elles sont forcées de se trouver, plus longtemps qu'elles ne le voudraient, au contact de tuberculeux bacillaires.

Nous sommes bien persuadés que nous devrions ouvrir, dans la ville, un plus grand nombre de succursales, dans les centres ouvriers les plus populeux. Nos ressources limitées nous en ont empêchés.

Si nous pouvions disposer de plus de place, pour multiplier nos bureaux d'examens, nous abrégerions considérablement le temps d'at-

1. Causerie radiophonique, décembre 1942.

tente de nos consultants. Actuellement toute expansion en ce sens nous est interdite.

Notre personnel est à l'étroit et ne peut travailler avec toute l'efficacité qu'il voudrait apporter.

Nos médecins se spécialisent dans la tuberculose. Il leur faut donc connaître l'évolution de la science phtisiologique, les observations médicales faites dans tous les centres de traitement internationaux et se tenir au courant de l'organisation de la lutte antituberculeuse dans tous les pays. Une bibliothèque médicale leur serait nécessaire, dans un local où ils pourraient se livrer à l'étude.

L'Institut Bruchési est au surplus un centre d'enseignement universitaire, aux étudiants de la Faculté de Médecine; autre raison pour apporter à nos médecins cliniciens, les matériaux pour perfectionner leur enseignement.

Or, tous ces besoins, l'Institut Bruchési y subviendra, si le public lui apporte son aide généreuse, en achetant des Timbres de Noël. Si la population de Montréal se rend compte de la gravité du danger tuberculeux, elle répondra en conséquence.

Si elle a bien compris la nécessité d'une organisation efficace pour vaincre le fléau de la tuberculose et pour assurer sa protection propre, nous atteindrons notre objectif.

Puisque nous ne pouvons pas construire actuellement de sanatorium, ce qui presse le plus, c'est d'assurer à nos malades la plus grande assistance, dans leur foyer.

Nous avons confiance que la population nous aidera dans cette besogne absolument nécessaire.

J.-A. JARRY.

RÉFLEXIONS EN FIN D'ANNÉE EN MARGE DE LA CAMPAGNE DU TIMBRE DE NOËL[1]

La campagne du Timbre de Noël s'achèvera bientôt.

Elle sera un succès parce que tous ceux qui y participent le font avec conviction et générosité.

La tuberculose fauche à trop grands coups et depuis trop longtemps, dans notre Province surtout, pour que nous restions indifférents. Aussi la conscience populaire s'éveille et la lutte contre cette maladie est devenue une œuvre nationale.

C'est entre 19 et 45 ans, qu'elle fait le plus de victimes. Que l'on n'aille pas croire que seule la classe ouvrière en paie le tribut et que c'est une maladie du pauvre.

L'histoire nous remet en mémoire les noms de plusieurs hommes célèbres morts de tuberculose:

Lænnec — génie médical français.

Chateaubriand — écrivain français renommé.

Saint François-Xavier — maître en éloquence sacrée.

Chopin — génie musical.

Cecil Rhodes — fameux homme d'affaires anglais.

La tuberculose ne choisit pas ses victimes, elle nivelle les classes de la société.

La tuberculose est contagieuse mais très évitable, à condition d'isoler les contaminants et de traiter les cas au début.

Le manque de connaissances pratiques à ce sujet a causé à notre peuple des torts irrémédiables.

Il y a 40 à 50 ans, les notions populaires et médicales concernant cette maladie étaient fort rudimentaires.

Mon père, médecin de campagne, estimé et aimé de ses concitoyens, m'invitait un jour à assister aux funérailles d'un de ses patients. Au cours de l'inhumation, je lisais les noms inscrits sur une série de petites croix. Il y en avait huit. Les noms? Tous des Duquette. Les

1. Causerie radiophonique, décembre 1942.

âges s'échelonnaient de 16 à 50 ans. La famille entière se trouvait réunie au cimetière.

Je demandai à mon père la cause de leur décès. Vous devinez la réponse: la tuberculose.

La ferme fut vendue à une famille Chartrand. Au bout de 10 à 12 ans, quatre membres de la famille Chartrand étaient morts de tuberculose. Ces malheureux ignoraient les mesures à prendre pour se protéger et s'étaient contaminés au même foyer.

Les microbes ont la vie dure et longue. Ils se réveillent pour faire des victimes à qui ne s'en doute pas. L'isolement, la désinfection et l'hospitalisation, ces mesures n'étaient pas appliquées à cette époque.

Vous devez acheter des Timbres de Noël pour compléter le Service social des dispensaires Bruchési et Royal Edward.

Ce service social vous enseignera à protéger votre famille. Il facilitera l'admission de vos malades à l'hôpital.

On est porté à croire que la tuberculose a un regain d'activité au pays; toutes les provinces parlent d'un pourcentage plus élevé. Je ne suis pas de cet avis. L'examen militaire des recrues de 19 à 45 ans est un véritable recensement de l'état de santé général de la population mâle. Jamais une loi coercitive n'aurait pu être aussi profitable à la cause antituberculose.

C'est cet examen qui nous les apporte et comble nos lits d'hôpital. La plupart sont peu touchés et curables. Ces nombreux cas découverts prouvent qu'il y en a beaucoup plus qu'on n'en connaissait.

La Ligue Antituberculeuse de Montréal affirme qu'il est urgent d'hospitaliser les tuberculeux.

J'ajoute que l'hospitalisation du tuberculeux est le corollaire du dépistage.

On s'étonne que notre Province ait le taux de mortalité le plus élevé du Dominion. On parle d'ignorance, de familles nombreuses.

Ce ne sont pas les raisons pratiques. Il y a 20 ans que l'on fait du dépistage. En a-t-on trouvé des tuberculeux!

En 1942, on joue encore du dépistage. 100-150 malades figés sur les listes d'attente des hôpitaux, ils attendent qu'un lit se vide — parfois ils attendent durant 3 à 5 mois leur appel.

Quand, après ce temps, le malade remplace celui qui part, il est devenu un grand malade, souvent incurable et le cycle se poursuit ainsi depuis 20 ans. Le défunt cède son lit au grand malade — voilà la cause de notre mortalité élevée.

Le dépistage dépasse les facilités d'hospitalisation.

Nous avons	1.1 lit	par mortalité
Nos compatriotes angl. ont	5.5 "	" "
Les Hébreux ont . . .	6.6 "	" "

De grâce faisons le dépistage mais hospitalisons les malades dépistés.

Nous serons encore en retard pour aborder le problème de la réhabilitation des tuberculeux guéris. Mais nous serons logiques.

Si nous n'y prenons garde la perte de ces sujets à l'âge productif finira par ébranler l'économie du pays.

Je recommande l'achat du Timbre de Noël, parce que je veux que l'on donne plus de gardes-malades au service social.

Il est fort bien de penser aux malades à admettre à l'hôpital, mais je veux aussi penser aux malades qui sortent de l'hôpital. Je veux que le service social aide à trouver un emploi aux sujets qui sortent guéris des sanatoria.

Je veux que le service social de Bruchési et du Royal Edward combattent le préjugé: la tuberculophobie des employeurs qui refusent de prendre des employés guéris venant des sanatoria antituberculeux. Le tuberculeux guéri doit recevoir l'accueil qu'il mérite.

Achetez donc généreusement des Timbres de Noël pour que les dispensaires complètent et continuent la tâche qu'ils accomplissent depuis longtemps pour le plus grand bien de tous.

Georges MIGNAULT.

TUBERCULOSE

Le rôle de la contagion [1]

Chacun sait, aujourd'hui, quelle a été l'influence de Pasteur sur l'évolution des sciences, si complète en quelques années, malgré une vive opposition. Les esprits résistent toujours à la vérité, même, à l'évidence lorsqu'elles viennent ruiner les théories anciennes et heurter leurs habitudes de pensée. Un jour le voile se déchira et la véritable nature des maladies infectieuses fut révélée à l'univers entier. L'homme allait, enfin, transformer le monde dans sa lutte éternelle contre la maladie et contre la mort.

Les progrès de l'hygiène, les mesures d'isolement, la généralisation et l'application rigoureuse de certains procédés de désinfection, en particulier de la *stérilisation par la chaleur,* ont fait disparaître des épidémies qu'elles ont arrêtées aux frontières. Elles ont aussi sauvé, parfois, des peuples entiers, des armées, menacés d'être décimés par ces fléaux que nous ne voyons plus et dont quelques-uns, depuis le moyen âge, ont laissé dans l'histoire des souvenirs terrifiants.

Si nous savons, aujourd'hui, vaincre la rage, le choléra, la peste, la typhoïde, la diphtérie, le tétanos et d'autres maladies, seule demeure, *invincible,* la *tuberculose.* Elle défie, chaque jour, la puissance et l'ingéniosité de l'homme. Elle atteint de préférence la jeunesse. Elle s'insinue sournoisement dans les familles, grâce à des contacts fréquents et libres; elle les décime lentement, implacablement. Je citerai quelques exemples vécus de décès dus à la contagion, dont le médecin est le témoin attristé sinon humilié, à cause de l'impuissance de ses efforts.

Premier exemple: Voici une famille de huit personnes demeurant dans une petite ville à proximité de Montréal. La mère, à la suite de grossesses répétées, d'une contagion possible ou du réveil d'une tuberculose ancienne, succombe à cette maladie après quelques mois de traitement chez elle. Six mois plus tard, le mari, homme robuste et actif, présente, un jour, les signes trompeurs d'une grippe. Un médecin pose le diagnostic de tuberculose. Il succombe l'année suivante. Puis, chaque année, un des enfants de cette famille, décapitée en peu de temps, s'en va rejoindre ses chefs en succombant à la même maladie: *la tuberculose.* Seul, un dernier put échapper à la mort, sinon à la contagion, en se refugiant loin d'eux, dans un endroit sain et montagneux. Donc, 7 personnes succombent en peu d'années *à la suite d'une contagion transmise de l'un à l'autre.*

Second exemple: Voici un jeune ménage. Le mari a une mine splendide; il a toujours jouit d'une bonne santé. La jeune femme, depuis son mariage, est pâle, grêle, amaigrie et affaiblie. Pourtant elle appartient à une famille saine. Mais le médecin apprend, après un interrogatoire et un examen médical, qu'elle a cohabité, il y a trois ans, dans une pension avec une de ses amies, qui a succombé, depuis, à une tuberculose aiguë dans l'espace de deux mois. Notre jeune femme, tuberculeuse à cause de la contagion ancienne, sans doute, succombe, à son tour, au bout de trois mois à la suite d'une première grossesse. Le mari, inconsolable, s'étiole, maigrit. Il a perdu toute ardeur au travail. Un médecin, consulté quelques mois plus tard, pose le diagnostic de tuberculose pulmonaire. L'évolution de cette maladie fut si rapide, à cause de l'inoculation massive sur un terrain favorable, que cet homme vigoureux succombe au bout de six mois.

La tuberculose, on le voit, est grave à cause de la contagion souvent insaisissable et insoupçonnée, surtout si elle remonte à une date plus ou moins éloignée. Cette maladie ne respecte ni l'union et le bonheur des familles, ni l'amour et l'espoir fécond des jeunes ménages. Elle accomplit simplement son œuvre

1. Prononcée au poste C.K.A.C. le mardi, 15 décembre 1942, sous les auspices de la Ligue antituberculeuse, pour le Timbre de Noël.

de destruction. Là est le danger. On n'y songe pas assez.

Troisième exemple: Voulez-vous un autre exemple, non moins émouvant que les précédents? Le voici en quelques mots: Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, grand, robuste, vivant, alerte de cœur et d'esprit, aimant la vie, dorée de ses rêves de jeunesse et de poète; car il aime et cultive les arts et les lettres. Un tel type, aussi doué, a des amis. Parmi ceux-ci se trouve un fils de grande famille qui a dû suspendre ses activités depuis quelques mois et se soumettre à une cure de repos forcé à cause d'une hémopthysie soudaine à la suite d'un effort excessif et prolongé durant une longue course en skis. Le premier de ces deux jeunes gens s'offre à l'autre, immobilisé, de le distraire, de l'intéresser par des lectures et des conversations. Il partage sa douleur, mais il croit en son avenir. Les visites se succèdent et se prolongent entre les deux amis. Les entretiens et les lectures, suivis de discussions instructives, font oublier le souci des précautions utiles en pareil cas. L'intimité devient complète et totale. Bref, le second succombe. La tuberculose a terminé son œuvre!...

L'autre, celui qui fait l'objet de ce récit, poursuit sa carrière en songeant à l'ami qu'il a perdu, à un âge où on anticipe espoir et succès plutôt qu'échecs et déceptions. A la fin de ses études, au collège, il est atteint, un soir, de pneumonie. Il guérit, puis il entre à l'Université. Il a de l'ambition, il montre de l'ardeur au travail. Déjà, il a choisi son rang parmi ses compagnons d'études: *le premier*...

« Si mon ami était là », dit-il, « quel plaisir nous aurions de chevaucher, ensemble, un avenir plein de promesses. Est-il donc si incertain avec de la volonté et du talent? »

> Et sur ces mouvantes merveilles
> Planait (terrible nouveauté)
> .....
> Un silence d'éternité.

Un jour, son père, homme sage et clairvoyant, s'inquiète de la santé de son fils. Depuis quelque temps, il a maigri; il est pâle, son appétit a diminué. Sa gaieté et sa bonne humeur ont perdu leur élan. Son esprit n'a plus la même allure; ses activités, subitement ralenties, semblent mettre un frein à ses justes ambitions et sa mystique religieuse semble s'affiner inlassablement, quand même! Il est devenu presque mélancolique. Songe-t-il à son ami disparu? Il éprouve, même, quelque peine à parcourir la distance qui le sépare de l'Université. Il accuse une légère douleur à la poitrine. Un examen minutieux du médecin révèle que ce jeune homme, malgré son aspect et sa belle hérédité, souffre de tuberculose du poumon gauche, en pleine évolution. Il n'y a ni toux, ni expectoration. Il s'agit d'une corticopleurite. Seule une légère élévation thermique, le soir, indique une réaction défensive de l'organisme contre une septicémie grave et menaçante, dont le terme est inconnu, sinon fatal.

Le médecin de ce jeune homme put facilement retracer l'origine du mal: c'est-à-dire la *contamination directe de l'ami décédé à l'ami survivant*. Ce fut le premier acte du drame.

Le père, stoïque, magnifique, apprend la vérité avec consternation et courage. C'est l'effondrement d'une vie qui s'annonçait brillante et féconde. Une fois de plus l'héritage traditionnel est compromis.

« Nous lutterons », dit-il, « pourvu que mon fils y consente. »

La mère, atterrée, se renferme dans une douleur muette et aborde son fils avec le sourire tandis que l'œil se voile d'une larme furtive. Le beau courage féminin conserve, une fois de plus, une attitude pleine de grandeur, de noblesse et de sacrifice silencieux.

« Tu guériras bientôt, mon cher enfant, comme d'autres », dit-elle. Mais le fils, vif et fier, se cabre. Il vaut mieux que cela. Et puis, il accuse le sort, mais pas un instant son ami disparu. « Le médecin exagère », dit-il. Il prendra un repos nécessaire, mais il poursuivra ses études selon son programme. Telle est sa détermination.

Peu à peu il réfléchit et se soumet. Il suspend ses activités. Il s'immobilise durant quelques mois au milieu de ses livres, ses fidèles amis. Il poursuit intensément son traitement...

d'attente, puisque c'est le seul, et ses études littéraires. L'accalmie se produit bientôt, malheureusement, devrais-je dire, car il se croit déjà guéri. C'est souvent ainsi que les choses se passent chez ces malades à cause de l'intensité de la vie spirituelle et sentimentale du tuberculeux. Bientôt, il peut sortir en prenant certaines précautions. Mais il veut guérir. Alors il entreprend de voyager dans les Laurentides, aux Etats-Unis, en Europe, en Suisse. Partout il est accueilli avec empressement et déférence, mais il est déçu à cause des exigences qu'on lui impose.

« Suis-je donc destiné », dit-il,« à vivre en marge d'une société qui me prive de ma liberté, après avoir volé ma santé? »

Il avait raison en songeant à la contagion, la cause de tout le mal...

Après quelque répit, la maladie reprend sa course vers la mort, malgré les conseils des grands maîtres. C'est en vain qu'il lui a immolé sa jeunesse, sacrifié les joies inestimables de la vie de famille, ses espoirs et ses ambitions; la guérison, dans ces cas, longue et fugitive, semble se dissiper comme le rêve, ce mirage nécessaire; mais il y croit toujours. C'est la lumière sous le boisseau.

Bref, après cette dernière et longue étape, loin de sa famille, près de sa mère qui l'a rejoint, il succombe! Il exhale son âme dans un dernier souffle. Il meurt désespéré de la terre mais satisfait de son courage, car son esprit n'a cessé:

« D'écouter... (avec Beaudelaire)
Les souvenirs, lentement s'écouler
Au bruit des carillons qui chantent dans la brume. »
« C'est la mort, disait-il, qui console, hélas, et qui fait [vivre.
« C'est le but de la vie, et c'est le seul espoir.

.....

« C'est le portique ouvert sur les cieux inconnus.
Per fas et nefas!...

Ce drame n'est pas unique. Certains, parmi ceux qui m'entendent en ce moment, en évoquent sans doute de semblables dans leurs souvenirs douloureux. Que d'exemples touchants et pénibles de contamination dans les familles ouvrières, nombreuses et pauvres, logées dans des pièces exiguës, privées d'air et souvent de lumière, sinon de nourriture...

Ces faits, où la contagion a semé le malheur et la désolation, servent mieux, semble-t-il, que la longue théorie de nos statistiques, décevantes, malgré tout, dans la Province de Québec.

Sans doute, on dépiste le tuberculeux, on situe la contagion familiale, mais on n'y remédie pas complètement, car il demeure sur place où il continue d'essaimer la maladie.

Seuls, un ou deux sanatoriums de 1,000 lits nous aideraient à résoudre partiellement ce problème. Les médecins, ces sociologues désintéressés et clairvoyants, le demandant depuis 40 ans. Soyons plus pratiques. Faisons moins de discours, fondons moins de Ligues, mais construisons plus de sanatoriums dans les grandes agglomérations comme Montréal, qui en est dépourvue, si nous voulons pratiquer l'isolement des tuberculeux qui contaminent leur entourage et qui meurent, tandis qu'ils pourraient guérir, peut-être, et épargner d'autres vie utiles et fécondes.

Il y a, là, un devoir social et humanitaire, sinon économique et national.

Qui donc l'accomplira.

Les paris sont ouverts...

Mais, en attendant cette délivrance, tâchons de secourir les tuberculeux et leur famille en achetant des Timbres de Noël, ces messagers d'espoir et de charité.

Albert LeSage.

VARIÉTÉS

ÉVOLUTION DE L'ANATOMIE,[1]

Par **Eugène SAINT-JACQUES,**
Professeur honoraire à l'Université de Montréal.

XIXe ET XXe SIÈCLES

Avec le XIX[e] siècle, la médecine allait être révolutionnée dans ses conceptions fondamentales, ses idées de pathogénie comme de thérapeutique, par les progrès remarquables en pathologie cellulaire et l'évolution vers la bactériologie, la vaccinothérapie et la sérothérapie.

Bichat (1771-1802)

vient en vedette à l'orée du XIX[e] siècle. Il conduisit des recherches poussées en anatomie et, le premier, différencia les tissus, donnant à chacun leur rôle: au tissu noble, épithélial, la fonction; aux tissus conjonctifs, le rôle de forme et soutien des organes.

Son « Anatomie de l'homme » contient 300 planches merveilleusement exécutées. Epuisé par son travail et ses recherches, Bichat mourrait jeune à 28 ans. Il compléta les œuvres de Munro qui était à peu près silencieuses sur le système nerveux.

L'Angleterre eut un autre anatomiste distingué en

Sir James Bell (1774-1842)

qui publia un « Système de dissection » et de belles planches sur le système nerveux. Il devint professeur de chirurgie à Edimbourg, qui a toujours tenu une haute place dans les Iles Britanniques.

Il convient de signaler aussi

Robert Knox (1791-1862)

qui promulgua en Grande-Bretagne les idées de Bichat sur la différenciation des tissus. A cette époque, la dissection n'était pas encore reconnue officiellement, et les moyens employés par Knox, qui frisaient l'assassinat, le discréditèrent complètement aux yeux du public et il dut fuir la rage populaire, dit Garrisson (p. 461).

L'anatomie comparée était alors fort à l'honneur avec *Lamarck* et *Cuvier,* qui fonda la paléontologie des vertébrés tandis que *Sir Richard Owen* l'égalait presque dans son « Anatomie et Physiologie des vertébrés », tandis qu'aux Etats-Unis *Agassiz,* un suisse, se mettait au premier rang des naturalistes.

Les naturalistes de première valeur n'étaient pas limités à l'Angleterre et à la France au début du XIX[e] siècle, l'Allemagne en possédait tout une phalange dont le plus distingué fut

Johannes Muller (1801-1868)

qui fut aussi un physiologiste remarquable. Il semble que les savants de cette époque aient été fort versatiles et d'une immense culture, plus que nos modernes aux yeux de qui la culture générale semble assez généralement à peu près inutile. Aussi Muller fut-il à la fois anatomiste, physiologiste, chimiste, biologiste et pathologiste.

Le fait qu'il a formé des élèves tels que Schiden et Schwan, les découvreurs de la cellule végétale et animale, ce qui complétait la différenciation des tissus de Bichat-Henle, Krolliker et Virchow, le neurologiste Dubois Raymond, semble prouver la vaste érudition de Muller.

Il vivait à Coblentz, la jolie cité rhénane sise à l'embouchure de la Moselle et dominée

1. Voir *L'Union Médicale,* septembre, p. 968; octobre, p. 1084 et novembre, p. 1221.

par sa citadelle de l'Ehrenbreitstein, qui eut son moment de célébrité avec Marceau, sous Napoléon.

A mesure que l'anatomie se développe et se différencie, il semble qu'il soit difficile de la séparer de l'histologie, sa collaboratrice par le microscope.

C'est ainsi que nous voyons au début du XIX[e] siècle SCHWAN (1810-1882) pousser plus loin les travaux de Bichat et montrer qu'à la base des tissus existait la cellule comme élément primordial. Les travaux de Scleissen sur la cellule végétale l'avaient mis sur le chemin de l'isolement de la cellule animale. Elève de Muller en la très jolie cité universitaire de Bonn sur le Rhin, dominée par son Venusberg, il fut appelé à enseigner à Louvain, car il était fort catholique, comme la majorité des allemands de la vallé du Rhin. Son affabilité, sa simplicité, sa modestie le faisaient comparer à Claude Bernard.

C'est ainsi que l'anatomie microscopique vit apparaître en Allemagne le grand anatomiste

HENLE (1809-1885),

juif de naissance, élève de Muller aussi, qui se fit remarquer par ses études sur le rôle des tissus épithéliaux, ceux du rein entre autres (tubes contournés).

Signalons encore dans cette remarquable galerie d'histologistes

REMAK (1815-1865),

un juif polonais aussi, qui étudia à La Charité de Berlin, que VIRCHOW allait bientôt illustrer si brillamment et dont nous avons suivi l'enseignement en 1900.

KOLLIKER (1817-1905)

l'un des pionniers en anatomie microscopique et élève de Muller. Il était diplômé de l'importante université de Heidelberg, intéressante cité sur le Neckar à la jonction du Rhin, et fut remarquable par ses travaux en anatomie embryologique et morphologique. Son traité d'anatomie microscopique et son manuel d'histologie firent longtemps loi. Il fut un des esprits les plus cultivés et les plus avancés de son temps et mourut à Wurtzbourg où il enseignait depuis longtemps.

Mais ne nous attardons pas trop: la France nous attend avec de grandes figures. Ce qui nous prouvera qu'aucun pays n'occupe exclusivement la première place. Si l'Angleterre et l'Allemagne produisent des savants remarquables en anatomie, comme nous l'avons vu et qui aidèrent à son évolution, la France au début du XIX[e] siècle, avait fourni Bichat.

L'Angleterre produisit un autre anatomiste fort distingué en la personne de

HENRY GRAY (1825-1861)

dont le traité d'anatomie descriptive servit à de nombreuses générations d'étudiants et qui guida nos pas personnels en anatomie. Il se fit remarquer par ses mémoires sur les nerfs optiques et la rate qui lui valurent les honneurs du « Royal Collège of Surgeons »: il mourut jeune et fort regretté comme professeur.

Nous aurions garde d'oublier l'Ecole d'Edimbourg avec *Sir William Turner* (1832-1916) anatomiste fort recherché, qui devint président de la principale université d'Ecosse. Nous avons trouvé son souvenir très vivace et à l'honneur lorsque nous fûmes à Edimbourg pour le Congrès des Universités de l'Empire en 1921.

Ajoutons le nom de *Balfour* (1851-1882) d'Edimbourg encore qui fit des recherches remarquables en embryologie au fameux « Institut Biologique » de Naples. Il enseigna à Cambridge et malheureusement mourut tragiquement.

L'Allemagne fut encore honorée au XIX[e] siècle avec le grand

HISS (1831-1904)

Suisse d'origine; il compléta l'œuvre de Bichat sur le tissus en remontant à leur origine. Elève des grands maîtres allemands: Muller, Remak, Virchow, il aida à la création de la Société

d'Anatomie, et à celle de l'Institut d'Anatomie de Leipzig, où il enseigna jusqu'à sa mort. N'est-ce pas lui qui découvrit ce faisceau cardiaque qui porte son nom et dont il est si utile pour les cardialogistes de connaître le fonctionnement. Il refit la nomemclature anatomique et inventa un microtome qui permit des coupes sériées: tout ceci est bien suffisant pour la renommée d'un homme.

*
* *

Nous terminons avec quelques figures françaises, remarquables en anatomie.

Verneuil (1823-1875), grand chirurgien qui débuta par des études anatomiques. Puis ce fut à la fin du XIXe siècle le vénérable « père » Tillaux, fameux clinicien qui publia une étude fort poussée en anatomie topographique. Le « père » Tillaux fort vénérable, comme nous l'appelions, venait au tableau noir avec ses craies coloriées et en quelques lignes différentielles nous donnait des coupes transversales de membres ou de placement des organes en indiquant avec une précision remarquable artères, veines et nerfs à leurs places respectives. Il ne manquait jamais, vieux normand qu'il était, de reconnaître, à son parler, tout nouveau venu canadien qui visitait son service.

Au commencement du siècle, nous allions en grand nombre écouter le « père » Farabeuf, vieil original, célèbre pour ses leçons d'anatomie et son bel album de planches anatomiques opératoires. L'air froid de l'hiver parisien n'allait pas à sa gorge et il portait toujours un foulard de laine enroulé autour du cou. Sa figure encadrée d'une barbe hirsute lui donnait un air quelque peu rébarbatif.

Tout étudiant en anatomie, à Paris, ne se serait pas passé des albums merveilleusement illustrés du grand anatomiste de Lyon, Tertut. Cet ouvrage magistral vit plusieurs éditions en langues variées.

Nous aurions garde d'oublier les anatomistes-histologistes français dont les leçons faisaient accourir bien des élèves.

Cornil et Ranvier, remarquables travailleurs, qui nous ont laissé un grand traité d'histologie en trois volumes, auxquels il est toujours bon de réferrer.

Letulle, professeur plein de vie, à signaler aussi pour ses travaux microscopiques en pathologie pulmonaire.

Déjérine, le maître de la Salpétrière, remarquable neuro-histologiste.

Enfin Brault qui fit de belles recherches en pathologie rénale.

Puis il y avait à Paris les leçons d'anatomie descriptives et régionales du Prof. Poirier. Sanglé dans sa redingote impeccable, toujours ornée d'un œillet blanc, la main élégante, il disséquait à merveille et ne manquait pas d'applaudissements quand il nous parlait des adducteurs des cuisses: « ces custodes virginitatis » comme il les appelait.

Enfin pour clore la série de ce début du présent siècle, nommons Rouvière dont le beau traité et les travaux d'anatomie ont acheminé plus d'un de ses élèves vers les hautes sphères. Notre Prof. d'anatomie à la Faculté, le Prof. Delage, est un de ses élèves.

Nous nous reprocherions d'oublier de nommer ici un souvenir sympathique à ceux de nos professeurs ici même qui nous ont acheminé dans le dédale de l'anatomie: *les Prof. Chartrant, Fortier, Moreau* et le dernier disparu, le Prof. *Delorme* dont le talent de collectionner les beaux specimens anatomiques est apprécié de tous.

GÉNIE ET FOLIE [1]

Par **Arthur ARCAND,**
Docteur de l'Université de Paris,
Lauréat de la Faculté de Médecine de France.

Le problème des rapports pouvant exister entre le Génie et la Folie est vieux comme le monde; il a été discuté par de très nombreux savants, qui n'ont jusqu'ici, il faut l'avouer, trouvé que des explications fort peu rationnelles sur cette question.

Vouloir traiter ce sujet en quelques minutes est un non-sens. Aussi, avec votre permission, je ne m'occuperai ici que du côté physiopathologique qui est de beaucoup le plus intéressant.

Beaucoup de physiologistes ont cru et croient encore que le phénomène de la folie, dans certains cas, est assez voisin de celui du génie, et ils donnent à leur théorie les explications les plus variées. Ils ont réduit en somme en système cet aphorisme célèbre: « Point de génie sans quelques grains de folie ».

C'est ainsi que l'une des gloires médicales du XIX[e] siècle, le docteur Lélut, assimile, dans plusieurs de ses ouvrages, le génie à l'hallucination, et il prend dans l'Histoire des témoignages illustres, tels que ceux de Socrate et de Pascal. Toutefois, il établit sa thèse avec beaucoup de difficulté, car il est clair que les personnages hors ligne qu'il cite ont trouvé dans leur état mental même une partie de leur énergie, de leur persévérance, de leur puissance d'action, et, j'ose dire, de leur génie.

D'ailleurs, comment comprendre les événements, les institutions, les mœurs, le mouvement et les progrès de la civilisation, si l'on ne possède pas l'art d'interroger les grands hommes et leurs contemporains, et de découvrir, sans idées préconçues, les conditions intellectuelles et morales au sein desquelles ils ont vécu.

Au lieu de s'arrêter à la surface de la vie humaine et de se laisser prendre à certains signes équivoques de l'état physiologique, pour peu qu'on pénètre dans l'état psychologique, on aperçoit, la plupart du temps, chez ces personnages illustres, un développement supérieur de la raison, du sentiment, de la volonté, là où le physiologiste n'avait observé ou supposé qu'une affection pathologique.

Un autre médecin de la même époque, le docteur Moreau, de Tours, pousse plus loin les conclusions de Lélut, et il exprime lui-même sa doctrine en ces termes, et je cite: « Les dispositions d'esprit qui font qu'un homme se distingue des autres hommes par l'originalité de ses pensées et de ses conceptions, par son excentricité ou l'énergie de ses facultés affectives, par la transcendance de ses facultés intellectuelles, prennent leur source dans les mêmes conditions organiques que les divers troubles moraux dont la folie et l'idiotie sont l'expression la plus complète. »

Ce même médecin résume et concentre sa thèse dans cette formule originale: « Le génie est une névrose. »

Or, il me semble que, dans sa théorie du génie, Moreau de Tours a pris l'apparence pour la réalité, l'accident pour la substance, et les symptômes plus ou moins variables pour le fond et pour l'essence.

Certes, il parle de transcendance, de supériorité, d'excentricité et d'originalité, mais, à tout prendre, ce ne sont là que des mots sans signification précise. En général, il emploie le mot de génie comme on le fait dans la conversation vulgaire où l'on n'est pas tenu à la précision, et où, pour plus de commodité et de rapidité, on embrasse sous un même nom les choses les plus dissemblables.

Or, il n'y a rien de plus compliqué que les

1. Conférence au Club Rotary de Québec, le mardi 22 septembre 1942.

faits qui paraissent les plus simples au vulgaire, et, pour parler de ces faits d'une manière vraiment sérieuse, il faut commencer par les décomposer, opération très difficile, et pour laquelle la physiologie et la médecine ne sont absolument d'aucun secours.

Ce qui constitue le génie, ce n'est pas l'enthousiasme ou une excitation cérébrale quelconque, car ces deux phénomènes peuvent se produire dans les esprits les plus médiocres et les plus vides; ce qui constitue le génie, c'est la supériorité de la raison.

L'homme de génie est celui qui voit plus clair que les autres, qui aperçoit une plus grande part de vérité, qui peut relier un plus grand nombre de faits particuliers sous une idée générale, qui enchaîne toutes les parties d'un tout sous une loi commune, qui, lors même qu'il crée, comme dans la poésie, ne fait que réaliser, par le moyen de l'imagination, l'idée que son entendement a conçue.

Le propre du génie est de se posséder lui-même et non d'être entraîné par une force aveugle et fatale; de gouverner ses idées, et non d'être subjugué par des images; d'avoir la conscience nette et distincte de ce qu'il veut et de ce qu'il voit, et non de se perdre dans une extase vide et absurde, semblable à celle des fakirs de l'Inde.

En un mot, le génie est pour nous l'esprit humain dans son état le plus sain et le plus vigoureux.

Supposons que l'on soit arrivé à une idée exacte et précise du génie pris psychologiquement, et qu'on ait ramené toutes ses formes à une seule; que faudrait-il pour établir l'identité physiologique de la folie et du génie? La seule démonstration rigoureuse serait la comparaison anatomique du système nerveux chez les hommes de génie et les aliénés, c'est-à-dire la dissection de leur cerveau. Or, une telle comparaison n'a jamais amené aucun renseignement sérieux.

Par ces sortes d'expériences, l'on a appris, par exemple, que le cerveau d'un Cromwell ou d'un Cuvier avait un poids bien au-dessus de la moyenne, tandis que celui de Napoléon ou d'Anatole France était au-dessous de la vérité courante; par contre, l'on s'est aperçu que le cerveau d'individus vulgaires et même d'aliénés était souvent supérieur en poids à ceux des grands intellectuels. Par conséquent, insuffisance complète de la comparaison anatomique en fonction du poids des cerveaux.

D'autres auteurs ont voulu voir dans le nombre des circonvolutions cérébrales et l'allure de leurs frisures la marque du génie, et Anatole France fut le dernier, paraît-il, qui fit les frais d'une pareille constatation. Mais, encore là, nous sommes dans le domaine de l'hypothèse où les contradictions sont des plus nombreuses.

Où est le cerveau de César et de Cicéron, de Socrate et d'Aristide? Ce sont des cendres dispersées dans l'ample sein de la nature, et qui ont servi sans doute déjà à mille combinaisons différentes. Tous les génies des siècles passés échappent au scalpel. Ceux du siècle présent ne se prêteraient pas volontiers peut-être à des expériences de ce genre.

Que prouveraient, d'ailleurs, quelques faits particuliers dans une question si délicate et si complexe? Car l'état organique en question n'est pas de la nature de ceux que nos sens peuvent atteindre.

Privé de la preuve anatomique, à quelle sorte d'arguments peut-on avoir recours? Il y en a de deux espèces: l'analogie et la biographie. Je vais essayer de vous exposer ces deux genres de preuves et de vous en démontrer l'insuffisance.

1° La preuve par analogie consiste à montrer que, dans l'état de fièvre, de délire même, d'exaltation cérébrale, dans toutes sortes d'états nerveux irréguliers et morbides, et enfin à l'agonie, on voit très souvent l'intelligence se déployer d'une manière extraordinaire et inattendue, d'où l'on peut conclure que la maladie amène, dans le cours de son évolution, précisément cette sorte d'état organique d'où dépend le génie.

A cet argument, qui a d'abord tous les in-

convénients des preuves analogiques, je me contenterai d'opposer les observations suivantes.

La plus grande partie des faits cités sont des faits de mémoire, d'imagination ou de sensation; tantôt ce sont les sens qui prennent, dans certaines conditions maladives, un degré de finesse et de pénétration qu'ils n'avaient pas antérieurement; tantôt c'est une mémoire extraordinaire qui se développe tout à coup; tantôt c'est l'imagination qui s'exalte, qui a besoin de chants et de musique et croit entendre des concerts divins.

Mais, en supposant que tous ces faits soient parfaitement exacts, je me contente de faire remarquer que, dans tous ces cas, c'est la moindre partie de l'intelligence qui est excitée: les sens, la mémoire et l'imagination représentative. Ces facultés fournissent des matériaux à l'intelligence, mais ne sont point l'intelligence; rien de tout cela n'est le génie.

On nous cite bien un certain nombre de cas où la maladie aurait amené un développement extraordinaire de l'intelligence, et où l'imagination serait devenue créatrice. Mais, il resterait à savoir si les idées qui se produisent dans ces circonstances sont vraiment des idées originales et profondes, ou si ce ne sont pas de simples lieux communs, des réminiscences qui se réveillent avec une certaine vivacité sous l'empire de la fièvre, et qui étonnent les assistants par leur contraste avec les accidents antérieurs beaucoup plus que par leur valeur propre.

Il n'y a rien de si facile que de se faire illusion sur l'importance de certaines idées, lorsqu'elles sont exprimées avec une certaine émotion et dans des conditions extraordinaires.

D'autre part, une chose est certaine, c'est l'impuissance des fous à produire rien qui vaille par imagination. Que l'on nous cite la moindre œuvre remarquable sortie de l'imagination ou de la pensée d'un fou.

Or, s'il y a une différence du plus ou moins entre le génie et la folie, comment n'arrive-t-il pas souvent que la folie, dans ses moments de rémittence, dans ses intervalles de lucidité, rencontre précisément ce degré de vibration nécessaire pour produire de grandes choses? Or, c'est ce qui n'arrive jamais.

Je crois donc que, si l'on peut conclure quelque chose de l'argument par analogie, c'est que l'excitation cérébrale qui constitue la folie ou qui y conduit peut bien produire, accidentellement, un réveil de la mémoire et de l'imagination mécanique, qui simulera l'inspiration spontanée, mais que cet état en lui-même exclut absolument ce qui constitue le génie, c'est-à-dire la faculté d'invention.

En d'autres termes, le génie et la folie sont les deux pôles extrêmes de l'intelligence.

2° La seconde preuve, celle de la biographie, peut se ramener en quatre propositions; et, avant de les discuter, je ferai d'abord une observation préliminaire sur l'emploi de la biographie historique en médecine.

J'ose dire que c'est là une méthode tout à fait incertaine et qui ne peut donner que des résultats très peu satisfaisants. Etablir des lois médicales sur de simples anecdotes historiques me paraît un procédé des moins rigoureux. D'ailleurs, tous ceux qui connaissent la critique historique savent à quel point il faut se défier des anecdotes, surtout dans l'antiquité, combien de traditions n'ont qu'une valeur conventionnelle et légendaire.

Ainsi, les *Vies* de Plutarque, par exemple, admirable poème de la vertu antique, sont d'une autorité assez médiocre comme documents historiques. Ecrites fort longtemps après les faits, elles n'ont de véritable authenticité que pour les grands événements.

Aristote, dit-on, s'est précipité dans les eaux de l'Euripe, faute de pouvoir en comprendre le flux et le reflux. Suivant un certain auteur, il se serait empoisonné. D'autre part, le prétendu suicide d'Aristote est démenti d'une manière formelle par le témoignage précis d'Appollodore et de Denys d'Halicarnasse. Mieux, il paraît démontré aujourd'hui qu'il succomba, après plusieurs années de souffrances, à une maladie d'estomac qui était hérédi-

taire dans sa famille et qui le tourmenta toute sa vie.

Même dans les temps modernes, il faut se défier des anecdotes un peu extraordinaires. Exemple, la singulière fantaisie qu'eut, dit-on, Charles-Quint d'assister à ses propres funérailles avant sa mort, cérémonie qui lui aurait fait une telle impression qu'il en serait mort pour de bon. Or, il est aujourd'hui démontré que c'est là une fable qui est en contradiction flagrante avec les renseignements certains que nous avons jour par jour et heure par heure sur la dernière maladie de Charles-Quint.

Quant aux bizarreries réelles des hommes supérieurs, il faut d'abord s'assurer si elles sont spontanées et naturelles ou si elles ne sont pas l'effet d'une sorte de charlatanisme très ordinaire chez les grands hommes.

Le peintre Girodet, dit-on, se levait au milieu de la nuit, faisait allumer des lustres dans son atelier, plaçait sur sa tête un énorme chapeau couvert de bougies, et, dans ce costume, peignait des heures entières.

J'ai peine à croire que ce soit autre chose qu'une plaisanterie. Peut-être aussi Girodet avait-il trouvé plus commode cette manière de s'éclairer.

En outre, il ne suffit pas d'établir qu'un certain nombre d'hommes supérieurs ont eu des bizarreries, il faudrait établir que les hommes ordinaires n'en ont pas. Or, combien d'hommes médiocres ont leurs bizarreries, leurs excentricités, leurs petites monomanies! On n'y fait aucune attention, parce qu'ils sont médiocres. On les remarquerait, et eux-mêmes s'appliqueraient à les faire remarquer, s'ils étaient supérieurs aux autres hommes.

Quant à la tendance qu'ont les grands hommes à être mystifiés par des imposteurs, la chose est fréquente, et je ne citerai que la crédulité du grand mathématicien Chasles, au XIXe siècle, vis-à-vis d'un certain marchand d'autographes nommé Vrain-Lucas.

Cet escrot, ayant constaté chez le grand homme un goût immodéré dans ce domaine, parvint à lui glisser en quelques années un millier d'autographes des plus hétéroclites pour une somme d'environ 150,000 francs. L'on y trouvait entre autre substance des lettres d'Eschyle à Pythagore, de Jules César à Vercingétorix, trois chansons de Blanche de Castille, une lettre de Cléopâtre à Antoine, vingt-cinq lettres de Lazare ressuscité à saint Pierre, une lettre d'un certain Grœcinus Julius à Jésus-Christ, une autre de Sapho à Cicéron, encore une autre de Marie-Madeleine à Judas Iscariote, etc., etc., et, comme bouquet, une lettre de provocation de Caïn à Abel, le tout rédigé en vieux français du XIVe siècle et sur papier plus ou moins détrempé dans des solutions quelconques.

Si cela peut vous intéresser, je vais vous lire le texte d'un de ces soi-disant autographes. Il s'agit d'une lettre du roi Dagobert à saint Eloi, son argentier:

« *Mon très cher et très amé Eloy,*

« *Ce que vous m'engagez faire pour la mémoire du bienheureux Denys, qui, le premier, vint dans les Gaules pour y prescher la foy de Jésus-Christ, a été exécuté come ne l'ignorez pas par la très illustre Geneviève de Nanterre. Quoiqu'il en soit, suivray vostre conseil et veux faire bastir près d'icelle esglise un monastère portant ce nom où sera mon oriflamme. Ains venez me voir et ferons le plan d'icelle ensemble.*

«*Ce XX mai VICXXIX.*

« *Dagobert, rex.* »

Je vous fais grâce de la lettre de Christophe Colomb à Rabelais, de celle de Charles Martel à un certain duc mauresque, de celle de la Belle Ferronnière à Clément Marot, etc., et ne vous cite que la conclusion de Pierre Bouchardon sur cette colossale mystification:

« Ruiné, mais riche d'émotion et d'inappréciables souvenirs, monsieur Chasles eut une verte vieillesse. Dans sa quatre-vingt-huitième année, il commit l'imprudence, un certain jour, de manger trop de pâte de guimauve. Une indisposition en résulta, qui lui fut fatale. Il mourut, après s'être alité à peine, le 8 décembre

1880. Cependant, il faut ajouter que les fauxreux. Sans doute, Byron était pied-bot, Pope de l'escroc Vrain-Lucas que, pendant huit années, il avait absorbés à doses massives, étaient des mets autrement indigestes! »

Quant aux distractions, il est vrai qu'elles sont habituelles chez les hommes d'étude; mais je ne puis deviner quelles conséquences on peut tirer de ce fait. La distraction est un fait parfaitement normal, qui ne suppose en aucune façon un état maladif du cerveau.

Tout le monde a des distractions. Les uns oublient les choses visibles, les autres, les choses invisibles; les uns ne pensent qu'à leur devoir et oublient leurs intérêts, les autres ne pensent qu'à leurs intérêts et oublient leur devoir.

Quant à l'homme supérieur, il est distrait parce qu'il pense, il est distrait parce que les choses quotidiennes ne l'intéressent pas.

Moreau de Tours déclare entre autre substance: « En s'exaltant outre mesure, l'imagination touche au délire; l'attention, par sa tension exagérée, touche au fait le plus grave de l'aliénation mentale, à la perte de la conscience, à l'extase. »

Ce sont là de grandes exagérations.

Ampère, lorsqu'il s'abandonnait à ses distractions célèbres, n'était pas du tout dans l'extase. Seulement, il pensait à des choses qui l'intéressaient vivement, et il en oubliait d'autres qui ne l'intéressaient pas du tout.

Moreau de Tours dit encore, mais avec raison cette fois, que ce qui constitue la folie, c'est la lésion de l'attention. Or, ce qui constitue précisément le génie, c'est la puissance de l'attention. Il n'y a rien de plus différent que ces deux états.

Il y a enfin cette différence profonde et caractéristique, que vous pouvez faire remarquer à l'un sa distraction et qu'il en sourit le premier; mais que vous ne pouvez faire sortir l'aliéné du cercle d'idées où il est enchaîné.

Les hommes de génie sont en général d'une constitution maladive, dit-on; ils sont affligés de toutes les infirmités. Ceci est très peu rigoureux. Sans doute, Byron était pied-bot, Pope contrefait, Gibbon bossu, etc.; mais que de démentis à une telle thèse!

Que l'on jette les yeux sur les hommes les plus célèbres de notre époque. Combien d'entre eux sont remarquables par la vigueur de leur constitution!

Certes, il y a eu des hommes supérieurs maladifs, malingres, rachitiques. C'est une preuve que la difformité n'exclut pas le génie, mais non pas qu'elle l'accompagne nécessairement.

Combien de boiteux, de bancals et de bossus sont des êtres parfaitement insignifiants!

La folie et la raison ont coïncidé chez un très grand nombre d'hommes de génie. Il y aurait ici, si l'on voulait discuter cette question à fond, tant de points à examiner, que je ne puis que me borner à quelques indications.

Je dis d'abord qu'il faut distinguer l'hallucination simple de la folie. Ce sont deux états très différents. En outre, pour ce qui est de l'hallucination, il faut éviter de prendre trop au sérieux toutes les anecdotes qui sont rapportées sur les grands hommes, ou qu'ils rapportent sur eux-mêmes.

Lorsque Napoléon montre au général Rapp la prétendue étoile qui le guide, en lui disant: « Voyez là-haut! elle est là, devant vous, brillante », je ne suis pas parfaitement persuadé que Bonaparte n'a pas voulu simplement mystifier l'honnête général. C'était d'ailleurs, à cette époque, une croyance assez utile à répandre parmi les soldats pour maintenir leur moral.

La seule conclusion que l'on puisse tirer de pareils faits, en assez petit nombre, est que l'hallucination a pu coexister, en certains cas, avec le génie; mais conclure de cela que le génie est lié à l'hallucination, c'est raisonner d'une manière très peu rigoureuse.

Quant à la question de la folie proprement dite, outre qu'on n'en cite qu'un assez petit nombre d'exemples, on peut admettre que le génie est une prédisposition à la folie, sans reconnaître que la folie et le génie sont analogues physiologiquement.

En effet, le génie peut certainement placer l'homme dans des conditions sociales très douloureuses: la supériorité d'un homme sur son temps peut lui rendre l'existence très difficile, et ainsi devenir pour lui une cause occasionnelle de certaines douleurs, qui amènerait la folie tout aussi bien chez un autre que chez lui, si elles s'y produisaient.

En ce qui concerne la question de l'hérédité, certains auteurs prétendent qu'il y a une liaison héréditaire entre le génie et les différents états nerveux qui touchent de près à la folie et à l'idiotisme.

Qu'il y ait des maladies héréditaires, c'est un fait flagrant. Que la folie soit une de ces maladies, c'est ce qui est malheureusement trop prouvé par les faits.

Il se peut qu'une grande part du génie soit due à l'hérédité, c'est-à-dire aux conditions organiques transmises par la génération. Mais quelles sont ces conditions? C'est ce qu'il me paraît absolument impossible de découvrir; c'est, du moins, ce qui demanderait des observations si longues et si délicates, que je ne crois pas que la science puisse encore rien avancer de sérieux sur un pareil sujet.

Une théorie qui fit beaucoup de bruit à son heure est celle de Moleschott, ou de l'influence du phosphore sur l'intelligence.

Déjà Balzac, dans *La Recherche de l'Absolu,* avait dit: « Selon moi, l'idiot est celui dont le cerveau contiendrait le moins de phosphore; le fou, celui dont le cerveau en contiendrait trop; l'homme ordinaire, celui qui en aurait peu; l'homme de génie, celui dont la cervelle en serait saturée à un degré convenable. »

Fuerbach, en Allemagne, et surtout Couerbe, en France, donnèrent à l'époque les précisions suivantes: le cerveau des hommes ordinaires contient 2.5% de phosphore; celui des idiots, de 1 à 1.5%; celui des aliénés, de 4 à 4.5%. D'où ils concluaient que trop peu de phosphore rapprochait l'homme de la brute, et que trop pouvait le jeter dans cette espèce de délire que l'on appelle, suivant les degrés, génie ou folie.

Mais, plus tard, les expériences de ces savants furent contestées par celles d'autres savants: MM. Lassaigne et Frémy, qui prétendirent n'avoir trouvé ni plus ni moins de phosphore dans les cerveaux des aliénés que dans ceux des hommes ordinaires.

Maintenant, comment dégager la vérité du choc de tant d'opinions différentes? A quoi tient cet état de génie? Est-ce à la configuration du cerveau ou à sa masse? A la proportion de phosphore qui s'y rencontre? Ou au mouvement des nerfs, ou à l'action du sang ou des humeurs? Qui le sait? Peut-être à toutes ces causes se réunissant et croisant leurs effets.

Ce qu'il y a de certain, c'est que le génie ne s'acquiert pas. On l'a reçu en naissant. Buffon a beau dire: « Le génie, c'est la patience » et Newton a beau l'appeler: « Le plus grand degré d'attention dont l'esprit humain soit susceptible », toujours est-il que cette capacité de patience ou d'attention n'est pas donnée à tout le monde et que la volonté ne suffit pas pour l'acquérir.

A quels signes reconnaîtra-t-on une œuvre marquée au coins du génie et la distinguera-t-on d'une simple production de talent? Avant tout, le génie ne se démontre pas: il se montre, il s'impose. Comme tout ce qui peut entrer de grand et de noble dans l'esprit humain, ce degré du beau est intuitif et immédiat.

La faculté d'inventer est le vrai caractère des hommes de génie. C'est à ce titre qu'on salue Euclide, Archimède, Copernic, Galilée, Newton, Kepler, Leibnitz, Laplace, Lavoisier, Buffon, Cuvier, etc. Il faut prendre ces hommes-là comme ils sont, avec leurs défauts, sous peine de leur faire perdre en même temps leurs qualités.

Chose remarquable, ils ne se copient jamais entre eux; entre lions, on ne se singe pas.

Kant nous signale le caractère de totalité qui se retrouve dans toutes les véritables productions de génie; c'est ce qu'il appelle le *ganzheit,* ce que l'on pourrait traduire par le mot *universel.*

Au fond de tout homme de génie, dit-il, il y a un philosophe qui réduit le monde en un système.

Lorsqu'un grand talent se montre, il éclipse tout ce qui l'entoure. Des milliers d'hommes se mesurent à ce colosse, et peut-être se plaignent-ils de la nature, peut-être pensent-ils que, pour organiser une seule tête, elle dépouille une génération entière.

La nature est juste: elle distribue également tout ce qui est nécessaire à l'individu jeté sur la terre pour vivre, travailler et mourir. Mais elle réserve à un petit nombre d'hommes le privilège d'éclairer le monde, et, en leur confiant les lumières qu'ils doivent répandre sur le siècle, elle dit à l'un: « Tu observeras mes phénomènes »; à l'autre: « Tu seras mon géomètre »; elle appelle celui-ci à la connaissance des lois; elle destine celui-là à peindre les mœurs des peuples et les révolutions des empires.

Ecoutons Chateaubriand: « On renie souvent, dit-il, ces maîtres suprêmes; on se révolte contre eux; on compte leurs défauts; on les accuse d'ennui, de longueur, de bizarreries, de mauvais goût, en les volant et en se parant de leurs dépouilles; mais on se débat en vain sous leur joug. Donnons-nous garde d'insulter au désordre dans lequel tombent quelquefois ces êtres puissants; n'imitons pas Cham le maudit; ne rions pas si nous rencontrons nu et endormi, à l'ombre de l'arche échouée sur les montagnes d'Arménie, l'unique et solitaire nautonier de l'abîme. Respectons ce navigateur diluvien qui recommença la création après l'épuisement des cataractes du ciel. »

Mais, prenons garde aux conséquences: sans doute les songeurs, les grands penseurs, les grands inventeurs, les grands poètes ont droit à notre admiration. Qu'ils soient les bienfaiteurs du monde, les guides, les rois et les dieux de l'humanité, rien de mieux encore.

Mais il est une classe d'hommes de génie qui ne se contentent pas d'un tribut d'éloges et d'actions de grâces; la couronne d'épines n'est pas celle qu'ils demandent; l'auréole et les palmes du martyre ne sont pas leur fait. Il leur faut de vraies couronnes, de vrais lauriers. Ils se déclarent sauveurs envers et contre tous. Vous ne les empêcherez pas de vous sauver, qui que vous soyez. Ils sont messies, et ils le feront voir l'épée et le sceptre à la main. Malheur aux incrédules. Anathème aux sceptiques!

Ne refusons point nos éloges, notre admiration aux grands hommes; mais n'aliénons pas pour eux notre liberté. Ne leur confions jamais aveuglément nos destinées, et ne nous livrons pas pieds et poings liés à ces despotes de génie, qui n'en serons pas moins des despotes.

« Les hommes de génie, dit Napoléon, sont des météores qui se consument pour éclairer le monde. » Mais prenons garde qu'ils ne l'incendient au lieu de l'éclairer. Parmi ces hommes providentiels, j'en vois beaucoup qui n'ont été que des fléaux de Dieu.

Laissons-les passer, ces êtres mystérieux: s'ils viennent vraiment de Dieu, comme ils le disent, c'est-à-dire pour nous, s'ils sont aptes à faire le bien de l'humanité, ils n'ont pas besoin d'être sur des trônes pour contribuer au règne du juste et du droit; si, au contraire, ils ne sont que de faux prophètes, gardons-nous de leur donner des armes contre nous-mêmes.

En résumé, admirons les hommes de génie, mais craignons-les.

"L'Union Médicale du Canada" en 1874

A nos lecteurs [1]

Editorial, janvier 1874.

Il y a deux ans, lors de la naissance de ce journal, certains prophètes de mauvais augure comptant sur l'insuccès de tentatives antérieures, lui prédirent une fin prochaine et inévitable. Les rédacteurs eux-mêmes ne se faisaient pas d'illusion et savaient parfaitement que, comme affaire financière, l'entreprise était hasardeuse. Aussi, ce n'est pas un motif de spéculation, mais uniquement dans le but de combler une lacune qui se faisait sentir déjà depuis longtemps parmi nous, que ce journal de médecine a été fondé. On ne pouvait se défendre d'un certain sentiment de malaise en songeant que la profession médicale française qui compte, dans cette Province seule, près de 700 membres, ne possédait pas un organe destiné à promouvoir ses intérêts, à enregistrer ses travaux, et à contribuer ainsi au progrès de la science médical en ce pays. Convaincus de l'importance et de la nécessité pour les membres d'une profession qui, par leur nombre et leur intelligence, occupent un rang si honorable dans notre société, de posséder un organe de ce genre, un certain nombre de nos confrères voulurent bien inscrire un fonds de garantie suffisant pour maintenir son existence durant quelques années. Les rédacteurs n'en avaient pas moins la conviction, de leur côté, que la profession comptait un nombre suffisant de membres amis du progrès et décidés à maintenir une publication de ce genre pour ne pas être obligés de recourir à la bonne volonté d'un petit nombre; ils comptaient, non sans raison, que la grande majorité se rallieraient autour d'eux et, que, par leurs contributions, tant sous le rapport intellectuel que matériel, ils garantiraient le succès du journal.

Nous sommes heureux de constater aujourd'hui que leur espérance n'a pas été déçue. Le nombre de nos abonnés est suffisant pour garantir l'existence du journal et la plupart d'entre eux se sont acquittés avec exactitude de leurs obligations. Il reste encore quelques retardataires, mais, connaissant la plupart d'entre eux, nous sommes persuadés que c'est par pure négligence qu'ils n'ont pas encore envoyé le montant de leur abonnement et qu'il suffit d'attirer leur attention sur ce point pour qu'ils se mettent en règle sous ce rapport.

Les colonnes de notre journal ont prouvé de plus que nous comptons parmi nous des hommes d'érudition et d'un talent littéraire remarquables.

Quelques travaux, sans doute, laissaient un peu à désirer sous ce double rapport, mais nous tenons à laisser, autant que possible, le champ libre à tous ceux qui désirent manifester leur bonne volonté.

Une preuve que la plupart de ces travaux n'étaient pas sans valeur, c'est que plusieurs journaux de médecine français en ont reproduit quelques-uns et mentionné d'autres avec éloge et que, de leur côté, les journaux anglais du Canada et des Etats-Unis en ont présenté des traductions à leurs lecteurs. Si le journal a contribué à faire connaître avantageusement la profession médicale canadienne-française ici, et à l'étranger, nous devons ce résultat à ceux de nos confrères qui ont bien voulu nous communiquer le fruit de leurs travaux; et nous leur demanderons de continuer à nous prêter un appui que nous apprécions hautement. Notre liste de collaborateurs a été encore plus considérable la seconde année que la première et elle augmentera tous les ans, nous avons lieu de l'espérer du moins, en nombre et en importance.

En commençant sa première année d'existence, le journal se présente avec quelques modifications dans son organisation intérieure. Pour donner plus d'unité à la rédaction, il a été décidé d'en confier la charge à un seul rédacteur. Ce dernier a d'ailleurs eu, durant la plus grande partie de l'année dernière, presque seul la direction du journal, en sorte que ce nouvel arrangement ne fait que confirmer l'état actuel des choses.

Les anciens rédacteurs n'en continueront pas moins leur appui moral et matériel et ils en donnent une preuve qui fait honneur à leur libéralité. Désireux d'assurer la publication du journal, dans l'intérêt de la science et de la nationalité, et dans le but de soulager la rédaction d'une responsabilité pécuniaire assez considérable, MM. les docteurs J.-P. Rottot, A. Dagenais et L.-P.-J. DesRosiers auxquels se sont unis les docteurs A. Ricard, A.-T. Brosseau et Ed. Desjardins se portent en garantie pour l'espace de cinq années dans les frais d'administration et publication du journal. Ces hommes dévoués à l'avancement et au progrès de notre profession ont compris que la charge non rétribuée de rédacteur impose assez de sacrifices de toutes sortes sans y ajouter de plus une responsabilité matérielle qui aurait pu, peut-être devenir onéreuse.

La profession médicale canadienne-française, sans aucun doute, appréciera, comme il le mérite, cet acte désintéressé de leur part et ne permettra pas qu'ils

---

1. Nous reproduisons en italiques les paragraphes les plus importants de cet éditorial publié il y a 70 ans. Ils s'appliquent aussi bien à l'actualité présente qu'à celle d'alors. Tant il est vrai que la politique de notre Journal est demeuré la même et que sa mission n'a pas cessé d'être d'essence vitale.

se sacrifient seuls pour le bien commun; elle sait qu'il y va de l'honneur de notre nationalité d'avoir son organe dans la presse; elle connaît l'influence qu'un journal semblable peut exercer à l'étranger pour le bien de notre profession; et comprend les avantages de toutes sortes qu'elle retire d'une publication de ce genre.

Nous en avons pour preuve l'accueil bienveillant et le support moral et matériel que nos confrères de toutes les parties du Canada et des Etats-Unis ont bien voulu nous accorder.

Aujourd'hui, grâce à cet encouragement, le journal est établi sur des bases solides et est en voie de prospérité. *L'expérience nous a démontré qu'il était impossible de faire réussir plusieurs journaux de médecine français en Canada, aussi, dans le but de rendre* ***l'Union Médicale*** *digne d'être considérée comme l'organe de la profession médicale française,* et comptant de plus en plus sur l'appui de nos confrères de toutes les parties du pays, nous n'avons pas craint d'augmenter nos dépenses déjà considérables et tout en conservant le même nombre de pages, nous donnerons cette année, par un changement dans les caractères d'impression, le quart de matières de plus qu'auparavant.

Nous avons regretté plusieurs fois déjà d'avoir si peu d'espace à notre disposition, ce qui ne nous permettait pas d'enregistrer aussi promptement que nous l'aurions voulu, les nouvelles découvertes de la science; à présent, nous pourrons consacrer une plus large place à des reproductions des revues étrangères. Quelques-uns de nos confrères nous ont fait connaître leur approbation du choix des matières que nous avons déjà introduites dans le journal et particulièrement dans le mémorial thérapeutique.

Nous espérons être en mesure maintenant d'augmenter encore l'intérêt de la revue. Nous recevons, en échange, un grand nombre de journaux français et américains, dans lesquels nous puiserons des extraits instructifs et pratiques.

Dans la conduite de la rédaction, nous aurons toujours en vue l'intérêt de la profession en général, car nous ne sommes pas l'organe d'une institution, d'une société particulière ou des médecins d'une partie du pays, nous voulons que tous les médecins canadiens-français considèrent ***l'Union Médicale*** *comme leur journal.* Nous savons qu'il existe parmi eux assez d'esprit de corps pour nous soutenir dans notre difficile entreprise. Nous savons très bien que nous avons assumé une grande responsabilité, mais, tout en essayant de remplir nos devoirs le mieux possible, nous comptons, surtout, sur le concours de nos confrères. Dans le but d'augmenter la circulation du journal, nous envoyons le présent numéro à un certain nombre de médecins et d'amis de la science dont les noms ne sont pas encore sur notre liste d'abonnés. Ceux d'entre eux qui ne l'auront pas renvoyé lors de la publication du prochain numéro seront considérés comme souscripteurs. Il existe, de plus, un bon nombre de médecins dont nous n'avons pu nous procurer l'adresse, nous prions nos amis et nos abonnés, d'engager ces confrères à recevoir le journal. Tous doivent avoir à cœur de contribuer au succès d'une publication uniquement destinée à promouvoir les intérêts de la profession médicale française en ce pays.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus » : nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple : J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd-psychol. », **94** : 1 (juin) 1938.

PHTISIOLOGIE

Edna M. JONES, T. W. RAFFERTY et H. S. WILLIS. — **La tuberculose primitive.** "The American Review of Tuberculosis", **46**: 392 (octobre) 1942.

Quand un foyer de tuberculose primitive éclate dans un poumon, il se produit une infection, un œdème des ganglions lymphatiques au niveau de la chaine ganglionnaire correspondante qui sert à drainer cette région atteinte. Lorsque la poussée inflammatoire est finie, les ganglions reprennent leur grosseur normal, mais ils se calcifient, deviennent fibreux. C'est ce qui se voit le plus fréquemment chez les enfants. Mais si l'infection devient trop forte ou si le noyau caséeux se rupture dans une bronche ou dans un vaisseau, la maladie peut évoluer vers la mort.

Mais le groupe de malades qui fait l'objet de cette étude, offre au point de vue clinique, une certaine complexité; c'est en quelque sorte une épituberculose qui, dans certains cas, fait de l'obstruction d'une bronche, accompagnée d'une poussée de tuberculose pulmonaire évolutive ou de pneumonie tuberculeuse.

La plupart de ces malades guérissent assez bien. Quelques-uns développent une maladie extra-pulmonaire, d'autres souffrent d'une pneumonie tuberculeuse à forme extensive. On peut alors commettre une erreur en pensant que c'est la tuberculose qui est la cause principale de ces troubles, alors que c'est une atélectasie pulmonaire appelée épituberculose qui en est responsable très souvent. On est porté à croire que ce syndrome relève d'une atélectasie lobaire ou lobulaire, elle qui est plutôt secondaire à une obstruction causant une gêne au drainage normal. C'est au début de cette phase active que cette gêne survient. Elle peut résulter d'une poussée congestive d'un ganglion lymphatique. La simple présence d'un gros ganglion peut obstruer une bronche. Cette atélectasie survient plus souvent qu'on ne le croit chez des enfants atteints de tuberculose primitive; on doit toujours y penser surtout lorsqu'on a une radiographie qui donne une ombre dense et homogène.

On n'a jamais pu s'entendre clairement au sujet de ce syndrome dénommé épituberculose; mot employé pour désigner une condensation lobaire bénigne qui apparaît chez des enfants qui donnent une réaction positive à la tuberculine. Les auteurs suggèrent d'abandonner ce terme confus d'épituberculose.

Paul-René ARCHAMBAULT.

Jacques STEPHANI. — **Contribution à l'étude du pronostic de la tuberculose pulmonaire. La réaction de Weltmann exécutée avec du sang citraté.** "Journal Suisse de Médecine", **72**: 716 (27 juin) 1942.

Il existe pour renseigner sur le pronostic de la T.B. pulmonaire, de nombreuses réactions sérologiques, toutes intéressantes. Elles possèdent malheureusement sans exception l'inconvénient commun d'être longues à exécuter.

Le principe de la réaction de Weltmann, ultérieurement modifiée par Teufl, est le suivant: un sérum clair, ne présentant pas d'hémolyse, dilué au 1/50e dans de l'eau distillée, coagule à la chaleur si on l'additionne de $CaCl_2$ à 0.50%. Il coagule d'autant plus facilement c.-à-d. demande d'autant moins de chlorure de calcium que le malade est moins gravement atteint et inversement. Et ce qui fait l'intérêt de cette analyse c'est que cliniquement elle ne couvre pas constamment la sédimentation.

La technique primitive de Weltmann n'a pas à être décrite ici. Qu'il suffise de savoir que Weltmann se sert de 10 à 12 solutions titrées tandis que Teufl emploie une seule solution et constitue son échelle par un nombre de gouttes dont il fait le compte.

Et voici maintenant de quelle façon l'A. a simplifié la réaction. On ponctionne la veine du malade comme pour la sédimentation et on retire environ 2 c.c. de sang. On introduit ce sang dans une éprouvette de petites dimensions et on le laisse coaguler. On prélève ensuite 1/10e c.c. de sérum en ayant soin de ne pas effleurer le caillot. La présence de globules fausse complètement la réaction. On chauffe alors sur la flamme ouverte jusqu'à ébullition. Le mélange reste clair. On ajoute une goutte de $CaCl_2$, puis on fait rapidement bouillir à nouveau et ainsi de suite. A la chute de la 1ère goutte, parfois de la 2e, mais, constamment au début de la réaction, le liquide se trouble et devient blanc. C'est un *trouble* mais non une coagulation. Ce n'est pas à prendre en

considération. On continue et lorsqu'on en arrive à la 5e ou 7e goutte, par exemple, le liquide devient floconneux et il le devient subitement. On chauffe encore quelque peu, le nuage de flocons se répand dans tout le liquide et au bout de quelques minutes, tombe au fond de l'éprouvette en un culot de gros amas blancs. Ceci est la coagulation, très différente du trouble précédent et que l'on ne peut confondre avec lui. La réaction est ainsi terminée.

Avant de passer à sa lecture, notons encore une simplification, la principale. Dans tout examen complet d'un tuberculeux, on mesure la sédimentation. Cela demande une ponction veineuse si l'on adopte la technique de Westergreen. Dans ces conditions, il a paru intéressant d'unir les deux examens dans le même geste. Cependant, en conservant la technique décrite plus haut, il devient nécessaire, une fois le sang prélevé, de retirer la seringue et si l'aiguille est assez grosse de laisser couler du sang pur dans l'éprouvette. Cela constitue une petite complication. Si le sang ne coule pas spontanément, il faut faire l'aspiration avec une seconde seringue: S'il coule spontanément, au moment où l'on retire la seringue, il s'en répand sur le bras du malade. Il peut aussi arriver qu'il coagule dans l'aiguille. De toute façon, on perd immanquablement du temps et la technique n'est pas élégante.

L'A. a donc commencé par faire une série d'examens en parallèle avec du sang pur et du sang citraté.

Cette technique a montré que le sang dilué dans la proportion de 1: 5 avec du citrate à 3,8% demande pour coaguler, un nombre de gouttes double de celui que demande le sang pur. Cette proportion est constante. Dans ces conditions, ainsi que l'on pourra s'en rendre compte en l'essayant, la réaction est très simple et très rapidement exécutée. Le sérum est constamment clair, car le niveau de séparation est net, ce qui n'est pas le cas avec la coagulation naturelle en petit tube. On ne risque donc jamais d'entraîner des globules. Enfin, le fait que le nombre de gouttes est double, permet une plus grande précision. Quant à la lecture, voici comment on procède. L'échelle de Weltmann va de I à X et celle de Teufl de 1 à 10 en sens inverse. Cette dernière numérotage correspond avec les chiffres des solutions de citrate dont se sert Weltmann. A l'A. qui n'utilise pas des séries de solutions, mais un nombre de gouttes croissant, ces échelles ne servent que pour la lecture. Les voici:

Gouttes de sang pur	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Gouttes de sang citraté	20	18	16	14	12	10	8	6	4	2
Solutions	0.10	0.09	0.08	0.07	0.06	0.05	0.04	0.03	0.02	0.01
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
	Déviation à gauche						Bande normale		Déviation à droite	

Les valeurs normales, c.-à-d. celles que l'on trouve chez les sujets bien portants sont sensiblement de VII et VIII. C'est ce que l'on nomme *la bande de coagulation*. S'il faut 8 gouttes de sang pur soit 16 gouttes de sang citraté pour obtenir la coagulation, nous dirons que le malade a un Weltmann de III, autrement dit que la bande de coagulation est déviée à gauche. Cela correspond cliniquement à une forme exsudative ou évolution. S'il faut 2 goutes de sang pur, soit 4 de sang citraté, le malade aura une réaction de IX, autrement dit une *déviation à droite* de la bande coagulation. Cela se rencontre soit dans un cas fibreux équilibré comme preuve d'une bonne résistance générale, soit encore dans certaines maladies non tuberculeuses faisant de la cirrhose (cirrhose du foie, p. ex.). Comme on le voit, si l'exécution de la réaction est simple, la lecture l'est plus encore.

V. LATRAVERSE.

———— o ————

OBSTETRIQUE

J. RISI. — **Les relations hormonales entre la mère et l'enfant.** "Laval Médical", **7**: 479 (novembre) 1942.

On doit considérer le placenta comme une glande qui produit des hormones folliculaires, hypophysaires et autres au cours de la grossesse. Ce n'est pas seulement un organe de passage pour les substances qui passent de la mère à l'enfant par osmose et par diffusion. On a observé par exemple que le placenta emmagasine les vitamines nécessaires à la croissance de l'enfant et les livre au fœtus au fur et à mesure des besoins de celui-ci.

L'activité propre des glandes endocrines fœtales se manifeste seulement à la deuxième période de la grossesse, mais sans grande importance durant le stage intra-utérin, plutôt comme une préparation à l'existence post-fœtale.

Dès la fécondation du corps jaune une substance hormonale provoque d'importants changements dans l'organisme maternel. Plus tard, le placenta remplace cette première sécrétion lutéinique et sécrète rapidement plusieurs hormones.

Clauberg a démontré que le placenta contient de 500 à 5,000 unités-souris de folliculine, même après l'ablation des ovaires, preuve que le placenta ne constitue pas seulement un organe de réserve.

On trouve des quantités surabondantes d'hormones gonadotropes dans le placenta, quoiqu'il soit impossible de fournir une preuve directe de sa sécrétion « in situ ». Cette hormone aurait pour action d'amener un relâchement des tissus génitaux en fin de grossesse et de faciliter ainsi l'expulsion de fœtus.

En plus, la présence d'emménine (Collip) et de progestérone prouve que le placenta est la plus active glande endocrine sexuelle qui déverse partout ses sécrétions hormonales.

L'inondation de toutes ces sécrétions explique les profondes modifications qui se produisent à la fois chez la mère et chez le fœtus durant la grossesse et qui se terminent par l'accouchement.

Le placenta, en outre de permettre le passage direct de certaines substances de la mère à l'enfant, remplit un rôle chimique et hormonale qui aboutit à la conservation de l'espace.

Donatien MARION.

J. YOUNG. — **Le phénomène éclamptique et l'ischémie placentaire.** "Jr. of Obstetrics and Gynecology of the British Empire", **49**: 221 (juin) 1942.

Dans cet article, l'auteur, professeur d'obstétrique à l'Université de Londres et directeur du Service d'obstétrique et de gynécologie au « British Post-Graduate Medical School », résume ses communications précédentes sur le même sujet et cite de nouvelles observations. Voici ses conclusions:

1° La toxémie gravidique (pré-éclampsie et éclampsie) est précédée et déterminée par un facteur d'avortement.

2° Ceci se produit par une interférence dans la circulation maternelle du placenta. On peut reconnaître deux mécanismes alternatifs: a) la stase ou l'arrêt complet de la circulation sanguine est restreint à certaines régions, d'où résulte dans une ou des zones localisées une dégénérescence placentaire. Après arrêt complet de la circulation sanguine, lorsqu'il existe un intervalle suffisant de survie fœtale avec circulation non-interrompue dans le reste du placenta, la surface ischémique passe à l'état d'infarctus; b) les changements vasculaires se propagent à la caduque (et parfois aussi à la musculature utérine) et consiste en dilatations et en extravasations de sang libre, ce qui peut atteindre un chiffre élevé. L'hémorragie rétroplacentaire est le terme ultime de ce trouble vasculaire étendu. Dans nombre de cas, on trouve ces deux phénomènes dans le même placenta.

3° La toxémie se développe, subséquemment à la dégénérescence placentaire. On l'observe aux premières périodes de ce processus et sa gravité est déterminée à la fois par l'extension de la complication placentaire et par l'intervalle durant lequel le fœtus survit « in utero » (et la circulation continue) entre le début et le développement maximal de cette complication. On a démontré que plus de la moitié de la surface placentaire peut être lésée avant que ne survienne la mort du fœtus.

4° La relation de la toxémie à la période initiale de dégénérescence explique comment, après la mort précoce du fœtus ou après l'accouchement, la lésion placentaire peut ne pas être visible à l'œil nu ou même au microscope.

5° Cette dernière considération explique la haute fréquence et la nature grave de la toxémie rencontrée dans l'hémorragie accidentelle discrète et aussi le paradoxe apparent que, dans de tels cas, on ne décèle la moindre évidence de toxémie. Ce qui s'explique par une gêne circulatoire massive du placenta d'où résulte la mort immédiate du fœtus.

6° Dans l'hémorragie accidentelle discrète (on observe fréquemment une lésion musculaire étendue) une lésion rénale aiguë avec urine sanguinolente oligurie ou anurie et une augmentation rapide de l'urée sanguine remplacent le phénomène typique pré-éclamptique ou éclamptique. Il y a une ressemblance entre ce syndrome et le « syndrome-choc » (dans lequel la déficience rénale suit les lésions étendues du muscle) au point de vue genèse, phénomènes cliniques et anatomie pathologique.

7° La relation entre la lésion utéro-placentaire et la toxémie doit être soulignée seulement du point de vue des phénomènes importants et graves. On n'a pas trouvé de relation entre le placenta et les manifestations cliniques légères de toxémie et il a raison de croire que ces symptômes peuvent dépendre d'une lésion qui échappe aux méthodes actuelles d'investigation.

(*British Medical Information Service.* — Traduction).

Donatien MARION.

NEURO-PSYCHIATRIE

T. FRACASSI. — **Thrombose de la carotide primitive gauche.** "Revista Argentina de Neurologia y Psychiatria", **7**: 28 (mars) 1942.

L'observation clinique suivante est rapportée: E. P., garçon d'hôtel, spécifique non traité, depuis l'âge de 17 ans, présente depuis plusieurs mois un refroidissement intermittent de la main et pied droit. Un jour survient un ictus apoplectique, reste dans le coma pendant 10 heures et se réveille porteur d'une hémiplégie droite avec aphasie. L'aphasie s'améliore, mais l'hémiplégie va persister, devient fortement spasmodique, avec hypoesthésie droite pour toutes les sensibilités, malgré le traitement antiluétique institué après avoir constaté la positivité des épreuves sérologiques.

Quelques jours après l'ictus, apparut une douleur au niveau de l'artère temporale du côté droit irradiant du tragus vers la fosse temporale droite. Cette douleur va persister par la suite malgré tous les analgésiques.

Un an après, l'hémiplégie est de plus intense de même que la douleur temporale droite. On constate alors l'exagération des battements des carotides droites (primitive, externe, interne) et de la temporale droite qui par ailleurs est nettement augmentée de volume et douloureuse spontanément et à la palpation. Par contre les battements des carotides du côté gauche, ainsi que de la temporale gauche sont franchement abolis.

L'auscultation révèle un souffle systolique aortique, perçu aussi un foyer pulmonaire, et à la radiographie on note un élargissement aortique et pulmonaire. Le nerf trijumeau n'est pas douloureux; les bords des papilles sont nets, mais les vaisseaux sont retrécis à gauche alors qu'ils sont dilatés à droite. L'odorat est aboli de deux côtés.

Le traitement anti-syphilitique est continué et après quelque temps, de légers battements des carotides gauches et de la temporale gauche sont perçus.

Le diagnostic de thrombose de la carotide primitive gauche fut porté, mais l'auteur nous affirme que c'était le désir persistant du malade qu'il palpe la région douloureuse temporale droite qui lui fit découvrir par comparaison, l'absence de battements pour la temporale gauche et pour les carotides gauches. Sa surprise fut grande, étant donné que cette affection est généralement reconnue à l'autopsie.

Examinant attentivement la région temporale droite, il constata que le volume et les battements de l'artère temporale droite étaient identiques à ceux d'une artère radiale, cette dilatation expliquant les douleurs et la nécessité d'une suppléance circulatoire. La ligature de cette artère ou tout au moins la sympathectomie péri-artérielle serait indiquée pour soulager des douleurs.

La thrombose de la carotide externe ne se traduit que par l'absence de battements au niveau de ses branches accessibles (faciale, temporale, angulaire). Celle de la carotide interne se traduit par des signes identiques à ceux de l'oblitération de la sylvienne, et par une augmentation du volume et des battements de la carotide externe laquelle, dès lors, reçoit tout le sang venant de la carotide primitive.

La thrombose de la carotide primitive fait disparaître les battements dans tout le côté correspondant, et les exagère au côté opposé. Le rétrécissement des vaisseaux de la papille homolatérale s'explique par l'absence de circulation dans les artères angulaire et ophtalmique (branches respectives des carotides externe et interne) dont l'anastomose explique l'absence de ce retrécissement des vaisseaux de la papille quand l'une ou l'autre des branches de la carotide primitive sont oblitérées isolément.

Etant donné l'aortite de ce malade, il est probable que cette lésion se propagea à la carotide primitive et qu'un spasme artériel secondaire provoqua l'ischémie cérébrale; mais il est possible que cette ischémie ne se produise pas, si les communicantes antérieure et postérieure sont suffisament importantes.

Il est utile de penser que dans les cas d'hémiplégie la thrombose artérielle peut être extra-crânienne (carotide interne ou carotide primitive) et dans ce sens, il convient de rechercher le pouls temporal. D'autres auteurs ont poussé plus loin l'investigation ayant reccurt à l'artériographie.

Le pronostic de l'hémiplégie par thrombose de la carotide primitive est plus sévère que dans les cas d'oblitération de la carotide interne, ou de la sylvienne. L'hémiplégie est plus marquée, le territoire ischémié est plus étendu (cérébrale antérieure et sylvienne). Les phénomènes hypertoniques chez ce malade étaient tellement intenses que des corrections orthopédiques furent nécessaires. Cette infirmité aussi prononcée ne s'observe pas en cas d'oblitération sylvienne et encore moins si l'origine est spécifique, car elle réagit assez bien au traitement. Cependant, l'amélioration de l'aphasie dans cette observation fait penser à une suppléance circulatoire par la communicante antérieure, laquelle pourrait être affirmée par l'artériographie.

Il est capital de pouvoir reconnaître ces lésions artérielles avant la constitution du thrombus, car la chirurgie dans certains cas, le traitement anti-syphilitique dans d'autres, pourraient éviter l'ischémie.

Julio VASQUEZ.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Frederick KALZ. — **Syphilis hémorragique.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **46**: 483 (octobre) 1942.

Les lésions hémorragiques sont plutôt rares dans la syphilis et, depuis 10 ans, on ne peut pas trouver dans la littérature médicale aucun cas s'y rapportant. Au 19e siècle cependant, plusieurs auteurs en ont rapporté des cas et, en 1886, Hartmann et Pignot, après avoir cité 48 auteurs depuis Ricard, en arrivent aux conclusions suivantes:

1° Dans la syphilis congénitale, la diathèse hémorragique véritable est fréquente;

2° Dans la syphilis acquise, les changements suivants peuvent être observés:
a) transformation hémorragique de lésions syphilitiques; b) une forme spéciale de purpura; c) un purpura non spécifique dû à la syphilis.

3° L'endartérite spécifique peut causer des hémorragies intestinales et en particulier une encéphalite hémorragique.

L'auteur décrit un cas de syphilis qu'il a particulièrement bien observé.

Il s'agit d'un Canadien de 25 ans qui présente d'abord un œdème très douloureux de la langue. Cet œdème est recouvert d'un enduit blanchâtre qui, lui-même, dissimule plusieurs points hémorragiques. Quelques jours plus tard et à cinq reprises différentes par la suite, apparurent des lésions cutanées hémorragiques sur les coudes, les genoux, le dos, les fesses, les mains et les pieds. Dans la plupart des ces lésions, y compris celles de la langue, l'auteur a trouvé des tréponèmes pâles.

Le malade ne présentait ni endartérite ni avitaminose C.

Le temps de la prothrombine, qui était de 45 secondes, n'a pas été influencé par des injections de vitamine K mais est revenu à la normale (30 secondes) sous l'influence du traitement antisyphilitique. Ce dernier fit rapidement disparaître les lésions hémorragiques cutanées ainsi que celles de la langue.

L'auteur conclut que l'éruption hémorragique peut être attribuée à un effet direct toxique du tréponème sur les capillaires ou bien à une concentration trop basse de la prothrombine, résultant d'une hépatite syphilitique non décelable, ou encore à ces deux causes réunies.

Henri SMITH.

Oswaldo G. COSTA et Moacyr A. JUNQUEIRA. — **Epidermodysplasie verruciforme (Lewandowsky et Lutz).** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **46**: 469 (octobre) 1942.

Les auteurs rapportent deux observations de cette dermatose décrite pour la première fois en 1922 par Lewandowsky et Lutz sous le nom d'épidermodysplasie verruciforme. Il s'agit du frère et de la sœur issus de parents consanguins et ayant tous deux une éruption généralisée apparue à l'âge de 9 ans.

Le garçon, âgé de 21 ans, présente des papules planes ressemblant à des verrues. Ces papules roses ou rouges sont isolées par endroit, confluentes à d'autres endroits. A la face dorsale des pieds les papules, réunies en placards, sont recouvertes de squames donnant l'apparence du psoriasis. A la région parotidienne gauche existe une large ulcération que l'examen histologique démontre être un épithélioma.

La jeune fille, âgée de 19 ans, présente, surtout sur le thorax et l'abdomen, des placards de papules planes, rouges, brillantes et desquamantes. A la région molaire droite un pétit épithélioma.

L'épidermodysplasie verruciforme ne doit pas être confondue avec les verrues vulgaires, les verrues planes juvéniles, l'acrokératose verruciforme de Hopf, la dyskératose folliculaire de Darier, le lichen plan ou la papillomatose de Gougerot et Corteaud.

Dans les deux cas décrits par les auteurs, les lésions cutanées se caractérisent histologiquement par des vacuoles dans le corps muqueux de Malpighii et la granuleuse, avec des lésions d'hyperacauthose et d'hyperkératose.

Dans toute la littérature médicale, 42 cas d'épidermodysplasie sont rapportés et deux auteurs seulement, Sézary et Coblentz d'une part, et Masaki d'autre part, ont décrit des cas se rapportant à des membres d'une même famille.

Les 2 cas rapportés par les auteurs sont les premiers qui aient été observés au Brésil.

Henri SMITH.

Maurice H. GREENHILL et Jacob E. FINESINGER. — **Symptômes nerveux et influence des émotions dans la dermite atopique.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **46**: 187 (août) 1942.

Le rôle des émotions dans la dermite atopique ou névrodermite a été admis par un certain nombre de dermatologues et de psychiâtres, mais n'a jamais été l'objet d'une étude approfondie portant sur des cas nombreux et bien contrôlés.

Les auteurs étudient 32 cas de névrodermite. Seize cas de lupus érythémateux, 20 cas de neuro-psychiâtrie et 20 sujets normaux servent de contrôle.

Les 88 sujets sont soumis à un questionnaire comprenant 216 questions divisées en 2 groupes. Les questions du premier groupe portent sur les symptômes nerveux et mentaux et sur la personnalité du sujet. Les questions du deuxième groupe ont trait aux émotions et à l'ambiance dans laquelle vit le sujet.

Il résulte de cette étude que les malades souffrant de névrodermite présentent plus souvent des troubles nerveux et psychiques que les malades souffrant de lupus érythémateux ou que les sujets normaux servant de contrôle.

Les troubles nerveux les plus fréquemment observés sont les phobies et les obsessions.

Les personnes souffrant de névrodermite ont des tendances hostiles, des sensations de dépression et d'infériorité. Par contre l'hystérie, l'exhibitionisme et la tendance à rougir ne se rencontrent pas plus fréquemment chez ces malades que chez ceux souffrant de lupus ou de troubles neuro-psychiques.

Il semble y avoir une corrélation nette entre les émotions du patient et sa dermatose. Les malades eux-mêmes se rendent compte que la nervosité, les soucis et surtout la colère ont un effet aggravant sur leur maladie. La colère ne semble avoir aucun effet sur les lésions de lupus érythémateux.

L'état de dépression semble également avoir un effet aggravant plus fréquent chez les malades souffrant de névrodermite que chez les malades souffrant de lupus érythémateux.

Henri SMITH.

LABORATOIRE

K. SIMPSON. — **Accidents dus à l'air dans la transfusion.** "Lancet", **1**: 697 (13 juin) 1942.

Parmi 56 cas fatals d'embolie gazeuse contrôlés médico-légalement, l'auteur en choisi 4 qui se sont produits au cours de l'injection soit de sang, soit de solution salée dans les veines.

Les expériences récentes ne laissent aucun doute sur la réalité et sur les dangers de telles conditions. Par ailleurs la quantité d'air injectée qui constitue un danger pour les sujets malades n'a reçu jusqu'ici que peu d'attention.

Afin de mieux reconnaître ces états au cours de l'autopsie, l'auteur préconise une technique qui consiste à disséquer les veines à partir du point présumé d'entrée de l'air en remontant vers le cœur et en allant jusqu'aux poumons, puis à recueillir l'air dans un tube en « U » renversé et plongé dans une cuvette d'eau.

L'auteur rapporte en détail ces quatre cas.

1° Embolie gazeuse pulmonaire massive consécutive au vidage inattendu d'une bouteille de sérum physiologique à la suite de pressions manuelles qui forcèrent une grande quantité d'air dans l'appareil compte-gouttes.

2° Embolie gazeuse survenant lentement et ayant pour origine un appareil compte-gouttes défectueux.

3° Embolie gazeuse survenant pendant une période de collapsus au cours d'une délivrance laborieuse, l'air pénétrant graduellement dans la circulation par suite d'une blessure faite à la veine.

4° Embolie gazeuse survenant à la suite de l'introduction d'une petite quantité d'air dans la veine au moment de la mise en place d'une canule.

Dans chaque cas l'auteur décrit le changement de couleur dans les veines qui conduisent l'air et un degré variable de mousse dans le sang.

On a constaté que s'il s'écoule un temps suffisamment long l'air peut traverser les capillaires du poumon et atteindre les artères coronaires ou cérébrales. Un blocage prolongé de celles-ci est vital et peut fournir une explication aux morts survenant après de petites introductions d'air.

Des épreuves physiques faites avec la mousse sanguine ont montré que la viscosité superficielle de celle-ci peut atteindre 1,000 fois celle de l'eau.

A. BERTRAND.

HISTOIRE

Harold CUMMINS. — **L'enseignement de la médecine à la Nouvelle-Orléans.** "Bulletin of the Medical Library Association", **30**: 300 (juillet) 1942.

L'histoire de l'enseignement médical à la Nouvelle-Orléans commence en 1834 avec la fondation du « Medical College of Louisiana ». En 1847, celui-ci fut incorporé comme faculté de médecine à « University of Louisiana » qui venait de prendre naissance. A son tour, en 1884, cette dernière fut absorbée par « Tulane University ».

La Nouvelle-Orléans fut fondée en 1718. Pour bien comprendre la mentalité du peuple lors des débuts du Collège Médical de la Louisiane, il faut se rappeler l'époque d'Iberville. En 1698, Louis XIV chargea d'Iberville de conduire une expédition dans le territoire qui devint la Louisiane française. La colonie se composa donc d'un grand nombre de Français et d'Indiens; mais, l'invasion espagnole de 1769 y amena une quantité d'habitants de la péninsule ibérique. C'est en 1800 seulement, que tout le territoire louisianais fut remis à la France pour être cédé aux Etats-Unis trois ans plus tard. Il s'en suivit une immigration progressive tant des états voisins que des pays d'Europe. Cet apport transforma la population de la Nouvelle-Orléans en une agglomération cosmopolite avec prédominance de l'élément français.

Les premiers chirurgiens à desservir la colonie furent les médecins militaires qui accompagnèrent d'abord d'Iberville et plus tard le général O'Reilly qui prit possession de la Louisiane au nom de l'Espagne.

Au cours de la période qui a suivi la cession du territoire aux Etats-Unis, Devron rapporte le fait suivant: « Quelques-uns des fils de la Louisiane fréquentèrent les écoles des Etats de l'Est dans le but d'apprendre la langue anglaise et en même temps en profitèrent pour y acquérir leur éducation médicale ».

Toutefois, en face de l'introduction officielle de la langue anglaise, la majorité de la population, de langue et de mentalité latines, réagit plus ou moins ostensiblement. Ainsi, à l'occasion de l'établissement du « Médical College », des critiques assez violentes se firent entendre.

Les articles et les lettres adressées à la presse locale expliquaient que les cours pouvaient très bien se donner en anglais et en français; cependant, tout était déjà arrangé pour que l'enseignement se fit en anglais seulement. En présence de cet état de chose, un médecin français réputé de la ville déclina l'honneur du professorat, se sachant incapable de converser convenablement dans la langue des nouveaux maîtres. Le premier prospectus, paru le 29 septembre 1854, fut quand même publié en anglais et en français.

Les fondateurs du « Medical College of Louisiana » étaient trois jeunes médecins ne dépassant pas 26 ans. Thomas Hunt, de la Caroline du Sud, diplômé de Pennsylvania Medical School, arrivait d'un séjour d'un an et demi à Paris. Warren Stone, originaire du Vermont, venait de recevoir son parchemin en 1831, de l'Ecole de médecine de Pittsfield, Massachusetts. Enfin, le troisième, John Harrison, né à

Washington D. C., fut lui aussi en 1831, gradué de « University of Maryland ».

Le Collège ouvrit ses portes avec 11 étudiants, les cours ayant lieu dans les résidences des professeurs ou à Charity Hospital qui, depuis 1736, s'est toujours développé selon le rythme d'accroissement de la population. En 1843, le premier édifice fut construit pour donner ensuite place à un nouvel établissement en 1893. C'est alors seulement, qu'on aménagea des laboratoires destinés à la dissection, à la technique opératoire et aux sciences biochimiques. Dès 1896, on allouait une pièce pour fin de bibliothèque médicale.

En parcourant les annales de l'enseignement médical à la Nouvelle-Orléans, on ne peut manquer d'être profondément impressionné par les débuts modestes et la progression lente qui ont suivi des efforts si laborieux et si tenaces.

Parmi les auteurs cités dans la bibliographie de l'article, nous voyons des noms bien français tels que Devron, Chaillé, Tessier, etc.

V. LATRAVERSE.

SOCIÉTÉS

L' « Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 21 avril 1942
tenue à l'Hôtel-Dieu

Présidence de M. G.-L. Prud'homme

Symposium sur les syndromes péricardiques

Modalités cliniques des syndromes péricardiques

M. Georges GARNEAU

M. Garneau, après avoir souligné l'importance primordiale de la clinique pour le diagnostic et le pronostic des syndromes péricardiques, étudie successivement, à ce point de vue: 1° les malformations congénitales du péricarde; 2° l'hémo et le pneumopéricarde; 3° les tumeurs du péricarde; 4° les péricardites; 5° la symphyse du péricarde.

Il insiste sur l'hémo et le pneumopéricarde, — auxquels la guerre actuelle donne une signification particulière — sur les péricardites et la symphyse du péricarde.

Discussion

M. L.-P. PELLETIER estime qu'on ne pense pas assez aux syndromes péricardiques. Dans toute maladie infectieuse, on devrait toujours examiner le cœur et rechercher avec soin les frottements.

M. Paul LETONDAL croit utile de rappeler que la grande cause des asystolies irréductibles chez l'enfant est la symphyse du péricarde. Il cite, à cet égard, le cas d'une fillette de dix ans, admise à l'hôpital pour une chorée légère avec endocardite, qui présenta une insuffisance cardiaque progressive, résistant à tout traitement. A l'autopsie, on trouva de fortes adhérences péricardiquées à la paroi, en particulier au niveau du sternum.

M. J.-Roméo PEPIN juge à propos de faire certaines remarques critiques sur la valeur des signes cliniques dans la symphyse du péricarde.

Orthodiagramme et électrocardiagramme dans les syndromes péricardiques

M. Rodrigue LEFEBVRE

M. Lefebvre schématise et explique au tableau noir les renseignements que l'on peut obtenir dans les syndromes péricardiques, à l'aide de l'orthodiagramme et de l'électrocardiagramme.

Lorsque le liquide est peu abondant, le cœur présente un aspect triangulaire. Est-il très abondant? L'ombre cardiaque a la forme d'une carafe. Il existe donc dans les deux cas, par suite de l'épanchement, un allongement du diamètre horizontal. En plus, on constate une diminution des battements et une immobilité des bords du cœur. Et ces signes varient, en raison du déplacement du liquide, suivant que le malade est en position horizontale ou verticale. Se rappeler que, chez l'adulte, un épanchement de moins de 300 c.c. ne peut donner des modifications importantes à l'orthodiagramme.

Au début des péricardites, c'est à l'électrocardiagramme qu'il convient d'avoir recours. Il peut rendre des services en permettant l'établissement d'un diagnostic précoce. Par la suite, les électros en série aident à suivre l'évolution de la maladie.

En conclusion, les données de l'ortho et de l'électro doivent être confrontées avec la clinique. En aucun cas, ils ne doivent tendre à remplacer l'observation directe du malade.

Discussion

M. Hervé LACHARITE estime que la téléradiographie est préférable à l'orthodiagramme pour apprécier la forme et le volume du cœur. Avec cette méthode, qui est objective, impersonnelle, contrôlable, les sources d'erreur sont beaucoup moindres: c'est celle qui, du reste, à l'heure présente, est utilisée dans l'Armée canadienne.

M. L.-P. BELISLE demande au rapporteur son opinion sur l'interprétation des signes radiologiques dans la péricardite adhésive. En pareil cas, les battements cardiaques peuvent-ils persister en certains endroits?

M. Georges GARNEAU soutient que l'orthodiagramme est supérieur à la téléradiographie, car le médecin avec la télé ne peut savoir où est placé le cœur, l'épaisseur de la paroi thoracique variant suivant les sujets.

M. LEFEBVRE répond:

à M. Lacharité qu'entre des mains expertes, les résultats de l'orthodiagramme et de la téléradiographie sont comparables et ne varient qu'à deux millimètres près.

à M. Bélisle qu'il n'a aucune expérience sur ce sujet.

Traitement des syndromes péricardiques (avec projection d'un film)

MM. Henri GELINAS et Paul-M. RICARD

M. GELINAS, tout d'abord, expose le traitement médical.

Dans la péricardite rhumatismale, qui est le plus souvent sèche, le salicylate de soude sera administré à la dose de 12 grammes par jour. Le pronostic dépend des lésions sous-jacentes.

Dans la péricardite tuberculeuse, qui est plus fréquemment que la précédente accompagnée d'épanchement, on pratique la ponction du péricarde, si le liquide est très abondant et s'il existe des phénomènes de compression. On introduit l'aiguille, de préférence par la voie xyphoïdienne, suivant la technique de Marfan. On retire lentement le liquide, qui est habituellement séro-fibrineux. On termine par une injection d'air, réalisant ainsi artificiellement un pneumopéricarde.

Dans les péricardites purulentes, qui s'observent surtout à la suite des pneumopathies aiguës, l'usage des sulfamidés en améliore le pronostic. Il vaut mieux employer ici le sulfanilamide ou le sulfathiazol que la sulfapyridine, laquelle diffuse beaucoup moins dans le péricarde. Le diagnostic une fois établi par la ponction, il faudra recourir à la péricardotomie, si la sulfamidothérapie est inopérante.

Il y a donc des syndromes péricardiques qui relèvent du traitement chirurgical, ce dont parle ensuite M. Paul-M. RICARD. Ce sont: 1° l'hémopéricarde et le pneumopéricarde; 2° les péricardites purulentes; 3° les adhérences péricardiques.

Le rapporteur insiste, pour le diagnostic de la péricardite adhésive, sur la triade de Beck (de Cleveland), qui est la suivante: 1° cœur petit, immobile; 2° gros foie avec ascite; 3° augmentation de la tension veineuse, qui atteint ou dépasse le chiffre 25 (au lieu de 15, chiffre normal).

M. Ricard montre en terminant, à l'aide d'un film personnel en couleur, comment on peut atteindre le péricarde, l'ouvrir, le drainer ou défaire les adhérences suivant les cas.

Discussion

M. J.-Roméo PEPIN est d'avis qu'on néglige à tort le traitement médical dans les syndromes péricardiques. Parmi les moyens thérapeutiques, il faut accorder une place de choix à l'oxygène, qui s'impose de façon permanente lorsqu'il existe de la dyspnée, de la cyanose.

Le traitement chirurgical est intéressant et nous devons, certes, nous incliner devant l'habileté opératoire de ceux qui osent entreprendre de pareilles interventions, mais quel est le comportement final de ces cas?

M. RICARD lui répond qu'il faut d'abord savoir choisir les sujets et établir un bon diagnostic. Certains malades sont dirigés trop tard au chirurgien. Sur quatre cas opérés, un seul survit. Chez ce dernier, l'intervention a eu lieu il y a six semaines.

* * *

SYMPATHIES

« Proposé par le docteur Paul Letondal, secondé par le docteur L.-A. Bélisle, que des sympathies soient adressées au docteur J.-U. Gariépy à l'occasion du récent décès de sa sœur Mme E. Lecavalier. »

Le docteur J.-U. Gariépy est président de la Société de Chirurgie de Montréal.

ELECTION DE MEMBRES

MM. Onésime Bédard et Arthur Richard (d'Ottawa) ainsi que M. Georges Lemyre (de St-Césaire) sont élus *membres correspondants* de la Société Médicale de Montréal.

Le Secrétaire-Trésorier Général,
Paul LETONDAL.

Séance du 5 mai 1942
tenue à l'hôpital du Sacré-Cœur

Présidence de MM. G.-L. Prud'homme et J.-A. Vidal [1]

Tuberculose floride

M. J.-A. VIDAL

M. Vidal montre six malades atteintes de tuberculose pulmonaire authentique, avec bacilles de Koch dans les crachats, qui toutes avaient les apparences extérieures de la bonne santé.

La plupart d'entre elles n'avaient présenté que fort peu de signes généraux et fonctionnels pour attirer l'attention et faire penser à la bacillose. C'est uniquement à cause de la persistance de la toux et d'une histoire de grippe antérieure qu'un examen radiologique fut pratiqué. Grâce aux rayons X, d'importantes lésions, contrastant avec l'embonpoint de ces sujets, purent être décelées au niveau des poumons et ces malades sont maintenant isolées et traitées.

L'aspect floride d'un tousseur n'autorise donc nullement le médecin à éliminer la bacillose. Dans l'intérêt de tous et de chacun, pour diminuer les ravages de la contagion dans les familles, en particulier chez les enfants, il importe de bien connaître cette modalité clinique de la phtisie, et surtout de savoir la dépister précocement.

Processus de guérison des cavernes tuberculeuses

M. J.-A. MILLET

M. Millet expose les différentes théories qui ont été proposées pour expliquer la fermeture des cavernes tuberculeuses, et conclut qu'aucune d'elles n'est

1. Président du Bureau Médical de l'hôpital du Sacré-Cœur.

satisfaisante, soit parce qu'elles vont à l'encontre de l'observation du malade, soit parce qu'elles sont contraires aux données de l'anatomie pathologique.

En réalité, il faudrait d'abord s'entendre sur la signification du mot caverne, qu'il serait préférable de remplacer par celui de cavité. Par ce dernier terme, on désignerait un tiraillement du tissu pulmonaire, qui donnerait, par illusion d'optique, l'impression d'une cavité. Il s'agirait en somme de phénomènes mécaniques liés à l'élasticité du poumon.

Pareille hypothèse, quelque plausible qu'elle soit, ne peut être acceptée sans réserves, car elle n'a pu jusqu'ici être démontrée scientifiquement.

Le rapporteur termine son travail, en montrant des radiographies de malades ayant présenté des cavités, qui par la suite ont disparu. Il aimerait connaître l'opinion de ses collègues à ce sujet.

Discussion

M. J.-A. VIDAL estime que pour répondre à cette question de façon satisfaisante, il faut de toute nécessité tenir compte de l'âge des images aériques. Récentes, elles sont dues à la présence de petites tubercules qui disparaissent spontanément; anciennes, elles dépendent de lésions nécrosantes par pneumonie caseuse et la fermeture s'opère de façon mécanique.

Tuberculose et dilatation bronchique

M. J.-P. PAQUETTE

M. Paquette considère la dilatation bronchique, non comme une maladie, mais comme un syndrome anatomo-clinique pouvant relever de causes variées. Parmi ces causes, la tuberculose — comme l'avait pressenti Grancher — joue un rôle important.

Le rapporteur souligne la fréquence de l'association tuberculeuse et de la dilatation des bronches, qui peut s'observer non seulement chez l'adulte, mais également chez l'enfant.

Dans ces conditions, la bronchiectasie se développe par un double mécanisme; rupture des fibres élastiques de la bronche, d'une part, sous l'influence des accès de toux; sclérose péri-bronchique, d'autre part, par cicatrisation des lésions pulmonaires.

Les bases du diagnostic sont les suivantes: *a*) anamnèse bien conduite; *b*) bacilloscopie; *c*) broncho-graphie par lipiodage.

L'auscultation, malgré son intérêt, n'offre rien de caractéristique et peut induire en erreur.

Quant au traitement, il est essentiellement chirurgical; lobectomie ou pneumonectomie suivant les cas. Il n'y a rien à attendre du pneumothorax qui est le plus souvent impraticable, en raison de la sclérose et de l'irrétractibilité du poumon. On peut en dire autant du drainage de posture et de la broncho-aspiration, qui ne représente que des moyens palliatifs.

Cette brève revue générale terminée, M. Paquette rapporte quatre observations de malades, chez lesquelles existaient l'association tuberculeuse et la dilatation des bronches. Chez tous, on pouvait constater à la radiographie, avant et après injection de lipiodol, des images ne laissant aucun doute sur le diagnostic.

Considérations sur les abcès du poumon

M. Georges DESHAIES

M. Deshaies définit, avec le professeur Sergent, l'abcès pulmonaire un « foyer de suppuration collecté dans une cavité néo-formée, creusée dans le poumon par une inflammation aiguë ».

Au début, la lésion est causée dans la plupart des cas par le pneumocoque. Ultérieurement se produit une sur-infection par les anaérobies, qui explique à ce moment la fétidité de l'expectoration.

M. Deshaies a observé, depuis dix ans à l'hôpital du Sacré-Cœur, cent cas d'abcès du poumon. Il a remarqué que ce n'est pas toujours à la suite d'une intervention sur les dents ou les amygdales qu'apparaissent ces suppurations. Ce sont en réalité les infections de la bouche et des gencives qui les produisent. Et la voie bronchogène est beaucoup plus souvent en cause que la voie sanguine.

On en fait le diagnostic par la radiographie, qui montre en un point du poumon une image hydro-aérique, c'est-à-dire une zone claire surmontant un niveau liquide. En aucun cas, il ne faut faire de ponction exploratrice, laquelle produirait un pyo-pneumothorax putride des plus graves.

Le taux de mortalité de l'abcès du poumon, en général, oscille entre 35 et 50 p. 100. Mais dans un service bien organisé, lorsque les malades sont opérés en temps opportun, ce taux peut descendre aussi bas que 6 p. 100.

Il y a donc un traitement chirurgical et qui donne des résultats. Il consiste dans l'exérèse d'un lobe et de tout un poumon.

Le rapporteur montre ensuite des radiographies de deux malades qu'il a récemment guéris et d'un troisième qu'il opérera sous peu.

Discussion

M. C.-A. ATTENDU demande au rapporteur s'il existe une thérapeutique médicale?

M. V. LATRAVERSE a traité récemment avec succès un cas d'abcès du poumon par des injections intra-bronchiques de sulfathiazole.

M. DESHAIES répond:

à M. Attendu que dans 20 p. 100 des cas l'abcès du poumon guérit spontanément et que le drainage postural peut favoriser pareille évolution. Mais si, après six à sept semaines de traitement, les vomiques sont de plus en plus abondantes, il faut intervenir.

à M. Latraverse que le cas auquel il a fait allusion est des plus intéressants, mais malheureusement exceptionnel. Il y a le plus souvent, dans la cavité de tout abcès pulmonaire, des détritus nécrotiques,

pouvant aller du volume d'un marbre à celui d'un œuf, qu'il est physiquement impossible de déloger autrement qu'avec le bistouri.

ELECTION DE MEMBRE

M. Roméo Marcoux (de St-Jean) est élu *membre correspondant* de la Société Médicale de Montréal.

Le Secrétaire-Trésorier Général,
Paul LETONDAL.

Séance du 19 mai 1942
tenue à l'hôpital Notre-Dame

Présidence de M. G.-L. Prud'homme

Symposium sur l'otite moyenne aiguë

Diagnostic de l'otite moyenne aiguë

M. Philippe PANNETON

M. Panneton souligne, tout d'abord, l'importance médico-sociale du sujet, et félicite le comité des programmes d'avoir pris l'initiative d'organiser une séance entièrement consacrée à cette question. C'est en mettant ainsi, à la portée du praticien, les méthodes modernes de diagnostic, de traitement et de prévention de l'otite, que l'on réduira le nombre des cas de surdité dans notre Province.

Le rapporteur établit, ensuite, une différence majeure entre l'otite moyenne aiguë de l'adulte et celle de l'enfant. Il insiste sur la fréquence et les modalités cliniques particulières de l'otite du nourrisson.

M. Panneton compare la membrane du tympan à la peau. S'il existe une inflammation aiguë, on y observe des manifestations de rougeur et d'épaississement. Au début, le tympan est enfoncé. Un peu plus tard, s'il y a rétention de pus dans la caisse, il devient bombé. A ce moment, on constate chez l'adulte la triade symptomatique classique: douleur, fièvre, surdité.

Pour reconnaître l'otite, il est parfois nécessaire de débarrasser le conduit des débris épithéliaux qui peuvent l'encombrer. On le fera, soit en utilisant un porte-coton, soit en aspirant doucement avec une petite poire de caoutchouc. On réservera le lavage de l'oreille à la seringue aux cas où il existe un bouchon de cérumen.

Dans la pratique, ne jamais oublier que l'otite est une maladie secondaire, succédant presque toujours à un coryza ou à une rhino-pharyngite: notion capitale de diagnostic chez le nourrisson, où le plus souvent aucun symptôme n'attire l'attention du côté de l'oreille, où l'affection est si fréquemment latente.

On sait que, dans le premier âge, le tympan présente une obliquité beaucoup plus grande que chez l'adulte et que le conduit est très étroit. Aussi l'otoscopie, même faite dans les meilleures conditions d'éclairage, est-elle parfois délicate d'interprétation. Lorsque le pédiâtre a raison de croire à l'existence d'une otite, et que par ailleurs les données de l'otologie sont incertaines, il est indiqué de pratiquer la ponction du tympan, ponction qui n'offre aucun danger, si elle est faite correctement, suivant la technique de Ledoux-Robert.

Le rapporteur termine par des considérations sur l'otite aiguë traumatique, survenant à la suite d'accident du travail. La présence de sang dans le conduit, sans pus, dans les premières vingt-quatre heures, a une importance capitale dans le diagnostic.

Discussion

M. L. de G. JOUBERT ajoute quelques remarques sur la technique de la ponction du tympan, qu'il pratique avec une seringue coudée. Le diagnostic d'otite une fois établi, il faut remonter à la cause. D'où la nécessité de bien connaître les variétés étiologiques de l'otite moyenne aiguë, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

M. Paul LETONDAL estime qu'en clinique du premier âge, l'association: température, chute de poids, troubles digestifs, qui traduit l'infection aiguë du nourrisson, doit faire penser systématiquement à l'inflammation de l'oreille moyenne. D'autre part, du point de vue pronostic, il importe de souligner qu'il y a toute la différence du monde entre l'otite d'un nourrisson à nutrition normale et celle d'un hypothrepsique ou d'un athrepsique.

M. L.-C. SIMARD a constaté par lui-même à l'hôpital Notre-Dame, il y a quelques années, la fréquence considérable de l'otite moyenne suppurée à la salle d'autopsie. Il est d'avis que, dans le milieu hospitalier, l'inflammation de l'oreille moyenne est la cause principale de la mortalité infantile. Depuis que cette maladie est reconnue précocement et correctement traitée dans le service de pédiâtrie, la mortalité a rapidement diminuée chez les nourrissons. On sait qu'en pareil cas le pus, par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, tombe dans le rhino-pharynx, puis dans les bronches et l'œsophage, causant soit une broncho-pneumonie, soit une entérite cholériforme.

M. PANNETON répond:

à M. Joubert qu'il n'est pas nécessaire de se servir d'une seringue coudée pour la ponction du tympan chez le nourrisson. Il a fait, avec M. Daniel Longpré, à la Crèche de Liesse, des milliers de ponctions sans aucun incident avec la petite seringue ordinaire que l'on emploie pour les injections hypodermiques. Ce qui est indispensable, c'est d'avoir une aiguille à biseau court.

à M. Letondal qu'il est indéniable que, pour le traitement de l'otite du nourrisson, les symptômes cliniques constatés par le pédiâtre ont autant d'importance que les signes otologiques.

à M. Simard que la lutte contre l'otite dans les collectivités de nourrissons a fait faire un grand pas dans la lutte contre la mortalité infantile, ainsi que l'attestent les statistiques de la Crèche de Liesse et des autres institutions similaires.

Traitement de l'otite moyenne aiguë

M. Jean LAPOINTE

M. Lapointe passe en revue les principales indications thérapeutiques de l'otite moyenne aiguë. Elles varient, suivant qu'il s'agit de la forme catarrhale, exsudative ou suppurée, et suivant que la maladie évolue chez l'adulte, chez l'enfant ou chez le nourrisson.

Dans la première enfance, en raison des conditions anatomiques propres au jeune âge, on observe très souvent, à la suite des rhino-pharyngites des otomastoïdites d'emblée, avec réactions encéphalo-méningées diffuses, plus ou moins marquées. D'où la gravité de l'otite, surtout chez les jeunes enfants en état de dénutrition.

Le traitement est tantôt médical, tantôt chirurgical. Son importance médico-sociale est considérable, particulièrement chez l'enfant, puisque 60% des cas de surdité de l'adulte sont la conséquence d'otites négligées du jeune âge. Prise au début, chez un sujet résistant, l'otite moyenne aiguë guérit souvent par le seul traitement médical, qui consiste dans l'emploi de la révulsion, de sulfamidés, de l'auralgan et dans la désinfection du rhino-pharynx. Lorsque ce traitement est inopérant, il faut recourir sans tarder à l'intervention chirurgicale: paracentèse du tympan ou anthrotomie suivant les accès.

Discussion

M. A.-L. GUERTIN préfère parmi les moyens de révulsion la chaleur au froid dans le traitement de l'otite moyenne aiguë et utilise volontiers les ondes courtes.

Il est d'avis qu'au moment de la paracentèse qu'il pratique sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle, il y a avantage à faire en même temps chez l'enfant un curetage du cavum, s'il existe des végétations d'adénoïdes. Cela, dit-il, abrège considérablement la durée de la maladie.

M. Paul LETONDAL estime qu'il ne faut jamais perdre de vue, dans le traitement de l'otite du nourrisson, les besoins de la nutrition infantile. Il soutient qu'alimenter intelligemment un nourrisson atteint d'otite a autant d'importance, pour le succès thérapeutique, que le traitement local. Il cite à cet égard des cas personnels d'otites interminables, ayant eu des paracentèses répétées et à qui on avait même enlevé des végétations d'adénoïdes, qui ne commencèrent à s'améliorer qu'à partir du moment où la diète était appropriée aux exigences de la nutrition de l'enfant. Il en fut de même, dans des cas de diarrhées entretenues par des écoulements d'oreille persistants, qui évoluèrent rapidement vers la guérison, dès qu'ils reçurent une alimentation convenable.

M. L. de G. JOUBERT préfère le froid à la chaleur, lorsqu'il y a participation de la mastoïde.

M. LAPOINTE répond:

à M. Guertin qu'il utilise non seulement les ondes courtes, mais également la radiothérapie pour rétablir l'audition.

à M. Letondal qu'il n'est pas douteux que le traitement de l'otite du nourrisson est un traitement médico-chirurgical, et que la collaboration entre le pédiâtre et l'otologiste est indispensable pour le succès thérapeutique;

à M. Joubert que sa pratique sur ce point ne diffère pas de la sienne.

Prévention de l'otite moyenne aiguë

M. Marcel OSTIGUY

M. Ostiguy, après avoir insisté sur l'importance d'une bonne audition, rappelle les causes les plus fréquentes de l'otite moyenne aiguë: ce sont, d'une part, les traumatismes directs sur le tympan, et, d'autre part, les infections du rhino-pharynx.

Le coryza, qui est à l'origine de la plupart des otites moyennes, est souvent dû à un chauffage excessif de nos maisons pendant l'hiver, alors que l'atmosphère devient sèche.

Pour remédier à cela, il faut maintenir la température des pièces à 70° F., et installer dans chacune d'elles des appareils producteurs d'humidité. Le traitement consiste dans le repos, l'humidification de l'air et l'application de vaso-constricteurs dans le nez: adrénaline, éphédrine ou mieux encore Privine. Ne pas employer les antiseptiques, à base de sels d'argent colloïdal, qui sont irritants pour les cils vibratils et nuisent à leur action physiologique.

Une autre cause de coryza est l'allergie nasale, caractérisée par la congestion des cornets, avec aspect blanchâtre de la muqueuse. En pareil cas, on constate dans les sécrétions du nez la présence d'eosinophiles. On traitera cette forme de coryza, en s'efforçant de trouver la protéine en cause et de désensibiliser le sujet.

La natation peut être une autre cause d'otite. Il faut éviter la pénétration d'eau dans le nez, en inspirant l'air par la bouche et en expirant l'air par le nez. Les plongeons doivent être faits tête première pour cette même raison.

Lorsqu'il existe une déviation de la cloison nasale ou des végétations adénoïdes, il faut y remédier sans tarder, si l'on veut empêcher la production d'otites aiguës répétées.

Discussion

M. Jules BRAULT félicite le rapporteur d'avoir insisté sur le facteur météorologique comme cause de coryza. Il est évident que le chauffage défectueux de nos maisons, l'hiver, est une cause importante d'otite.

Dans un autre ordre d'idées, il pose au rapporteur la question suivante: « Dans le coryza allergique, dans quelle proportion de cas la laine peut-elle être incriminée? »

Comme l'a dit avec raison M. Letondal, chez les

enfants, l'état de la nutrition conditionne le pronostic. Aussi est-il prudent de garder à la chambre, de mettre même au lit, les petits hypotrophiques atteints de rhino-pharyngite aiguë subfébrile et de les tenir sous étroite surveillance médicale.

En terminant ces remarques, M. Brault parle de ce qu'il ne faut pas faire lorsqu'on a le coryza: se moucher par les deux narines à la fois, ce qui équivaut à se moucher dans l'oreille, ou encore à donner une douche nasale avec la seringue ou le bock. C'est le plus sûr moyen de pousser l'infection dans la trompe d'Eustache et, partant, dans l'oreille moyenne.

M. V. LATRAVERSE traite le coryza allergique par la vaccinothérapie, à doses progressives.

M. Philippe PANNETON dit combien M. Ostiguy a eu raison, en parlant de la prévention de l'otite, de parler de la prévention du coryza. A propos de la natation, M. Panneton ajoute qu'on doit interdire le plongeon à tout individu qui a un nez infecté. Quant à la climatisation de nos appartements, telle qu'on la pratique de nos jours, elle n'est pas à recommander. Elle est fort coûteuse et peut être dans certains cas excessivement dangereuse, en raison de ses imperfections et de la fausse sécurité qu'elle donne aux individus.

M. OSTIGUY répond:

à M. Brault que, dans le coryza allergique, la laine est moins souvent en cause que la plume, les poussières, les poils d'animaux ou les aliments;

à M. Latraverse que la vaccinothérapie n'est indiquée que si le coryza est causé par des poussières contenant des corps microbiens;

à M. Panneton qu'il est de son avis sur la valeur relative de la climatisation de nos maisons par les procédés actuels.

ELECTION DE MEMBRES

MM. Max Comtois (de Longueuil) et Pierre-Paul Pion (de Vaudreuil) sont élus *membres correspondants* de la Société Médicale de Montréal.

Le Secrétaire-Trésorier Général,
Paul LETONDAL.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUEBEC

Séance à l'Hôtel-Dieu de Québec
Vendredi, le 2 octobre 1942

Un cas de rétrécissement de l'artère pulmonaire

M. L.-N. LAROCHELLE

Annette O..., 20 ans, entre le 12 septembre 1942, dans le service de Monsieur le professeur Jobin, parce qu'elle a des douleurs pré-cordiales et interscapulaires.

Elle a fait à l'âge de trois mois, une maladie infectieuse éruptive du type variolique, et à partir de cette époque, selon l'avis de la famille et de leur médecin, on la considère comme cardiaque.

Actuellement, elle vient consulter à l'hôpital pour de la dyspnée, palpitations, douleurs interscapulaires, précordialgies, et, à ces signes s'ajoutent de la frilosité, cryesthésie, bourdonnements d'oreille et hémoptysies au printemps dernier.

A l'examen physique, cette jeune fille a le teint rouge violacé et les lèvres bleutées. Cette cyanose s'accentue à l'effort et s'améliore au repos complet. Les doigts des mains et des pieds sont hippocratiques.

A l'inspection de la région pré-cordiale, la pointe du cœur bat sur la ligne mamelonnaire, dans le 4e espace intercostal gauche, à 8 centimètres de la ligne médiane.

A la percussion, on constate que la matité cardiaque est élargie transversalement et déborde le bord sternal droit.

A l'auscultation, on a un souffle cardiaque intense qui siège à la base du cœur, dans le 2e espace intercostal près du sternum, et qui se propage vers la clavicule, près du sternum. C'est un souffle systolique qui est accompagné d'un frémissement cataire systolique perçu à la base du cœur.

L'examen radiologique montre une voussure marquée au niveau de l'arc moyen, et une augmentation du volume du ventricule droit.

L'électrocardiogramme met en évidence une prépondérance ventriculaire droite.

En continuant l'examen général, nous constatons que tous les autres systèmes sont normaux.

Le B.W. est négatif. Un examen de la crase sanguine montre une polyglobulie à 8,000,000 de globules rouges.

Le diagnostic a été celui d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Sténose pylorique à la suite d'ingestion d'acide sulfurique

M. Charles VEZINA

Un enfant de deux ans, à la suite d'ingestion d'acide sulfurique à 20%, présente des vomissements abondants dans lesquels se reconnaissent des aliments ingérés 24 et 36 heures auparavant.

La radiographie ne montre rien d'anormal du côté de l'œsophage, mais un estomac dilaté, avec liquide à jeun et aucun transit pyloro-duodénal.

L'enfant a maigri considérablement: il est en dénutrition. Après sérum et transfusion, il est opéré: sténose cicatricielle très serrée du pylore; l'intérieur de l'estomac semble normal; gastro-entérostomie postérieure. L'enfant se remonte très vite et laisse l'hôpital 24 jours plus tard, mangeant tout ce qu'il voulait.

Nous croyons que cet acide sulfurique à 20% n'était pas asez concentré et n'a pas séjourné assez longtemps au niveau de l'œsophage pour y produire des lésions appréciables. D'un autre côté, le séjour pro-

longé dans l'estomac, milieu où l'acide sulfurique n'a pu être neutralisé, ajouté à un spasme du pylore pourrait expliquer la sténose consécutive.

Aspects cliniques du glaucome essentiel

M. Jean LACERTE

On nomme « glaucome essentiel » cette hypertonie oculaire qui ne relève pas de cicatrices du tractus uvéal, d'une désorganisation traumatique oculaire ou d'une tumeur intra-oculaire. C'est une maladie bien caractéristique de l'adolescent ou de l'adulte qui est ou devient presque toujours bilatérale.

Le glaucome essentiel se présente sous deux formes bien différentes qui en font deux maladies distinctes. Le glaucome aigu et le glaucome simple.

Après avoir dit quelques mots du glaucome aigu, l'auteur s'attaque au problème du glaucome simple, lequel est une maladie insidieuse, sournoise, de longue durée mais qui conduit inévitablement à la cécité si le diagnostic n'est pas fait en temps.

S'il persiste encore dans la pathogénie du glaucome des obscurités relatives à la sécrétion des liquides intra-oculaires, à l'équilibre de pression du sang et du liquide intra-oculaire, un fait se dégage malgré tout de l'observation clinique: c'est que le glaucome est lié à un état d'instabilité nerveuse, organique et psychique, à une diathèse. Il a les caractères d'une maladie essentielle. C'est pour le moins un syndrome dans lequel le symptôme principal est l'hypertension oculaire.

Un cas d'occlusion intestinale par des ascaris lombricoïdes

M. Jacques TURCOT

1° Observation.

Occlusion intestinale durant depuis deux jours, chez une jeune fille de dix-huit ans. On pense à une péritonite d'origine appendiculaire. A l'opération, on trouve un bouchon, formé par des ascaris agglomérés, qui obstrue l'iléon à vingt-quatre pouces du cæcum. Levée de l'obstacle. Guérison.

2° Diagnostic différentiel des occlusions.

Il est souvent difficile. Si on pousse l'observation, on finit par avoir une bonne idée du diagnostic dans nombre de cas.

3° Traitement des accidents abdominaux de l'ascaridiose.

Médical parfois.

Chirurgical le plus souvent, suivi d'une cure médicale.

Ossification pluricentrique

MM. A.-Rosario POTVIN et Robert LESSARD

L'ossification pluricentrique de certains os peut donner lieu à des interprétations difficiles ou erronées des radiographies. Quand il s'agit d'accidents de travail, les conclusions du radiologiste et du chirurgien doivent parfois tenir compte d'anomalies qui en imposent pour des fractures.

Les auteurs présentent une série de 5 cas de rotule bi ou tri-partite, anomalie que l'on dit très rare. Quatre de ces patients avaient subi un traumatisme du genou et chez l'un d'eux, un des fragments avait été fracturé.

Les rotules multipartites ne sont qu'un cas local de processus identiques et de même pathogénie pouvant se rencontrer dans plusieurs autres os.

Séance à la Clinique Roy-Rousseau
Vendredi, le 16 octobre 1942

Séance consacrée à l'épilepsie

Epilepsie provoquée et spontanée

Métrazolthérapie dans les services de l'hôpital St-Michel-Archange et la Clinique Roy-Rousseau, 1,190 malades

M. Laurent PATRY

Depuis le mois de mai 1938, jusqu'à juillet 1942, 1,190 malades ont été traités par les convulsions provoquées. Les pourcentages ont été préparés en tenant compte de chaque forme de maladie.

Sur 440 cas de démence précoce, 55% ont été libérés. Dans la psychose maniaque dépressive, sur 415 malades traités, 83.1% ont été libérés. Dans les psychonévroses, il y a eu 65 libérations sur un total de 85 malades.

Dans les autres formes sont comprises toutes les psychoses puerpérales, les confusions mentales, les psychoses des dégénérés. Sur 250 patients traités, 203 ont été libérés.

Ce traitement ne comporte aucun danger, institué en milieu hospitalier. Nous n'avons enregistré aucun accident mortel au cours de la crise. Il découle des résultats obtenus qu'un devoir s'impose d'appliquer cette thérapeutique dès le début des troubles mentaux afin d'augmenter les chances de guérison qui diminuent avec la durée de la maladie.

Pour des raisons d'ordre pratique, nous avons substitué l'électricité au Métrazol depuis juillet 1942.

L'électro-choc dans les maladies mentales

M. Mathieu SAMSON

La méthode la plus recente de thérapeutique des maladies mentales est celle qui emploie le courant alternatif ordinaire pour produire des convulsions.

Les malades susceptibles de bénéficier de ce traitement doivent d'abord subir un examen médical complet ainsi que les examens radiographiques et biologiques nécessaires.

La tuberculose active, une affection cardiaque ou rénale non compensée, une maladie infectieuse ainsi que tous les états fébriles sont les contre-indications les plus importantes.

L'électrochoc présente de multiples avantages sur le Métrazol. Il produit une amnésie complète pour le traitement. La convulsion est moins forte qu'avec le Métrazol, les complications de fracture de la colonne sont moins nombreuses.

Les cent premiers malades que nous avons traités ont reçu 1,167 traitements. Sur ce nombre 32 étaient

des déments précoces; 14 (43.7%) d'entre eux sont guéris ou ont été améliorés. 68 patients présentaient d'autres psychoses (psychose maniaque dépressive, mélancolie d'involution, psychonévrose); soixante (88%) peuvent être considérés comme guéris ou améliorés.

Epilepsie partielle sensitive symptomatique d'un angiome cérébral

MM. Sylvio CARON et Gustave DESROCHERS

Les auteurs présentent l'observation d'un jeune homme de 22 ans chez qui se produisent à des intervalles irréguliers, depuis 5 ans, de troubles dysesthésiques dans l'hémi-corps gauche. Ils qualifient ces troubles d'épilepsie sensitive partielle et leur attribuent la même valeur localisatrice qu'à des crises d'épilepsie jacksonnienne.

Ils en déduisent l'existence d'une lésion localisée à la zone sensitive de l'écorce cérébrale du côté droit, ce qui est confirmé par l'examen radiologique et le patient est dirigé vers un service de neurochirurgie.

L'intervention révèle la présence d'un anévrysme cirsoïde qui est cautérisé en partie au galvanocautère et le malade se rétablit après avoir présenté une hémiplégie transitoire. Les crises dysesthésiques ne se sont pas manifestées de nouveau, trois semaines après l'intervention.

En terminant, les auteurs discutent les données qui pourraient permettre de faire le diagnostic avant l'intervention chirurgicale.

Epilepsie, cardiopathie, erythrocytose associées chez la même patiente

M. C.-A. PAINCHAUD

Il s'agit d'une malade de 33 ans, supposée épileptique, qui fut admise à l'hôpital pour des troubles de l'humeur et du caractère, et des fugues.

Depuis trois ans, elle présente des pertes de conscience dont la description fait suspecter l'épilepsie, qui est confirmée à l'hôpital, par une crise typique de mal comitial.

Au cours de l'examen somatique, on découvre une cardiopathie ignorée de la patiente (maladie mitrale complète), et on constate l'existence d'une polyglobulie située entre 7 et 8 millions de globules rouges.

L'auteur ne s'arrête pas à la discussion de la polyglobulie, qu'il considère réactionnelle et postérieure à la cardiopathie. Il s'arrête à l'association cardiopathie et épilepsie; il en est amené à décrire l'épilepsie cardiaque, et à la diviser en deux formes selon les conceptions modernes: l'épilepsie de la maladie de Stokes-Adam, et l'épilepsie de l'asystolie. Il montre l'intérêt qu'il y a à bien connaître ces formes d'épilepsie dites cardiaques, parce que très souvent le traitement de la cardiopathie en cours influence très favorablement l'épilepsie associée.

L'observation qu'il présente en est un exemple.

LA SOCIETE DE CHIRURGIE DE MONTREAL

Séance du 13 mai 1942

Présidence de M. J.-U. Gariépy

Contribution à l'ostéotomie sous-trochantérienne dans les fractures du col du fémur

M. Jean TREMBLAY

Nous présentons un fait intéressant qui mettra en lumière, le mécanisme de la guérison des fractures anciennes du col du fémur traitées par cette méthode et aidera ceux qui, mis en présence de fractures irréductibles, feront comme moi, laissant faire la nature se tirer seule d'affaires, pour nous voir quelque temps après, satisfaits de nous être abstenus.

Voici l'histoire d'un malade qui nous a donné beaucoup de travail, beaucoup d'inquiétudes, chez lequel nous avons tenté plusieurs réductions, et chez lequel nous avons laissé la fracture non réduite. C'est un homme âgé de 72 ans de santé fragile, d'état général mauvais, souffrant d'une fracture sous-trochantérienne du fémur droit. Il était exposé aux congestions pulmonaires, aux ulcérations sacrées; donc à une mort plus ou moins prochaine: complications de ces fractures du fémur chez les vieillards et les débiles immobilisés longtemps en décubitus.

M. P. âgé de 72 ans, victime d'un accident d'automobile, entre à l'hôpital Notre-Dame le 21 septembre 1941, souffrant d'une fracture du fémur droit C'est une fracture sous-trochantérienne avec déplacement.

Bassin: fracture de la cavité cotyloïde sans déplacement.

Genou droit: fracture du plateau tibial externe sans déplacement mais intra-articulaire.

Avec 20 livres de traction la réduction n'est pas bonne.

Nous procédons à plusieurs tentatives de réduction sous-anesthésie; mais sans succès.

En fin de compte, nous décidâmes de laisser notre malade guérir seul, ne voulant pas chez un sujet fragile et âgé, tenter une réduction sanglante. Nous rappelant, cependant, avoir vu employer l'ostéotomie sous-trochantérienne dans un cas de pseudarthrose du col du fémur après un insuccès avec le clou de Smith-Petersen.

Notre cas se prêtait à cette expérience.

L'ostéotomie sous-trochantérienne dans les fractures du col du fémur se pratique depuis 1923. Les pseudarthroses ne sont pas une entité rare dans les fractures du col du fémur.

Un grand nombre d'opérations ont été préconisées pour faire récupérer ces malades. On peut les diviser en deux groupes:

1° Opérations de reconstruction: Whitman, Colonna, de Brackett.

2° Opérations de restauration anatomique, physiologique: Albee, Gallie, Dickson, Compere, Delbet, Smith-Peterson.

La pseudarthrose est due au défaut de réduction ou due au manque de consolidation osseuse, manque de cal osseux.

Le grand problème est la nécrose de la tête mal nourrie; voilà, pourquoi les opérations de reconstructions de Whitman, de Colonna donnent souvent des hanches instables.

Les opérations de restauration: prenons la technique de Compere réunissant toutes les autres. Après réduction, il place dans le col et la tête deux greffons osseux et deux broches de Kirschner.

Ce sont des opérations à ciel ouvert, de techniques difficiles, exposant au choc opératoire et à l'infection.

Reich de Cleveland emploie l'ostéotomie sous-trochantérienne dans ces cas et rapporte 26 observations avec succès.

Contre-indications:

1° nécrose aseptique de la tête.
2° ostéo-arthrite.
3° état général du patient ne pouvant supporter une ostéotomie.

C'est une méthode simple.

Présentation d'un malade.

Discussion

M. E. DUBE rapporte qu'il a fait plusieurs ostéotomies sous-trochantériennes chez les enfants dans des cas de coxalgie et de luxations congénitales de la hanche. Les résultats sont bons mais d'habitude le raccourcissement du membre est important.

M. P.-M. RICARD demande si la réduction n'aurait pas été possible.

M. J. TREMBLAY répond qu'on l'a tentée mais sans succès.

Diverticule de l'œsophage. Diverticulectomie. Présentation d'un film et de clichés.

M. V. LATRAVERSE

Le docteur Latraverse devait nous remettre le résumé de son travail, mais nous ne l'avons pas reçu. Il s'agissait de la présentation de deux cas de diverticules de l'œsophage. Dans un cas, le rapporteur avait fait la diverticulopexie. Dans le deuxième cas, il avait fait la résection du diverticule et il était apparu au bout de quelques jours, une fistule œsophagienne.

Discussion

M. C. BISSON demande si, après la résection, on fixe le diverticule.

M. G. D'ARGENCOURT. Peut-on faire l'opération sans l'aide du bronchoscope?

M. C.-E. HEBERT. Dans la diverticulectomie, est-ce qu'il y a avantage à mettre un drain?

M. P. SMITH demande si la suture de l'œsophage, plan par plan, n'est pas indiquée.

M. C. LEFRANÇOIS vante les avantages de la ligature du collet du diverticule au lieu de la suture dans certains cas et il cite un cas où la ligature lui a réussi.

M. U. GARIEPY. Ne pourrait-on pas sectionner le col et après l'enfouir?

M. V. LATRAVERSE répond à:

M. Bisson qu'on ne fixe pas le moignon après la résection.

M. D'Argencourt que l'œsophagoscopie n'est pas pas absolument nécessaire.

M. Hébert qu'il faut toujours laisser un drain à cause des possibilités d'infection.

M. Gariépy qu'on pourrait en effet enfouir le moignon.

Le secrétaire annuel,
Charles LEFRANÇOIS.

Séance du 7 octobre 1942

Présidence de M. J.-U. Gariépy

Grossesse et cancer du col

M. Léon GERIN-LAJOIE

Le rapporteur présente l'histoire d'une femme de 31 ans, enceinte de 8 mois, qui est hospitalisée le 13 août 1942, pour des pertes vaginales sanguines qui durent depuis près de deux ans.

Au toucher, il existe une masse végétante sur la lèvre antérieure du col. La biopsie est positive: il s'agit d'un épithéliome cylindrique du col.

On pratique la césarienne haute ou « Penthotal », le 27 août. Aucun ganglion métastatique dans l'abdomen. Guérison sans incident.

Dix-huit jours plus tard, on pratique l'opération de Wertheim avec ligature de l'hypogastrique gauche. A la fin de l'intervention, pour éviter le rétrécissement du vagin, on le fixe aux bords du ligament large. Lever le 12e jour.

Le rapporteur fait ensuite quelques remarques sur la conduite à tenir dans ces cas analogues:

a) Quand la grossesse est au début et qu'il y a cancer du col, on peut pratiquer l'opération de Wertheim ou employer le radium. Notre conscience doit être ici notre guide.
b) Quand la grossesse est à 4 mois et demi, il vaut mieux attendre le 6e mois et demi avant d'intervenir.
c) Après 6 mois et demi, doit-on provoquer l'accouchement ou faire la césarienne? La césarienne est la seule opération logique. Dans une 2e intervention, on pourra faire l'hystérectomie subtotale suivie de la radiumthérapie du col ou faire d'emblée l'opération de Wertheim.

Discussion

M. C. BISSON demande si on n'a pas le droit dans B comme dans A de faire de la radiumthérapie.

M. J.-E. CABANA demande dans le cas d'une ectopique non rompue si on a le droit d'enlever la trompe.

M. J.-U. GARIEPY demande si on pourrait prati-

quer dans un même temps opératoire et la césarienne et le Wertheim.

M. L. GERIN-LAJOIE répond à:

M. Bisson que dans la plupart des cas, à 4 mois et demi, on peut attendre à 6 mois et demi avant d'intervenir, pour donner à l'enfant une chance de vie.

M. Cabana. — Oui, si le ventre est déjà ouvert.

M. Gariépy. — Le Wertheim est une opération assez longue et il vaut mieux ne pas le faire en même temps que la césarienne.

Fracture de l'arcade zygomatique

M. C. BOHEMIER

Le rapporteur présente un cas de fracture de l'arcade zygomatique survenue chez un de ses patients à la suite d'un accident. L'examen clinique, nous montrait ici facilement l'enfoncement mais l'examen radiologique ne montrait pas de fracture.

Le rapporteur a opéré son malade: petite incision dans le bord des cheveux, découverte du muscle frontal, ouverture de l'aponévrose du temporal et redressement avec des ciseaux de l'arcade enfoncée.

L'intervention est bénigne et le résultat esthétique est bien meilleur que quand on ne fait rien.

Le docteur Bohémier termine en donnant d'après un auteur la technique pour mettre en évidence la fracture de l'arcade zygomatique à l'examen radiologique.

Discussion

M. C.-E. HEBERT rapporte un cas où il a employé avec succès la même technique.

M. J.-U. GARIEPY souligne l'importance qu'il y aurait de faire des stéréo-radiographies dans ces cas.

M. C. BOHEMIER insiste en terminant sur la très grande facilité du diagnostic clinique.

Le secrétaire annuel,

Charles LEFRANÇOIS.

REUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Séance du 15 octobre 1942

Présidence de M. A. Bernier

Ictère hémolytique congénital. Guérison par splénectomie (1 cas)

MM. Georges HEBERT et J.-P.-M. RICARD

Histoire. Mlle A. H., 26 ans, est admise à l'hôpital Notre-Dame le 24 mars 1942.

Elle se présente pour ictère généralisé depuis sa naissance.

Intensité variable, mais n'a jamais disparu complètement.

Douleur dans l'hypocondre depuis 2 ans... irradiation épigastrique.

Depuis 7 mois, acuité plus marquée de cette douleur, accompagnée d'amaigrissement d'environ 15 livres.

Douleurs annexielles depuis 2 mois.

Ne peut travailler depuis 2 ans par suite d'asthénie, de fatigue.

Céphalée fréquente — Constipation habituelle — Selles couleur crême.

Antécédents personnels. Rien à noter.

Hospitalisation pour même diagnostic à l'hôpital Notre-Dame du 27 décembre 1927 au 4 avril 1928.

Antécédents héréditaires. Père, mort à 44 ans d'ictère?

Mère?

2 frères et 2 sœurs présentent aussi de l'ictère.

Examen objectif. Fille de 135 livres, plutôt d'aspect floride, mais teint ictérique.

Ictère généralisé. Conjonctives fortement colorées en jaune.

Rate énorme et palpable sur plus d'un travers de main sous le rebord costal gauche. Consistance ferme — mobilité relative. Le foie déborde légèrement et est un peu sensible au point cystique.

Examen gynécologique. Annexite bilatérale (docteur Magnan).

Examen de laboratoire. B.W., négatif; azotémie: 0 gr. 29; glycémie: 1 gr. 14; cholestérinémie: 1 gr. 73.

Réaction de Van den Berg: réaction directe immédiate: Dosage, 8.8 unités; normale: 0.20,. 0.60.

Index ictérique: 60 unités; normale, 5 unités.

Prothrombine: 100%; normale.

Rétractilité du caillot: complète après 24 heures; sérum ictérique.

Numération globulaire: Gl. rouges, 3,600,000; gl. blancs, 9,000; hémogl. 60%; valeur globulaire, 0.8.

Test de l'acide hippurique (par voie veineuse): 1.13.

Urine: Traces d'albumine; présence d'urobiline.

Examen radiologique. (Vésicule biliaire). Faible coloration de la vésicule par la méthode Sandstrom.

Diagnostic. Ictère hémolytique congénital.

Transfert en chirurgie pour splénectomie, 11 avril 1942.

Opération. Splénectomie le 16 avril 1942.

Laparatomie transversale sous-costale gauche, branche para-médiane.

Ligatures étagées des vaisseaux courts (12) du méso gastro-splénique, après effondrement du méso gastro-colique gauche, etc.

Rate très adhérente au niveau de la surface antérieure du rein.

Le bord supéro-interne croise et déborde le cardia derrière la grosse tubérosité de l'estomac.

Injection de 1 c.c. d'adrénaline hypodermique pour amener la spléno-contraction et, de ce fait, épargner une saignée à la malade tout en permettant un ac-

couchement plus facile de la rate par sa diminution de volume.

Accouchement laborieux d'une rate énorme pesant plus de 1,000 grammes.

Ligatures étagées du pédicule proprement dit de la rate; il se présente comme les doigts de la main tenus en éventail, et contient la queue du pancréas que nous reclinons.

Transfusion de 300 c.c. de sang, dès la section du pédicule.

La rate mesure 10 x 7 x 3 pouces.

Hémostase soignée du lit splénique, fermeture de la plaie et drainage par mèche.

Au cours de l'exploration, nous notons une vésicule d'aspect normal ne contenant pas de calculs, mais se vidant un peu difficilement. Le foie est de consistance et de coloration normales.

Il existe une annexite bilatérale avec volumineux pyo ou hydro-salpinx droit.

Evolution post-opératoire. Les suites sont sans incidents notables si ce n'est l'apparition d'urticaire le 17, qui disparaît à la suite d'injections d'adrénaline et d'hyposulfite de soude.

L'ictère disparaît vers le 4ième jour.

Guérison per primam de la plaie opératoire. La malade reprend vite son appétit et ses forces et quitte l'hôpital vers le 15ième jour.

Evolution de la formule sanguine.

	A) 30 *minutes avant l'opération*	B) *le lendemain de l'opération*	C) 1 *semaine après l'opération*
Gl. R.	3,400,000	3,400,000	3,650,000
Hémogl.	65%	65%	70%
Gl. Blancs.	6,500	22,500	6,000
Poly. neutro.	76%	84%	63%
Lymph.	20%	11%	23%
Mono.	1%	5%	9%
Eosino.	3%	0	5%
Réticulocytes	22%	25%	10%
Globulins	100,000	136,000	328,500
Polychromatophilie	oui	non	non
Hém. granuleuses	oui	non	non
Rés. globulaire	7 à 3. 5		5.5 à 1.5... le 24-4-
Van den Berg.	8.8 unités dir.	0.36 unité.	.indir. .22-4-
Prothrombine	100%		100% — le 24-4-
Acide hippurique	1.13		1.20 — le 24-4-

* * *

Intérêt de la question et conclusions.

1. — Des degrés de l'ictère hémolytique, suivant les générations.
2. — Critères d'opérabilité:
   asthénie progressive et amaigrissement,
   prévention de la débilité par une hémolyse prolongée.
3. — Mécanisme de cet ictère.
4. — Mécanisme de la disparition de l'ictère par splénectomie.
5. — Du faible taux de mortalité opératoire. Auteurs... 4%.
6. — De la concomitance de calculs biliaires dans certains cas.
7. — De l'adrénalo-contraction.
8. — De l'importance d'une transfusion immédiate sur la table d'opération et de l'absence de choc opératoire.
9. — De la permanence de la cure et du pronostic.
10. — Quelles sont les lésions anatomo-pathologiques de cette rate?
11. — De l'incidence du risque opératoire suivant les Splénomégalies.
12. — De l'indication opératoire suivant les Splénomégalies.

Discussion

M. Roma AMYOT. Dans les conclusions de cette communication qui apparaissent sous la forme très concise de titres de sujets à développer, il y en a quelques-uns sur lesquels je demanderais aux auteurs quelques explications. Ainsi: le mécanisme de cet ictère; mécanisme de la disparition de l'ictère par splénectomie; de la permanence de la cure et du pronostic; quelles sont les lésions anatomo-pathologiques de cette rate; de l'indication opératoire suivant les splénomégalies.

M. R. DUFRESNE fait remarquer que la réaction Van den Berg était du type direct; cette réaction directe est plutôt témoin d'une obstruction avec rétention des pigments de sels biliaires et de la cholestérine. De plus, la décoloration des selles de cette malade est difficile à expliquer. A cause de l'hémolyse très marquée, il devrait y avoir plutôt une hypercoloration des selles.

M. A. BERTRAND. En 1940, Landsteiner et Levine ont signalé la présence d'un facteur « RH » dans le sang de 85% des individus. Ce facteur agit comme antigène lorsqu'on l'injecte à un sujet RH négatif, et provoque la formation d'anticorps capables de produire l'hémolyse des globules rouges du donneur. De même un fœtus RH positif peut sensibiliser sa mère si cette dernière est RH négatif. Le sang de la mère pourra par la suite provoquer l'hémolyse des globules rouges d'un donneur RH positif si on la transfuse avec un tel sang. On croit également que les anticorps de la mère peuvent retourner à l'enfant par voie placentaire et produire l'ictère des nouveau-nés ou l'érythroblastose.

M. Y. CHAPUT demande si on a revu la malade depuis l'opération. Il fait remarquer qu'il serait très intéressant de connaître l'état de sa formule sanguine et de sa résistance globulaire. De plus, il ajoute que des auteurs américains qui, semble-t-il, ont la plus grande expérience des splénectomies, ont insisté sur la nécessité d'enlever toute rate surnuméraire qui pourrait exister, quel que soit son volume.

M. L.-C. SIMARD. L'ictère hémolytique est caractérisé, au point de vue pathologique, par la présence de pigments ferrugineux emmagasinés dans la rate, dus à la démolition des globules rouges.

Le mécanisme de cette hémolyse n'est pas bien

connu. Il demande, de plus, au docteur Hébert, s'il a eu l'occasion d'examiner les autres membres de la famille au point de vue hématologique.

M. G. HEBERT insiste sur la rareté des cas d'ictère hémolitique et énumère quelques-unes des indications de la splénectomie. Les plus fréquentes sont: 1° l'ictère hémolytique; 2° la maladie de Banti; 3° le purpura thrombo-cytopénique. Il croit que le Van den Berg direct chez cette malade serait dû à une réaction vésiculaire quoique l'intervention n'ait pas montré de calculs. Il ajoute que la malade est actuellement parfaitement bien et qu'il continue de la suivre au point de vue hématologique.

M. J.-P.-M. RICARD. Il y a deux autres indications de la splénectomie: la rupture de la rate et les tumeurs de la rate. L'ictère est dû à une hémolyse des globules rouges et à la mise en liberté, par dissociation, des constituants du globule rouge: globuline et hématine. La pathogénie en est encore très obscure. La mortalité opératoire est d'environ 4%. L'intervention n'a pas montré de rate surnuméraire. L'injection d'adrénaline au cours de l'opération a pour but de provoquer une spléno-contraction et de prévenir une déperdition plus ou moins abondante de sang. A la fin de la séance, le docteur Ricard présente un film en couleurs sur la splénectomie, précisément celle du cas rapporté.

Placenta Prævia

M. Hervé GIBEAULT

Mme J. S., âgée de 37 ans, admise dans le service d'obstétrique, le 12 septembre 1942, à 3 h. 5 p.m.

Antécédents. 11 grossesses à terme. Tous les accouchements se sont passés normalement. Jamais malade durant ses grossesses. Suite de couches normales et lever après 9 jours.

Dès son arrivée à l'hôpital, le 12 septembre, en hémorragie, nous faisons le traitement d'usage, et le tout semble rentrer dans l'ordre.

Le 15 septembre, vers les 6 heures, étant appelé d'urgence, l'hémorragie reprenant, je fais l'accouchement par le procédé le plus rapide, ayant un placenta prævia central total et je mets au monde un enfant vivant de 6 livres et demie.

CYTOLOGIE, 17 septembre 1942.

Gl. R.	*Gl. Bl.*	*Hémgl.*	*Poly.*	*Lympho.*
1,200,000	19,750	50%	93%	6%
" — 28 septembre 1942.				
2,100,000	17,000	40%	71%	24%
" — 2 octobre 1942.				
1,675,000	11,000	25%	86%	14%

Evolution. Le lendemain de son accouchement, la patiente accuse une céphalée intense et qui a persisté pendant 3 jours. Chaque fois que nous faisons des transfusions, la patiente fait des frissons. Suites de couches pyrétiques variant entre 101 et 105 du 17 septembre au 5 octobre, jour où elle décéda.

Autopsie. L'autopsie a révélé la présence d'une métrite suppurée et d'une annexite gauche suppurée.

De plus, tous les viscères étaient exsangues et dénotaient une anémie profonde, anémie accompagnée d'une splénomégalie 400 gr.

Remarques. Un point intéressant serait de savoir si l'infection puerpérale est responsable de l'anémie progressive.

Conclusion. Trois principes essentiels doivent nous guider lorsque nous sommes en présence d'un placenta prævia:

a) Placer la femme dans un milieu tel qu'il puisse au plus vite répondre à l'accident brutal.

b) Recourir au maximum aux moyens habituels pour soutenir l'état général et pallier à la spoliation sanguine (injection de sérum, transfusion, etc.).

c) Chercher toujours sans maladroite précipitation le procédé le plus rapide d'évacuation de l'utérus.

En observant ces règles, on donnera à la mère et à l'enfant le maximum de sécurité.

Discussion

M. E. AUTOTTE demande quelle était la température de la malade à son arrivée.

M. A. BERTRAND. Depuis quelque temps, on a tendance à vouloir expliquer les réactions au cours des transfusions par un facteur dit R.H. héréditaire, indépendant des groupes sanguins et jouant le rôle d'antigène.

M. H. GIBEAULT se demande si l'anémie de cette malade est due à son infection ou à l'hémorragie.

M. J. GAUTHIER. L'infection puerpérale peut donner une anémie grave du type pernicieux.

Deux cas de stomatite de Vincent guéris par l'acide nicotinique

M. Adrien LAMBERT

Les ouvrages classiques enseignent que le traitement par excellence des stomatites à fuso-spirille de Vincent, c'est le novarsenobenzol en applications locales et en injections intraveineuses.

Et, règle générale, les faits cliniques confirment intégralement cette donnée: l'infection fuso-spirillaire, qu'elle soit localisée à l'amygdale ou en un point quelconque de la cavité buccale ou ailleurs, s'amende rapidement sous l'influence de quelques injections de 914, et tout rentre dans l'ordre en peu de jours.

Il existe cependant des cas où la maladie de Vincent résiste opiniâtrément au traitement arsenical, tout comme il existe des syphilis arséno-résistantes. Ces manifestations réfractaires ne sont pas rares et, jusqu'à ces derniers temps, l'on était vraiment désarmé en pareille occurrence. Or, il nous a été donné d'observer deux cas auxquels une thérapeutique nouvelle, celle de l'acide nicotinique, a été appliquée avec un résultat des plus satisfaisants; ce qui a confirmé l'expérience de J. D. King (*Lancet*, juillet, 1940) qui semble avoir été le premier et probablement le seul à préconiser cette méthode.

Observation 1.

Madame P. C. D. (Dossier no 1676) se présente au dispensaire de Dermato S. en juin 1941 pour une syphilis primaire séro-positive, pour laquelle elle reçoit pendant 9 mois un traitement arséno-bismuthique conjugué intensif, comportant un total de 20 grammes de 914 et 3 gr. 60 de bismuth.

Après ces 9 mois de traitement intensif, le B. W. s'est négativé. Mais, à cette époque, est apparue une stomatite intense caractérisée par des ulcérations irrégulières à fond sanieux, recouvertes d'une membrane grisâtre, adhérente, ulcérations très douloureuses, dispersées sur les gencives, la muqueuse jugale et les piliers antérieurs; la malade accuse de la dysphagie, une perte totale du sens gustatif; l'haleine est d'une fétidité repoussante caractéristique. La température atteint 101; la malade est prostrée et insomnique. Les examens de laboratoire sont comme suit:

Présence de bacilles fusiformes et spirilles.
Formule sanguine: Gl. R. 3,950,000.
Gl. Bl. 11,250.
Hémogl. 65%.
Poly. neutro. 66%.
Grands Mono. 2%.
Lymphocytes 29%.
Urine: Albumine x x x x.
Sucre, absence.
Acétone x x.
Cylindres: granuleux.
Pus: présence.

Par acquis de conscience, la malade est soumise au Novar et aux topiques colorants: l'état local et général n'en est nullement influencé comme il fallait bien s'y attendre.

Un bref essai des sulfamidés (Soluseptazine) échoue également. Nous tentons alors un traitement par l'acide nicotinique à hautes doses, en badigeonnages et en injections intraveineuses. Dès ce moment, les ulcérations se détergent, les membranes disparaissent, les douleurs et la dysphagie s'amendent; la température baisse et l'haleine s'adoucit. En 23 jours, toute la cavité buccale est régénérée et la patiente guérie quitte l'hôpital avec seulement un liséré bleuâtre, tatouage dû au dépôt de bismuth des traitements antérieurs.

Observation 2.

Mlle Gracia F. (Dossier no 2740). Cette malade, tout comme la précédente, recevait depuis 2 mois du Novar à hautes doses (0.90 toutes les semaines) quand elle vit sa cavité buccale envahie par un processus ulcératif de grande envergure, accompagné de tout le cortège de symptômes propres à la fuso spirochétose, le tout confirmé par 8 recherches positives des bacilles fusiformes et de leurs inséparables spirilles.

Le traitement nicotinique est institué et, en 4 semaines, le « restituo ad integrum » de la cavité buccale est obtenu. Et, constatation fort intéressante, un abcès bismuthique, au niveau de la fesse (dont la durée de suppuration peut s'étendre à au delà d'une année), est disparu en 7 jours sans pansement, ni ponctions, ni ouverture.

En résumé, deux cas de stomatite bismuthique à fuso-spirille, nullement influencés par l'arséno-thérapie, sont guéris par l'acide nicotinique. Un abcès bismuthique, par surcroît, se résorbe rapidement avec le même traitement.

Discussion

M. A. LEGER. La stomatite de cette première malade ne pourrait-elle pas être due à cet état d'acidose ou à une lésion organique.

M. E. AUTOTTE. L'albumine contre-indique-t-elle l'arséno-thérapie?

M. A. BERNIER. La fuso-spirillose de Vincent est la plupart du temps une complication ou un accident secondaire: en ce sens, elle se greffe le plus souvent sur une muqueuse déjà malade antérieurement.

M. R. DUFRESNE demande si la formule sanguine de la deuxième malade a été faite. A tout malade qui fait une stomatite, on ne doit pas donner de sulfamidés et de dérivés de pyramidon sans faire, au préalable, une formule sanguine. Penser toujours au danger constant d'agranulo-cytose dont les débuts peuvent simuler une stomatite du type Vincent.

M. R. AMYOT. Dans la seconde observation rapportée par l'auteur, on mentionne que la malade recevait du Novar depuis 2 mois quand les lésions de la bouche ont débuté. Doit-on conclure que le Novar a été la cause de ces dernières ou que la malade, en plus, avait été traitée par le bismuth? Dans ce dernier cas, comment expliquer la survenue des accidents dus à du bismuth alors que le médicament curatif de l'angine de Vincent avait été employé concurremment?

M. A. LAMBERT. *Au docteur Léger*: sans doute, l'acidose, si fréquente au cours du diabète, des vomissements d'origine diverse, des intoxications post-chloroformiques ou autres, peut s'accompagner d'une stomatite parfois intense. Mais, notre malade ne présentait aucune déviation de son métabolisme hydrocarboné, aucune intoxication, aucun trouble gastrique. Sa stomatite était donc bien individualisée et sans relation avec les affections reconnues comme cétogènes.

Au docteur Autotte: en général, l'albuminurie ne contre-indique pas l'arséno-thérapie. Elle ne commande que de la prudence dans l'emploi du 914.

Au docteur Dufresne: nous remercions notre confrère d'attirer une fois de plus l'attention sur la nécessité de scruter la formule sanguine dans tous les

cas de stomatite, et, surtout, de ne pas employer des sulfamidés sans faire d'hémogramme.

Au docteur Amyot: Les deux patientes prenaient du bismuth intramusculairement, ce qui explique l'évolution aggravative de la stomatite, sous l'influence du Novar à hautes doses.

Rétention de fœtus mort

MM. A. LABERGE et R. SIMARD

La maladie actuelle débute normalement par une aménorrhée physiologique qui remonte au 25 mars 1942. Le 9 juin, il y a apparition de la première hémorragie sans cause connue, puis arrêt brusque. Ainsi, en juin et juillet, évoluent par alternatives des périodes d'aménorrhée et de métrorragies.

Venue au dispensaire de gynécologie, la patiente, Mme R. M., passe au service d'obstétrique où on l'hospitalise le 15 juillet pour menace d'avortement, avec glace sur l'abdomen et morphine, s'il y a douleur. Le 17 juillet, la patiente a son congé parce qu'il n'y a aucune hémorragie, ni aucune douleur durant son hospitalisation.

Le 29 juillet, la malade passa des morceaux de chair et d'os. Elle revient au dispensaire de gynécologie pour savoir si tout est passé. A l'examen gynécologique, le col est gros avec anneau externe entr'ouvert et anneau interne fermé. Le corps utérin est gravide de 2 mois et demi, et les culs de sac sont libres et indolores. Dans le vagin, on note la présence d'un petit os d'un centimètre et demi qui nous oblige à demander l'admission immédiate.

Durant l'hospitalisation, on confirme d'abord l'examen du dispensaire. Les examens d'usage sont à peu près normaux.

1° Apyrexie.

2° Urines: a) dosage de 1950;
b) analyse normale.

3° Sang: a) Formule sanguine:

Gl. R.	4,125.000
Gl. Bl.	7,000
Hémogl.	68%
Valeur glob.	0.8
Poly. neutro.	57%
Grands mono.	1%
Lymphocytes	37%
Poly. éosino.	5%

b) azotémie 0.20;
c) glycémie 1.00;
d) B.W. négatif.

4° P.A.: 115/70.

5° Ascheim-Zondek: négatif.

6° Antécédents: 10 grossesses; 10 enfants normaux.

Le 18 août, on décide l'évidement utérin pour rétention de fœtus mort avec anesthésie au Penthotal.

Le rapport anatomo-pathologique confirme le diagnostic clinique: tissu placentaire en partie nécrosé.

Commentaires.

Banalité en gynécologie que l'avortement, mais il reste à savoir si, dans chaque cas semblable, il ne serait pas préférable de faire un Ascheim-Zondek avant de mettre une curette dans un utérus qui pourrait contenir un autre enfant vivant dans un cas de grossesse gémillaire.

Deuxièmement: Quand se pose l'indication d'une intervention?

Troisièmement: Si intervention, est-ce le curage ou le curetage qu'on doit employer ou les deux à la fois?

Enfin, y a-t-il des contre-indications?

Discussion

M. A. LABERGE. Quelle conduite doit-on tenir s'il y a en même temps infection.

M. L. GERIN-LAJOIE insiste sur l'observation prolongée des malades avant la décision d'intervenir; si le Zondek est négatif et la grossesse ne progresse plus, l'intervention est justifiée. Il faut éviter la curette tranchante dans la menace d'avortement.

M. R. SIMARD. S'il y a en même temps infection, il faut d'abord la combattre avant toute intervention. Si la grossesse ne progresse plus et que le Zondek revient positif, il faut alors songer à la possibilité de grossesse gémellaire.

Le secrétaire adjoint,
Yves CHAPUT.

ASSEMBLEE SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOTEL-DIEU (Montréal)

Séance du 27 avril 1942

Présidence de M. L.-P. Sénécal

Un cas de mort après arsénicothérapie

M. P. POIRIER

Il s'agit d'une malade de 35 ans souffrant d'hérédosigma avec kératite interstitielle, surdité, rachitisme, présentant la triade d'Hutchinson et ayant eu une réaction fortement positive au Kahn en 1937.

La malade est traitée au début par l'arsenic (une injection hebdomadaire de 15 centigrammes). Les trois premières injections provoquent des frissons, des nausées. A la quatrième: perte de conscience et crise congestive avec collapse. Le docteur Lefebvre, mandé d'urgence prescrit la tente à oxygène, de l'adrénaline (quelques gouttes s.-c., quelques gouttes i.-m., et la rinçure par voie I.V.). Dans les minutes qui suivent, la malade reçoit du Solu-camphre, de la Coramine, de l'huile camphrée, de l'adrénaline. Elle reprend conscience pour décéder peu après, quatre heures à peine après son injection.

Le rapporteur invoque dans ce cas une intolérance individuelle. Ces accidents sont très rares,

1 sur 12,000 d'après Moore, le 1er sur 37,000 cas observés à l'Hôtel-Dieu depuis 1931.

Discussion

M. BARBEAU. Existait-il des lésions cardiaques, de l'aortite?

M. POIRIER. Non.

M. PEPIN. La T.A. a-t-elle été mesurée avant l'injection?

M. POIRIER. Non.

M. PEPIN. Pourquoi injecte-t-on la rinçure d'adrénaline?

M. POIRIER. Il s'agit là d'une suggestion de Milian. La quantité d'adrénaline ainsi administrée est minime.

M. MOUSSEAU. Si le foie avait pu être exploré on aurait sans doute trouvé des lésions hépatiques. Quant à la rinçure d'adrénaline, ce n'est pas une rinçure à proprement parler, elle permet d'injecter la goutte qui est restée dans la seringue après l'injection.

M. POIRIER. L'apoplexie séreuse est également mortelle, mais la mort ne survient que trois jours après.

M. MOUSSEAU. Milian faisait précéder son injection d'arsenic d'une injection d'adrénaline. M. Mousseau a observé, lors d'une intervention chirurgicale, le foie d'un spécifique ne tolérant pas des doses minimes d'arsenic; ce foie présentait des signes manifestes d'insuffisance. Il serait donc utile d'explorer la fonction hépatique avant d'administrer le traitement arsenical.

M. POIRIER. Aucun test ne peut faire prévoir une crise nitritoïde.

M. BARBEAU. La crise nitritoïde rappelle la réaction d'alarme décrite par Selye.

M. MOUSSEAU. N'y aurait-il pas lieu de substituer le bismuth ou le mercure à l'arsenic pour ces cas?

M. POIRIER préfère les sels de bismuth.

M. BARBEAU. Observe-t-on des crises nitritoïdes avec des arsenicaux pentavalents?

M. POIRIER. Jamais.

M. PEPIN. Quels avantages présentent les bismuths insolubles?

M. POIRIER. Leur action est plus prolongée.

Obstruction intestinale

M. L.-P. SENECAL

M. Sénécal rapporte le cas d'une malade souffrant de ballonnement et d'obstruction intestinale depuis trois jours avec atteinte profonde de l'état général, hyperleucocytose à 20,000, et azotémie à 1 gr. 50%. Cette patiente n'a pu garder le lavement baryté qu'on lui a injecté pour fins de radio-diagnostic. A la laparatomie, on observe un méso très épaissi et dix pouces environ d'intestin gangrené. On sectionne ce segment intestinal et on abouche à la peau les deux bouts du petit intestin. La malade a survécu onze jours. Le diagnostic de cette gangrène subite de l'intestin est malaisé. Il s'agissait vraisemblablement d'un infarctus. Le rapporteur y a pensé, mais l'intestin était déjà gangrené. M. Riopelle a examiné la pièce opératoire. Il n'a pas observé de thrombose artérielle ou veineuse, mais une vaso-dilatation effroyable au niveau de la sous-muqueuse avec gangrène de la muqueuse, œdème et infiltration hémorragique de la paroi. Il s'agit d'une apoplexie intestinale avec vaso-dilatation neuro-paralytique et stase intense qui amène de la nécrose de la paroi et des réactions inflammatoires secondaires. Ce syndrome peut donner d'une part des ruptures vasculaires et des nécroses secondaires par anoxémie, d'autre part des infarctus sans lésion vasculaire et avec gangrène secondaire. De tels phénomènes peuvent se produire également au pancréas et au poumon.

Discussion

M. MOUSSEAU. Observe-t-on les mêmes phénomènes dans la hernie étranglée?

M. RIOPELLE. Des phénomènes comparables. Il n'y avait pas de hernie dans le cas présent. Ces accidents surviennent sans cause mécanique.

M. SENECAL. La stase mécanique entraîne des lésions des vaisseaux.

M. RIOPELLE. Des lésions vasculaires secondaires peuvent se produire aussi dans les autres cas. Question de pathogénie.

M. MOUSSEAU émet l'hypothèse d'un volvulus qui aurait cédé à la narcose.

M. RIOPELLE. La lésion intestinale par vaso-dilatation neuro-paralytique persiste après la narcose quoiqu'elle soit réductible par l'adrénaline. Les lésions réductibles sont des lésions au début.

M. DUMAS. Quel serait le phénomène déclenchant de ces incidents?

M. RIOPELLE. D'après Penner qui en a observé au cours des entérites graves post-opératoires il s'agirait d'un phénomène de choc.

M. BARBEAU. Y a-t-il un segment intestinal plus spécialement touché?

M. RIOPELLE. Non. Dans un cas du docteur Mercier tout le gros intestin était pris.

M. CARTIER. Il s'agirait en quelque sorte d'un urticaire de l'intestin.

Le secrétaire,
Paul DUMAS.

Séance du 28 mai 1942

Présidence de M. Paul Marchildon

La sédimentation, l'hématocrite et l'acide hippurique

MM. P.-P. GAUTHIER et CHARTIER

L'épreuve de la sédimentation globulaire vise à mesurer la vitesse de sédimentation en rouleaux de

monnaie des globules rouges. Spontanée dans l'anémie, la sédimentation est accélérée chez la femme et surtout aux époques menstruelles. Elle est également accélérée dans la deuxième partie de la gestation, mais revient à la normale huit à dix jours après l'accouchement. Elle est rapide aussi chez le nourrisson et le vieillard. A l'état de santé, la courbe de sédimentation est normalement constante. La vitesse de sédimentation dépend de la viscosité du milieu et de la concentration du plasma: par exemple, l'apport de fibrinogène l'accroît. La sédimentation est accélérée dans les inflammations avec destruction tissulaire, dans les maladies infectieuses aiguës ou chroniques, dans les traumatismes graves, dans le rhumatisme, la goutte et l'ostéo-arthrite. La mesure de la vitesse de sédimentation se fait à l'aide de l'appareil ou tube de Cutler que le rapporteur décrit.

L'hématocrite, ou mesure de l'hémo-concentration, nous donne des renseignements sur les teneurs respectives du sang en plasma et en globules. Le volume globulaire varie tandis que le volume plasmatique reste constant; cette constance est assurée par les échanges entre le plasma et les espaces interstitiels. Les injections de sérum ou de solution hypertonique augmentent le volume plasmatique. Le plasma est composé: 1° de protéines fixes; 2° de protéines disponibles; 3° de protéines de réserve. Le volume globulaire est normalement de 45%, celui du plasma de 55%. L'augmentation des globules entraîne une baisse du volume plasmatique et par conséquent, une diminution de la concentration protéique. On mesure l'hémo-concentration à l'aide de l'hématocrite de Winthrop.

Le dosage de l'acide hippurique est une épreuve destinée à nous fournir des renseignements sur la fonction hépatique, et plus particulièrement sur le pouvoir que possède le foie de combiner le glycocolle et l'acide benzoïque pour former l'acide hippurique. Le procédé consiste à injecter au malade, une heure après le déjeûner, 20 c.c. d'une solution contenant 1 gramme 77 de benzoate de soude et à mesurer la quantité d'acide hippurique contenues dans les urines que l'on recueille pendant les heures qui suivent. Il faut pour que cette mesure ait quelque valeur, que le fonctionnement rénal soit bon.

Discussion

M. HINGSTON. 1°) L'épreuve de sédimentation a-t-elle quelque valeur dans la tuberculose et dans l'appendicite aiguë?

2°) Quelle quantité de sang recueille-t-on pour cette épreuve?

3°) Quelle est votre expérience de l'acide hippurique?

M. GAUTHIER. 1°) Dans les sanatoria américains, on se sert de la mesure de la sédimentation pour suivre l'évolution de la tuberculose. Dans ces cas, on obtient des chiffres bas et des courbes plus verticales.

Dans l'appendicite aiguë où il y a destruction tissulaire, l'on obtient des chiffres analogues à ceux que l'on trouve pour l'ostéo-arthrite.

2°) L'on recueille 5 c.c. de sang.

3°) D'après mon expérience, le dosage de l'acide hippurique donne des résultats concordants avec ceux de la galactosurie, mais plus fidèles cependant, parce qu'il y a moins de cause d'erreur.

M. BELLEMARE. Un auteur américain rapporte dans le « Surgery, Gynecology and Obstetrics » de février dernier, des chiffres de la vitesse de sédimentation obtenue dans 500 cas d'appendicite aiguë et constate que, dans cette affection, la sédimentation est normale. Il utilise même cette épreuve pour le diagnostic de la salpingite et de l'appendicite et il affirme que la sédimentation accélérée serait le signe d'une maladie aiguë évolutive.

M. MARCHILDON. Comment expliquer que la sédimentation soit accélérée dans la salpingite aiguë et non dans l'appendicite aiguë?

M. BELLEMARE. La salpingite aiguë est une manifestation sub-aiguë d'un processus chronique.

Deux cas de péritonite biliaire

M. LeFRANÇOIS

Dans le premier cas il s'agit d'un malade de 76 ans, du sexe masculin, qui se présente à l'hôpital pour sub-ictère, constipation, ballonnement datant de deux jours et amaigrissement datant de plusieurs mois. L'examen radiologique du gros intestin après lavement baryté révèle une sub-occlusion au niveau de l'angle splénique du côlon. Le malade s'améliore sans traitement, l'ictère disparaît, mais le ballonnement persiste. Trois semaines plus tard apparaît un ballonnement segmentaire de la partie inférieure de l'abdomen. L'examen radiologique ne montre aucun changement. A l'opération, on découvre un cholépéritoine enkysté contenant 5 à 600 c.c. de bile que l'on draine à l'extérieur. Le malade s'améliore et reçoit son congé quinze jours plus tard. Il se sent bien.

Le cholépéritoine s'observe après traumatisme des voies biliaires et formation consécutive d'une collection biliaire aseptique dans l'hypocondre ou la fosse iliaque à droite, avec réaction inflammatoire aseptique. Dans la cholécystite infectieuse, il se complique de péritonite. Dans le cas particulier, il pourrait s'être agi de destruction des voies biliaires par métastases d'un cancer du côlon.

Le deuxième malade se présente pour ballonnement, nausées, malaise général et douleurs vives à l'épigastre. On relève dans son passé la présence d'épigastralgies semblables. A l'examen, le pouls est à 100, la température à 100, l'état général semble bon et les douleurs sont généralisées à tout l'abdomen, plus particulièrement à l'hypochondre et à la fosse iliaque droite. Le malade a eu trois selles avec

1 sur 12,000 d'après Moore, le 1er sur 37,000 cas observés à l'Hôtel-Dieu depuis 1931.

Discussion

M. BARBEAU. Existait-il des lésions cardiaques, de l'aortite?

M. POIRIER. Non.

M. PEPIN. La T.A. a-t-elle été mesurée avant l'injection?

M. POIRIER. Non.

M. PEPIN. Pourquoi injecte-t-on la rinçure d'adrénaline?

M. POIRIER. Il s'agit là d'une suggestion de Milian. La quantité d'adrénaline ainsi administrée est minime.

M. MOUSSEAU. Si le foie avait pu être exploré on aurait sans doute trouvé des lésions hépatiques. Quant à la rinçure d'adrénaline, ce n'est pas une rinçure à proprement parler, elle permet d'injecter la goutte qui est restée dans la seringue après l'injection.

M. POIRIER. L'apoplexie séreuse est également mortelle, mais la mort ne survient que trois jours après.

M. MOUSSEAU. Milian faisait précéder son injection d'arsenic d'une injection d'adrénaline. M. Mousseau a observé, lors d'une intervention chirurgicale, le foie d'un spécifique ne tolérant pas des doses minimes d'arsenic; ce foie présentait des signes manifestes d'insuffisance. Il serait donc utile d'explorer la fonction hépatique avant d'administrer le traitement arsenical.

M. POIRIER. Aucun test ne peut faire prévoir une crise nitritoïde.

M. BARBEAU. La crise nitritoïde rappelle la réaction d'alarme décrite par Selye.

M. MOUSSEAU. N'y aurait-il pas lieu de substituer le bismuth ou le mercure à l'arsenic pour ces cas?

M. POIRIER préfère les sels de bismuth.

M. BARBEAU. Observe-t-on des crises nitritoïdes avec des arsenicaux pentavalents?

M. POIRIER. Jamais.

M. PEPIN. Quels avantages présentent les bismuths insolubles?

M. POIRIER. Leur action est plus prolongée.

Obstruction intestinale

M. L.-P. SENECAL

M. Sénécal rapporte le cas d'une malade souffrant de ballonnement et d'obstruction intestinale depuis trois jours avec atteinte profonde de l'état général, hyperleucocytose à 20,000, et azotémie à 1 gr. 50%. Cette patiente n'a pu garder le lavement baryté qu'on lui a injecté pour fins de radio-diagnostic. A la laparatomie, on observe un méso très épaissi et dix pouces environ d'intestin gangrené. On sectionne ce segment intestinal et on abouche à la peau les deux bouts du petit intestin. La malade a survécu onze jours. Le diagnostic de cette gangrène subite de l'intestin est malaisé. Il s'agissait vraisemblablement d'un infarctus. Le rapporteur y a pensé, mais l'intestin était déjà gangrené. M. Riopelle a examiné la pièce opératoire. Il n'a pas observé de thrombose artérielle ou veineuse, mais une vaso-dilatation effroyable au niveau de la sous-muqueuse avec gangrène de la muqueuse, œdème et infiltration hémorragique de la paroi. Il s'agit d'une apoplexie intestinale avec vaso-dilatation neuro-paralytique et stase intense qui amène de la nécrose de la paroi et des réactions inflammatoires secondaires. Ce syndrome peut donner d'une part des ruptures vasculaires et des nécroses secondaires par anoxémie, d'autre part des infarctus sans lésion vasculaire et avec gangrène secondaire. De tels phénomènes peuvent se produire également au pancréas et au poumon.

Discussion

M. MOUSSEAU. Observe-t-on les mêmes phénomènes dans la hernie étranglée?

M. RIOPELLE. Des phénomènes comparables. Il n'y avait pas de hernie dans le cas présent. Ces accidents surviennent sans cause mécanique.

M. SENECAL. La stase mécanique entraîne des lésions des vaisseaux.

M. RIOPELLE. Des lésions vasculaires secondaires peuvent se produire aussi dans les autres cas. Question de pathogénie.

M. MOUSSEAU émet l'hypothèse d'un volvulus qui aurait cédé à la narcose.

M. RIOPELLE. La lésion intestinale par vaso-dilatation neuro-paralytique persiste après la narcose quoiqu'elle soit réductible par l'adrénaline. Les lésions réductibles sont des lésions au début.

M. DUMAS. Quel serait le phénomène déclenchant de ces incidents?

M. RIOPELLE. D'après Penner qui en a observé au cours des entérites graves post-opératoires il s'agirait d'un phénomène de choc.

M. BARBEAU. Y a-t-il un segment intestinal plus spécialement touché?

M. RIOPELLE. Non. Dans un cas du docteur Mercier tout le gros intestin était pris.

M. CARTIER. Il s'agirait en quelque sorte d'un urticaire de l'intestin.

Le secrétaire,
Paul DUMAS.

Séance du 28 mai 1942

Présidence de M. Paul Marchildon

La sédimentation, l'hématocrite et l'acide hippurique

MM. P.-P. GAUTHIER et CHARTIER

L'épreuve de la sédimentation globulaire vise à mesurer la vitesse de sédimentation en rouleaux de

BES-MIN

COMPLEXE VITAMINIQUE B NATUREL,
renforci et combiné aux minéraux essentiels

Formule détaillée par cuillerée à soupe

VITAMINES

B_1 (Chlre de Thiamine)	1.2 milligrammes
B_2 (Riboflavine)	668 microgrammes
B_6	100 microgrammes
Acide Nicotinique	10 milligrammes
Acide Pantothénique	268 microgrammes
Filtrat (Jukes-Lepkovsky)	18 Unités

Avec GLYCÉROPHOSPHATES

de Calcium, Manganèse, Sodium, Potassium.

Indications

Avitaminose « B » se manifestant par des perturbations gastro-intestinales, de l'anorexie, des névrites, ou un ralentissement de la croissance chez l'enfant.

Pour maintenir un taux normal de concentration du complexe de la Vitamine « B » au cours de la grossesse, de la lactation, pendant la convalescence des infections aiguës; dans l'intoxication alcoolique; dans les soins pré et post-opératoires.

Avantages du Bes-Min

◆ Faible teneur alcoolique (seulement 5%) ◆ Association des minéraux essentiels au complexe vitaminique « B » naturel ◆ Véhicule digestif stimulant de l'appétit ◆ Goût agréable ◆ Présentation strictement professionnelle ◆ Traitement économique.

Flacons de 12 onces, ½ et 1 gallon.

Le BES-MIN est une formule originale fabriquée dans nos laboratoires à Montréal, selon les procédés les plus modernes offrant ainsi au Corps Médical les meilleures garanties de qualité et d'activité thérapeutique.

Produit des
LABORATOIRES ANDROMACHUS
Long Island City - - N. Y.

Fabricants et Concessionnaires au Canada
ROUGIER FRÈRES
350, rue Le Moyne - MONTRÉAL.

2. — La patiente est subinconsciente et très intoxiquée.
3. — *Consultation chirurgicale*: On décide de faire des transfusions avant de tenter l'hystérectomie à cause du mauvais état général.
4. — Trois transfusions de 250 c.c. Pas d'amélioration.
5. — 19 mars. Hystérectomie sub-totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale.
6. — Survie de 12 jours. Morte le 31 mars.

Remarques. L'opération a permis à cette patiente une survie de 12 jours sans souffrance trop marquées.

Anatomo-pathologie. Myomes multiples de *l'utérus* avec dégénérescence et nécrose. Péritonite généralisée.

* * *

Le 16 mars 1942, durant la nuit, Madame X, âgée de 43 ans, accouche spontanément un enfant mort-né et macéré d'environ 8 mois.

Un médecin appelé d'urgence constate que l'utérus est encore très gros ce qui lui fait penser d'abord à une grossesse gémellaire.

Un examen plus minitieux démontre que le col est largement ouvert et obstrué par deux grosses masses dures, de chaque côté. Le placenta est resté dans l'utérus et l'utérus lui-même est encore très gros.

Sur ces constatations, la malade est dirigé à l'hôpital. Le médecin de garde qui est appelé fait un diagnostic de retention placentaire et pratique d'urgence une revision utérine et un curetage.

Le lendemain, le 17, la malade se sent un peu mieux; la température de 102 tombe à 101; le pouls de 120, à 108. Une transfusion est pratiquée. La malade reçoit aussi des sérums intraveineux et des stimulants cardiaques.

Le 18, la respiration et le pouls augmentent, la température tombe à 95. La mèche intra-utérine est enlevée. Une odeur nauséabonde vient du col et du corps utérin. Un chirurgien appelé en consultation juge l'état général de la malade trop mauvais pour tenter une hystérectomie. Il propose une nouvelle transfusion. Si la malade se remonte, il tentera de l'opérer.

Le 19, le docteur LeRoy m'appelle pour remplacer le chirurgien qui avait vu la patiente et qui se trouvait malade. Il me demande de faire une hystérectomie pour tâcher de sauver cette malade, seul planche de salut, me dit-il.

Je vous avoue franchement qu'après avoir consulté le dossier et examiné la malade, je craignais d'intervenir de peur que la malade reste sur la table d'opération. Après discussion, nous décidâmes d'intervenir. La malade fut préparée immédiatement.

Protocole opératoire:

Le corps utérin remonte à 2 trous de doigt au-dessus de l'ombilic. Une incision longue sus-pubienne est pratiquée. On voit l'utérus apparaître blanc et exsangue. Une pince l'attire en dehors mais le muscle utérin est tellement friable que la pince le déchire. On continue les manœuvres et on réussit enfin à l'extérioriser légèrement.

En face d'une tumeur d'un tel volume à enlever. la seule méthode à suivre est l'hystérectomie transversale au ciseau, méthode que nous pratiquons.

L'utérus enlevé, le col apparaît nécrosé et largement ouvert. On y introduit une mèche iodée qu'on laisse dans le vagin. Le col est suturé et bien péritonisé. On ferme l'abdomen en laissant 2 gros drains.

La malade a été endormie au Cyclo. Tous, opérateur, assistant, anesthésiste, nous sommes contents après l'opération de constater que l'état de la malade est satisfaisant.

Le lendemain et les jours suivants, la malade réagit bien. Son état général paraît s'améliorer à un tel point qu'elle nous donne l'illusion d'être sauvée.

Le drainage est assez abondant, mais vers le 5e jour, la température commence à descendre, le pouls et la respiration augmentent de rapidité malgré tous les traitements. La suppuration devient de plus en plus abondante, la température diminue encore, la respiration s'accélère et la malade meurt la 12e journée après l'opération de scepticémie.

Je vous présente ce cas, non pas pour insister sur les résultats obtenus mais bien pour appuyer sur la thérapeutique à suivre dans les cas de fibromes. Elle est bien connue et pratiquée, c'est l'hystérectomie, à moins qu'il y ait des contre-indications. Dans ces cas, les radiologistes viennent au secours du chirurgien et obtiennent des résultats.

Cependant, il n'en est pas de même pour les fibromes au cours de la grossesse. Ceux-ci doivent être enlevés avant que l'infection soit installée. Chez notre malade, le mauvais état général n'a pas permis de faire l'hystérectomie plus tôt et nous constatons les résultats que nous avons obtenus.

M. Olivier nous montre ensuite la pièce enlevée.

Discussion

M. LAUZER demande s'il est facile de faire un diagnostic par le toucher.

M. LeROY répond que tout dépend de la localisation et de la consistance de l'utérus.

M. A. TREMBLAY rapporte que cette patiente est entrée pour grossesse gémellaire. A son arrvée, elle était infectée et intoxiquée avec une retention placentaire et un fibrome. Elle souffrait aussi d'un cancer de l'aile du nez.

M. OLIVIER nous parle des différentes sortes de fibromes. Les fibres-myomes, mais jamais de fibromes simples. Quant à la localisation, ils sont sous-muqueux ou intertitiels ou sous-péritoniaux, petits ou moyens.

UROPRAZINE

GOUTTE — RHUMATISME
ARTHRITISME — SCIATIQUE
CYSTITES — PYÉLITES — GRAVELLE URIQUE.

SULPHO-LAC

ACNÉ — SÉBORRHÉE
HUILEUSE — COUPEROSE
DERMITES DE CAUSE VÉNÉNIFIQUE — LUPUS ÉRYTHÉMATEUX.

CAMIROL

Injections Intramusculaires

TRAITEMENT SCIENTIFIQUE
DE LA SINUSITE ET DE LA
BRONCHITE — INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES.

EAU PRÉCIEUSE DÉPENSIER

MALADIES DE LA PEAU —
PLAIES — DÉMANGEAISONS
ACNÉ — PSORIASIS — DARTRES — ULCÈRES VARIQUEUX.

BILIFLUINE

LITHIASE BILIAIRE — ICTÈRE
CATARRHAL — CONSTIPATION
CONGESTION DU FOIE — CIRRHOSES.

HERDT & CHARTON, INC.

MÉDICAMENTS DE MARQUE

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL MONTRÉAL

Le tumeur du nez était un « baso » qui ne donnait pas de matastases.

M. FRAPPIER demande si l'état de la malade était très mauvais.

M. LeROY répond que la malade faisait de l'œdème, de l'infection, de l'ictère, et était dans un état d'inconscience.

M. LABELLE nous dit que la malade a vécu 12 jours après l'intervention et qu'elle a repris conscience, ce qui est déjà beaucoup.

M. LONGPRE demande combien la malade a reçu de transfusions et quelle quantité de sang?

M. LeROY. La malade a reçu 3 transfusions de 250 à 300 c.c. et en plus 1000 c.c. de sérum glucosé. 2 fois par jour, après l'opération.

M. LAUZER demande si parfois, pendant la grossesse, une contraction au moment du toucher, peut donner l'impression de dureté.

M. LeROY répond qu'une contraction peut durer une minute ou deux et qu'après l'utérus doit ramollir; il faut donc continuer le toucher. M. LeRoy ajoute qu'il n'y a que 10% des cas de fibromes qui n'accouchent pas normalement.

M. OLIVIER nous présente la pièce anatomique.

M. GRONDIN nous montre l'image d'un utérus farci de calcifications.

M. FRAPPIER trouve qu'il est très intéressant de présenter ces cas semblables qui intéressent tout le monde.

M. Lallemand félicite les rapporteurs de leur exposé magistral et suggère que les communications soient publiées dans *l'Union Médicale*.

Et la séance est levée.

Le secrétaire,

J.-Auguste HEBERT.



VERATRITE

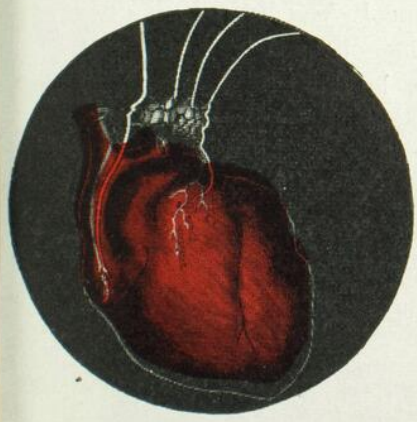
PROCURE UN SOULAGEMENT DURABLE DANS L'HYPERTENSION

Veratrite apporte un soulagement durable aux hypertendus qui présentent des périodes d'exacerbation et de rémission. Il aide à prévenir les bouffées et les accès explosifs de l'hypertension et évite ainsi au malade des périodes de profond malaise et d'incapacité. Veratrite contient du Veratrum Viride, du nitrite de soude et du phénobarbital, principes dont l'efficacité thérapeutique est reconnue.

Il s'administre par la bouche et comme il est *standardisé chimiquement et biologiquement,* l'on doit en établir la dose pour chaque cas individuel en se basant sur l'abaissement de la tension artérielle.

Veratrite ne comporte aucun danger pour le malade si on ne dépasse pas les doses thérapeutiques.

Nous fournirons sur demande une documentation plus détaillée ainsi que des échantillons médicaux.



IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

REPRESENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

MEDICAMENTS DE MARQUE

2027 AVENUE DU COLLEGE McGILL — MONTREAL

NOUVELLES

CINQUANTE ANNEES DE PROFESSION MEDICALE

Le docteur DeBlois

Note de la Rédaction. — Notre excellent ami le docteur DeBlois vient de doubler le cap du cinquantenaire de la pratique de la médecine. Ses confrères de Trois-Rivières lui ont offert leurs félicitations et leurs vœux. Nous sommes heureux d'y ajouter les nôtres, car il a été fidèle à notre devise: « *l'union* ». Cinquante années! Comme c'est vite passé si les activités persistent et ne se ralentissent pas.

DeBlois demeure le premier Gentilhomme de notre temps, à qui les titres et les honneurs n'ont pas manqué. La distinction de sa personne et de ses manières, le charme de son esprit, la cordialité de son accueil, l'intérêt de sa conversation, enrichie de ses souvenirs de voyages et agrémentée d'un constant sourire, la perfection de son langage, sa fidélité aux principes de sa religion et à ceux de l'éthique professionnel constituent des titres de noblesse qu'il porte allégrement.

DeBlois! quel beau nom!... Il était connu à la cour de François Ier. Il possède son château sur la Loire... Il en descend peut-être...

Nous lui adressons, nous aussi, nos félicitations et nos vœux, avec nos hommages à Madame DeBlois ainsi qu'à sa famille.

Voici le compte-rendu de cette réunion intime que nous consignons dans nos archives.

Les médecins des Trois-Rivières au cours d'une réunion organisée par la Société Médicale des Trois-Rivières ont fêté les 50 années de profession médicale du docteur Charles DeBlois. Ce fut une réunion animée qui groupa un nombre considérable de médecins de notre ville et de la région et au cours de laquelle les médecins présentèrent leurs hommages à leur aîné et lui remirent une magnifique horloge comme gage de leur estime et de leur amitié.

A l'issue du banquet servi dans la grande salle du Château DeBlois eut lieu la présentation des vœux et la réponse du docteur DeBlois, suivie d'une courte causerie du docteur Jean-Paul Beaudet, médecin hygiéniste, qui parla de la guerre chimique et des gas qu'on y emploie.

Auparavant les médecins et leur épouse avaient été les hôtes du docteur et de Mme DeBlois à leurs appartements privés, et on avait servi un vin d'honneur.

Le banquet

Le banquet fut présidé par le docteur Hervé Beaudoin, président de la Société Médicale. Ce dernier dans une brève allocution expliqua le but de cette réunion et confia au docteur W. Godin le soin de présenter au docteur DeBlois les souhaits et les hommages de ses confrères.

Ce dernier passant brièvement en revue la carrière du docteur DeBlois mit surtout en relief ses belles qualités de cœur, sa grande charité et son amitié pour ses confrères et dit qu'il avait été un exemple pour les jeunes et même pour ses confrères plus âgés.

C'est à la fin du discours du docteur Godin que l'on présenta une horloge au docteur Charles DeBlois. Ce dernier remercia ses confrères dans un brève allocution dont nous publions plus bas le texte.

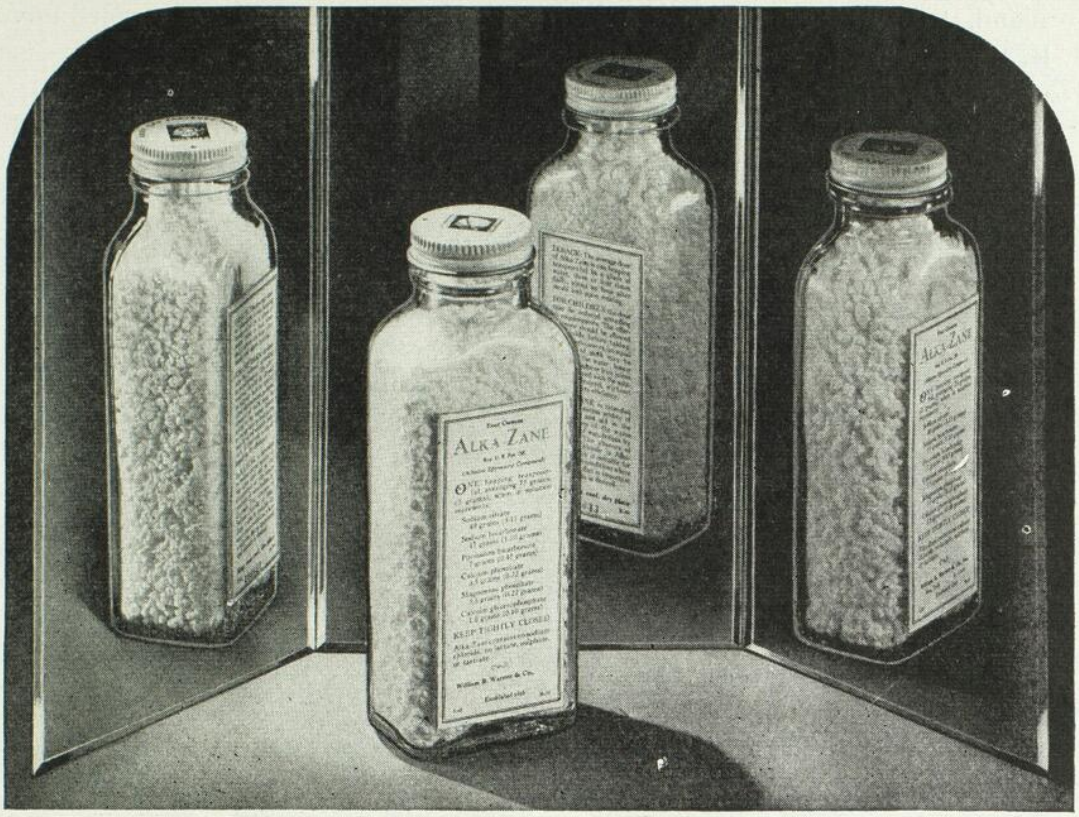
Guerre chimique

Le docteur Jean-Paul Beaudet prononça ensuite une brève, mais très intéressante causerie sur la guerre chimique. Il décrivit les diverses particularités des gaz employés, leurs effets sur l'organisme humain et leur possibilité d'emploi dans nos régions.

C'est le docteur J.-B. Leblanc, qui remercia le conférencier. La soirée se termina par la représentation d'un film français: « La fille du Régiment ».

On remarquait à la table d'honneur le docteur et Mme DeBlois (celle-ci fut associée aux éloges faits à son époux); le docteur et Mme Hervé Beaudoin, le docteur Wellie Godin, le docteur et Mme J.-A. Tétreault, le docteur et Mme J.-A. Dénoncourt, le docteur et Mme J.-C. Gélinas, le docteur et Mme R. Veilleux, le docteur et Mme R. Dugré, le docteur et Mme Jean-P. Beaudet et le docteur et Mme G. Racicot.

On remarquait dans l'assistance, accompagnés de leur épouse, les docteurs L.-G. De Charette, Charlemagne Baribeau, Georges DeBlois,



QUEL QUE SOIT LE POINT DE VUE

En examinant Alka-Zane à tous les points de vue cliniques, on s'aperçoit qu'il remplit parfaitement le rôle d'un alcalinisant systématique bien équilibré.

Alka-Zane fournit du sodium, du potassium, du calcium et du magnésium sous forme de citrates, de carbonates et de phosphates facilement assimilables. Et il est bon de noter qu'une dose d'Alka-Zane fournit autant de sous-calcium que 12 grains de lactate de calcium ou 18 grains de gluconate de calcium.

Alka-Zane fait une boisson rafraîchissante. Son goût agréable est très recherché surtout dans les cas tels que les " nausées du matin " pendant la grossesse. Pourquoi ne reconnaîtriez-vous pas l'utilité d'Alka-Zane en en faisant l'essai dans ces cas-là et dans d'autres qui nécessitent un alcalinisant ? Nous vous en enverrons volontiers un échantillon si vous en faites la demande sur votre papier à en-tête. Alka-Zane se vend en flacons de 4 onces.

ALKA-ZANE

WILLIAM R. WARNER & COMPANY, LTD. - 727 King St., W., Toronto, Ont.

Jos. Normand, J.-L. Rochefort, Ernest Rousseau, J.-B. Leblanc, Benoît De Charette, Philippe Landry, J.-P. Dufresne, P. Veilleux, les docteurs Nestor Perreault et Jacques Gauthier, du Cap; les docteurs G. Smith et Richard, de Shawinigan et le docteur H. S. Hooper, de Grand'Mère, Benoît Jacob, etc.

Voici le texte de l'allocution du docteur Charles DeBlois:

M. CHARLES DEBLOIS

« Permettez-moi de vous remercier du fond du cœur pour cette cordiale manifestation que vous avez organisée sous les auspices de la Société Médicale des Trois-Rivières à l'occasion de « **mon jubilé d'or professionnel** ».

« Je suis particulièrement heureux de voir un aussi grand nombre de confrères participer à ces agapes que vous avez bien voulu consacrer à la science, à l'amitié et au souvenir.

« Je voudrais tout d'abord saluer et remercier nos distingués visiteurs: le docteur R.-E. Valin d'Ottawa, directeur général de l'*Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord* et le docteur Donatien Marion, secrétaire-trésorier général de la même Association.

« L'Exécutif de la Société Médicale avait invité à cette fête intime un ami très cher, que nous considérons comme le premier médecin du Canada français; j'ai nommé le Professeur Albert LeSage, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Il n'a pu, malgré son grand désir, être avec nous ce soir, à cause de ses devoirs universitaires. Nous avons tous regretté vivement son absence.

« Je désire également adresser un salut admiratif et reconnaissant au docteur Hervé Beaudoin, président de la Société Médicale des Trois-Rivières et au docteur J.-P. Beaudet, secrétaire, notre conférencier de ce soir ainsi qu'au docteur Wellie Godin, ancien gouverneur du Collège des médecins et chirurgiens de cette Province. C'est à ces apôtres et à quelques autres confrères les docteurs J.-A. Dénoncourt, A. Tétreault, G. Racicot, Roch Hébert et les autres que nous sommes redevables du succès de cette réunion.



Photo prise à l'occasion de la fête organisée par la Société Médicale des Trois-Rivières pour célébrer le jubilé d'or de profession médicale du Dr Charles DeBlois. La photo supérieure, prise durant le discours du Dr DeBlois, montre, de gauche à droite, Mme J.-A. TETRAULT, le Dr DeBLOIS, le Dr HERVE BEAUDOIN, Mme C. DeBLOIS, le Dr W. GODIN, Mme J.-A. DENONCOURT.

« Je leur exprime ma profonde émotion et ma vive reconnaissance.

« Nos respectueux hommages vont à vous, mesdames, venues si nombreuses à ce banquet et dont l'aimable présence nous enchante et rehausse l'éclat de cette réunion.

« Mesdames et messieurs, nous sommes réunis, ici, dans le but de prendre part à une véritable fête de famille, et vous voulez bien fêter, en même temps, mes 50 années de profession médicale.

« Laissez-moi profiter de cette occasion pour vous redire à tous mes plus fraternels sentiments et ma gratitude pour les précieux services que vous m'avez rendus dans le passé, ainsi que pour la manifestation si amicale de ce soir.

« Vous ne sauriez croire combien je suis touché de votre marque d'estime et d'amitié.

Première fois au Canada !

CORTUNON

HORMONE CARDIAQUE

1. Augmente le tonus cardiaque
2. Dilate les artères coronaires.
3. Augmente la réserve cardiaque.

BROCHURE EXPLICATIVE
ENVOYÉE SUR DEMANDE

ANGLO-FRENCH DRUG CIE — MONTREAL

Car c'est une récompense bien grande pour un homme comme moi, que de recevoir au soir de sa carrière un pareil témoignage de confiance et d'affection.

« Aussi je puis vous assurer que malgré les restrictions de toutes sortes dans tous les domaines, il y a quelque chose que l'on ne pourra jamais rationner c'est mon admiration et ma profonde estime à votre égard. Je resterai le vieil ami fidèle de toujours, désireux de servir et de vous être agréable chaque fois que vous ferez appel à mon concours. Nous continuerons donc, si vous le voulez bien, à rester unis et à fraterniser.

« J'accepte de tout cœur cette magnifique horloge, gage précieux de votre amitié et de vos bons sentiments dont il sera le symbole. »

Trois-Rivières

« Je voudrais ouvrir ici une parenthèse pour louer l'esprit d'organisation et le grand mérite des médecins des Trois-Rivières. En 1906, comme vous le savez, eut lieu dans cette ville le IIIe Congrès de *l'A.M.L.F.A.N.*, sous l'égide de notre regretté président, le docteur L.-P. Normand. Cette réunion fut couronnée de succès et honorée par la présence de trois délégués français. L'histoire s'est répétée et en 1940 fut tenu aux Trois-Rivières le XVIe Congrès de *l'A.M.L.F.A.N.* Il remporta de nouveau, grâce à votre concours, un succès complet.

« Savez-vous qu'en 1906 nous comptions aux Trois-Rivières 14 médecins. Vous aimeriez peut-être à connaître leurs noms. Les voici: les docteurs Normand, Therrien, Gervais, Hétu, Panneton, Leduc, Lambert, Bourgeois, Woods, Darche, St-Pierre, Tourigny, Godin et DeBlois. De cette belle phalange il nous reste trois survivants: les docteurs W. Godin, St-Pierre et votre humble serviteur.

« Hélas, comme la vie est courte! Les hommes passent, les institutions seules demeurent. Je citerai comme exemple: l'*Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord* qui compte plus de quarante-deux ans d'existence et est aujourd'hui plus vivante que jamais. Autre fait à souligner: le sceau de la dite Association... Connaissez-vous son histoire? » Il raconte, alors, que le croquis du sceau officiel a été préparé en 1905 par un praticien des Trois-Rivières avec le concours des confrères et d'un expert en science héraldique. Le nouveau sceau a été adopté au IIIe Congrès de *l'A.M.L.F.A.N.*, tenue dans la cité trifluvienne en 1906.

Unité sanitaire

Il rend aussi hommage aux officiers de l'Unité Sanitaire du Comté des Trois-Rivières pour le beau travail accompli dans le domaine de l'hygiène et de la médecine préventive. « Nous sommes fiers, dit-il, de notre Unité Sanitaire, car elle est considérée, à juste titre, comme l'une des plus modernes de la Province. »

Conclusion

Et le docteur DeBlois conclut ainsi: « Permettez-moi de citer une belle parole de Pasteur: « Il faut organiser sa vie de manière à contribuer, en quelque chose, au progrès et au bien de l'humanité ».

« Il faut », disait-il encore, « lorsqu'on est arrivé à l'automne de la vie, alors que l'on approche du grand but, être en droit de se dire: J'ai fait ce que j'ai pu ».

Victor Giraud écrit de son côté: « Gardons un ou plusieurs idéals, dont le plus puissant est la foi religieuse ».

Enfin, cette jolie pensée d'Henri Bordeaux: « Quand l'automne vient, les arbres perdent leurs feuilles; alors on s'aperçoit qu'elles cachaient le ciel ».

« Je ne saurais terminer », ajoute le docteur DeBlois, « sans vous rappeler que si j'ai réussi à obtenir quelques succès au cours de ma longue carrière de médecin, je le dois tout d'abord à ma femme et, il va sans dire, à mes confrères, non seulement de Trois-Rivières mais aussi de Montréal, de Québec, d'Ottawa et d'ailleurs.

« Voilà pourquoi je suis si heureux, ce soir, de pouvoir participer à ces agapes fraternelles, dont je garderai le meilleur des souvenirs. »

Aquaphedrin E.B.S.

. . . Une solution isotonique aqueuse d'éphédrine . . .



ÉQUIVAUT À UNE SOLUTION CONTENANT UN POUR CENT D'ALCALOÏDE D'ÉPHÉDRINE

AQUAPHEDRIN E.B.S. est une solution stable phédrine de 1%, isotonique et aqueuse, avec pH habilement ajusté pour le traitement local troubles nasopharyngiens.

ınt aqueux et isotonique, l'Aquaphedrin se and rapidement dans les sécrétions nasales ıs nuire à l'action ciliaire. Il ne se produit pas smose dans la membrane muqueuse, mais tôt une absorption rapide, suivie d'une action ongestive immédiate qui soulage agréable- nt le patient.

pH de l'Aquaphedrin E.B.S., délicatement ajusté, se forme à la découverte de * Fabricant qui dit que dant une crise aiguë de rhinite ou de rhino-sinusite écrétion nasale est alcaline — plus alcaline que nor- le. « Cette constatation a une signification clinique, ces vaso-constricteurs qui peuvent abaisser le pH al d'un degré d'alcalinité anormale à un degré d'aci- normale peuvent remplir une fonction importante. » ar conséquent, lorsque survient une crise aiguë de ite ou de rhino-sinusite, on suggère l'emploi d'un o-constricteur nasal abaissant l'alcalinité du pH à niveau qui varie entre 5.5 et 6.5 — état à peu près mal du pH des sécrétions nasales in situ. »

L'Aquaphedrin E. B. S. est indiqué dans les cas suivants:

hme, hyperémie, enflement et congestionnement des nets du nez, engorgement des sinus, rhinite, rhino- ısite, et inflammation nasopharyngienne.

quaphedrin E.B.S. est présenté en fioles pratiques ½ once et de 1 once, et se vend aussi en plus grosse ıntité pour emploi au vaporisateur.

lettres E.B.S. qui suivent le nom Aquaphedrin iden- ent le produit et assurent la précision — de là uaphedrin E.B.S.

* Les Archives d'Otolaryngologie, août 1941, Vol. 34, p. 297-301.

E.B.S.

Produit Associé

PHENODROL INHALANT E. B. S.

Une solution d'éphédrine de 1%, dans une huile neutre, naturelle et protective; des plus utiles avant de s'exposer aux changements subits de température.

THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LIMITED
TORONTO MANUFACTURING CHEMISTS CANADA

Spécifiez E.B.S
SUR VOS ORDONNANCES...
POUR PLUS DE SÛRETÉ

UNE INVITATION A NE PAS OUBLIER

La livraison de novembre du « Can. Med. Ass. Journ. » a été consacré en partie à la mémoire de Sir Fred. Banting, le savant ontarien bienfaiteur à la vérité de l'humanité dans sa découverte de l'insuline pour le soulagement des diabétiques.

Il se rapproche ainsi de Jenner qui nous apporta la vaccination contre la variole, de Pasteur qui révolutionna notre concept des maladies infectieuses, de Lister et Terrier qui révolutionnèrent nos méthodes chirurgicales, de Morton et Sims qui donnèrent au monde souffrant les bienfaits de l'anesthésie, comme aussi d'Ambroise Paré qui enleva aux amputés les affres de l'huile bouillante et du fer rouge.

Dans une lettre récente Banting, toujours large d'esprit comme il sied au véritable savant, signalait que les médecins canadiens-français allaient généralement faire leurs études médicales complémentaires en France et qu'alors ils ignoraient jusqu'à un certain point les progrès médicaux des autres provinces anglo-canadiennes tout comme aussi de l'Angleterre et de l'Ecosse.

Ne serait-il pas avantageux pour le Canada, dans le but d'activer l'unité nationale, d'inviter nos jeunes collègues canadiens-français, disait-il, maintenant qu'ils sont privés de leurs visites aux cliniques de France, de tourner les yeux vers les avantages que leur offriraient les laboratoires bien outillés à Toronto, de l'Institut BANTING, par exemple, tout comme ceux de Londres et d'Edimbourg, où ils seraient les bienvenus pour poursuivre leurs études et des recherches. Nos portes leur sont ouvertes, ajoutait-il, et ce serait dans l'intérêt canadien le plus général possible.

Toronto et d'autres centres offrent à nos jeunes des possibilités favorables. Pourquoi les boursiers ne se dirigeraient-ils pas de ce côté pour répondre à l'invitation de Sir F. Banting.

Commençons chez nous un peu de recherches, commençons ici notre développement en spécialité, mais n'oublions pas nos grands centres canadiens, où nous sommes invités à les continuer, maintenant que outre-mer nous est fermé. Peut-être aussi seraient-ils surpris des bonnes choses qui existent chez nous. Déjà depuis quelques années quelques-uns n'ont-ils pas donné le bon exemple à leur profit, aidons à l'occasion le mouvement à nous mieux faire connaître et à gagner en échange.

Eugène SAINT-JACQUES,
de l'Université de Montréal.

SERUM DE CONVALESCENTS CONTRE LA POLIOMYELITE

Depuis plus de dix ans, le Ministère de la Santé a fourni du sérum de convalescents contre la poliomyélite aux médecins qui en faisaient la demande. Les dépenses encourues pour la préparation de ce produit biologique étaient justifiables, parce qu'on voyait dans la distribution du sérum un moyen de réduire les méfaits de la maladie.

Depuis lors, la sérothérapie a subi l'épreuve du temps dans les cinq parties du monde. Les administrations de santé publique sont aujourd'hui unanimes à reconnaître que les malades qui ont reçu du sérum ne présentent aucune récupération significatrice différente de ceux qui ne l'ont pas eu.

Quelques médecins croient encore que l'administration du sérum est de nature à aider le patient, et la famille a l'impression que l'on fait quelque chose pour obvier à la paralysie. Ce sont des considérations de nature sentimentale ou psychologique qui ne tiennent pas à la lumière d'une étude scientifique.

Devant l'expérience acquise, le Ministère de la Santé ne se croit plus le droit d'affecter des sommes considérables à la production de ce sérum dont la distribution est discontinuée.

M. H. McCRADY,
Chef des Laboratoires.

A. Roger FOLEY,
Epidémiologiste provincial.

Jean GREGOIRE,
Sous-Ministre.

Québec, le 24 octobre 1942.



LA VITESSE EST INDISPENSABLE A LA DEFENSE NATIONALE

OSMOPAK

est indispensable à la défense nationale.

Osmopak est un paquetage osmotique contenant du sulfate de magnésium, de la benzocaïne et du vert brillant. Il est beaucoup plus pratique et plus efficace que les pansements humides pour le traitement des plaies inflammatoires ou septiques.

Osmopak contribue à l'effort de guerre en abrégeant les périodes d'incapacité dans la main-d'oeuvre.

Osmopak excelle à circonscrire l'infection. C'est pourquoi des praticiens éminents de la médecine industrielle l'emploient afin d'abréger la durée de la convalescence de leurs blessés et leur permettre de poursuivre leur travail avec une incapacité fonctionnelle minime.

Présentation en pots d'une livre et demie. Ecrire pour plus ample documentation.

IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

REPRESENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

MEDICAMENTS DE MARQUE

2027 AVENUE DU COLLEGE McGILL — MONTREAL

UNE ŒUVRE D'HYGIENE INDUSTRIELLE

Nombreuses enquêtes sur la salubrité industrielle

Le dernier rapport annuel de la division d'hygiène industrielle du ministère de la Santé et du Bien-Etre social de la province de Québec révèle que la surveillance de la salubrité publique s'avère adéquate dans nos usines et manufactures. « Une grande partie des études techniques faites au point de vue hygiène le sont dans les différentes usines de munition de la Province et dans les industries qui contribuent à l'effort de guerre », déclara l'hon. Henri Groulx en communiquant au public les résultats d'une série d'investigations techniques conduites dans diverses industries de la Province et touchant en outre aux examens de laboratoires consécutifs à ces mêmes enquêtes.

Il faut noter qu'à la suite de cet excellent travail, de nombreuses recommandations furent faites aux chefs d'industries intéressées; il convient ici de rendre hommages à la bonne volonté de ces derniers qui, non seulement ont coopéré avec les techniciens de la division provinciale d'hygiène industrielle, mais semblent vouloir accepter de fort bonne grâce les suggestions qui leur sont faites en vue de protéger la santé de leurs ouvriers.

Les risques sont nombreux dans l'industrie: certains spécialistes vont jusqu'à prétendre qu'il existe près de mille situations dangereuses dans les différents genres d'usines. Par ailleurs, il ne faut jamais perdre de vue que l'emploi de certaines substances chimiques, réagissant les unes sur les autres, peut, dans diverses opérations industrielles, aboutir souvent à la formation de corps secondaires qui peuvent être dommageables à la santé des travailleurs.

C'est en tenant compte de toutes ces conditions et des situations variées dans lesquelles les ouvriers évoluent journellement que la division provinciale d'hygiène industrielle offre au public un résumé du travail accompli par son personnel.

Au cours de l'année, l'appareil Gutzeit pour l'analyse de l'arsenic a été complété. Un appareil pratique pour l'échantillonnage de l'air dans les usines a aussi été mis au point.

Les vapeurs de mercure constituant un danger possible pour la santé des ouvriers dans quelques industries, des recherches sur la détermination des vapeurs de mercure dans l'air ont été entreprises.

Prélèvement d'échantillons d'air dans de multiples usines, examens microscopiques et analyses chimiques de cet air, déterminations de gaz oxyde de carbone, analyses d'échantillons de plomb, de silice, d'arsenic, de chlore, d'hydrogène phosphorée, de gaz chlorhydrique, de benzol, etc., voilà un aperçu du travail accompli.

Fonderies, avionneries, mines et carrières, fabriques de vêtements et de chaussures, usines d'amiante, industries électro-chimiques, industries métallurgiques, pulpe et papier, usines de munitions, voici autant d'établissements où la division d'hygiène industrielle exerce une surveillance bienfaisante.

Les enquêtes ont surtout porté sur le degré de nocivité que peuvent comporter le plomb, l'amiante, la silice, le chlore, le gaz chlorhydrique, le phosphore, le benzol, le trinitrotoluol, etc. De plus, l'organisation médicale et les conditions de température et d'hygrométrie de certaines de ces substances ont été étudiées. Les recommandations nécessaires ont été faites aux autorités de ces établissements.

Des consultations sur la plupart de ces substances et d'une foule d'autres dont l'action peut être dangereuse pour les ouviers ont été données. La division a utilisé, en outre, tous les moyens de propagande depuis les conférences jusqu'aux feuillets de renseignements, pour mettre ouvriers et patrons au courant de la médecine industrielle préventive.

CAMPAGNE NATIONALE D'ALIMENTATION

« Une campagne d'alimentation de guerre pour renseigner le public canadien sur la nourriture par rapport à la santé sera lancée en janvier sous les auspices du gouvernement du Dominion.

PENDANT LA GROSSESSE

Tocopherex

RECOMMANDÉ POUR LE TRAITEMENT DE LA MENACE D'AVORTEMENT OU DE L'AVORTEMENT HABITUEL DUS AU MANQUE DE VITAMINE E.

● Chaque capsule contient 50 milligrammes de tocophérols composés équivalant, comme activité de la vitamine E, à 30 milligrammes de a-tocophérol. Tocopherex contient la vitamine E, dérivée d'huiles végétales par distillation moléculaire, sous une forme plus concentrée, plus stable et plus économique que celle qui provient d'huile de germe de blé.

À titre d'essai dans la prévention de l'avortement habituel (lorsqu'il est causé par la déficience de vitamine E): 1 à 3 capsules par jour pendant 8½ mois. Dans le cas de menace d'avortement: 5 capsules dans l'espace de 24 heures; traitement que l'on peut continuer une ou deux semaines à raison de 1 à 3 capsules par jour.

Les capsules Tocopherex se vendent en flacons de 25 et de 100.

Viophate-D

POUR ACCROÎTRE LA RÉSERVE REQUISE DE CALCIUM

● Chaque capsule de Viophate-D contient 4.5 grains de phosphate de dicalcium, 3 grains de gluconate de calcium et 330 unités de vitamine D. Les capsules n'ont aucune saveur et ne contiennent ni sucre ni essence. Si l'on préfère les cachets, l'on peut se procurer les comprimés Viophate-D, agréablement aromatisés à l'essence de wintergreen.

Un comprimé équivaut à deux capsules.

Présentation:

Capsules: en flacons de 100 et de 1,000.

Comprimés: en boîtes de 51 et de 250.

Écrire à 36 Caledonia Road, Toronto, concernant la littérature.

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

Fabricants de produits chimiques pour le corps médical depuis 1858.

Les ministères du gouvernement, l'industrie et les sociétés bénévoles collaboreront à cette campagne. L'appui de tous les Canadiens est essentiel à son succès.

La santé est un facteur vital, dynamique devant contribuer à la victoire. Un régime approprié à la population en général est un sujet de préoccupation nationale. C'est un problème qui ne peut être résolu que par l'attention et le souci de chacun.

Les ménagères, vu les restrictions nées de la guerre, se trouvent en face de maints problèmes culinaires. Certains aliments se font déjà rares au Canada. D'autres, que le Canada produit en abondance, sont devenus rares en Grande-Bretagne et dans d'autres pays alliés. Nous avons consenti à partager notre abondance avec ces pays. En conséquence, les provisions que nous avons en mains ont été diminuées. C'est là une de nos contributions à la victoire.

Mais, en dépit des conditions de guerre, le gouvernement a fait tous les efforts pour assurer que notre population aura un approvisionnement suffisant des aliments essentiels. Mais cela ne sera possible que si les vivres disponibles sont raisonnablement et intelligemment consommés.

Des renseignements sur l'emploi des vivres ont été compilés par les autorités en diététique et en alimentation du ministère de la Santé nationale, le ministère de l'Agriculture et les autres ministères du gouvernement. On utilise ces renseignements pour déterminer les rations pour les forces armées, pour les cantines dans nos industries de guerre et ailleurs.

Une attention suivie dans le choix et dans la préparation du menu familial peut devenir une véritable contribution à notre effort de guerre national. »

Le T. Hon. W. L. MACKENZIE KING,
Premier ministre du Canada.

Eléments nutritifs d'une saine alimentation

Les protéines sont les matières nécessaires à la croissance du corps humain et à la réparation des tissus qui le composent. Ils sont contenus dans: *le lait, le fromage, la viande, le poisson, la volaille, les œufs, les pois, les fèves et les noix.*

Les aliments énergétiques. Tous les aliments procurent des calories ou se convertissent en énergie. Mais les aliments les plus énergétiques sont: les *amidons, les sucres et les graisses.*

MINÉRAUX IMPORTANTS

Le calcium est nécessaire à la formation des os et des dents, ainsi qu'au bon état des fonctions corporelles essentielles à la vie. Impossible de trouver le calcium nécessaire sans une consommation quotidienne de *lait et de fromage.*

Le fer est essentiel à la formation des globules rouges du sang. Il se trouve dans *le foie, les rognons, le cœur, les légumes verts, les légumes séchés, les fruits séchés, la mélasse, la viande maigre, les pommes de terre, le pain de grain entier et les céréales.*

L'iode est nécessaire, en très petites quantités, pour la prévention du goitre. On l'obtient en faisant usage du *sel iodé.*

VITAMINES

La vitamine A est un préventif contre l'héméralopie; elle rend moins vive la susceptibilité à l'infection et favorise la croissance. On la trouve principalement dans *les légumes verts et les légumes jaunes,* et aussi dans *le foie, les huiles de foie de poisson et le beurre.*

La vitamine B. Il y a plusieurs vitamines B. Elles favorisent la digestion et l'appétit, reposent les nerfs et soulagent la fatigue des yeux. On les trouve dans le *germe du blé, le foie, le porc maigre, le pain de grain entier et les céréales, le pain blanc marqué « Canada Approved », le lait, les œufs, les légumes verts.*

La vitamine C est nécessaire à la santé des gencives, des dents et des vaisseaux sanguins. On la trouve principalement dans *les tomates fraîches ou en conserve,* et dans les fruits agrumes, tels qu'*oranges, pamplemousses et citrons.* On la trouve aussi dans *les fraîches fraîchement cueillies, les pommes de terre (cuites avec la pelure), les navets crus et le chou.*

La vitamine D. La vitamine du soleil est nécessaire parce que, sans elle, les minéraux, le calcium et le phosphore sont inutiles à la santé des os et des dents. Elle est la seule vitamine qui ne se trouve pas dans les aliments ordinaires. On se la procure, en été, par des bains de soleil, dont l'effet agit sur certaines

Teneur PLUS ÉLEVÉE

Plus de VITAMINE B_1 = *Plus de* VITAMINE B_2 = *Plus de* NIACINAMIDE*

Plus **EFFICACE**

•

Plus **ÉCONOMIQUE**

Le malade à qui l'on prescrit le Betaplexin reçoit maintenant un dosage beaucoup plus élevé des différents composants faisant partie de la vitamine B complexe.

La concentration des facteurs connus dans les diverses formes du Betaplexin est comme suit:

	ÉLIXIR	COMPRIMÉS ou CAPSULES
	Chaque cuillerée à thé (5 c.c.)	Chaque comprimé ou capsule
VITAMINE B_1	3 mg. (1000 unités Int.)	1.5 mg. (500 Unités Int.)
VITAMINE B_2	1 mg.	0.5 mg.
VITAMINE B_6	0.3 mg.	0.1 mg.
NIACINAMIDE*	10 mg.	5 mg.
ACIDE PANTOTHÉNIQUE	0.75 mg.	0.275 mg.

Présenté aussi sous forme de sirop.

Toutes les formes de la médication contiennent également d'autres facteurs tels que le biotin, la choline, l'inositol et l'acide para-aminobenzoïque.

* Amide de l'acide nicotinique.

PRÉSENTATION

Elixir et sirop Betaplexin: flacons de 4, 16, 80 et 160 onces liquides.
Comprimés et capsules Betaplexin: flacons de 50 et de 500.

BETAPLEXIN

Marque de commerce enregistrée
Marque de la VITAMINE B COMPLEXE

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.

Administration: Windsor, Ontario.

Bureaux à l'usage de MM. les médecins: Immeuble "Dominion Square", Montréal, P. Q.

WINTHROP

substances de la peau, et par les huiles de foie de poisson comme *l'huile de foie de morue,* qui devrait faire partie de tout régime alimentaire d'hiver pour les enfants et même pour certains adultes. Il se trouve de petites quantités de la vitamine D dans les poissons à chair grasse comme le hareng et le maquereau, ainsi que dans le foie, les œufs et le lait irradié.

LE MEMORIAL MEYERS

L'Association Médicale Canadienne reçoit la somme de $100.00 chaque année, de la succession de feu le docteur Campbell D. Meyers pour procurer un honoraire connu sous le nom de « Le Mémorial Meyers » (The Meyers Memorial).

L'octroi est fait selon les instructions du donateur, qui sont:

1) Que l'octroi sera fait « ... à tout membre ou invité de l'Association Médicale Canadienne ou de l'une des Associations Médicales Provinciales, qui écrira et présentera à l'assemblée annuelle d'aucune des dites Associations la meilleure thèse ou dissertation... »
2) Que le sujet sera « ... l'étude et le traitement de ces névroses fonctionnelles qui, non traitées ou traitées trop tardivement, pourraient probablement conduire à la folie... »
   « ... il est impossible de classifier définitivement le type des affections dont il est question plus haut. Je désire référer toutefois à ces névroses fonctionnelles, dans lesquelles les symptômes psychologiques constituent la partie essentielle du syndrome, et à ce type de névrose qui se développe à la fin de l'adolescence ou la vie adulte chez un patient dont l'histoire antérieure, mentale et nerveuse, est bonne, spécialement telle névrose dont l'étiologie peut être retracée dans l'effort émotionnel causé par le chagrin excessif, l'inquiétude ou des conditions associées... »
   « Je désire exclure de cette thèse l'étude des arriérés mentaux, des paranoias, et toutes conditions similaires d'une maladie mentale due à des états héréditaires ou organiques... »
3) Que l'octroi sera fait « ... par un Comité composé du Président, d'un médecin et d'un neurologue... »

Ceux qui désirent soumettre une thèse sont priés de communiquer, à l'avance, avec le Président du Comité du Mémorial Meyers, afin de s'assurer que leur thèse répondra aux conditions imposées par l'octroi.

La thèse doit être entre les mains du Président du Comité du Mémorial Meyers le ou avant le 31 mai si elle doit être considérée pour l'octroi de l'année en cours et devrait lui être adressée à 184, rue du Collège, Toronto. Toute thèse reçue après le 31 mai sera considérée comme soumise pour l'année suivante.

NOMINATION

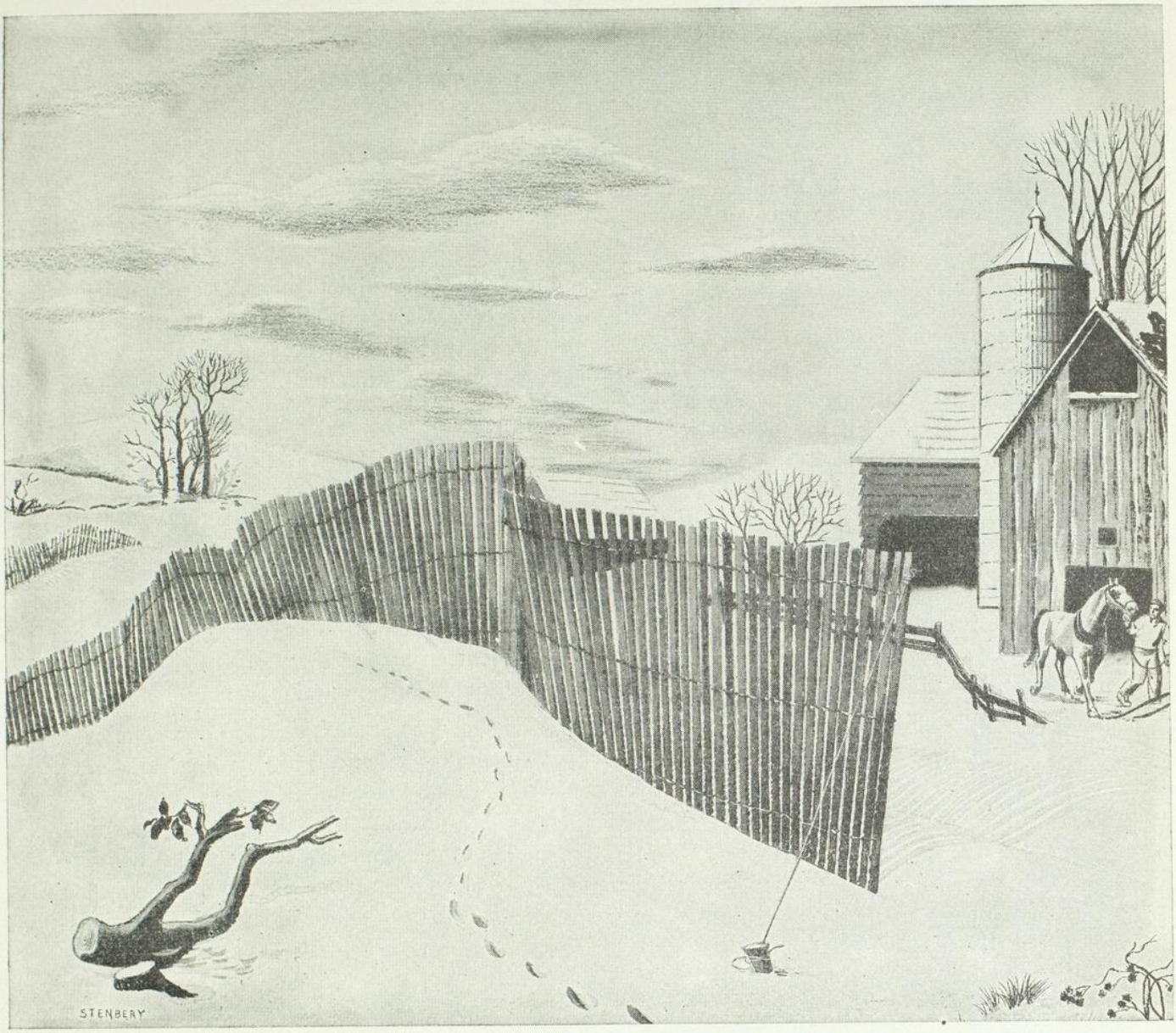
Le docteur L.-C. Simard, anatomo-pathologiste à l'hôpital Notre-Dame et professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, vient d'être nommé membre du Conseil Médical du Conseil National des Recherches du Canada. Nous offrons nos félicitations les plus sincères au docteur Simard, directeur de notre Journal.

NOUVEAUX MEMBRES DE LA SOCIETE ROYALE DU CANADA

Tout récemment, un groupe d'amis et de professeurs à l'Université de Montréal fêtaient, au cours d'un dîner au Cercle Universitaire, les **docteurs L.-C. Simard et Georges Préfontaine,** en l'honneur de leur récente nomination à la Société Royale du Canada. Monseigneur Olivier Maurault, recteur de l'Université, présidait le dîner. Le Frère Marie-Victorin, dans une allocution remplie d'idées et de faits véridiques à la louange de nos deux collègues et d'un de ses élèves, M. Jacques Rousseau, les présenta à l'assistance.

M. le Professeur Masson porta également la parole et les trois nouveaux membres remercièrent.

Cette fête intime fut l'occasion d'un hommage mérité à l'égard de nos deux collègues distingués à qui « L'Union Médicale » offre ses plus chaleureuses félicitations.



Protégeons-nous !

Sans la barrière qui les protège, combien de nos fermes et de nos routes rurales seraient ensevelies sous la neige pendant le grand hiver!

Aux yeux de beaucoup de nos plus éminents médecins, les **Perles Vi-Penta** constituent un vrai mur protecteur contre les maladies par carences et précarences vitaminiques. Elles viennent à point renforcer la résistance aux rhumes et autres affections des voies respiratoires.

Généreusement dosées, les Perles Vi-Penta véhiculent une charge puissante en vitamines A, B_1, C, D et riboflavine; elles permettent de compléter heureusement notre alimentation presque toujours déficiente en l'une ou l'autre de ces cinq vitamines. On prescrit aux enfants et aux adultes de 1 à 4 Perles par jour. En boîtes de 25 et 100 Perles et en conditionnements de 1,000 et plus pour cliniques et hôpitaux.

PERLES VI-PENTA

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE - MONTRÉAL

REVUE DES LIVRES

Charles OBERLING. — **Le Problème du Cancer.** Collection "France forever", sous la direction du Professeur Henri Laugier. Editions: L'Arbre, Montréal.

Dans la vitrine du libraire, ce livre attire aimablement la vue. Il a tout d'un roman français, couverture, format et épaisseur..., tout, sauf le titre. Et l'on est un peu surpris, dès l'abord, qu'un sujet aussi austère et angoissant que celui du cancer puisse être offert au public sous un tel déguisement. On en commence la lecture et, plus on avance, plus on est pris, plus on a l'impression que l'on dévore le plus passionnant des romans d'aventures.

Dans un premier chapitre: *pourquoi s'intéresse-t-on au cancer*? l'auteur présente ce mal inexorable, objet de terreur depuis la plus haute antiquité et dont la fréquence semble augmenter à mesure que la médecine sait mieux guérir d'autres maladies et prolonge la durée moyenne de la vie humaine. On a dit de lui qu'il est la faillite de la médecine. En ce qui le concerne, c'est provisoirement vrai. Mais ne pourrait-on dire plus justement qu'il est la rançon des progrès de la médecine en d'autres domaines?

Le second chapitre est consacré à *l'évolution des idées sur la nature du cancer* et surtout aux progrès réalisés depuis l'invention du microscope. Celui-ci a permis de démontrer la constitution cellulaire des tumeurs, de suivre leur évolution, de les découvrir de bonne heure, alors qu'elles sont curables, et même de préciser les modifications tissulaires qui précèdent leur apparition. Cliniciens et histologistes n'ont pas seulement mieux vu le cancer, ils ont cherché à la comprendre et à déterminer ses causes.

De là sont nées les *théories du cancer*, objet du troisième chapitre, théorie irritative, théorie embryonnaire et théorie microbienne ou parasitaire. Ces théories, hypothèses de travail, ont inspiré toutes les recherches effectuées dans le but de déterminer les causes du cancer en le reproduisant artificiellement. Le quatrième chapitre, cancer expérimental, le plus long et le plus passionnant de tous, relate les plus suggestives des innombrables tentatives faites dans ce but. L'auteur les groupe sous les titres suivants: le *cancer greffé*, le *cancer provoqué*, les *rayons cancérigènes*, les *parasites producteurs de cancer*, les *facteurs héréditaires du cancer*, les *corps cancérigènes*, les *virus cancérigènes*. Il décrit chacune d'elles, les discute et montre à la fois ce qu'il y a de douteux et ce qu'il y a de définitif dans leurs résultats, ce qu'on peut en attendre et dans quel sens elles mériteraient d'être poursuivies.

Dans le dernier chapitre: « pour conclure: *les* cancers ou *le* cancer? » Oberling rassemble tous les faits. Pour lui, la réalisation des tumeurs cancéreuses, sous leurs formes multiples, par tant de moyens différents est compatible avec l'idée que tous sont suscités, non par un, mais par un nombre indéterminé de virus. Hérédité, radiations, agents chimiques, inflammations ne cancérisent pas: ces facteurs préparent les cellules et les rendent réceptives pour les virus cancérigènes. Quelques-uns de ceux-ci sont connus avec certitude. Il n'y a aucune raison pour que des recherches, entreprises avec des moyens appropriés et nouveaux, ne conduisent pas à la découverte des autres.

D'abord professeur agrégé d'anatomie pathologique à Strasbourg, puis à Paris, devenu sous-directeur de l'Institut du Cancer de l'Université de Paris, puis directeur de l'Institut d'Hygiène et de Bactériologie de Strasbourg et enfin, doyen de la Faculté de Médecine de Téhéran, Ch. Oberling, jeune encore, a déjà parcouru la carrière la plus variée et la plus brillante. A la fois pathologiste, histolo-

COMPRIMÉS d'ORETON-M

DANS L'HYPOGONADISME ET LES TROUBLES PSYCHIQUES QUI ACCOMPAGNENT L'AFFAIBLISSEMENT DE LA FONCTION TESTICULAIRE. EN GYNÉCOLOGIE POUR ENRAYER L'HÉMORRAGIE UTÉRINE FONCTIONNELLE ET CONTRE LA DYSMÉNORRHÉE RÉFRACTAIRE. EN OBSTÉTRIQUE POUR LA SUPPRESSION DE LA LACTATION ET POUR LE SOULAGEMENT DE L'ENGORGEMENT DES SEINS. COMPRIMÉS D'ORÉTON-M DE 10 MG. EN BOÎTES DE 15, DE 20 ET DE 100.

SCHERING CORPORATION LIMITED
137 St. Peter St., Montreal

giste, bactériologiste, expérimentateur ingénieux, il sait communiquer à autrui son savoir et son enthousiasme.

Le présent livre est l'œuvre d'un érudit, mais ce n'est pas un ouvrage d'érudition, une compilation plus ou moins indigeste. Il est tiré d'une série de conférences destinées à des médecins non spécialisés en cancérologie. De la conférence, il a le style direct. En le lisant, on croit l'entendre. Oberling dit, dès le début, ses préférences pour la théorie des virus cancérigènes. Il conduit l'exposé des faits et leur discussion à la façon d'une plaidoierie. Et comme il veut convaincre un public dont il connaît les lacunes, il n'hésite pas, à propos de chaque donnée générale qu'il sait peu familière aux médecins, à en donner une explication brève et lumineuse. C'est pourquoi il est accessible à tous les médecins, et sans aucun doute, à bien d'autres qui, simplement, aiment le savoir.

Enfin, outre ses qualités didactiques ce livre en possède une autre d'ordre sentimental: il rend un pieux hommage à un savant trop peu connu et surtout trop méconnu, Amédée Borrel, qui fut son maître, comme le mien. Borrel fut l'initiateur génial de la théorie des virus cancérigènes, à une époque où les esprits n'étaient pas encore aptes à la recevoir. On ne saurait trop louer Oberling de lui avoir rendu justice.

Le professeur Henri Laugier peut être fier de ce premier né de sa collection « France forever ». Si, comme j'en suis persuadé, les volumes à venir sont de même qualité que celui-ci, cette collection connaîtra le succès le plus éclatant et remplira merveilleusement son but de propagande française.

P. MASSON.

R. P. Léon BOUVIER, S.J. [1]. — **Le précepte de l'aumône chez saint Thomas d'Aquin.**

Conclusion générale

Pour terminer cette longue étude sur la pensée de saint Thomas en matière d'aumône, marquons la place qu'elle occupe dans l'histoire de la doctrine.

1) Au moment où paraît le Docteur Angélique, on peut dire que, sortant des analyses hâtives et des essais de coordination de l'âge patristique et pré-scolastique, la doctrine de l'aumône était à peu près constituée avec Guillaume d'Auxerre, Alexandre de Halès et Albert le Grand. Héritier et continuateur de ces illustres maîtres de la théologie médiévale, saint Thomas accepte au début à peu près toutes leurs indications, surtout les deux déterminations du précepte, l'existence du superflu et l'extrême nécessité, mais se montre assez réticent et plutôt novateur sur le rôle de la justice.

En sa magistrale synthèse de la Somme, il n'abandonne pas la disjonction des deux sources d'obligation, mais utilisant avec plus de maîtrise les notions aristotéliciennes de justice [2], il assigne résolument et définitivement le rôle principal, et disons essentiel, à la vertu théologale de charité. Ce sera là sa marque personnelle, le sceau de son génie. Pour la doctrine c'est une acquisition définitive; sur ce point elle ne variera plus jamais au cours des siècles; elle ne cherchera que des compléments d'information, des cas concrets d'application.

Guidés par cette donnée lumineuse, les théologiens postérieurs en viendront tout naturellement à entendre les deux sources d'obligation *coniuntive* et non plus *disiunctive,* le fait d'avoir du superflu n'étant plus que la

1. Nous accusons réception d'un livre très intéressant dont nous publions la conclusion générale, car elle donne une idée précise des données essentielles contenues dans ce livre.

2. Mgr M. Wittman dans un récent ouvrage (Die Ethik des h. Thomas von Aquin, Munchen, 1933) a montré qu'il faut reconnaître dans la morale de saint Thomas, malgré les nombreuses formules aristoléciennes, l'influence pénétrante de l'augustinisme, et cesser d'y voir un décalque de la morale d'Aristote. Conclusion qui rejoint celle de M. E. Gilson (*l'Esprit de la philosophie médiévale,* Paris, 1932).

Toutefois, pour ce qui est du concept de justice, notre étude nous amène à partager entièrement la critique de dom Lottin, O.S.B. (*Bulletin de Théol. anc. et méd.*, t. 11, no. 351), à savoir, qu'ici l'influence du Stagirite est décisive et dans les termes et dans le fond de la pensée. Et il y a tout lieu de s'en féliciter, parce que chez le docteur d'Hippone le terme *justicia* répond à une quantité de nuances, allant jusqu'à signifier une simple convenance comme vient de le mettre en lumière. « Justice » et « droit » dans la langue de saint Augustin: *Bull. de Litt. Eccl.*, t. XXXIII (1932) p. 5-15). (Note 1, page 191.)

RADIOSTOLEUM

Nom déposé

(Vitamines A et D standardisées)

Il est reconnu que pendant l'hiver et au début du printemps, l'alimentation doit comporter un apport plus considérable de vitamines, de Vitamines A et D surtout. L'administration de ces vitamines est particulièrement nécessaire chez les malades prédisposés aux infections des voies respiratoires et qui, pour certaines raisons, sont astreints à un régime de restriction.

Le Radiostoleum offre un moyen facile d'augmenter l'ingestion de ces vitamines. Sa teneur en Vitamine A est suffisante, à la dose indiquée, pour fournir la quantité requise dans les cas suivants:

Dans le maintien en état normal des tissus épithéliaux;

Dans la prophylaxie et le traitement de la cécité nocturne d'origine alimentaire;

Dans la prophylaxie de la xérophtalmie et le soulagement de cette affection à son début.

La teneur en Vitamine D est suffisante aussi pour fournir cette substance en quantité voulue dans la prophylaxie du rachitisme et dans le développement normal des os et des dents.

Par conséquent, le Radiostoleum est d'une grande valeur et devrait être administré régulièrement durant les périodes où l'organisme en requiert davantage, c'est-à-dire durant l'enfance, l'adolescence, la grossesse et l'allaitement, ainsi que pendant les mois de l'hiver et chez les autres malades de tous âges, lorsqu'un supplément de vitamines est nécessaire.

Le Radiostoleum se vend au Canada chez tous les principaux pharmaciens. Renseignements sur demande en vous adressant à:

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD.
Toronto Canada.

Rstm/Can/431

condition d'exercice de l'acte de miséricorde [1]. S'ils sont infidèles à la lettre de la Somme, ils n'en trahissent pas trop l'esprit, puisque en définitive saint Thomas dans sa position finale ne coordonne pas les deux aspects de l'aumône qu'il reconnaît, mais les subordonne, le premier jouant dans sa pensée le rôle d'élément matériel (justice légale divine ou humaine), le second celui d'élément formel (miséricorde, charité). Le travail des moralistes continuera en ce sens [2], et notre âge a recueilli le fruit de leurs labeurs.

2) Si l'on ouvre les manuels de théologie morale qui aujourd'hui font loi dans les Universités catholiques et les séminaires, et qui guident les confesseurs dans l'exercice de leur ministère, on peut se rendre compte de l'évolution de la doctrine depuis les données de saint Thomas d'Aquin. Prenant les choses par les sommets et sans nous attarder aux détails, notons les pertes et les acquits, si l'on peut dire.

L'enseignement du Docteur Angélique se résumait en ces quatre thèses fondamentales fortement soudées: a) il y a deux temps d'obligation distincts: le superflu d'état et l'extrême nécessité; b) il y a obligation de donner tout le superflu; c) il n'y a pas en dehors du cas d'extrême nécessité obligation de donner à tel pauvre en particulier; d) la *præparatio animi*, la disposition d'âme nécessaire à l'exécution du précepte en ses deux déterminations est toujours et partout obligatoire.

La première thèse est définitivement abandonnée [3]. De nos jours, pour la détermination du précepte, on distingue, d'une part, les nécessités du pauvre en nécessité extrême ou quasi extrême, nécessité grave et nécessité commune, et d'autre part, le superflu du riche en superflu absolu ou relatif. C'est de la convergence de ces différentes nécessités et de ces divers superflus que naît la détermination de l'obligation de la charité. Il reste toutefois l'inconvénient que le caractère social de la richesse, sa fonction sociale, reste dans l'ombre et vient s'ajouter après coup, comme considération secondaire et complémentaire, alors que chez saint Thomas et les théologiens de son époque elle était au premier plan.

Après ce premier abandon, logiquement il fallait aussi laisser de côté la seconde thèse. Les temps, en effet, sont changés; avec les communications modernes plus faciles, les échanges plus nombreux, l'activité économique plus intense, apparaît la possibilité d'une utilisation de la richesse tout autre qu'au temps de saint Thomas. Dès lors pourquoi ne serait-il pas légitime de songer à améliorer sa position sociale, à faire monter sa famille dans l'échelle sociale, la démocratie ne connaissant plus la rigide séparation des classes d'autrefois ? Donner tout le superflu d'état, c'est couper court à toutes ces aspirations légitimes.

D'autre part, un bon nombre d'auteurs [4] ont gardé de cette notion du superflu, source d'obligation, un corollaire intéressant, et nous partageons leur opinion, à savoir; qu'en dehors du cas d'extrême nécessité, il n'y a pas de faute grave à refuser l'aumône à tel pauvre, pourvu qu'on se réserve de distribuer autrement ses largesses. C'est exactement le *committitur arbitrio uniuscuiusque dispensation propriarum rerum* (2a 2ss, 66, 7).

Enfin, les controverses encore ouvertes ont enseigné à tous que ce devoir de charité se refuse à notre pauvre analyse humaine dans la détermination précise et positive de l'obligation concrète. Aussi tous les moralistes con-

1. (Note 1, page 192). Voir P. Goreux, S.J. « L'aumône et le régime des biens. L'interprétation de saint Thomas dans la tradition »: *Nouv. Rev. Théol.* t. LIX (1932), p. 248 sq.

2. Voir P. René Brouillard, S.J. « La doctrine catholique de l'aumône »: *Nouv. Rev. Théol.*, t. LIV (1927) p. 23 sq.

3. On peut s'en convaincre en consultant, v. g. Prummer O.P., *Man. Théol. Mor.* t. I, n. 590 (Herder, 1931); Merkelbach, O.P. *Summa Théol. Mor.*, t. I. n. 929-930. Cependant, les quelques textes de la Somme, que tous les auteurs modernes ne manquent pas de citer, pourraient donner le change sur la doctrine enseignée au moyen âge par le Docteur Angélique (note 1, page 193).

4. (Note 1, p. 194). Ainsi v. g. le R. P. Vermeersch, S.J., *Théol. Mor.*, t. II, n. 105, Romac 1928; H. Noldin, S.J., A Schmitt, S.J.; *Summa Théol. Mor. Oeniponte*, 1932., t. II, n. 91; A. Lehmkukl, S.J., *Théol. Mor.*, Freiburg, 1914, t. 1, n. 762.

temporains ne manquent-ils pas de rappeler avec instance le devoir grave de la préparation intérieure de la volonté: ne pas laisser prendre son cœur par les richesses, être prêt à secourir les autres dans leurs nécessités. C'est rejoindre « Suarez » [1], qui disait qu'un riche dans l'abondance est en état de péché mortel, s'il forme le dessein de refuser toujours l'aumône en dehors des nécessités graves. C'est surtout rejoindre saint Thomas et par lui la loi d'amour de l'Evangile.

Tradition et progrès, n'est-ce pas ce que nous présente ce rapide tableau de l'histoire de l'aumône? La doctrine catholique s'est souciée de développer le dépôt sacré de la tradition théologique et évangélique, en envisageant les applications nouvelles que demandent sans cesse les faits de notre vie changeante. Mais il faut dire, en terminant notre travail sur la pensée de saint Thomas en matière de bienfaisance, que la théologie morale lui garde une reconnaissance émue, parce qu'il lui a indiqué, le premier et pour toujours, dans un geste de savant et de saint, la route lumineuse de la divine charité.

1. (Note 2, p. 194). De Caritate, disp. VII, s. 3, n. 7. *Omnia opera. Vivès,* 1858, t. XII.

Une étude récente démontre une différence considérable dans la digestion de l'élément fibreux des aliments.

Des recherches effectuées récemment dans une grande Université apportent de nouvelles preuves de la différence dans la digestion de certaines substances formant le « volume » dans l'alimentation.

Tandis que les diététiciens, jusqu'à présent, soutenaient généralement la théorie que la substance fibreuse de n'importe quel aliment se digérait de la même façon, le résultat de ces recherches indique maintenant qu'il y a une différence considérable dans la digestion de la fibre de provenances diverses.

Lorsque l'élément fibreux est mieux digéré, il est évident que le « volume » facilitant l'élimination naturelle est plus restreint. Par conséquent, si l'alimentation ne comporte pas le «volume » suffisant, il est nécessaire de le compenser sous une autre forme plutôt que d'ajouter plus de volume tiré de la même source.

Cette étude mentionne aussi que de tous les aliments soumis à l'épreuve, l'effet laxatif le plus efficace fut réalisé par le ALL-BRAN de KELLOGG et par un légume cru (le chou).

KELLOGG CO. OF CANADA, LTD., London, Ont.

Auriez-vous l'obligeance de me faire parvenir des exemplaires gratuits du Rapport sur les recherches récentes sur la digestion de l'élément fibreux provenant de diverses sources?

Docteur .....

Adresse .....

NÉCROLOGIE

MAURICE BOISSEAU
(1899-1942)

Le docteur Maurice Boisseau est récemment décédé à l'âge de 43 ans après une courte maladie.

Le défunt avait fait ses études secondaires au séminaire de Saint-Hyacinthe et ses études médicales à l'Université de Montréal qui lui remit son doctorat en 1924.

Après son internat à l'hôpital Notre-Dame, il s'installa à Farnham où il exerça jusqu'à sa mort.

Maurice Boisseau fut un excellent élève, un interne sérieux et appliqué, un médecin qui ne se ménagea pas dans l'exercice de sa profession et qui rendit à ses clients les soins inestimables qu'est en mesure de prodiguer un médecin consciencieux, judicieux et bien préparé par des études solides. Si on ajoute à ces qualités une activité et un zèle infatigables, on aura exposé en quelques lignes les caractères principaux de la personnalité professionnelle de Boisseau.

Il fut un ardent, un impulsif, mais aussi un homme loyal qui détesta le mensonge et les compromissions, qui aima sa famille et demeura fidèle à ses amis.

J'ai bien connu Boisseau qui fut mon confrère à la Faculté à l'époque des incendies de la bâtisse de la rue Saint-Denis et des cours reçus, durant les deux périodes de réfection, à l'école Saint-Jacques, à l'immeuble du Conseil Lafontaine des Chevaliers de Colomb, rue Sherbrooke, et à l'Ecole Dentaire. Ces incidents de notre vie universitaire et d'autres communs à chaque génération de confrères, lui attribuèrent une allure d'imprévu qui en sont des jalons bien fixés dans l'esprit. J'étudiais souvent avec Boisseau et deux ou trois collègues dans une pension de la rue Saint-Hubert, presque exclusivement habitée par des étudiants et plus tard dans une autre de la rue Sherbrooke qui maintenant fait partie des locaux du Cercle Universitaire. Ces soirées d'études qui se terminaient par des discussions bruyantes, des commentaires humoristiques ou d'amicales agaceries, constituaient un des agréments les plus aimables de notre vie d'étudiants. Nous étions jeunes, sans responsabilités matérielles, pleins d'espoir et de gaieté communicative. Boisseau n'était pas parmi les moins bruyants de ces réunions, son rire sonore lancé entre deux bouffées de pipe faisait partie intégrante de la mise en scène.

Puis, ce fut le stage d'internat à Notre-Dame, d'abord dans l'historique immeuble de la rue Notre-Dame, maintenant démoli, et dans la nouvelle bâtisse de la rue Sherbrooke. Que de souvenirs joyeux de ce temps d'internat! Neuf internes, neuf copains qui vivaient dans une intimité qu'on ne retrouve plus maintenant dans les grands hôpitaux agrandis et perfectionnés.

Boisseau, comme je le disais plus haut, fut un excellent interne; assidu et ponctuel au service, compréhensif et humain auprès du malade. Il quitta l'hôpital, bien préparé pour la pratique, pour Farnham où il exerça jusqu'à sa mort.

Sa grande activité, son zèle et une légitime ambition de même que l'honorabilité de son caractère l'entrainèrent vers l'administration de sa ville et je crois que, dans l'exercice de ses fonctions d'échevin, Boisseau a dû se montrer aussi spontané, aussi entier dans ses opinions et intransigeant à l'égard de l'injustice, qu'il s'était toujours manifesté dans le passé.

Peu de temps avant sa mort, il avait appris brutalement la nature du mal qui était en lui. Il en connut l'inexorable incurabilité. Sa première réaction fut forcément douloureuse, mais il se reprit bientôt et c'est avec un calme

esprit et une sérénité d'âme parfaits qu'il attendit la fin.

Pleinement conscient du sort qui l'attendait, sachant que seule la mort pouvait être l'issue de ce dernier drame personnel, il l'affronta avec courage. Ses confrères de promotion déplorent sincèrement la disparition de ce camarade franc et loyal. Que sa femme et ses enfants veuillent bien accepter leurs condoléances.

Roma AMYOT.

LE DR JEAN-BAPTISTE-ARTHUR QUINTAL

Le docteur Quintal vient de mourir à l'âge de 69 ans. Il avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal où il obtint son doctorat en 1896. Le docteur Quintal était directeur de l'« Aide à la Femme » et de la « Société d'adoption et de protection de l'enfance ». Il exerçait à Montréal depuis l'obtention de son doctorat.

LE DOCTEUR J.-W. TETRAULT

Le docteur J.-W. Tétrault, de ville Saint-Laurent, est décédé le 3 décembre à l'âge de 66 ans. Le défunt avait terminé ses études médicales en 1903, à l'Université Laval de Québec. Il avait exercé d'abord à Saint-Denis-sur-Richelieu et, depuis 1925, à Ville Saint-Laurent.

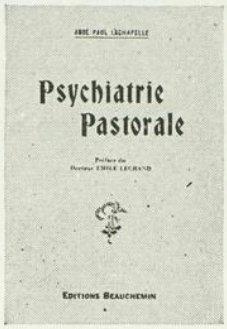
Nous offrons nos sincères condoléances à son fils, le docteur Paul Tétrault et à son gendre, le docteur J.-A. Paquette, collaborateur fidèle de notre Journal.

LE DOCTEUR ARMAND PELLETIER

Le docteur Pelletier est décédé le 26 novembre à l'âge de 42 ans. Le défunt avait étudié la médecine à l'Université Laval de Québec qui lui accorda son doctorat en 1927.

C'EST UNE ÉDITION BEAUCHEMIN

PRÊTRES, MÉDECINS, ÉDUCATEURS, LISEZ CE LIVRE



QUINZE LEÇONS DE *Psychiatrie Pastorale*

par l'abbé PAUL LACHAPELLE

Préface du Docteur Emile Legrand,
professeur de psychiatrie à l'Université de Montréal.

Un volume in-12 de 288 pages.

Prix: l'exemplaire, **$1.25** Par la poste: **$1.35**

« *En lisant « PSYCHIATRIE PASTORALE », on se rend compte que la psychiatrie n'est plus une science mystérieuse.* » Cette citation tirée de la préface du Docteur Émile Legrand en dit long sur le mérite de cet ouvrage. Il ouvre, non seulement de vastes horizons sur certains états d'âme qu'on rencontre dans la vie et dans le ministère, mais il nous donne aussi la solution de beaucoup de cas qui restent insolubles pour ceux qui ne connaissent rien de la psychiatrie.

Dans ce livre, nous voyons défiler des émotifs, des obsédés, des impulsifs, des scrupuleux, des hystériques, des pervers, de faux mystiques, des hallucinés, etc., etc. On ne peut comprendre ces malades, on ne peut surtout leur faire du bien qu'en se référant à des notions de psychologie pathologique. L'abbé Lachapelle, après des études très poussées dans ce domaine, met aujourd'hui à la portée de tous ceux qui ont charge d'âmes ce qu'il importe de connaître au sujet des maladies mentales et nerveuses. Son livre est en outre un complément indispensable au *Traité des actes humains*. La Théologie proprement dite, en effet, ne peut aborder en détail ces questions compliquées.

Il est totalement impossible de donner en quelques phrases, même un pâle résumé des quinze leçons que comporte cet ouvrage. Mais ceux qui auront la curiosité de le lire, et ceux, plus nombreux encore qui auront à l'étudier pour les besoins de leur ministère, — tant laïques que prêtres, — en retireront un profit indéniable, car « PSYCHIATRIE PASTORALE » est avant tout un livre pratique. Il ne s'agit pas ici de théories vides de sens mais de réalités qui sont en connexion étroite avec la vie de l'âme.

« *La société,* écrit l'auteur, *n'est pas seulement malade parce qu'elle est envahie par de fausses doctrines: elle est aussi remplie de malades de l'esprit. Le docteur Carrel nous le disait dans L'HOMME CET INCONNU. Le monde fourmille de malades mentaux. Or, nous sommes prêtres pour ces pauvres malheureux comme pour les autres: nous sommes prêtres pour tous.* »

Librairie BEAUCHEMIN Limitée 430, rue St Gabriel, Montréal

Trois nouveaux produits pour le traitement et la prophylaxie de la

COQUELUCHE

Ayerst **No 489**

ANTITOXINE COQUELUCHEUSE ET SÉRUM ANTIBACTÉRIEN COMBINÉS (LAPIN)

Pour l'immunisation passive des sujets exposés à la coqueluche et le traitement de ceux qui en sont atteints.

Ayerst **No 486**

VACCIN-TOXOÏDE COQUELUCHEUX

Bacilles Haemophilus pertussis obtenus suivant la méthode de Kendrick et d'Eldering, en suspension dans une solution de toxoïde (anatoxine) coquelucheuse. Ce mélange constitue un vaccin perfectionné ayant le pouvoir de conférer une immunité non seulement contre l'organisme en cause mais aussi contre sa toxine.

Ayerst **No 497**

TOXINE COQUELUCHEUSE POUR L'ÉPREUVE DE STREAN

L'épreuve de Strean sert à déterminer si le sujet exposé à la coqueluche y est sensible ou si l'administration d'antitoxine au malade sous traitement a été suffisante. On l'emploie aussi pour établir le degré d'immunité active conférée par le Vaccin-Toxoïde Coquelucheux.

Ces produits ont été précisés après des recherches poursuivies durant des années par le docteur L. P. Strean et ses collaborateurs dans les laboratoires Ayerst, McKenna & Harrison Limitée.

Ayerst

IMMUNISATION ACTIVE ET PASSIVE

CONTRE LA COQUELUCHE

La coqueluche est une des causes les plus importantes de la mortalité infantile et ses séquelles sont responsables de nombre de maladies qui surviennent plus tard dans la vie. Pour cette raison, on a cherché pendant longtemps des méthodes efficaces pour l'enrayer ou la traiter. La présentation actuelle de trois nouveaux produits sous l'étiquette Ayerst mis au point par le docteur L. P. Strean et ses collaborateurs dans les laboratoires Ayerst après plusieurs années de recherches rendront de grands services dans la prophylaxie et le traitement de cette affection. Les résultats obtenus dans les cas décrits ci-après concordent dans l'ensemble avec les constatations faites au cours de nombreux essais cliniques poursuivis récemment avec ces nouvelles préparations.



OBSERVATION I

Cet enfant fut exposé directement à la coqueluche au cours d'une poussée épidémique dans un institut. L'épreuve cutanée de Strean donna une réaction positive, illustrée ici, ce qui indique la réceptivité à la coqueluche.

Traitement: 10 c.c. d'Antitoxine Coquelucheuse et Sérum Antibactérien Combinés (Lapin) Ayerst par voie intramusculaire.

Résultat du traitement: Négativation de l'épreuve cutanée. Le sérum conféra une immunité passive puisque la coqueluche ne s'est pas développée.

NOTE: On ne peut s'attendre à ce qu'une immunité passive produite de cette façon se maintienne au-delà de deux à trois semaines.

OBSERVATION II

Un examen régulier au cours duquel on pratiqua l'épreuve cutanée de Strean donna une réaction positive démontrant que l'enfant était sensible à la coqueluche.

Traitement: Quatre doses de Vaccin-Toxoïde Coquelucheux Ayerst, par voie sous-cutanée: 1 c.c., 1½ c.c., 1½ c.c. et 2 c.c. à intervalles de quatorze jours.

Résultat du traitement: Aucune réaction nocive. Dans une période de six semaines, il y eut négativation de l'intradermo-réaction, ce qui indique que le traitement avait conféré une immunité active contre la coqueluche.

NOTE: L'épreuve cutanée pratiquée à intervalles d'un an permet d'établir si le sujet est encore en état d'immunité active.



D'autres détails au recto

Des imprimés décrivant les méthodes de traitement et les résultats obtenus en clinique seront envoyés sur demande.

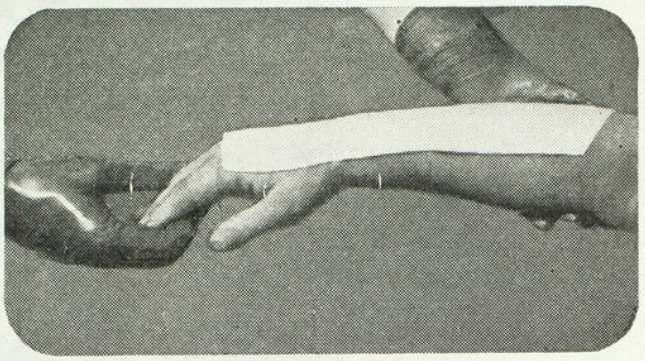
AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

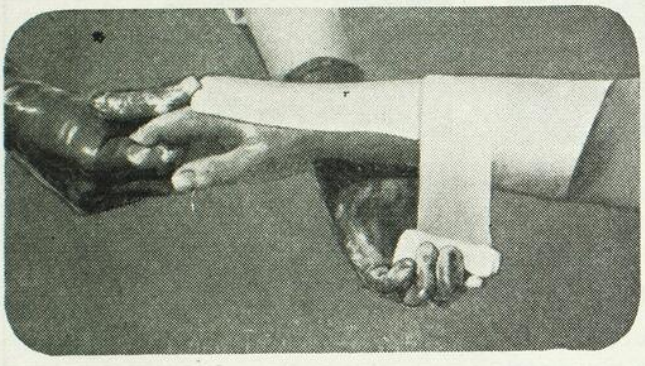
MONTRÉAL **CANADA**

Le 'Cellona' dans les fractures du carpe

Au moyen d'un bandage 'Cellona' de 6 pouces (4 pouces chez les enfants), on forme une plaque moulant le dessus du radius jusqu'à la base métacarpienne. Le bandage doit s'étendre de l'olécrâne aux têtes métacarpiennes et couvrir le dessous de l'avant-bras.



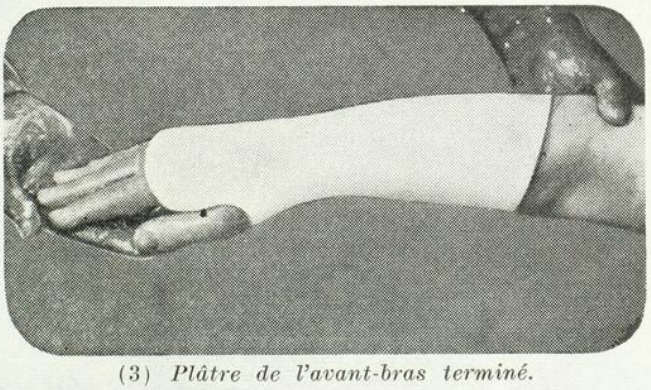
(1) *Plaque de plâtre 'Cellona' appliquée au dos de l'avant-bras.*



(2) *Application du bandage 'Cellona'.*

Dans les fractures récentes, lorsque peut se produire de l'œdème, il est bon de laisser une ouverture au plâtre que l'on recouvrira d'une mousseline. L'application d'un autre bandage 'Cellona' de 3 ou 4 pouces devra le compléter, mais seulement après disparition du danger d'œdème.

On peut empêcher le fragment réduit de tourner par l'emploi d'une légère boucle en fil de cuivre, d'un diachylon ou de quelques tours de bandage 'Cellona' à travers la paume. Cependant ce bandage ne doit pas s'étendre au delà des plis palmaires. Les qualités de remboîtement de 'Cellona' assurent une bonne consolidation en position voulue.



(3) *Plâtre de l'avant-bras terminé.*

Les bandages à plâtres 'Cellona'

se vendent chez les marchands d'instruments chirurgicaux

Dépositaires:

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

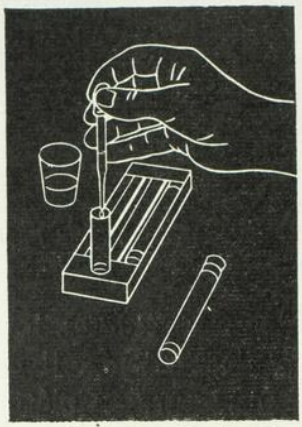
Les bandages et les produits 'Elastoplast' ainsi que le 'Cellona' sont fabriqués en Angleterre par T. J. Smith and Nephew Ltd., Hull.

Présentation du

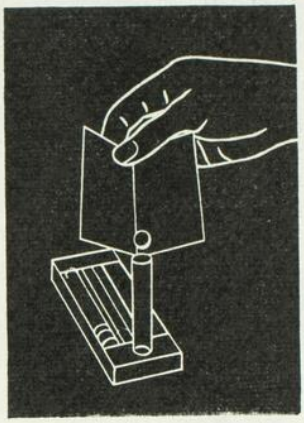
CLINITEST

(COMPRIMÉS POUR L'ANALYSE QUANTITATIVE DU SUCRE DANS L'URINE)

NOUVELLE ANALYSE DE L'URINE EN *UNE MINUTE*



1 **5 gouttes d'urine** *plus* 10 gouttes d'eau.



2 **Faites-y tomber un comprimé.**



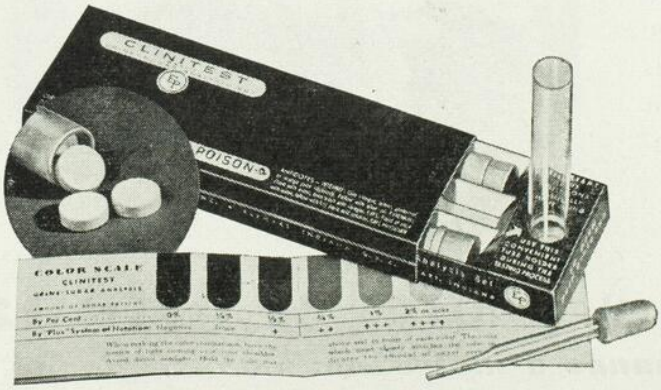
3 **Attendez la réaction et comparez avec l'échelle des couleurs.**

Pour répondre aux besoins du médecin, du technicien de laboratoire, de la garde-malade et du diabétique — une nouvelle analyse quantitative du sucre dans l'urine — simple, courte, sûre — a été conçue.

Voici ses avantages pratiques:

COURTE — Une analyse peut se faire en moins d'une minute.

SIMPLE — Rien de compliqué. Rien à chauffer ... le comprimé fourni sa propre chaleur.



SÛRE — La méthode Clinitest avec Comprimés est basée sur les mêmes principes chimiques que l'analyse de Benedict. Les différentes couleurs de l'échelle indiquent le sucre à 0%, ¼%, ½%, ¾%, 1%, 2% et plus.

COMMODE — Le nécessaire ne contient aucun liquide qui puisse se renverser. Petit, compact — peut se porter dans la poche ou le sac à main.

ÉCONOMIQUE — Le nécessaire (avec comprimés pour 50 analyses) se vend au malade pour la somme modique de $2.00. Comprimés de rechange (pour 75 analyses) — $2.00.

Écrivez pour recevoir de la documentation descriptive.

En vente dans les pharmacies qui remplissent les ordonnances.

EFFERVESCENT PRODUCTS INC.

Concessionnaires exclusifs pour le Canada

FRED. J. WHITLOW & CO., LTD., 187 DUFFERIN STREET, TORONTO.



QUESTION: *J'ai remarqué que les légumes verts, feuillus, et jaunes étaient énumérés comme excellentes sources de vitamine A. Cela s'applique-t-il aux légumes en boîtes ou seulement aux légumes frais et crus?*

RÉPONSE: Les fonctions de la vitamine A de ces légumes, ou des aliments en général, ne sont pas affectées par la mise en boîtes (1). Le traitement à la chaleur employé pour blanchir et "cuire" les légumes en boîtes détruit les enzymes qui se trouvent dans ces légumes; et la boîte, scellée d'une façon permanente, protège l'aliment contre l'air pendant l'entreposage et la distribution. Par conséquent, en consommant fréquemment des légumes verts, feuillus, ou jaunes, frais ou en boîtes, l'on s'assure des quantités importantes de vitamine A (2).

American Can Company, Hamilton, Ontario;

American Can Company Ltd., Vancouver, C.-B.

---

(1) 1938, Extraits et Revues sur la Nutrition 8, 281
(2) 1939, Nourriture et Vie; Annuaire de l'Agriculture, Ministère de l'Agriculture des E.-U., Imprimerie du Gouv. des E.-U., Washington, D.C.

BIS KAM OIL

Hyperchlorhydrie — Affections de l'estomac.

1 à 3 cuillerées de poudre délayées dans de l'eau froide.

TREPHONYL du Dr Roussel

(Hémostyl et extrait de foie)

Anémies. Déficiences organiques.

1 ampoule dans ¼ de verre d'eau par jour de préférence avant les repas de midi.

TAXOL

Rééducateur physiologique de l'intestin.

2 à 4 comprimés avant le repas du soir. (Dose moy., 2 comprimés.)

NEURINASE

Sédatif et hypnotique sans accoutumance.

1 à 2 tablettes au coucher.

ALEPSAL

Epilepsie. Convulsions (Non dépressif).

Comprimés dosés à 0 Gr. 015 et à 0 Gr. 10.

INOTYOL

Affections de la peau. Démangeaisons. Brûlures.

Applications journalières.

PLURIGLANDINE

Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

VEINATONE

Affections veineuses.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

ARTICHOBYL

Maladies du foie. (Action très douce.)

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

J. EDDÉ Limitée

Edifice New Birks, **MONTRÉAL**

LE BRANDY SUD-AFRICAIN

est reconnu pour sa haute teneur en esters

L'efficacité des esters du brandy sud-africain est reconnue par la profession médicale britannique qui utilise grandement ce brandy dans les hôpitaux. Le soleil et le sol sud-africain et les soins apportés à sa production, assurent l'invariable qualité de cet excellent brandy. Il est garanti par le gouvernement sud-africain quant à son âge et à sa pureté.

Gagnant de la médaille d'or dans le concours de tous les produits similaires de l'Empire au "Royal Agricultural Hall", Londres, Angleterre, en 1937.

D'autres excellents vins de l'Afrique du Sud se vendant au Canada:

PAARL SEC BLANC;
PAARL WITZENBERG;
PAARL SEC ROUGE (Type Bourgogne);
PAARL BOURGOGNE MOUSSEUX;
PAARL WINTERHOEK MOUSSEUX; (Type Champagne);
PAARL SAUTERNES;
PAARL VERMOUTHS (sec ou doux);
PAARL MUSCATEL;
OLD LIQUEUR BRANDY.

A Messieurs les Médecins

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES

ARTHUR HIRBOUR

.. est tout indiquée .. pour la préparation de vos ordonnances

37 ANNEES D'EXPERIENCE COMME PHARMACIE PROFESSIONNELLE.

NOUS N'EMPLOYONS QUE LES PRODUITS CHIMIQUES SUPERIEURS.

ANGLE SAINT-DENIS ET DE MONTIGNY
Téléphone: LAncaster 7356 — **MONTREAL**

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres
Salons mortuaires

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis
4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

Une thérapeutique efficace pour... *l'Otite Moyenne*

DOIT ÊTRE ANALGÉSIQUE - BACTÉRICIDE et PRODUIRE la DÉSHYDRATATION des TISSUS

Auralgan

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.

Montréal — New-York — London

LA GÉLATINE KNOX

ORDINAIRE, NON AROMATISÉE

Recommandée par les médecins
pour régimes spéciaux dans le traitement de:

... Ulcère peptique ... Convalescence
... Diabète ... Alimentation infantile
... Côlite
... Obésité ... Débilité

dus à l'ingestion insuffisante de protéine.

NOTE: La Gélatine Knox ne doit pas être confondue avec des poudres de gélatine à dessert aromatisées. Ces poudres ne contiennent qu'environ ⅛ de protéine et elles sont souvent aromatisées d'acides. La Gélatine Knox ne contient pas de sucre... une protéine pure et délicieuse. Elle contient 7 à 10 des principaux éléments de la protéine.



Si vous désirez des renseignements, des hors-texte ou des recettes pour ces régimes, indiquez ce que vous désirez sur cette annonce que vous attacherez à une formule d'ordonnance, et veuillez l'envoyer à Knox Gelatine, Dept. 472, Johnstown, N. Y.

KAOMAGMA

POUR LA

DIARRHÉE

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

Toujours le même but:

RÉDUIRE LE TAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

J. J. Joubert LIMITÉE

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . COQUELUCHE . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes — Ne cause ni intolérance, ni complication.

•

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratoires Ltée (Nembutal) 36
Anglo-French Drug Cie (Cortunon) 93
American Can Co. (Vitamine A et légumes verts, feuillus et jaunes) 115
115
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Prémarine Emménine) 1
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Alphamin" No 909 2
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée 112A
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée 112B

Brandy Sud-Africain 117
British Drug Houses (Canada) Ltd. The (Radiostoleum) 107

Canada Drug Co., Ltd. (Paveral) 119
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Nouvelle adresse et remerciements) 9
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Appareil à Rayons-X Westinghouse portatif modèle "C") 25
Ciba Compagnie Limitée (Cibazol) 24

Denver Chemical Manufacturing Company. The (Antiphlogistine) 11
Dohow Chemical Company, Ltd. (Auralgan) 118

Eddé, J., Ltée (Bis Kam Oil) — (Trephonyl du Dr Roussel) — (Taxol) — (Neurinase) — (Alepsal) — (Inotyol) — (Pluriglandine) — (Veinatone) — (Artichobyl) 116
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd.
1ère page de la couverture

Frosst, Charles E., & Co. 17
Frosst, Charles E., & Co. 18
Frosst, Charles E., & Co. 19
Frosst, Charles E., & Co. 20

Hartz, J. F. Co., Ltd., The (Elixir "Vitabolone") . . . 4
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine — Sulpho Lac — Camirol — Eau précieuse Dépensier — Bilifluine) . 87
Herdt & Charton, Inc. (Veratrite) 89
Herdt & Charton, Inc. (Osmopak) 97
Hoffmann-La Roche Ltée (Protégeons-nous!) 103

Joubert Ltée, J. J. (Réduire le taux de la mortalité infantile) 119

Kellogg Co. of Canada, Ltd. (Une étude récente démontre une différence considérable dans la digestion de l'élément fibreux des aliments) 109
Knox Gelatine (La Gélatine Knox) 118

Laboratoires DesBergers-BisMol (Fertinic) 4e p. couverture
Laboratoires Jean Olive (Argédrine — Normogastryl) 28
Laboratoires Poulenc Frères (Soneryl) . 2e page de la couv.
Lederle Laboratories, Inc. (Une tonne de Foie) . . 32
Libby, McNeill & Libby of Canada Limited (Aliments pour bébés) 34
Librairie Beauchemin Ltée (Psychiatrie Pastorale) . . 112

Mead Johnson & Co. of Canada Ltd. (Oleum Percomorphum) 23
Merck & Co., Ltd. (Pyridium) 5
Merck & Co., Ltd. (Erythrol Tetranitrate Merck) . . 33
Millet, Roux & Cie, Ltée (Endo-Plex-D) 21
Monty, Gagnon & Monty 118

Pharmacie d'ordonnances. Arthur Hirbour, La . . . 117

Rougier Frères (La Lyxanthine Astier) 3
Rougier Frères (Bes-Min) 85

Sanatorium de Blois (46e année d'existence) . . . 30
Sanatorium Prévost Inc. 26
Schering Corporation Limited (Comprimés d'Oreton-M) 105

Pages

Shuttlework, E. B. Chemical Co. Ltd. (Aquaphedrin E. B. S.) 95
Smith & Nephew Ltd. (Le "Cellona" dans les fractures du corps) 113
Squibb, E. B. & Sons of Canada, Ltd. (Tocopherex — Viophate-D) 99
Stearns & Company of Canada Ltd. Frederick (Neo-Synephrin Hydrochloride) 27

Usines Chimiques du Canada Inc. (Trois Points) . . . . . 3e page de la couverture

Victor X-Ray Corporation of Canada, Ltd. (Le même service sera maintenu par votre appareil G.-E.) . 29
Vinant Limitée (Liqueur Laville "L'antigoutteux") . . 7
Vinant Limitée (Pipérazine Effervescente Midy — Thiodérazine Midy injectable — Thiodérazine Midy buvable — Thiodacaïne Midy) 7
Vinant Limitée (Avis important pour 1943) 13
Vinant Limitée (Rhinamide — Opobyl) 15

Whitlow Fred. J. & Co. Ltd. (Clinitest) 114
William R. Warner & Company, Ltd. (Alka-Zane) . . 91
Winthrop Chemical Company, Inc. (Betaplexin) . . 101
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Mutations à cause de la guerre) 31
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (B-Plex Wyeth) . 35
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Kaomagma pour la diarrhée) 118-120

KAOMAGMA
POUR LA
DIARRHÉE