Tome 77 — Numéro 11

MONTRÉAL, NOVEMBRE 1948

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

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

SECRÉTARIAT
128, rue Sainte-Anne
Québec

DISTRIBUTION RAPIDE

Aucun produit pharmaceutique ne peut être obtenu plus rapidement que les préparations Lilly. Chaque pharmacie tient un assortiment des produits les plus en demande et le pharmacien peut se procurer les préparations qui lui manquent sans retard chez le distributeur Lilly de sa localité.

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

Lilly

Intensification du débit biliaire...

Une grande partie de toute la physiologie digestive repose sur le maintien d'un cycle biliaire normal. Le Dycholium exerce une action stimulante énergique sur la fonction biliaire; il en augmente considérablement la sécrétion, assurant ainsi un meilleur drainage vésiculaire et une amélioration des processus digestifs.

DYCHOLIUM

Principales Indications
ICTÈRE HÉPATIQUE, CHOLÉCYSTITE, ANGIOCHOLITE, INSUFFISANCE BILIAIRE, ENGORGEMENT DU FOIE.

COMPRIMÉS dosés à 0 g. 30 d'acide déhydrocholique cristallisé — Tubes de 20, flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés.
AMPOULES dosées à 1 gramme de déhydrocholate de sodium — Boîtes de 6 et de 100 ampoules.

POULENC - **Montréal**

Un Auxiliaire Efficace pour le Traitement de Certains Types de Tuberculose

L'expérience clinique indique que la Streptomycine, comme auxiliaire de la thérapie ordinaire, est l'agent chimiothérapeutique le plus efficace pour le traitement de certains cas de tuberculose. Dans des cas choisis, la Streptomycine s'est avérée efficace pour abréger la période d'invalidité.

La forme nouvelle et améliorée de ce précieux agent antibactérien — la Streptomycine Merck (Complexe Chlorure de Calcium) — fournit ces trois remarquables avantages:

1 *Pureté accrue*

2 *minimum de douleur après l'injection*

3 *efficacité uniforme.*

STREPTOMYCINE
Complexe Chlorure de Calcium Merck

MERCK & CO.
LIMITED
Chimistes - Fabricants

MONTREAL • TORONTO • VALLEYFIELD

SOMMAIRE

•

BULLETIN

Roma AMYOT

Au succès de l'Université Laval 1285

Hermile TRUDEL

Le comité d'économie médicale 1286

• • •

Roma AMYOT

Ptosis héréditaire familial et tardif des paupières supérieures 1287

Jacques LÉGER

Contribution à l'étude des phénomènes d'hypersensibilité 1295

RECUEIL DE FAITS

G. GINGRAS

Injections intrarachidiennes d'alcool chez les paraplégiques spastiques 1310

INDICATIONS :

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique
Goutte
Diabète arthritique

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

VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Gravelle urique et phosphatique — Une bouteille par jour comme ci-dessus.

Albuminurie des goutteux et des graveleux
Cystites. — Néphrites
Artério-sclérose au début

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

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

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

Des expériences cliniques ont prouvé que l'administration des xanthines peut doubler la circulation coronaire et augmenter le rendement à l'effort.

Chaque comprimé contient:

Théophylline	(1-1/2 grs.) 0 gr. 10
Théobromine	(1-1/2 grs.) 0 gr. 10
Iodure de Potassium	(2 grs.) 0 gr. 12
Phénobarbital	(1/4 gr.) 0 gr. 01
Bicarbonate de Soude	(2 grs.) 0 gr. 12

Flacons de 100

XANTOPHEN

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL (1)

SOMMAIRE

(Suite)

REVUE GÉNÉRALE

Laurent ARCHAMBAULT

Quelques principes élémentaires de physiologie chirurgicale 1317

G.-Roger CHAMPOUX

Les kystes du pancréas 1324

ÉDITORIAL

V. LATRAVERSE

Actualités sur la physiologie du nez et des sinus 1329

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

Adrien PLOUFFE

La semaine nationale d'immunisation et le service de santé 1335

Raymond MÉNARD

L'enlèvement des déchets et la division de l'inspection sanitaire 1338

Pour le traitement de L'ARTHRITE

COMPOSÉ d'"OSTOFORTE"

(S.E.C. No. 671 "Frosst")

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

" OSTOFORTE "

(S. E. C. No. 651 " FROSST ")

Chaque capsule contient 50,000 unités int. de vitamine D.

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

FORMULE :

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

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

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

Frosst — DEPUIS 1899 — LE SYMBOLE DE PROGRESSION DANS LA PHARMACEUTIQUE

Charles E. Frosst & Co.

MONTREAL CANADA

. . . par l'analgésie génito-urinaire **sûre** *et efficace*

Un grand nombre de malades ambulants sont rapidement soulagés des symptômes urinaires douloureux par la simple administration de 2 comprimés de Pyridium *t.i.d.*

L'administration orale du Pyridium produit un effet analgésique bien marqué sur la muqueuse génito-urinaire. Cette action palliative contribue au soulagement rapide et efficace, si bienfaisant au malade souffrant de symptômes pénibles tels que mictions douloureuses, impérieuses et fréquentes, nycturie et ténesme.

Le Pyridium est pour ainsi dire non toxique et on peut l'administrer à doses thérapeutiques avec une sécurité quasi complète pendant toute la durée du traitement de la plupart des infections génito-urinaires non compliquées.

Documentation sur demande

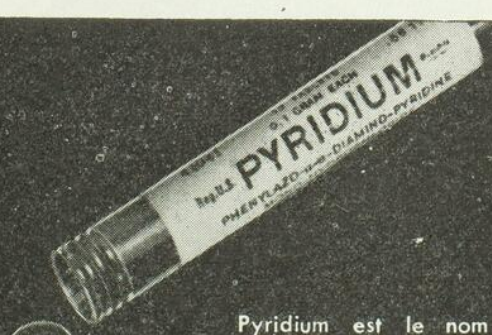
PYRIDIUM®

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

MERCK & CO., LIMITED

Fabricants chimistes

MONTREAL • TORONTO • VALLEYFIELD



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

SOMMAIRE
(Suite)

VARIÉTÉS

Allocutions prononcées au cours du XIXe Congrès de l'A.M.L.F.C. 1341

Le congrès de Boston 1363

Salon d'art du XIXe Congrès 1366

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1879 1370

ANALYSES 1372

MÉDECINE

Les formes abdominales de la dégénérescence hépato-lenticulaire. (A propos d'un cas) (1372).

CARDIOLOGIE

Le traitement de la syphilis cardiovasculaire (1372).

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Cryptite et anite hémorroïdaires (1373). Les perforations intestinales par ascaris (1373).

CHIRURGIE

Le traitement chirurgical du cancer du col utérin (1374).

ORTHOPÉDIE

Pied plat hypermobile, avec tendon d'Achille court (1375).

NEURO-PSYCHIATRIE

Traitement des syndromes parkinsoniens par la radiothérapie des noyaux gris centraux (1375).

ANATOMO-PATHOLOGIE

Les tumeurs primitives rétro-péritonéales (1376).

NOUVELLES 1377

REVUE DES LIVRES 1388

Doyen de la faculté de médecine • • • Université de Manitoba, Winnipeg, Man.

© PHOTOGRAPHIE PAR KARSH

ALVIN T. MATHERS, M.D., C.M., F.R.C.P. (C)

M. le docteur Alvin T. Mathers naquit à Neepawa, Man., en 1888. En 1913, il fut gradué en médecine et en chirurgie à l'Université de Manitoba et en 1914 il fut nommé professeur adjoint de médecine. Il devint Doyen de cette faculté en 1931. La poursuite de ses études médicales le conduisit à Boston en 1916, et, durant 1929, il alla étudier en France, en Suisse, en Allemagne et en Angleterre. Le docteur Mathers a rempli plusieurs offices: président de "Winnipeg Medical Association"; vice-président, "Manitoba Medical Association"; président, "Royal College of Physicians & Surgeons"; président, "Medical Council of Canada"; membre honoraire, "Central Neuro-Psychiatric Association"; membre, et agrégé, "Editorial Board of American Psychiatric Association"; membre, "Public Welfare Commission of Manitoba", et "Child Welfare Board and Health Service Advisory Commission" de la même province. Il fut un des fondateurs de "The Association of Canadian Medical Colleges", le premier secrétaire de cette association et, plus tard, président.

LES DOYENS DE LA FACULTÉ DU MÉDECINE DU CANADA . . . sixième d'une série.

Des exemplaires de cette photographie, propres à être encadrés, sont à la disposition des médecins ou étudiants en médecine.

Ceci ne constitue pas une recommandation des produits "Frost"

COMPOSÉ "E-FORTE"

La vitamine E est récemment devenue l'objet de nombreuses discussions, tout spécialement en ce qui concerne la valeur de cette vitamine dans le traitement de "troubles cardiaques", de diabète, de dystrophies musculaires et d'affections dermatologiques.

Nous n'avons pas l'intention de discuter ici les mérites des argumentations en faveur ou contre l'emploi de la vitamine E (alpha tocophérol) dans le traitement des différentes affections pour lesquelles ses promoteurs la recommandent. Bien que les résultats obtenus jusqu'à présent soient remarquables, ils n'ont pas encore été ratifiés par d'autres observateurs. Ces derniers, cependant, n'ont pas employé les doses recommandées par les auteurs du traitement, et jusqu'à ce que ces recommandations aient été observées toute discussion semble inutile.

Les promoteurs de l'utilisation de la vitamine E en thérapeutique insistent essentiellement sur un point — l'administration de doses suffisantes, soit de 300 à 900 mg. d'acétate d'alpha tocophérol par jour; ils insistent de plus sur le fait qu'au cas où la dose minimum ne produirait pas les résultats désirés, on devra l'augmenter à la dose maximum avant d'admettre l'insuccès.

Les très nombreuses demandes de renseignement reçues à nos laboratoires relativement à la vitamine E, de même que la demande de ce produit, nous portent à présenter cette vitamine maintenant, en doses conformes à celles qu'on recommande, et, tenant compte du fait qu'il est toujours sage de s'assurer qu'une juste proportion des autres facteurs nutritifs accessoires essentiels soit présente, de les combiner avec la vitamine E dans une seule préparation.

Nous appuyons sur le fait que la préparation de cette spécialité ne constitue pas une recommandation du traitement de notre part.

Effets fâcheux

À notre connaissance, le seul effet malencontreux éprouvé à la suite de l'administration de ce produit est un état de sensibilisation observé chez de rares patients.

Certaines affections où le traitement a produit des réactions favorables:

1. Maladies du coeur: artériosclérose accompagnée d'angine de poitrine.
   Dose: de 300 à 900 mg. d'acétate d'alpha tocophérol chaque jour.
   Résultats: recul des bornes de l'activité sans douleur cardiaque. Direction vers le normal des caractères anormaux présents sur l'électrocardiogramme.
2. Diabète sucré.
   Dose: de 300 à 900 mg. d'acétate d'alpha tocophérol par jour.
   Résultats: amélioration de la tolérance aux hydrates de carbone, et, conséquemment, diminution de la quantité d'insuline requise — parfois même, suppression complète d'insuline.
3. Maladies de la peau: affections collagènes, ulcères chroniques, gangrène artérioscléreuse.
   Dose: de 300 à 900 mg. d'acétate d'alpha tocophérol par jour.
   Résultats: guérison des lésions.
4. Gonflement et sensibilité des seins (prémenstruels).
   Dose: de 300 à 900 mg. d'acétate d'alpha tocophérol par jour.
   Résultats: soulagement des douleurs.

COMPOSÉ "E-FORTE"

S.E.C. Nº 676 Frosst

Chaque capsule contient:

acétate de *d*-alpha tocophérol	100 mg.
vitamine A	1666 un. int.
chlorhydrate de thiamine	0.67 mg.
riboflavine	0.67 mg.
acide ascorbique	25 mg.
vitamine D	150 un. int.

Dose: de 1 à 3 capsules trois fois par jour.
Présentation: boîtes de 50 capsules.

Sources à consulter

A. Observations positives

1. "Vitamin E and Carbohydrate Metabolism. II. Action of Vitamin E on the Fasting Blood Sugar Levels, Glucose Tolerance Tests, and Glycosuria of Diabetics — Butturini, U., Clinica Medica 26, 7, et 90, 1945.
2. "The Heart in Vitamin E Deficiency." — Butturini, U., Gior, de clin. med. 27, 400, 1946.
3. "Prevention of Experimental Arteritis in Dogs by Vitamin E" — Holman, R.L., Proc. Exptl. Biol. & Med. 66, 307, 1947.
4. "Vitamin E Diminishes the Vasomotor Symptoms of Menopause." — Rubenstein, B.B., Federation Proceedings 7, 106, 1948.
5. "Influence of Vitamin E on Vascular Disease." — Shute, W. E., Shute, E. V., and Vogelsang, A. B., Surgery, Gynecol., and Obstet. 86, 1, 1948.
6. "Vitamin E in Angina Pectoris." — Shute, W. E., Shute, E. V., and Vogelsang, A. B., Lancet, (1) p. 301, 1948.
7. "Vitamin E in the management of diabetes mellitus." — Shute, W. E., and Vogelsang, A. B., Third Conference on Vitamin E, Montreal General Hospital, le 15 mai 1948.
8. "Observations on the effect of Vitamin E in mazoplasia." — Smith, Ivan, Third Conference on Vitamin E, Montreal General Hospital, le 15 mai 1948.
9. "Cardiovascular Diseases treated with Vitamin E." — Vogelsang, A. B., and Shute, W. E., Third Conference on Vitamin E., Montreal General Hospital, le 15 mai, 1948.
10. "Vitamin E (tocopherols) in the Collagenoses" — Burgess, J. F., Lancet, 215, le 7 août, 1948.

B. *Observations dissidentes*

1. "Vitamin E in Angina Pectoris". — Ball, K. P., Lancet, (1) 116, 1948.
2. "Vitamin E in Angina Pectoris."—Makinson, D. H., Oleesky, S., and Stone, R. V., Lancet, (1) 102, 1948.
3. "Vitamin E in the Blood and Diets of Diabetics." — Williams, John R., Third Conference on Vitamin E, Montreal General Hospital, le 15 mai 1948.
4. "Vitamin E in Collagenoses." — Sweet, R. D., Lancet, 310, le 21 août 1948. Correspondance,

"ORCHISTÉRONE-M" additionnée de "BEFORTE"

Thérapeutique suppléante dans les cas d'insuffisance hormonale chez l'homme, et traitement de certaines endocrinopathies chez la femme.

Il est définitivement admis que l'affaiblissement même léger des fonctions hépatiques peut modifier de façon notable le métabolisme des hormones stéroïdes, et que les vitamines du groupe B jouent un rôle prédominant dans le maintien intégral des propriétés du foie en présence de ces substances, du point de vue physiologique.

Dans les circonstances, il semble à propos de s'assurer qu'une juste proportion des facteurs du groupe B soit présente lorsque l'"Orchistérone" (testostérone "Frosst") est employée thérapeutiquement. C'est cette considération qui a présidé à la synthèse de l'"Orchistérone —M" additionnée de "Beforte".

"ORCHISTÉRONE-M" additionnée de "BEFORTE"

S.C.T. Nº 424 "Frosst"

Chaque tablette contient:

"Orchistérone-M" (testostérone de méthyle "Frosst")	10 mg.
levure de bière concentrée	150 mg.
chlorhydrate de thiamine	3 mg.
riboflavine	2 mg.
niacinamide	12.5 mg.
*chlorhydrate de pyridoxine	1 mg.
**d*-pantothénate de calcium	5 mg.
vitamine D	500 un. int.
acide ascorbique	25 mg.

*Le rôle joué par ces deux vitamines dans l'alimentation humaine n'est pas encore déterminé.

Posologie: de trois à six tablettes par jour.

Présentation: flacons de 30 et de 100 tablettes.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Fondée en 1872

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Maurice Roch, Genève.

Professeur Pierre Masson.

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Pierre Smith

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

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

BUREAU DE COLLABORATION

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

Attendue depuis longtemps

PÉNICILLINE À ACTION PROLONGÉE
POUR INJECTION AQUEUSE . . . UNE FOIS PAR JOUR

*Crysticillin** (ND)

Pénicilline G procaïnique pour injection aqueuse de Squibb

Présentant tous les avantages de la pénicilline à action prolongée sans les désavantages des produits dont on disposait jusqu'à présent. Ses indications sont les mêmes que celles de la pénicilline dans l'huile et la cire.

UNE INJECTION PAR JOUR — Une seule injection intramusculaire de 300,000 unités d'une suspension aqueuse de CRYSTICILLIN maintient un niveau thérapeutique dans le sang pendant 24 heures chez la majorité des malades — et pendant 36 heures chez environ la moitié d'entre eux.

MINIMUM DE DOULEUR — La CRYSTICILLIN ne contient ni huile ni cire. Par conséquent, l'injection intramusculaire occasionne un minimum de douleur.

FACILITÉ D'ADMINISTRATION — La CRYSTICILLIN s'administre facilement en suspension aqueuse au moyen d'une seringue et d'une aiguille ordinaires, qu'il n'est pas nécessaire d'assécher. Le risque de blocage de l'aiguille est réduit au minimum et le nettoyage est facile.

DEMEURE STABLE SANS RÉFRIGÉRATION — A l'état sec, la CRYSTICILLIN demeure stable pendant 12 mois. Une suspension aqueuse stérile peut se conserver à la température de la chambre pendant une semaine sans perte sensible de son activité.

La CRYSTICILLIN est présentée en fioles fermées avec un diaphragme en caoutchouc perforable, contenant de la pénicilline G procaïnique sèche avec une quantité minime d'agents dispersifs et stabilisateurs efficaces et non toxiques — devant être mis en suspension dans un diluant aqueux stérile.

Fioles multidoses de 1,500,000 unités

* Marque de commerce enregistrée.

POUR DOCUMENTATION, S'ADRESSER À

E. R. SQUIBB & SONS CANADA LIMITED

2245, RUE VIAU, MONTRÉAL

SQUIBB **un pionnier du développement scientifique et industriel de la pénicilline**

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: Richard Gaudet

Vice-présidents: Jean Saucier et Gustave Lacasse

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

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

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

SPASMOSÉDINE

LABORATOIRES DEGLAUDE

15, BOULEVARD PASTEUR PARIS (XVe)

Agents généraux au Canada :

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE

MONTRÉAL EMER CANADA

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel,
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

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

•

COMITÉ DU XIXe CONGRÈS

A.-L. RICHARD, président.

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

J.-A. LECOURS, Secrétaire,
538, avenue King Edward,
OTTAWA, Ont.

J.-E. PERRAS, Trésorier,
192, rue Principale,
HULL, P. Q.

•

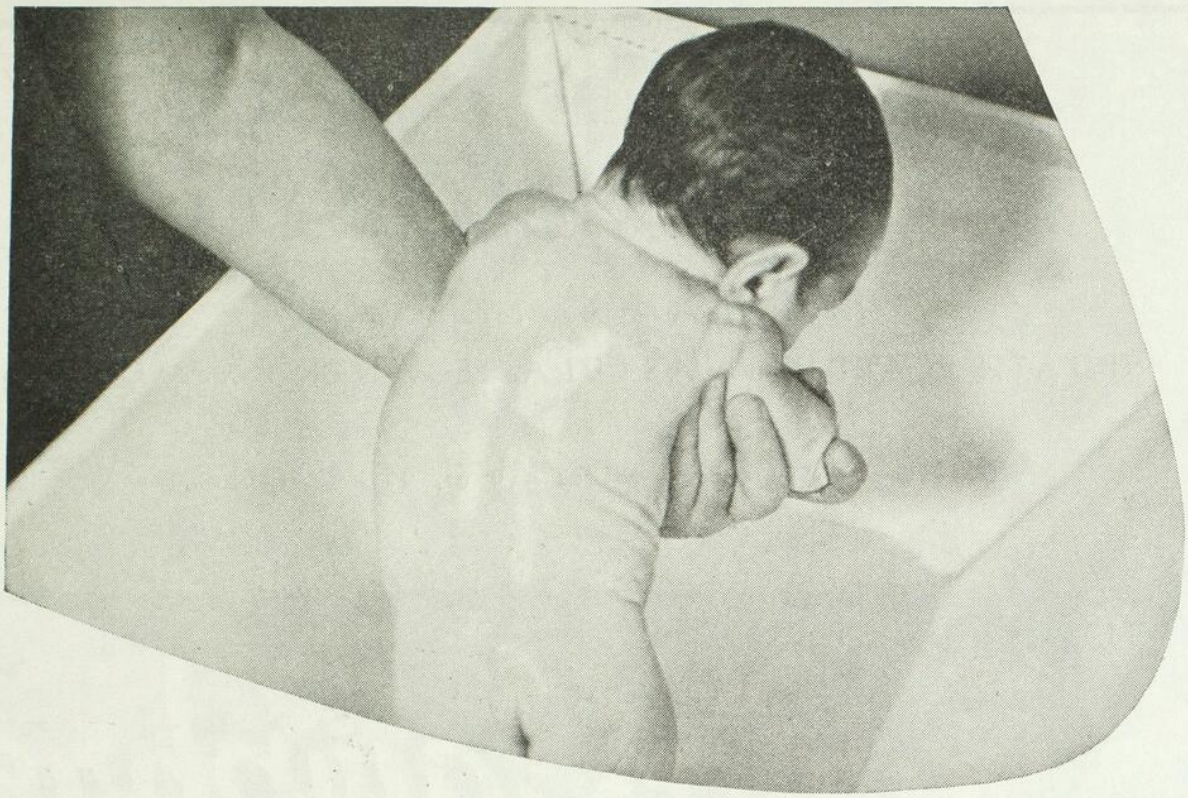
ANCIENS PRÉSIDENTS

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

•

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal 1950
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q. 1948
BAILLY, Roland, St-Pie de Bagot, P. Q. 1948
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta 1950
BELIVEAU, P., Méthégan, N.-E. 1948
BIBAUD, B., Valleyfield, P. Q. 1948
BLAIN, Emile, 444 est, rue Sherbrooke, Montréal 1948
BLANCHET, Roméo, 54 avenue Laurier, Québec 1948
BOHEMIER, Anatole, 3425, rue Saint-Hubert, Montréal 1948
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal 1950
BROUSSEAU, L.-P., Malartic, P. Q. 1950
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec 1948
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1950
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1950
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec 1948
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. 1948
DUBE, Edmond, 6055, rue Saint-Denis, Montréal 1950
GAUTHIER, C.-A., 531½, St-Louis, Québec 1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsoket, R. I. 1950
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. .. 1948
LACHANCE, Wilfrid, Chicoutimi, P. Q. 1948
LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa 1950
LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H. 1948
LEBEL, M.-H., 3646, rue Laval, Montréal 1948
LEMIEUX, J.-R., 17, rue Ste-Ursule, Québec 1948
MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville Saint-Laurent, P. Q. 1948
MICHAUD, R., 170 est, rue Laurier, Ottawa 1950
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River 1948
MORRISSETTE, Pierre, Saint-Georges, Beauce, P. Q. ... 1948
PELLETIER, A., Winchendon, Mass. 1950
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1950
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1950
POWERS, A., 11, Front, Hull, P. Q. 1950
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. 1950
ROULEAU, J.-M., Saint-Grégoire, Co. Nicolet, P. Q. ... 1948
SMITH, Pierre, 300, carré Saint-Louis, Montréal 1948
SORMANY, Albert, Edmunston, N.-B. 1950
TANGUAY, R., Sudbury, Ont. 1950
TETRAULT, Adélard, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. 1950
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. 1950
VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. 1950



Premier souffle, premier bain, premier biberon

Dans une vie où tout est "premier", bébé manque de temps, en particulier dans les premières semaines de la vie, pour se préparer à la lutte contre les troubles gastrointestinaux, tels que la fermentation des hydrates de carbone avec distension abdominale et diarrhée consécutives.

Le 'Dexin' a fait ses preuves comme "premier hydrate de carbone": parce que (1) sa haute teneur en dextrine prévient la fermentation par les microbes habituellement présent dans l'intestin et (2) parce qu'il favorise la formation de grumeaux mous, floconneux et facilement digestibles.

Simplement préparé avec du lait chaud ou froid, le 'Dexin', marque désignant une préparation d'hydrate de carbone riche en dextrine, s'adapte facilement aux besoins du nourrisson qui croissent de mois en mois, et plus tard, grâce à sa saveur agréable qui n'est pas trop sucrée, peut servir de complément aux régimes non irritants. Le 'Dexin' *est différent.*

'Dexin' RICHE EN HYDRATES DE CARBONE DEXTRINIQUE
MARQUE DEPOSEE

Composition : Dextrine 75% • Maltose 24% • Cendres minérales 0.25% • Eau 0.75% • Hydrate de carbone disponible 99% • 115 calories par once (environ 30 grammes) • 6 cuillérees à entremets rases représentent 30 grammes • Boîtes de douze onces (environ 340 g.) et de trois livres (environ 1 kg. 360).

BURROUGHS WELLCOME & CO. (The Wellcome Foundation Ltd.) Montreal

Spartoval

Isovalérianate Neutre de Spartéine

SEDATIF CARDIO-VASCULAIRE ANTISPASMODIQUE

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

Sparto-Camphre

Campho-Sulfonate de Spartéine et Campho-Sulfonate de Sodium

VERITABLE SYNERGIE CARDIOTONIQUE

Diurétique et Cardiotonique d'Entretien

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

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

Génisténal

Ethylphénylbarbiturate Neutre de Spartéine

NEURO-SEDATIF & HYPNOGENE «EQUILIBRANT»

du Système nerveux végétatif

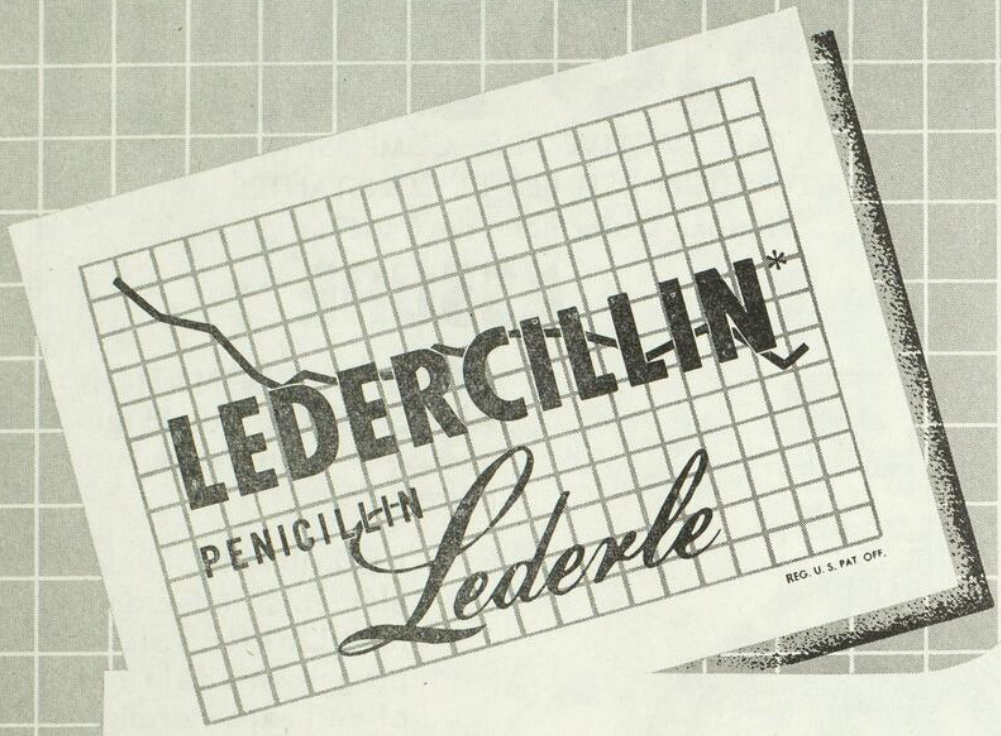
Dragées de Génisténal (0.035 d'éthylphénylmalonylurée et 0.015 de spartéine).

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

■ ■ ■ ■

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

Agents pour le Canada: VINANT Ltée, 200, rue Vallée, MONTREAL



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

LISTE DES PRODUITS DU GROUPE PÉNICILLINE

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

* Enrg. U.S. Pat. Off.

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

PULMO-BAILLY

SA BASE ACTIVE DE COMPOSITION
ET D'ACTION DÉFINIES ET CONSTANTES
Phospho-Gaïacolate de Codéïne

ASSURE :

1° **PAR L'IMPRÉGNATION ANTISEPTIQUE** de la muqueuse de l'appareil pulmonaire :

L'ÉLIMINATION des éléments infectants, la SUPPRESSION progressive de la toux et de l'expectoration.

2° **PAR SON PHOSPHORE ORGANIQUE** directement assimilable :

LE RENFORCEMENT de la capacité de défense de l'organisme. LA STIMULATION puissante du tonus nerveux, de l'appétit et des fonctions digestives.

●

Toutes les affections des voies respiratoires, préventif et curatif des complications broncho-pulmonaires de la grippe et des maladies infectieuses, toux.

●

1 cuillerée à café au milieu de chacun des repas. — **Aucune contre indication**

LABORATOIRES A. BAILLY - 15, RUE DE ROME - PARIS-VIII

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

suppléments vitaminiques efficaces

"Supplavite"

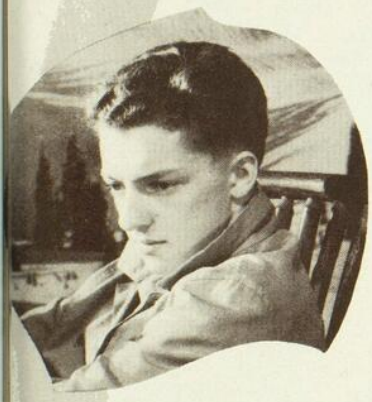
Liquide No 950
Comprimés No 833

Chez le nourrisson et l'enfant en bas âge

La "SUPPLAVITE" Liquide assure la quantité convenable de vitamines essentielles. Ce liquide agréablement aromatisé se mélange facilement au lait, aux jus de fruits ou aux autres liquides ou se prend à la cuiller. Bouteilles de 2 et 8 onces.

Pour compléter le régime alimentaire

Les Comprimés "SUPPLAVITE" renferment, à dose préventive, six différents facteurs vitaminiques utilisés dans le traitement des carences frustes ou pour répondre aux besoins accrus comme il arrive dans la vieillesse, la grossesse, l'adolescence, la convalescence ou les régimes de restrictions. Bouteilles de 36, 100 et 500 comprimés

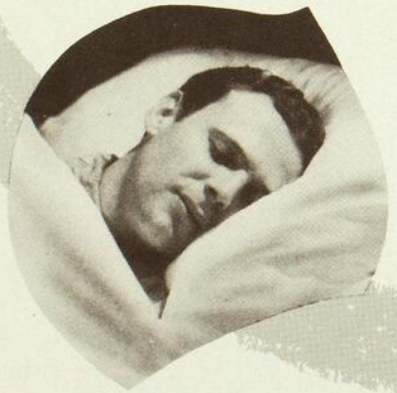


"Mégavite"

Capsules No 238

Comme traitement

Les Capsules "MÉGAVITE" contiennent, à dose massive, neuf différents facteurs vitaminiques pour le traitement des carences aiguës dues à la maladie chronique, aux lésions gastro-intestinales étendues, aux interventions chirurgicales ou à la carence alimentaire prolongée. Bouteilles de 30 et 100 capsules.



Ayerst

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

UN BON POINT DE DÉPART

"Calcium A"

Pour que l'enfant ait des dents saines et un système osseux fort et bien développé, il faut que la mère prenne une quantité suffisante de certains facteurs alimentaires au cours de la grossesse et de l'allaitement. Le "Calcium A" renferme ces vitamines et sels minéraux sous une forme pratique. Comme supplément du régime, il aide à protéger l'hygiène dentaire et la santé de la mère et de l'enfant.

"CALCIUM A" AVEC VITAMINE C
No 290

Capsules dosées à:

Vitamine A	2800 unités int.
Pro-vitamine A (bêta-carotène)	700 unités int.
Vitamine D	350 unités int.
Vitamine C (acide ascorbique)	30 mg.
Phosphate bicalcique	560 mg. (8.6 grs)

Boîtes de 40 et 100

"CALCIUM A"
No 280

Capsules dosées à:

Vitamine A	2800 unités int.
Pro-vitamine A (bêta-carotène)	700 unités int.
Vitamine D	350 unités int.
Phosphate bicalcique	560 mg. (8.6 grs)

Boîtes de 40 et 100

F2470

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE • *Biologistes et Pharmaciens* • MONTRÉAL, CANADA

l'analgésique NOUVEAU

'Physeptone'

marque de fabrique METHADON

Les comptes rendus sur l'emploi de 'Physeptone' marque de fabrique Méthadon signalent un avantage marqué de ce produit dans le maniement des douleurs graves. A quelques exceptions près, il peut avantageusement remplacer la morphine, lui étant égal ou supérieur quant à l'effet analgésique.

'Physeptone' ne déprime pas indûment la respiration, ne constipe pas trop ni n'induit à la narcose ou à l'apathie mentale; on peut l'administrer d'une façon continue pendant longtemps sans que l'effet en soit amoindri.

'Physeptone' est un composé synthétique découvert récemment; il n'est pas chimiquement apparenté aux alcaloides de l'opium.

Federation Proc. (1947), *6*, 327.
Hewer, A.J.M. and Keele, C.A. (1947) Lancet *ii*, 281

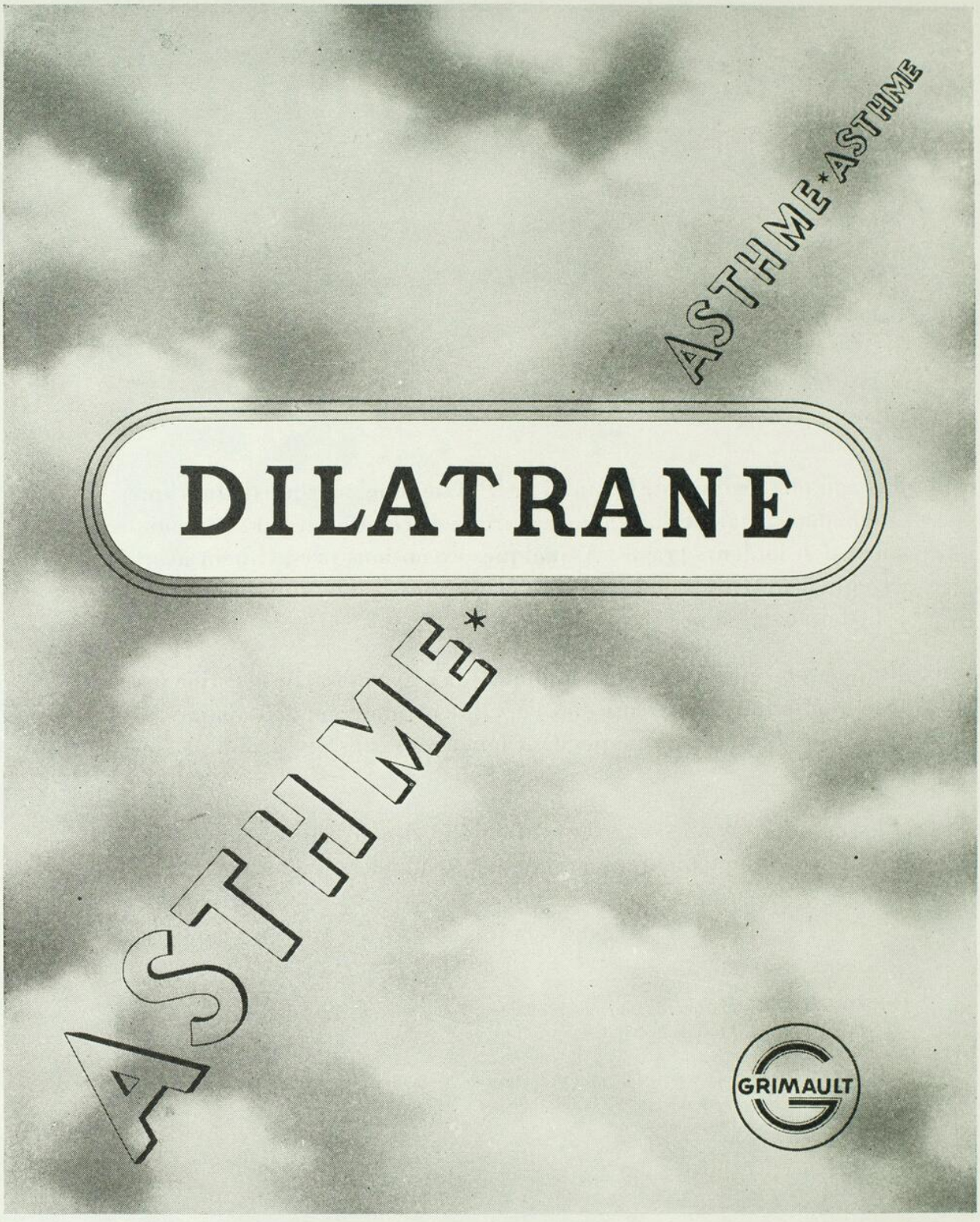
'PHYSEPTONE' marque de fabrique Méthadon, comprimés de 5 mgm.
Flacons de 25 et 100 produits.

'PHYSEPTONE' marque de fabrique Injection de Méthadon.
Ampoules de 10 mgm. dans 1 c.c.
Boîtes de 12.

La vente de 'Physeptone' est assujettie aux Reglements de l'acte des drogues narcotiques et Opium.

Littérature expédiée sur demande

BURROUGHS WELLCOME & CO. (The Wellcome Foundation Ltd.) Montreal



PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE LA CRISE

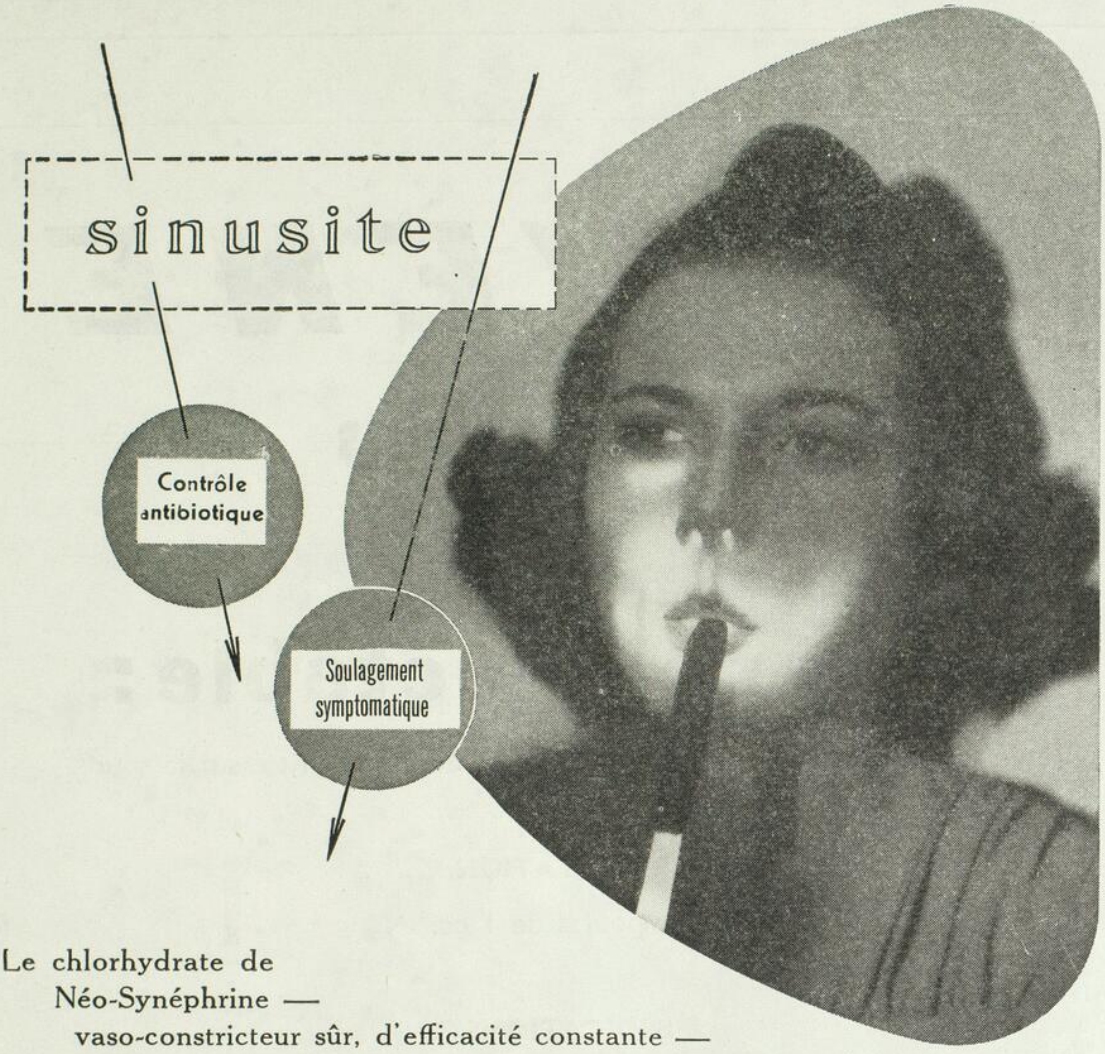
Comprimés à action rapide — Dragées à action lente

3 à 6 comprimés ou dragées par jour

LABORATOIRES GRIMAULT

51, rue François 1er, Paris

Agent pour le Canada : LUCIEN MASSON, INC., 950 est, rue Sherbrooke Montréal.



Le chlorhydrate de
Néo-Synéphrine —
vaso-constricteur sûr, d'efficacité constante —
permet l'auto-drainage des sécrétions
et rétablit l'aération dans la sinusite.
En dégageant les sinus obstrués, la Néo-Synéphrine facilite
une pénicillinothérapie des plus efficaces.

néo-synéphrine

avec

PÉNICILLINE CRISTALLISÉE

Présentée en solution tamponnée, fraîchement préparée, contenant 0.25 pour cent de chlorhydrate de Néo-Synéphrine et 1600 unités de pénicilline G sodique par c.c. En flacons de 15 c.c.

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

Winthrop-Stearns INC.
New York 13, N. Y. Windsor, Ont.

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

APIVÈNE

VENIN D'ABEILLES

▼

apivène injectable :

Venin d'abeilles en solution isotonique désalbuminé et titré sur la souris.

PRÉSENTATION

5 ampoules de 1 cc.

INDICATIONS

TRAITEMENT CURATIF DE TOUTES LES MANIFESTATIONS DIATHÉSIQUES QU'ELLES SOIENT ARTICULAIRES OU NERVEUSES.

LABORATOIRES CLAUDE BERNARD

★

Représentant :

LABORATOIRE LANCET LIMITÉE

354 est, rue Ste-Catherine, Montréal, Canada. — MArquette 1722

PRATIQUÉE CHEZ SOI OU AILLEURS

L'ÉPREUVE "ÉCLAIR"

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

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

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

Galatest — POUR LA RECHERCHE DU SUCRE DANS L'URINE

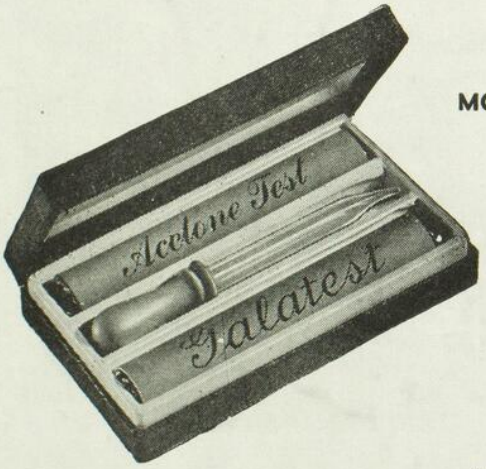
Réactif à l'Acétone (DENCO) — POUR LA RECHERCHE DE L'ACÉTONE DANS L'URINE

LA MÊME SIMPLE MÉTHODE POUR LES DEUX ÉPREUVES

1. UN PEU DE POUDRE

2. UN PEU D'URINE

MODIFICATION DE COULEUR INSTANTANÉE



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

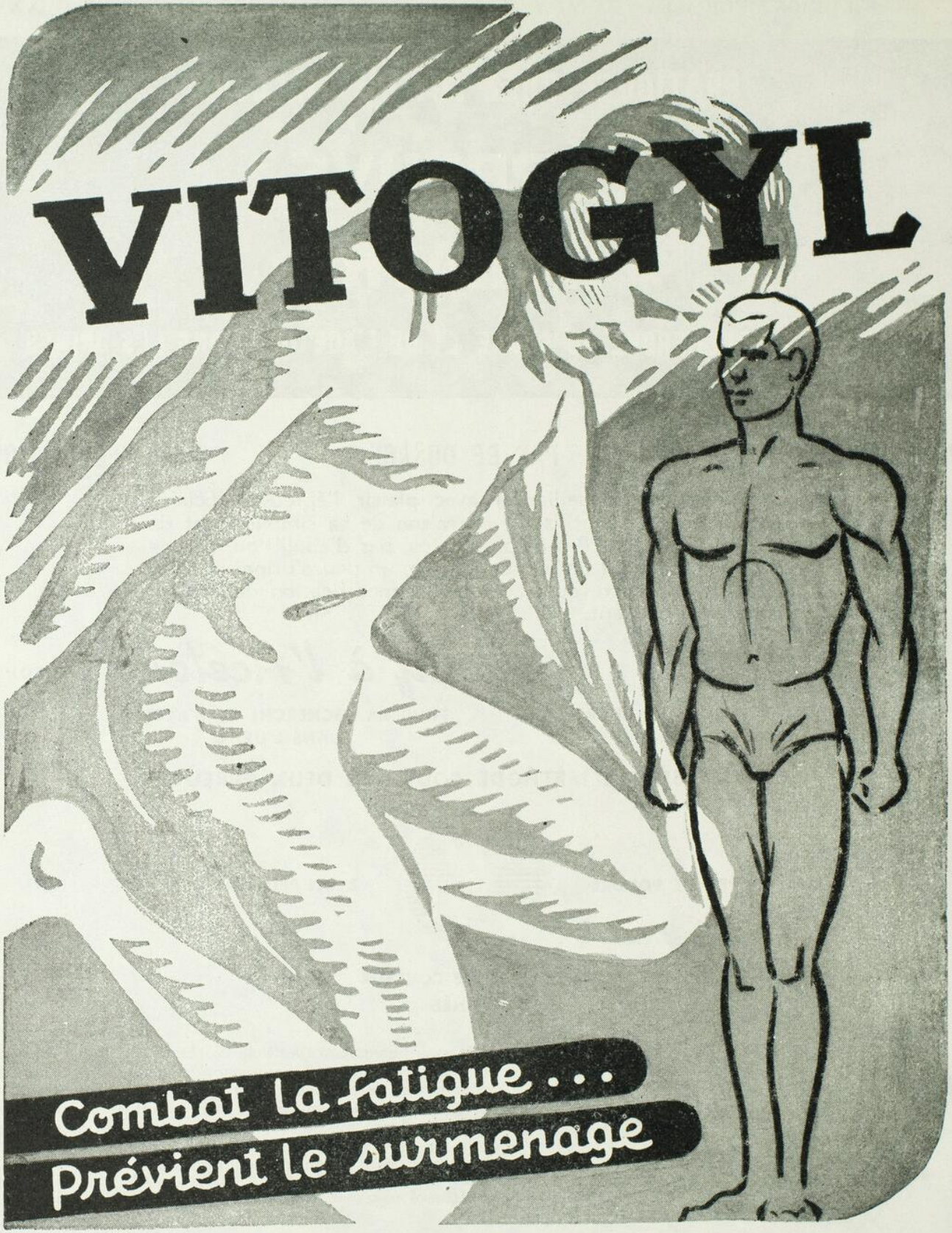
Accepté pour publicité dans le "Journal of the American Medical Association".

NOTICES DESCRIPTIVES SUR DEMANDE

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

286 ouest, rue St. Paul, Montréal

VITOGYL



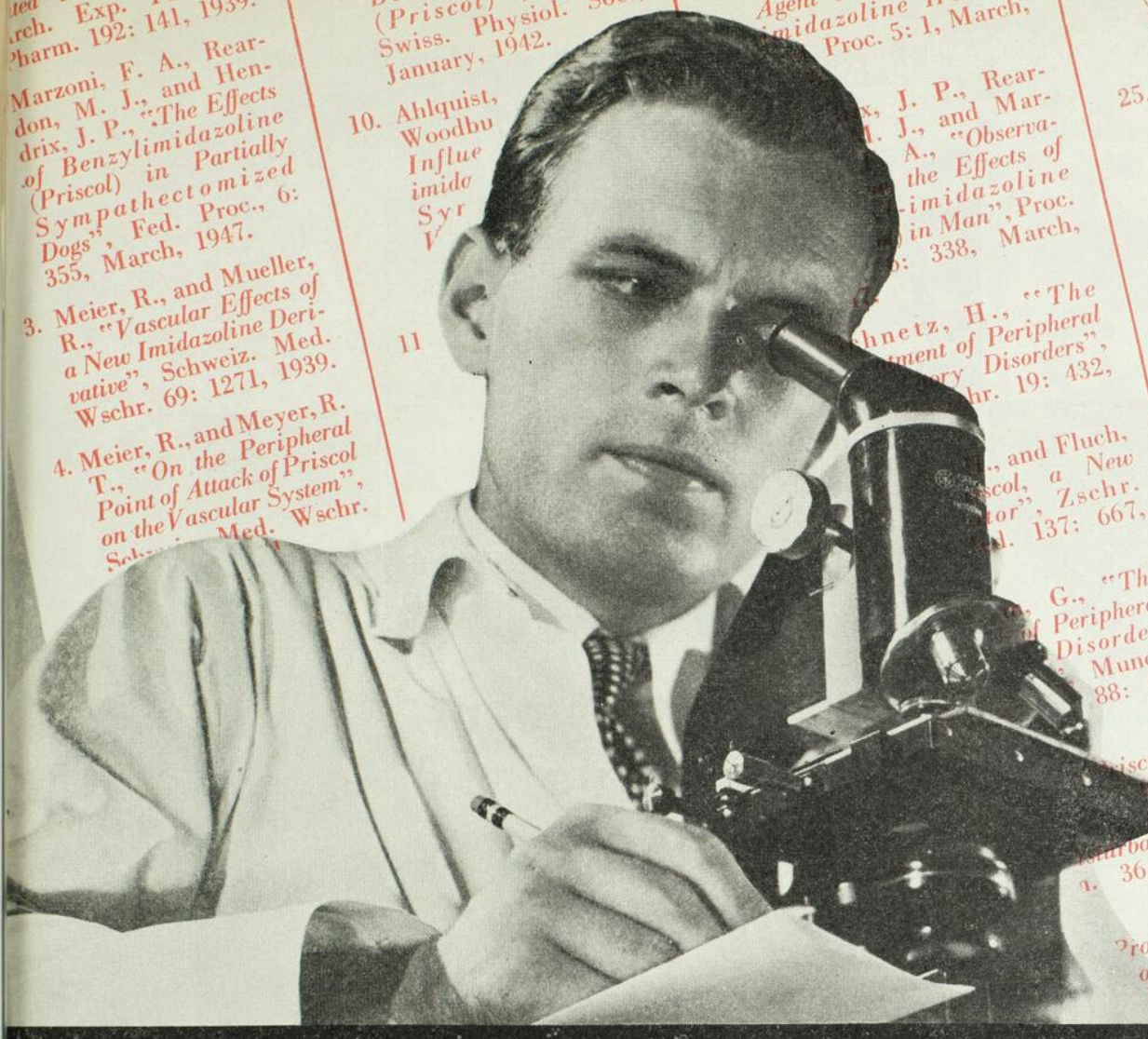
Combat la fatigue . . .
Prévient le surmenage

Echantillon et circulaire sur demande

LABORATOIRES DESAUTELS Ltée

200 ouest, rue Craig

MONTREAL



UNE INVESTIGATION QUI S'IMPOSE*

6. Chess, D. and ... man, F. F., "A New Adrenolytic Agent, 2-benzyl-imidazoline (Priscol)", Fed. Proc. No. 1, March, 1945.

7. Bauereisen, B., "Circulatory Effects of the Benzylimidazoline: Priscol", Arch. Exper. Path. 199: 161, 1942.

8. Hermann, J., Jourdon, F., and Bonnet, V., "Sympathocolytic Action and Adrenalin Inversion with 2-Benzyl-

13. De Gennaro, ... Effect of the Chlorhydrate of 2-benzyl-4, 5-imidazoline (Priscol) on Gastric Motility (Radiological Research)", Fol. Med. 28: 525, 1942.

14. Grassi Bertazzi, C. and De Gennaro, A., "Experimental Research on the Action of 2-Benzyl-4, 5-Imidazoline Hydrochloride (Priscol) on the Gastric and Intestinal

22. Singer, ... of Arterial Circulation ... Wien. Klin. Wschr. 56: 260, 1943.

23. Weissenbach, R. J. and Faulong, L., "Results of Intra-arterial Injections with the Chlorhydrate of 2-Benzylimidazoline", (Résultats de l'injection intra-arteri-

* **Priscol**

Un *nouvel* agent adrénolytique doué de puissantes propriétés sympatholytiques et vaso-dilatatrices.

Pour avoir une description détaillée des propriétés pharmacologiques, de l'usage clinique et de la posologie de Priscol, ainsi qu'une complète bibliographie, demandez notre nouvelle brochure ins-

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE, MONTRÉAL

Pour un traitement antifébrile et décongestif

Soutenu

EMPLOYEZ

NUMOTIZINE

Appliquée promptement sur la région enflammée ou congestionnée, Numotizine soulage rapidement la douleur et, par son pouvoir d'hyperémie, aide à dissiper la congestion.

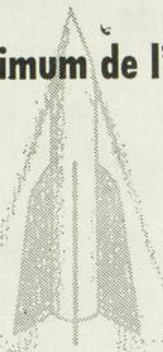
Une absorption lente et constante à travers la peau, de ses éléments analgésiques et antipyrétiques—gaiacol et créosote—produit une action antifébrile constante et soutenue, sans interférence avec la digestion.

NUMOTIZINE, INC.

900 North Franklin Street Chicago, Illinois, U. S. A.

UN NOUVEAU RECORD

dans la régénération maximum de l'hémoglobine établi avec



le

GLYCINATE FERREUX

MRT

sans risque de troubles gastriques

LE GLYCINATE FERREUX — MRT APPORTE:

LE RADICAL ACTIF GLYCINE, qui joue un rôle essentiel dans la régénération de l'hémoglobine et, en outre,

des quantités de fer assimilable sensiblement plus considérables que dans n'importe quelle autre préparation à base de fer.

AUTRES AVANTAGES:

L'Elixir de Glycinate ferreux — MRT est si peu astringent qu'il ne fait pas cailler le lait . . . se mélange de façon idéale . . . Particulièrement intéressant chez l'enfant.

Les Capsules de Glycinate ferreux — MRT renferment le glycinate ferreux en suspension dans une huile comestible. Elles sont conçues pour traverser l'estomac sans y provoquer de réaction ni, par conséquent, de malaises gastriques . . . Absorption efficace dans l'intestin.

Demandez la brochure explicative contenant une bibliographie comme source de références remarquables, etc.

MRT

THE WINGATE CHEMICAL COMPANY LIMITED

MONTREAL

ACCEPTED
COUNCIL ON PHARMACY AND CHEMISTRY
AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

pour le bien-être pendant la ménopause

Dans des études cliniques* convaincantes, viennent s'accumuler rapidement les preuves de l'efficacité du Diproprionate de Méprane. On y rapporte constamment l'amélioration rapide et complète des symptômes de la ménopause. Le rétablissement de la sensation de bien-être est en tout point comparable à celui que l'on obtient par l'administration d'œstrogènes naturels.

Avantages...

- Soulage rapidement les symptômes de la ménopause.
- Rétablit la sensation de bien-être.
- Réactions désagréables quasi inexistantes.
- Economique.

*Sturgis, S. H.; Am. JI. Obst. & Gyn. 53:678, avril 1947.
Lin, H.A.C.; Am. JI. Obst. & Gyn. 54:296, août 1947.

Documentation et échantillons de Dipripionate de Méprane envoyés sur demande.

POSOLOGIE: Traitement d'attaque, 1 comprimé, t. i. d. par jour après les repas. Traitement d'entretien, 1 à 2 comprimés par jour. Chaque comprimé contient 1 mg. (1/65 grain) 3,4-bis-(m-méthyl-p-propion-oxyphényl) hexane.

PRÉSENTATION: Boîtes de 30, 100, 500 et 1000.

DIPROPIONATE DE Méprane
MARQUE DU DIPROPIONATE DE PROMETHÉSTROL

Reed & Carnrick (Canada) Ltd.
64-66 Gerrard St. E.
Toronto, Ont., Canada

FORMULE AMELIOREE

PAR ADDITION DE

TROIS ELEMENTS ESSENTIELS DU GROUPE VITAMINIQUE B

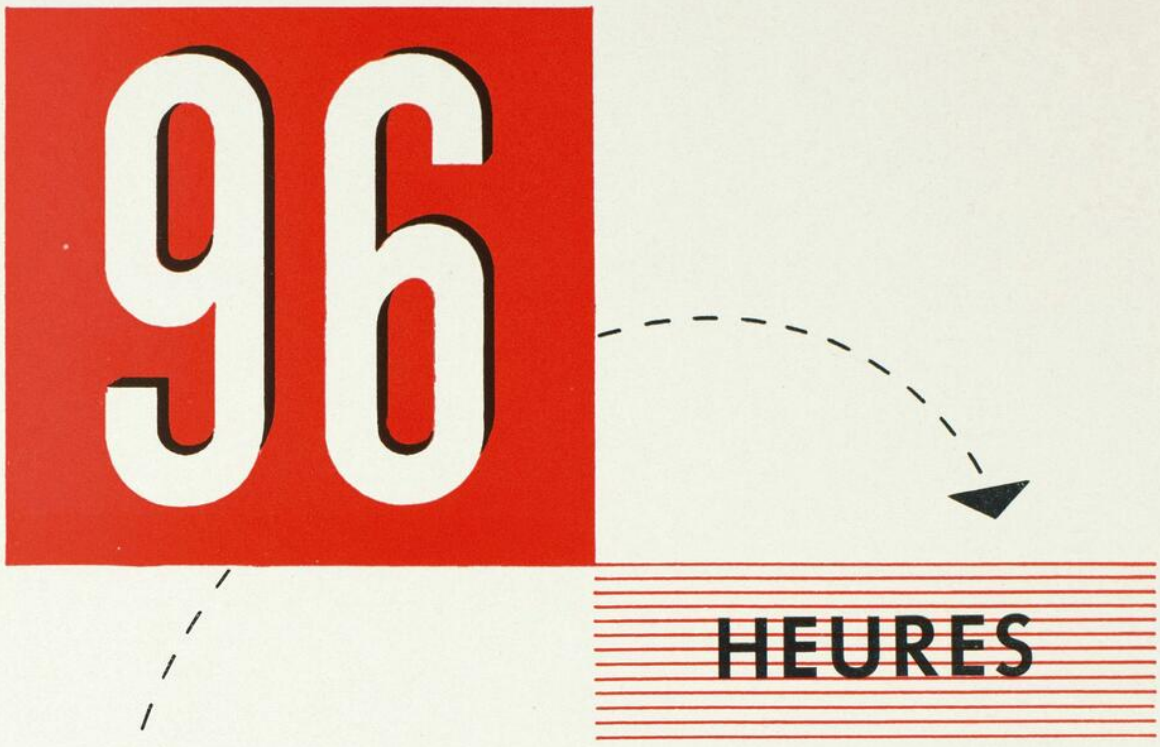
- DES QUANTITES SUBSTANTIELLES
- DANS DES PROPORTIONS EQUILIBREES

Le FER est fourni sous forme de sulfate ferreux — protégé — stable — facilement assimilé

LA FORMULE DES PLASTULES HEMATINIC SIMPLES N'A SUBI AUCUN CHANGEMENT

Wyeth
Marque déposée

DES HEMOCONCENTRATIONS DE



rendues possibles par la

Pénicilline-G Procaïnique dans l'Huile

additionnée de Monostéarate d'Aluminium

Produit spécial pour une pénicillinémie de 96 heures

La Pénicilline-G procaïnique dans l'huile additionnée de monostéarate d'aluminium présente les caractéristiques suivantes:

- Une injection tous les deux jours suffit dans la majorité des cas.
- Grande facilité d'administration par suite de l'extrême fluidité de la préparation.
- Plus d'aiguilles obstruées.
- Absence de dépôt—donc pas de nodosités douloureuses.
- Douleur atténuée au point d'injection.
- Stabilité à la température de la chambre—conservation au froid inutile.

WYCILLIN
AMELIOREE

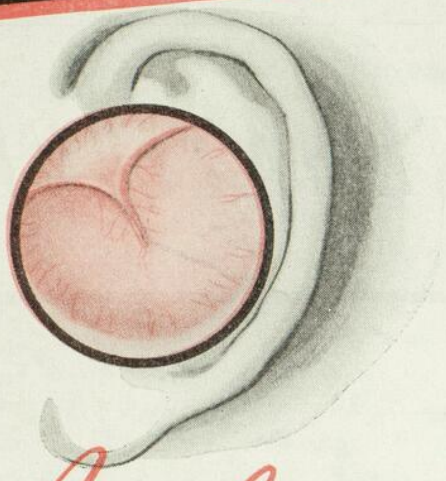
Pénicilline-G procaïnique cristallisée pour injection aqueuse

Fioles de 1 c.c. et 5 c.c.

Wyeth

Marque déposée

Médicaments de Choix
CONTRE CERTAINES AFFECTIONS SPÉCIFIQUES



Auralgan

contre l'OTITE MOYENNE AIGUË

Symptômes:

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

Traitement:

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

Effets:

Régression de la congestion, analgésie, bactériostase.

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

Otosmosan

contre l'OTITE MOYENNE SUPPURANTE CHRONIQUE

Symptômes:

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

Traitement:

Otosmosan.

Formule:

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

Effets:

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

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

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.

Montréal • New-York 13 • Londres

Traitement Symptomatique Éprouvé

dans les

ÉTATS ASTHMATIQUES

Comprimés

ASTHMAGYL

Théophylline	2 gr.
Phénobarbital	1-8 gr.
Ephédrine	3-8 gr.
Lobélie	1 gr.

Capsules

CEDRAPHYL

Aminophylline	1½ gr.
Phénobarbital de Sodium	3-8 gr.
Chlor. Ephédrine	3-8 gr.
Lobélie	1 gr.

Deux spécialités des Laboratoires

ASGRAIN & HARBONNEAU Limitée

"UNIVERS PHARMACEUTIQUE, SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL"

QUÉBEC MONTRÉAL OTTAWA

Nouvelle Formule:

INFECTIONS DE LA GORGE

SUPPOSITOIRES

AMYG-BIS

UN SEUL SUPPOSITOIRE — JAMAIS PLUS DE DEUX

Nouveau sel de Bismuth (Camphocarbonate)

Succinate de Benzyl et Sodium

Phénylsemicarbazide

Formule: Adulte et enfant.

TRAITEMENT DE LA TOUX?

•

SUPPOSITOIRES

RECTOCRINE

Formule: Adulte et enfant.

Echantillons et littérature à Messieurs les Médecins seulement.

Deux spécialités des Laboratoires

ASGRAIN & HARBONNEAU Limitée

"UNIVERS PHARMACEUTIQUE, SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL"

QUÉBEC MONTRÉAL OTTAWA

pour aider à vaincre les dépressions qui se dissimulent sous l'apparence de maladies corporelles

LE SULFATE DE BENZÉDRINE

est d'un secours très appréciable pour hâter le rétablissement de malades souffrant de dépression qui se dissimule sous l'apparence d'une maladie corporelle. Avec la disparition de cette dépression, le malade voit ses préoccupations s'évanouir et retrouve rapidement son équilibre psychique.

Smith Kline & French Inter-American Corp., Philadelphie et Montréal

Concessionnaires pour le Canada:
The Leeming Miles Co., Ltd., Montréal

un des médicaments de base

Sulfate de Benzédrine

(Sulfate d'amphétamine racémique, S.K.F.)

Comprimés de 5 mg. et de 10 mg.
en flacons de 25 et de 250.

D.H.E. 45

Dihydroergotamine "Sandoz"

... pour la Migraine

Indication

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

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

Efficacité

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

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

Tolérance

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

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

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

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

Littérature et échantillons à la disposition du Corps Médical

SANDOZ

Département Pharmaceutique Sandoz

THE WINGATE CHEMICAL COMPANY LTD.

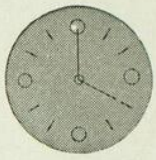
378 ouest, rue St. Paul, Montréal, P.Q.

48-1F

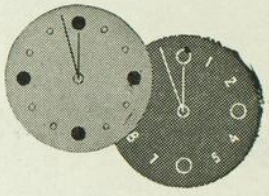
Niveaux sanguins thérapeutiques de Pénicilline avec Flo-Cillin "96"

Vous pouvez, avec Flo-Cillin "96", produire et maintenir dans le sang des concentrations thérapeutiques de pénicilline ayant *quatre fois* la durée de celles obtenues avec les formes antérieures de pénicilline-retard. Les constatations cliniques démontrent qu'à la quatre-vingt-seizième heure qui suit une seule injection d'un cm³ (300,000 unités), environ 90% des patients conservent un taux de pénicillinémie égal à, ou excédant la concentration thérapeutique théoriquement efficace de 0.03 unité par cm³ de sérum. Cette innovation marquante libère du besoin des injections quotidiennes dans le traitement par la pénicilline-retard. On estime que la dose recommandée de 1 cm³ *tous les deux jours* est adéquate dans la majorité des usages cliniques.

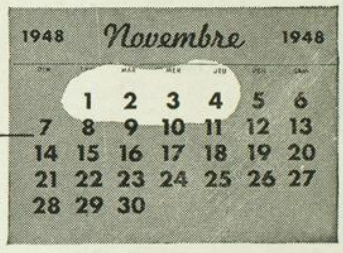
non pas par HEURES



non pas pour une JOURNÉE



mais pour des JOURS



De plus

Flo-Cillin "96" est une suspension stable, de fluidité permanente, et qui ne "déposera pas". Aucune agitation prolongée n'est nécessaire pour en reconstituer la suspension. On peut être assuré d'une dispersion uniforme de pénicilline dans chacune des doses.

FLO-CILLIN "96"
Marque de Commerce des
Laboratoires Bristol pour la
Pénicilline G procaïnique dans l'huile
(300,000 *unités par cm³*)
avec monostéarate d'aluminium à 2%

MAINTENANT disponible chez votre fournisseur habituel a) en fioles contenant dix doses de 1 cm³; b) en un empaquetage aseptique qu'on jette après usage, et qui contient une cartouche de 1 cm³ et une seringue-cartouche B-D* à injection unique; c) en cartouches uniques de 1 cm³ pouvant servir avec la seringue-cartouche B-D* en métal.

*Nom déposé de Becton, Dickinson & Co.

286 OUEST, RUE ST-PAUL MONTRÉAL, CANADA

Quand elle est gentille

Mais quand elle est malade...

MAIS SA CONDUITE est bien différente lorsqu'il s'agit de prendre des remèdes . . . à moins que ceux-ci ne soient à son goût. La thérapeutique pénicillinée intensive par voie buccale pose un véritable problème, mais il est facilement résolu par les Comprimés *Dulcets* d'ABBOCILLINE — un nouveau genre de comprimés contenant de fortes doses de pénicilline, qui ont l'apparence et le goût de bonbons. Même lorsqu'on croque les *Dulcets* d'ABBOCILLINE ou qu'on les laisse fondre comme des pastilles, la base sucrée parfumée à la cannelle masque très bien l'amertume de la pénicilline. Chaque *Dulcet* d'ABBOCILLINE contient 50,000 unités de pénicilline G potassique cristallisée et 0.25 gramme de carbonate de calcium comme tampon . . . c'est une thérapeutique rationnelle sous une forme qui la rend acceptable aux malades. Vos jeunes malades — et aussi les adultes qui éprouvent de la difficulté à avaler les comprimés ordinaires — apprécieront ce produit agréable. Sur votre prochaine ordonnance pour de la pénicilline orale, specifiez les *Dulcets* d'ABBOCILLINE, qui se vendent en flacons de 12.

LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE, MONTREAL 9.

SPÉCIFIEZ **Dulcets*** **d'ABBOCILLINE**

PÉNICILLINE POTASSIQUE

Comprimés Tamponnés

*COMPRIMÉS MÉDICAMENTÉS SUCRÉS D'ABBOTT

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 76 :

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

... Tant qu'il y aura des malades et des familles de malades, tant qu'il y aura des médecins non fonctionnaires, c'est-à-dire moralement responsables de leurs actes professionnels, une erreur de pronostic apparaîtra comme une faute lourde.

Sans doute, s'il est un peu avisé, le praticien pourra en éviter les conséquences en répondant prudemment aux questions qui lui sont posées. Mais s'il considère l'intérêt des malades et celui de la science et non pas seulement sa réputation, il lui apparaîtra qu'il doit nécessairement connaître les signes qui permettent de prévoir la marche et l'issue des maladies.

Cette connaissance l'empêchera de conclure à l'efficacité d'un traitement lorsqu'il l'aura appliqué à une maladie, qui guérit spontanément. Toute recherche de thérapeutique présuppose la connaissance du pronostic . . .

... Je me suis efforcé d'appliquer les règles que m'ont enseignées mes maîtres, particulièrement Charles Lasègue et Michel Peter, qui s'inspiraient eux-mêmes de Laënnec, de Bretonneau et de Trousseau. Ils m'ont appris qu'en médecine, il faut toujours partir de l'observation du malade et y revenir toujours comme au moyen suprême de vérification; qu'il faut observer, avec méthode et rigueur, sans négliger aucun procédé d'exploration, en utilisant tous ceux que nous fournissent la physique, la chimie, la bactériologie et l'expérimentation; qu'on doit confronter les faits observés pendant la vie et les lésions relevées à l'autopsie; qu'il faut rapprocher ensuite toutes ces données, rechercher le lien qui les unit, arriver ainsi à constituer des états morbides distincts et les définir avec assez de précision pour qu'on puisse les reconnaître au lit du malade, qu'alors le temps est venu de chercher la cause de ses états, que, celle-ci connue, on doit s'efforcer d'en saisir le mode d'action, au besoin par des hypothèses qu'on ne regarde pas comme des théories définitives, mais seulement comme des représentations provisoires des choses et comme des étapes dans la marche vers la vérité; que de toutes ces notions on doit essayer de déduire un traitement rationnel des malades, mais qu'il peut s'efforcer de soulager ou de guérir les malades par tous les moyens possibles et ne repousser systématiquement aucune médication pourvu qu'elle offre des garanties suffisantes; qu'il faut enfin tout soumettre à l'esprit critique, plus nécessaire en médecine qu'en aucune autre branche des connaissances humaines . . .

(MARFAN)

BULLETIN

AU SUCCÈS DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Dans la livraison de décembre 1947, nous exprimions des vœux d'entière réussite à l'adresse de la grande campagne de souscription de l'Université de Montréal.

Nous invitions nos collègues médecins, anciens diplômés, à souscrire à l'Institution qui les avait instruits et formés dans l'art et la science de la médecine. Nous disions que ce serait la façon la plus généreuse et la plus appropriée de manifester à l'Université qui ne passe pas, mais qui vit et palpite par les générations d'étudiants et de professeurs qui se succèdent, de manifester aussi à ses maîtres, la gratitude et le respect dus au service rendu. Nous ajoutions que cette contribution pécuniaire serait une participation essentielle à l'évolution de l'Université vers le rôle, aux modalités toujours changeantes, de formation et d'instruction de l'élite.

Les mêmes indéniables motifs, les mêmes raisons immanentes, les mêmes réflexions constructives s'imposent en regard de la présente souscription publique pour l'Université Laval.

On désire établir à Québec une cité universitaire matériellement imposante et intellectuellement rayonnante.

Centre de culture au Canada, de culture d'expression française, l'Université Laval, qui d'ailleurs jeta à Montréal les bases d'une université autonome, est destinée à remplir, en notre pays, une mission dont on ne peut actuellement estimer avec justesse l'ultime portée.

L'Université Laval est consciente de ce rôle à jouer au sein de notre peuple, de la nation canadienne, elle désire posséder les moyens qui lui permettront de réaliser ces espoirs fondés, et nous adressons aux organisateurs de cette campagne de souscription nos vœux les plus sincères d'entière réussite.

Nous formulons l'espoir que dans quelques années l'Université Laval aura édifié, dans l'historique ville de Québec, un temple universitaire qui fera l'orgueil des Canadiens de langue française, sera le plus beau joyau à la couronne du génie français et contribuera à la richesse culturelle du Canada.

Roma AMYOT

LE COMITÉ D'ÉCONOMIE MÉDICALE

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada est entrée dans une nouvelle voie. En effet, elle ne sera plus exclusivement une association scientifique, mais elle s'occupera de plus en plus des problèmes sociaux et économiques qui concernent ses membres.

Déjà deux pas en avant ont été faits dans ce sens: le premier quand elle a créé son comité d'économie médicale en 1943 et le deuxième lorsqu'elle a délégué quatre représentants au comité provincial conjoint formé par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec en vue d'étudier l'assurance-santé et de défendre les prérogatives des médecins et des provinces.

Dorénavant, le comité d'économie médicale fonctionnera douze mois par année et se tiendra au courant de toutes les questions sociales et économiques qui peuvent intéresser les membres de la profession médicale. Il n'en restera pas à l'assurance-santé seule et aux plans prépayés de soins médicaux et d'hospitalisation, « il est aussi certain que là ne se limite pas le domaine de ses activités » (cf. rapport du comité d'éc. méd., numéro d'octobre).

Aussi, l'Association lance un appel à tous ses membres et leur demande de soumettre les questions qu'ils voudront faire étudier. De plus, elle sollicite la collaboration de tous pour solutionner les problèmes en vue du plus grand bénéfice de notre profession.

Le secrétariat général recevra avec empressement les remarques, les suggestions, et les transmettra au comité d'économie médicale pour étude.

A chaque congrès, un temps sera réservé pour présenter aux membres de l'Association un rapport des activités, « afin que ceux-ci se rendent compte du travail de leur association dans ce champ d'action ».

La voie est large, les possibilités grandes, et le travail continue!

Hermile TRUDEL,
secrétaire-trésorier général.

PTOSIS HÉRÉDITAIRE FAMILIAL ET TARDIF DES PAUPIÈRES SUPÉRIEURES

Pharyngoplégie également héréditaire et familiale, concomitante

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

Ce travail n'a pour but que d'attirer l'attention des neurologistes et des ophtalmologistes sur une affection déjà décrite, mais peu fréquente, mal connue des praticiens et même de ces deux groupes de spécialistes. Nos observations n'ont pas la prétention de comporter les éléments complets de l'anamnèse familiale et tous les examens complémentaires dont les malades auraient pu bénéficier. Nous les avons examinés, sauf deux, comme consultant à la demande de confrères ophtalmologistes. Nous fûmes limité forcément dans nos moyens d'exploration, n'ayant eu l'occasion de porter notre attention sur eux qu'au cours d'un seul examen, à notre cabinet de consultation, sauf une malade que nous avons revue deux autres fois. Malgré tout, nos constatations ne manquent pas d'intérêt, soit en confirmant ce qui fut publié sur le sujet dans quelques communications anciennes, soit en attirant l'attention sur certains phénomènes concomitants dont les rapports pathogéniques avec le ptosis sont difficilement explicables, mais dont il fut difficile de nier l'existence.

Le ptosis héréditaire, familial et tardif, est une entité réelle, tel que l'avait décrit Dutil en 1892. C'est cela surtout que nous désirons affirmer par ce modeste travail, en plus de signaler l'association fréquente de troubles fonctionnels du pharynx.

Nous avons résumé nos observations et mentionné seulement les phénomènes pathologiques présents. Nous n'avons pas insisté sur la description du ptosis, de l'attitude et de l'expression des malades qui tous se ressemblent et ont vraiment un air de famille: ils contractent leur frontal pour suppléer à l'insuffisance des releveurs des paupières et portent la tête en hyperextension, afin de diriger l'ouverture pupillaire vers la fente palpébrale considérablement rétrécie.

Le ptosis héréditaire est habituellement congénital, il s'accompagne le plus souvent de malformations oculaires ou d'ophtalmoplégies externes (nystagmus, symblépharon, microophtalmie, colobome, cataracte, paralysies oculomotrices, surtout des adducteurs et des droits supérieurs).[1].

Le ptosis héréditaire non congénital est plus rare. Il peut apparaître durant les trois premières décades de la vie comme chez les cas rapportés par Forsberg [2], par Faulkner [3], chez quelques-uns des cas de Spencer [4] et de Meumann [5]. Mais il peut se rencontrer à un âge plus avancé, soit à partir de quarante ans et plus fréquemment vers 50 et 60 ans.

Ce ptosis héréditaire tardif aurait été mentionné par Gowers [6]. Fuschs, cité d'ailleurs par Dutil, communiqua en 1887, à la Société Médicale de Vienne, l'observation de deux malades présentant un ptosis tardif isolé, sans qu'il fût fait mention cependant du caractère héréditaire.

Le ptosis héréditaire tardif fut réellement décrit par Dutil [7] en 1892. Dans son travail, il rapportait l'observation d'un malade à ptosis tardif héréditaire, observé dans le service de son maître Charcot, appartenant à une famille de 7 membres répartis sur 4 générations,

---

1. Jean SEDAN: in « Traité d'Ophtalmologie », vol. 3, p. 1069. Masson et Cie édit., Paris 1939.
2. C. Wm FORSBERG: « Hereditary ptosis. » *J. Lancet*, **52**: 378 (janv.) 1932.
3. P. H. FAULKNER: « Familial ptosis with ophtalmoplegia externa starting in adult life. » *Brit. Med. Journ.*, **2**: 854 (28 oct.) 1939.
4-5-6. Cités par Rodin et Barkan.
7. A. DUTIL: « Note sur une forme de ptosis non congénital et héréditaire. » *Le Progrès Médical*, **20**: 401 (12 nov.) 1892.

qui auraient été l'objet de la même anomalie apparue au cours de leur cinquantième année. Aucune autre anormalité oculaire n'accompagnait le ptosis. Il s'agissait donc d'un ptosis pur, tardif, héréditaire et familial. Dutil affirmait alors qu'il n'avait connaissance d'aucune observation semblable dans la littérature médicale, sauf la brève communication de Fuschs.

Delord [8], en 1903, publia un court travail comportant une lignée familiale de 3 générations chez lesquelles se trouvaient 8 sujets à ptosis apparu tardivement, soit après quarante ans, sans aucune autre anomalie oculaire. Cet auteur rappelait la publication antérieure de Dutil.

A. Boulanger [9] consacra, en 1923, sa thèse de doctorat à ce sujet. Cet auteur n'y apporta aucune notion nouvelle insistant sur le caractère héréditaire de l'affection, sur le type apparemment dominant de la transmission du ptosis d'une génération à l'autre et qui ne paraît pas se rattacher au sexe, enfin sur l'exclusivité du ptosis qui n'est pas associé à aucun autre accident oculaire de toute autre nature.

En 1932, Forsberg [2] rapporta une lignée familiale de 5 générations, comportant 67 individus dont 13 ptosis acquis. Il s'agissait de ptosis héréditaire familial non congénital, mais non tardif, puisque la date d'apparition chez les 13 sujets s'étendait de 6 à 22 ans d'âge. Ici on doit ajouter cependant que le ptosis était pur chez ces malades, qu'il n'était pas lié au sexe et que chez deux cas le ptosis avait été transmis par un sujet sain, ce qui ne s'accorde pas parfaitement avec la dominance du caractère pathologique transmis.

Frank Rodin et Hans Barkan [10] firent paraître une revue générale sur le ptosis héréditaire, la première à être publiée sur le sujet. Ces auteurs établissent quatre catégories de ce type de ptosis qui sont les suivantes: 1) ptosis congénital héréditaire; 2) ptosis héréditaire avec ophtalmoplégie externe; 3) ptosis héréditaire non congénital; 4) ptosis héréditaire avec épicanthus.

Ils situent le ptosis héréditaire tardif dans la 3e catégorie et ils mentionnent les publications de Dutil, Delord, Boulanger. Ils rapportent aussi un travail de Spencer [11] paru en 1917, contenant une observation d'un malade dont le ptosis, associé à une limitation des mouvements oculaires, avait débuté vers 15-16 ans, dont la grand-mère maternelle, la mère et deux tantes maternelles avaient également présenté un ptosis et dont un frère avait eu la même infirmité à début vers l'âge de 22 ans. Il ne s'agissait pas vraiment d'un ptosis pur et tardif. Les mêmes auteurs mentionnent aussi un travail de Meumann [12], paru en 1928, dressant la généalogie de 5 générations d'une famille de 32 adultes dont 22 présentaient un ptosis acquis tardivement, puisque la majorité de ces ptosis était apparue vers 40 et 50 ans, deux seulement s'étaient installés entre 24 et 30 ans.

Nous ne ferons que citer l'article de Faulkner [3] publié en 1939, ayant trait à une généalogie familiale s'étendant sur deux générations et comportant le père, deux garçons et deux filles, dont le ptosis avait pris naissance durant l'enfance chez une fille et après 30 ans chez les autres sujets. Ces ptosis étaient accompagnés de limitation des mouvements de latéralité des globes oculaires et surtout des mouvements vers le haut. Depuis l'importante revue générale de Rodin et Barkan parue en 1935 et la courte publication de Faulkner, nous n'avons rien trouvé dans la littérature médicale se rapportant au ptosis héréditaire à apparition tardive.

---

8. DELORD: « Sur une forme de ptosis non congénital et héréditaire. » *La Presse Médicale,* **11**: 592 (19 août) 1903.

9. Alfred BOULANGER: « Le ptosis tardif familial. » *Thèse de Lille,* 1923.

10. Frank H. RODIN et H. BARKAN: « Hereditary congenital ptosis.» Report of a pedigree and review of the literature. *Am. Journ of Ophtalmology,* **18**: 213 (mars) 1935.

11. F. R. SPENCER: « Congenital ptosis » *Opht. Record,* **26**: 254, 1917.

12. E. MEUMANN: « Weber dië nicht kongenitale Form der Hereditärem Ptosis » *Arch. f. Augench.,* **99**: 661, 1928.

Voici le résumé de nos observations:

Observation No 1. — Mme Damien Merc., âgée de 72 ans, est venue me consulter le 10 décembre 1941 pour **ptosis bilatéral** ayant débuté vers 55 ans.

1° *Père:* **Ptosis bilatéral** ayant débuté vers 50 ans. Il avait de la **difficulté à avaler.**

2° *2 tantes paternelles connues* (sur 3): 1 tante avait **ptosis bilatéral** léger, avec **difficulté à avaler.** Morte à 56 ans.
1 tante avait **ptosis bilatéral** ayant débuté vers 50 ans sans trouble de la déglutition.

3° *1 oncle connu* (sur 4): **Ptosis bilatéral** à 50 ans. **Avait difficulté à avaler.**

4° *11 frères et soeurs:* 5 morts jeunes.
1 mort accidentellement, présentait **ptosis bilatéral** à début vers 50-55 ans. Déglutition normale.
5 vivants: 4 normaux 56, 57, 58, 66.
1 frère 70 ans présente **ptosis bilatéral** depuis l'âge de 60; **grande difficulté à avaler.**
Depuis 8 ans a été opérée 4 fois, à droite; 2 fois à gauche pour corriger le ptosis. Difficulté à avaler vers 56 ans, surtout depuis 5 à 6 ans, et particulièrement les solides. Musculature de l'œil, intrinsèque et extrinsèque, normale. Fundus et vision normales. Réflexe photo-moteur présent. Pupilles normales. Réf. du voile et du pharynx existent, mais faibles. Voile paresseux à l'émission de la voyelle « A ». Examen neurologique complètement négatif.

Nous avons revu la malade en 1946: déglutition plus difficile, diplopie depuis 1 an et demi quand un objet passe vers la droite, sans aucune déficience de la musculature extrinsèque des yeux.

P. A. 220/110.

Observation No 2 — Malade examinée au dispensaire de neurologie de l'hôpital Notre-Dame vers 1941. 64 ans. **Ptosis bilatéral** ayant débuté à 59 ans.

1° *Grand'mère paternelle:* normale.

2° *Grand'père paternel:* inconnu.

3° *Mère:* normale.

4° *Père:* **ptosis bilatéral** ayant débuté vers 60 ans.

5° *2 oncles paternels:*
a) 1 normal: 4 enfants normaux.
b) 1 **ptosis bilatéral** vers 50-60 ans.
1 fille normale.
1 fille **ptosis bilatéral.** ⎫ Début.
1 garçon **ptosis bilatéral.** ⎭ 50-60 ans.

6° *1 frère* mort à 58 ans **ptosis bilatéral** à début vers 50 ans.

7° *1 soeur* morte à 56 ans, **ptosis bilatéral** a débuté vers 40 ans.

8° *1 soeur* 67 ans, normale.
Pas de signes neurologiques, pas d'autres anomalies oculaires.

Observation No 3 —M. J. Lor. . . , 67 ans. Examiné le 23 octobre 1942.

Chute de la paupière gauche depuis 3 ans, **de la paupière droite** depuis 1 an environ.

1° *Grand'mère et grand'père:* normaux.

2° *Père:* mort à 67 ans sans ptosis.

3° *Mère:* morte à 97 ans sans ptosis.

4° *Tantes et oncles:* sans ptosis.

5° *1 frère* mort à 42 ans sans ptosis.

6° *1 soeur vivante:* **ptosis bilatéral** depuis 10 ans, ayant débuté à 75 ans; ne peut nous dire si elle avale difficilement.

7° *3 soeurs mortes:* 24 — 25 — 60, sans ptosis.

8° *3 enfants vivants:* bonne santé.

Difficulté pour avaler les solides depuis 6-7 ans, alors que les liquides passent bien. Taille ses aliments en très petits morceaux.

Cœur normal. Examen neurologique négatif. Les réflexes vélo-pharyngo et la contraction du pharynx et du voile sont normaux. **Ptosis bilatéral.** Limitation des globes vers le bas; très légère limitation vers la gauche et la droite; *ébauche seulement des mouvements vers le haut.*

P.A. 140/70.

Observation No 4 — Mme Lavig. . . , 53 ans, examinée en 1942. **Ptosis bilatéral** ayant débuté il y a 5 mois, surtout à droite.

1° *Père:* mort à 62, prensentait un **ptosis bilatéral.**

2° *Mère:* morte à 87, normale.

3° *Oncles paternels:*
1 mort à 72, sans ptosis.
1 mort à 69, sans ptosis.

4° *Tantes paternelles:*
1 morte à 18 ans, pas de ptosis.
1 morte à 45 ans, pas de ptosis.
1 morte à 60 ans, **ptosis bilatéral.**

Pression artérielle 180/105. Examen négatif. Fundus, vision, mobilité extrinsèque et intrinsèque, pupilles normaux. Frontal constamment contracté, ptosis surtout à droite.

Observation No 5 — M. Joseph Lamb . . ., âgé de 69 ans, a été examiné le 2 juin 1942.

Ptosis bilatéral depuis 8-9 ans; tient la tête en hyperextension depuis 1 an.

1° *Mère:* présentait un **ptosis bilatéral** ayant débuté vers 60 ans.

2° *3 tantes et 4 oncles maternels:* la malade affirme qu'un oncle avait un **ptosis bilatéral** vers 55-56 ans.

3° *4 soeurs vivantes:* 1 soeur à **ptosis bilatéral** ayant débuté vers 55 ans par le côté gauche.

4° *3 frères vivants:* 1 frère à **ptosis bilatéral** ayant débuté vers 52 ans.

Vision normale. Pas de diplopie. Pupilles et papilles normales. Limitation des globes vers le haut surtout à gauche; légère limitation des mouvements latéraux. Réflexe photo-moteur normal. Aucun signe neurologique. Depuis un an, **s'engoue souvent en buvant, la mère avait le même trouble.** Réflexes du voile et du pharynx existent. P.A. 140/80. Artério-sclérose.

Observation No 6 — Mme Napoléon Mitch., âgée de 57 ans. Admise à l'hôpital Notre-Dame en octobre 1943 pour être opérée de son ptosis par le Dr Jules Brault. **Ptosis bilatéral** depuis 4-5 ans. Tête maintenue en hyperextension afin de faciliter la vision. Démarche normale. Déglutition normale.

1° *Grand'mère paternelle:* **ptosis bilatéral** ayant débuté durant la cinquantaine. Fut déjà opérée pour cette infirmité.

2° *3 soeurs et 1 frère de cette grand'mère ont* été connus de la malade; ils n'avaient pas de ptosis.

3° *Père:* **ptosis bilatéral** ayant débuté vers la cinquantaine. Opération 4-5 ans après le début.

4° *Un oncle paternel* mort sans ptosis à 60 ans, ayant eu 10 enfants dont 3 ont atteint 50 ans et plus sans ptosis.

Observation No 7 — M. Arthur Bil., 56 ans, a été examiné à mon bureau le 11 mars 1944, pour **ptosis bilatéral.**

1° *Grand'mère maternelle:* **ptosis bilatéral** ayant débuté? Morte à 70-75. Soulevait ses paupières supérieures avec ses doigts.

2° *Mère:* **ptosis bilatéral** ayant débuté vers 50 ans.

3° *6 oncles et tantes maternels:* dont deux ont atteint 60 ans, elles n'avaient pas de ptosis bilatéral.

4° *2 frères vivants:* 64 ans sans ptosis — 3 filles saines.
66 ans: **ptosis bilatéral** ayant débuté à 54 ans; progression lente.

5° *3 sœurs:* 30 — 35 — 40, sans ptosis.

Fente d'environ ¼ cent. entre les deux paupières. Voit les doigts qui s'élèvent jusqu'à l'horizontal; si le frontal se contracte, la fente est d'environ ½ cent. Rien aux globes. Paupières flasques, persistances des plis: la fatigue exagérerait la ptose. Epreuve à la Prostigmine est négative. Vision excellente. Fundus normal. Muscles intrinsèques et extrinsèques normaux. Déglutition normale. Membres inférieurs normaux. Examen neurologique négatif.

Observation No 8 — Mme Ed. Couil., âgée de 64 ans, examinée le 14 février 1945. **Ptosis bilatéral** ayant débuté depuis 7-8 ans, s'étant accentué plus rapidement depuis 2 ans, surtout à droite.

1° *Père:* à 50 ans avait un **ptosis bilatéral.**

2° *2 tantes paternelles* seules connues: 1 tante avait **ptosis bilatéral** vers 50 ans (la tante « aux petits yeux »); 1 tante normale: 7-8 enfants normaux.

3° *1 frère* est mort à 54 ans et présentait

un **ptosis bilatéral** ayant débuté durant la quarantaine.

(Pas d'autres frères ou sœurs.)

Difficulté pour avaler les solides depuis 4-5 ans. P. A. 160/100.

Aucun signe neurologique. Vision normale. Muscles intrinsèques et extrinsèques normaux. Ouverture palpébrale réduite à l'état de fente. Etat du malade, meilleur le soir que le matin.

Observation No 9 — Soeur Marie . . ., âgée de 60 ans, examinée le 30/6/48: **ptosis bilatéral** depuis 5-6 ans; progressif.

1° *Grand'père paternel:* **ptosis bilatéral**.

2° *Père:* mort à 54 ans sans ptosis.

3° *Mère:* morte à 78 ans sans ptosis.
N'a pas connu oncles et tantes paternels qui d'ailleurs sont morts; ne possède aucune connaissance de l'état des enfants de ses oncles et tantes.

4° *2 soeurs:* mortes: une à 58; elle présentait un **ptosis bilatéral**; l'autre morte à 48 ans, sans ptosis.

5° *3 frères:* vivants: 48, 58, 65 ans, sans ptosis.

Sensation de cuisson, de picotement au larynx qui porte à toussoter. **Difficulté pour avaler les solides** qui lui paraissent s'accumuler dans le pharynx; pour faciliter la déglutition, elle boit et parfois les liquides reviennent par le nez, la difficulté à avaler a débuté il y a 4-5 ans, elle progresse. Voix enrouée, moins forte qu'auparavant, difficilement contrôlable pour obtenir la tonalité désirée. Cholécystectomie en 1939 pour lithiase. Les paupières sont plus tombantes le matin; la malade doit les soulever avec ses doigts, surtout sa paupière supérieure gauche. Mastication normale sans fatigabilité anormale. Cornée recouverte des 2/3. Limitation très légère du mouvement vers l'angle interne, des deux côtés. Limitation très marquée des mouvements vers le haut des globes. Réflexe du voile normal. Mobilité du pharynx diminuée, son réflexe est quasi aboli. Aucune autre anomalie neurologique. P. A. 150/90. Epreuve à la Prostigmine ne provoque aucune amélioration du ptosis.

Observation No 10 — M. Hector-Louis T., âgé de 73 ans, se plaint d'étourdissements, de faiblesse des membres et de troubles de la vue. Il a un **ptosis bilatéral et il éprouve une difficulté assez sévère à avaler.** Le ptosis a débuté il y a 20 ans. La difficulté à avaler date de 10 ans; la faiblesse des membres a débuté également il y a 10 ans.

1° *Grand-père paternel:* **ptosis bilatéral** à début tardif.

2° *Père:* **ptosis bilatéral** à début vers 50 ans. **Difficulté à avaler.**

3° *2 oncles et 2 tantes paternels* morts après l'âge de 60 ans et n'avaient pas de ptosis.

4° *1 demi-frère et 1 demi-sœur* (même père) du malade éprouvent de la **difficulté à avaler** depuis l'âge de 50 ans, ils n'ont pas de ptosis.

5° *6 demi-frères et 2 sœurs* du malade n'ont présenté ni ne présentent du ptosis ou de la difficulté de déglutition.

Ptosis bilatéral de la paupière supérieure diminuant la fente palpébrale des 2/3.

Limitation importante de l'élévation des globes.

Faiblesse de l'orbiculaire des paupières et des lèvres.

Réflexes photo-moteur et cornéen anormaux.

Fond de l'œil normal.

Réflexe massétérin absent, réf. vélo-palatin et pharyngé abolis à la phonation; le voile s'élève mais la paroi du pharynx ne se contracte pas.

Voix enrouée par stagnation des mucosités dans le pharynx.

Anflexie tendineuse généralisée, sauf le tricipital gauche qui est faible.

Réflexes abdominaux et plantaires normaux.

Sensibilités normales. Romberg négatif.

Etat et force des muscles:

Abaissement des bras très affaibli. Adduction des bras: nulle avec disparition des pectoraux.

Elévation et abduction des bras: affaiblies.

Flexion des avant-bras: très affaiblie.

Extension des avant-bras: assez bonne.

Flexion et extension des mains et des doigts: très satisfaisantes.

Flexion des cuisses: excessivement faible, le malade peut à peine, en position assise, décoller le pied du plancher.

Extension, adduction et abduction des cuisses: faibles, mais décidément plus fortes que la flexion. Mouvements des jambes et des pieds: de force très satisfaisante.

En position couchée, le malade élève le talon du plan du lit d'environ 3 à 4 pouces.

La flexion et l'extension de la tête, du tronc, sont assez vigoureuses eu égard au physique plutôt malingre du malade.

Secousse mécanique des muscles ne montre pas de modification marquée de la contraction sur les jambiers antérieurs, les radiaux, les extenseurs des doigts, les thénariens; ailleurs la contraction ne se manifeste pas d'une façon évidente. Pas de myotonus.

Tous les muscles sont flasques; les pectoraux n'existent plus, les triceps sont également très atrophiés.

*
* *

Ces observations démontrent bien l'existence d'un ptosis héréditaire, familial et d'apparition tardive comme les premiers auteurs l'avaient signalé.

Le ptosis est habituellement pur, sans autre manifestation pathologique à l'appareil oculaire, sans aucun autre symptôme neurologique. Sauf cependant les troubles de la déglutition qui existaient chez six des malades examinés et qui auraient été également présents, au témoignage d'une malade, chez 4 de 6 membres à ptosis de cette famille et d'un autre, chez une sœur et un frère. Nous avons observé cette anomalie et nous la mentionnons sans pouvoir en expliquer clairement la concomitance avec le ptosis. Nous en reparlerons brièvement un peu plus loin.

Dans une famille (No 2), le ptosis se montra familial et tardif, mais non héréditaire. Cependant, peut-être se serait-il montré chez le père s'il avait vécu plus vieux que 67 ans. Le ptosis, il est vrai, s'installe à 64 ans chez le malade, mais chez une de ses soeurs il ne se manifeste que vers 75 ans, ce qui aurait pu aussi se produire chez le père. Il en fut ainsi dans l'observation 9: le grand'père paternel eut bien un ptosis mais le père de la malade n'en présenta pas; ajoutons cependant qu'il mourut à 54 ans avant l'apparition de son ptosis, selon toute vraisemblance.

Comme très habituellement dans le cas de la généalogie de maladies héréditaires, nos renseignements furent incomplets et reposèrent uniquement sur le témoignage des malades qui ne connaissent pas, bien souvent, leurs grands-parents et qui, surtout, ne peuvent nous instruire sur l'état de certains oncles ou tantes, de cousins ou cousines, qu'ils n'ont pas connus ou qu'ils n'ont pas rencontrés depuis longtemps.

A tout événement, dans l'ensemble, le ptosis héréditaire tardif paraît être un caractère héréditaire à type dominant qui n'a aucun rapport avec le sexe. Chez quatre malades seulement, nous l'avons trouvé associé à des troubles oculo-moteurs objectifs qui furent de la parésie de l'élévation des globes oculaires et une limitation des mouvement de latéralité.

Il est vraisemblable d'attribuer ce genre de ptosis à une myopathie du releveur de la paupière supérieure comme d'ailleurs le croyait Fuschs. Il est, en effet, difficile d'admettre un processus dégénératif aussi exclusivement circonscrit au seul groupe cellulaire du noyau de la troisième paire, qui donne naissance aux fibres nerveuses innervant le releveur de la paupière supérieure. Le même processus de myopathie peut très bien aussi intéresser certains muscles extrinsèques de l'oeil et donner naissance à des parésies ou paralysies oculomotrices associées, comme il fut constaté chez quatre de nos malades (3, 5, 9 et 10). D'ail-

leurs, chez ces malades comme chez d'autres observés par les auteurs, ce sont les droits supérieurs qui sont les seuls touchés ou les plus atteints.

L'origine embryonnaire du releveur supérieur pourrait bien expliquer une telle conjecture, puisque ce muscle, à différenciation tardive, se détache littéralement, en se formant, du bord interne du droit supérieur déjà constitué. Il se porte vers un plan supérieur et occupe sa position définitive vers le 4ième mois de la vie embryonnaire. L'origine commune du releveur et du droit supérieur pourrait, dans certains cas, comporter une évolution commune vers un processus myopathique.

Bien entendu, nous avons, en présence de chaque malade, pensé à la myasthénie et surtout en présence de ceux qui affirmèrent des troubles de la déglutition. Mais chez aucun, la notion d'épuisement, de fatigabilité morbide des muscles oculo-palpébraux n'existait. Chez deux malades l'épreuve à la Prostigmine fut négative.

La myasthénie n'est pas une affection héréditaire et familiale [13]. Chez aucun de nos malades, il ne fut constaté le moindre phénomène de faiblesse, ni de fatigue au muscle du cou, au masticateur, aux muscles des membres.

On ne connaît aucune affection du système nerveux central se manifestant exclusivement par des troubles oculo-moteurs et surtout par du ptosis tardif à potentiel héréditaire et familial.

Par analogie il ne serait pas invraisemblable de croire à la possibilité d'un processus de myopathie intéressant les muscles extrinsèques des globes, et nous nous rappelons avoir constaté des accidents parétiques et même paralytiques chez deux malades qui étaient l'objet d'une myotonie atrophique. Et nous ne croyons pas que l'on puisse invoquer un autre type de lésion que celle de myopathie oculomotrice pour créer de tels troubles dans une maladie myopathique qui atteint par ailleurs les muscles releveurs des paupières, le facial, le sternomastoïdien et les masticateurs, pour ne parler que des muscles de la tête.

Pour étayer cette opinion, notre 10e observation offre un précieux apport démonstratif. Elle rapporte le cas d'un malade chez lequel le ptosis était associé à une parésie du pharynx et à une affection musculaire assez généralisée, amenant de l'aréflexie tendineuse, de l'amyotrophie, et de la faiblesse musculaire distribuée, aux membres, à grande prédominance rhizomélique. Les muscles amyotrophiés ne présentaient aucune fasciculation ni fibrillations.

Ce syndrome à caractère de vraisemblance myopathique associé au ptosis, renforce, à notre avis, l'hypothèse attribuant la chute des paupières supérieures, dans l'affection qui nous occupe, à la nature myopathique de la lésion. Et nous pourrions, avec vraisemblance, risquer l'affirmation que le plus souvent ce processus de myopathie se limite au releveur de la paupière supérieure; qu'assez fréquemment, il prend aussi les muscles du pharynx, les droits supérieurs; que même, dans certains cas très rares, il peut se généraliser. Cette dernière observation, en plus, nous porte à attirer plus volontiers l'attention sur l'association du ptosis tardif héréditaire à une parésie de la déglutition également héréditaire, tardive et familiale. Nous ne croyons pas que ce fait ait déjà été signalé. Et la circonstance de l'accident pharyngé nous paraît d'autant plus impressionnante qu'elle est d'abord fréquente en regard du nombre de nos observations à ptosis et qu'elle peut même exister isolément chez des sujets appartenant à une famille à ptosis héréditaire et tardif, comme le démontrerait notre dernière observation. Ce qui contribue à rehausser l'importance de l'élément pharyngé du syndrome et lui accorder une certaine autonomie héréditaire et familiale, au moins passagère, sûrement préexistante, peut-être même exclusive dans la survenue du complexe syndromique « ptosis-pharyngoplégie » observé par nous et, croyons-nous, inédit.

Chez nos malades, nous n'avons pu trouver d'autres facteurs étiologiques que l'hérédité

13. F. B. WALSH: « Myasthenia gravis and its ocular signs. » *Am. Journ. of Oph.*, **28**: 13 (janv.) 1945.

similaire. Nous ne pensons pas qu'on puisse contester le diagnostic de ptosis héréditaire et familial d'apparition tardive, pour ces cas que nous avons étudiés. Cela, bien entendu, sans préjuger de l'origine et de la nature de la cause efficiente de l'affection, qui relève de la génétique.

Encore une fois, cette étude appartient peut-être plus au domaine de l'ophtalmologie, mais elle trouve sa place en neurologie. Et cela est si vrai que la majeure partie des cas que nous présentons, nous fut envoyée par des ophtalmologistes qui désirèrent être assurés d'un diagnostic et surtout savoir si le ptosis de leurs malades ne relevait pas d'un processus neurologique.

En résumé, ce travail exclusivement clinique comporte 10 observations très abrégées d'un type de ptosis bilatéral de la paupière supérieure, héréditaire et familial, d'apparition tardive, soit à partir de 50 ans. Il est à présumer que ce ptosis d'origine génétique est à mécanisme myopathique. Un trouble de la déglutition existait chez certains de ces malades, trouble à potentiel également héréditaire et familial[14].

14. Nous remercions les docteurs François Badeaux, Jules Brault et Léopold Morissette dont nous avons pu examiner les malades et grâce auxquels cette étude clinique nous fut rendue possible.

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DES PHÉNOMÈNES D'HYPERSENSIBILITÉ[1]

Jacques LEGER,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

I. L'anaphylaxie.

HISTORIQUE.

Il semble que la première mention faite d'un phénomène anaphylactique expérimental date de 1839 alors que François Magendie observait que l'injection répétée de protéine étrangère à des chiens provoquait souvent des phénomènes étranges, fréquemment mortels.

Flexner (1894) rapporte plusieurs années plus tard que des animaux qui supportent impunément une dose de sérum de chien, meurent à la seconde injection.

Il n'en reste pas moins vrai que c'est à Charles Richet (1898, 1902) que revient l'honneur d'avoir effectué le premier travail systématique ayant trait aux manifestations d'hypersensibilité chez l'animal. A cette époque, Richet s'intéressait aux propriétés toxiques des anémones de mer chez le chien.

Richet, alors en voyage d'étude sur les mers et poursuivant ses observations sur la faune marine, perdit par maladie bon nombre de chiens. Pour pallier à cette rareté de matériel, il dut réinjecter le chien Neptune auquel il avait déjà administré un extrait d'actinies. Bien que la dose injectée ne fût pas toxique, ce chien à son grand étonnement développa rapidement des symptômes alarmants suivis de mort, que voici décrits par Richet lui-même dans son livre l'*Anaphylaxie:* « L'expérience caractéristique, celle qui m'a présenté le phénomène dans toute son indiscutable netteté, a été faite sur le chien Neptune. C'était un chien exceptionnellement vigoureux et bien portant. Il avait reçu d'abord 0.1 cc. de liquide glycériné (extrait glycériné des tentacules de l'actinie) sans être malade. 22 jours après, comme il était en excellente santé, je lui injecte la même dose de 0.1 c.c. Alors aussitôt, quelques secondes après que l'injection a été terminée, il est extrêmement malade; la respiration devient angoissée, haletante. Il peut à peine se traîner, se couche sur le flanc, est pris de diarrhée et de vomissements sanguinolents. La sensibilité est abolie et il meurt en 25 minutes. » Richet donna au phénomène le nom d'« anaphylaxie » du grec *ana* et *phylaxis,* signifiant le contraire de prophylaxie. Il se rendit parfaitement compte qu'il s'agissait là d'un phénomène nouveau au cours duquel un animal, ayant résisté préalablement à l'injection d'une substance toxique, voyait sa sensibilité modifiée lors d'une injection subséquente. Richet croyait que les substances anaphylactogènes devaient être des substances toxiques. Bien que nous sachions qu'il s'agissait là d'une erreur, il n'en reste pas moins vrai que ses travaux ont une grande importance car ils ont montré qu'il s'agissait non pas d'un fait isolé, mais d'un processus ayant une portée générale en biologie.

Bientôt après, Arthus (1903) publia le résultat de ses recherches sur l'hypersensibilité des lapins vis-à-vis le sérum de cheval. Il a constaté que, chez des lapins ayant reçu plusieurs fois du sérum sous la peau, on pouvait provoquer des troubles graves et même la mort, si on leur injectait par la suite ce sérum par voie intraveineuse. L'originalité des travaux d'Arthus consiste en ce qu'il a remarqué que des injections sous-cutanées de sérum de cheval à intervalles déterminés donnent lieu à des réactions locales consistant en infiltration, induration, gangrène et nécrose. C'est ce que nous connaissons encore sous le nom de « phénomène d'Arthus ». En outre, Arthus fut le premier à reconnaître que des substances non toxiques peuvent être responsables des réactions anaphylactiques. Il reconnut encore

1. Extrait d'une thèse présentée pour l'obtention d'un doctorat ès sciences (Ph. D.).

que l'animal sensibilisé au sérum de cheval ne l'était pas au lait et inversement, apportant ainsi une preuve expérimentale de la spécificité de l'antigène en hypersensibilité.

Simultanément aux travaux d'Arthus, von Pirquet et Schick (1905) apportaient leur contribution à l'étude de l'hypersensibilité en décrivant des manifestations anaphylactiques chez l'homme. Ayant traité un grand nombre d'enfants avec des sérums anti-diphtériques et anti-scarlatineux, ils eurent l'opportunité de décrire un ensemble de troubles variés auquel ils donnèrent le nom de maladie sérique. Une première injection de sérum ayant sensibilisé le sujet, la seconde provoquait à dose plus faible des accidents sériques plus rapidement et plus régulièrement. Von Pirquet (1906, 1908) suggéra le terme « allergie », du grec *allos ergon* signifiant réactivité modifiée, étendant ainsi à l'homme des notions qui avaient été jusqu'alors confinées à l'animal.

En Amérique, Anderson et Rosenau (1906) parvenaient, vers la même époque, à apporter quelques précisions de plus sur les caractères de la réaction anaphylactique et sur les circonstances qui l'entourent. Employant le cobaye comme animal d'expérience, ces auteurs démontrèrent l'importance de la période d'incubation. Il doit s'écouler une période d'au moins 10 jours entre le moment de la sensibilisation et celui de l'injection déchaînante. Ils virent également que, pour sensibiliser le cobaye, il suffit d'une dose minime de sérum (1 millionième de cc.), et que l'état d'hypersensibilité une fois établi peut persister pendant des mois. En injectant des doses massives et répétées de sérum, ils réussirent de plus à prémunir les cobayes contre les accidents anaphylactiques.

La même année, Otto (1906) faisait en Allemagne des expériences semblables à celles d'Anderson et de Rosenau. Il décrivit en détail lui aussi le choc anaphylactique chez le cobaye, en lui donnant cependant le nom de phénomène de Théobald Smith. Ce dernier avait antérieurement fait l'observation que les cobayes ayant servi au dosage du sérum antidiphtérique étaient sensibilisés au sérum de cheval. Otto démontra que la toxine diphtérique ne jouait aucun rôle par elle-même, mais que l'anti-toxine, c'est-à-dire le sérum de cheval, était le facteur véritablement responsable (1907). Il se rendit compte aussi de la spécificité de la réaction anaphylactique en observant que les cobayes ayant reçu du sérum de cheval se comportaient comme des cobayes neufs vis-à-vis des sérums de lapin, de chèvre ou de bœuf. C'est depuis l'époque de Théobald Smith, Anderson et Rosenau, et Otto que le cobaye est reconnu comme l'animal de prédilection pour les recherches expérimentales en anaphylaxie.

Gay et Southard (1908) ont précisé la technique de la sensibilisation. Ils ont serré le problème de plus près. Tout comme Anderson et Rosenau, ils montrèrent qu'une injection ou une série d'injections de protéine étrangère est suivie d'une période de temps, variant de quelques jours à quelques semaines, durant laquelle une nouvelle administration de la même protéine donne lieu à une réaction typique, toujours la même dans chaque espèce animale, indépendante de la protéine employée. Recherchant la localisation des cellules et des tissus mis en cause dans la réaction anaphylactique chez le cobaye, ils constatèrent que le poumon était l'organe réactif et que la mort, lorsqu'elle avait lieu, était le résultat d'une défaillance respiratoire due à l'emphysème pulmonaire.

Auer et Lewis (1909, 1910) sont les premiers à apporter une description des lésions anatomiques au cours de l'anaphylaxie. Réétudiant la physiologie de la réaction, ils en viennent à la conclusion que l'emphysème pulmonaire est dû à la contraction des muscles lisses des bronchioles, et que l'animal meurt par suffocation.

Petit à petit, l'anaphylaxie expérimentale est élaborée avec plus de précision chez le chien, chez le lapin, chez le cheval, chez différentes espèces animales. Parallèlement à ces travaux sur les méthodes de production du choc anaphylactique, différents essais ont été tentés dans le but de le prévenir. Il était déjà ressorti des conclusions d'Otto, et de Rosenau et Anderson, que si une injection massive était administrée avant que l'intervalle nécessaire

pour la période d'incubation ne se soit écoulé, le cobaye ne réagissait que très peu ou pas du tout. Cela signifiait que cet animal était immunisé pendant quelque temps avant que ne s'installe l'état anaphylactique. Besredka et Steinhart (1907, a, b) s'avancèrent davantage et firent la preuve expérimentale qu'il est possible de désensibiliser un animal si on lui administre des injections répétées de l'agent sensibilisant. Ils donnèrent à ce phénomène le nom d'« anti-anaphylaxie ».

Tout ce qui précède ne se rapporte qu'à l'anaphylaxie active. Si le sérum d'un animal qui a été sensibilisé activement est injecté à un animal normal, on transmet alors à ce dernier un état d'hypersensibilité acquise passivement, mais qui l'expose au même danger anaphylactique.

Richet (1909) avait réussi à sensibiliser passivement un chien neuf en lui injectant du sérum d'un chien sensibilisé. Nicolle (1907) a montré lui aussi que, si le sérum de lapin sensibilisé au sérum de cheval était injecté à un lapin normal, ce dernier devenait sensible, et qu'une injection sous-cutanée de sérum de cheval 24 heures plus tard provoquait le phénomène d'Arthus. Otto (1907), Friedemann (1907), Besredka (1908), Lewis (1908), sont quelques-uns parmi plusieurs qui ont contribué à l'étude de l'anaphylaxie passive et qui ont mis au point les techniques employées maintenant. L'état de sensibilisation passive dure moins longtemps que la sensibilisation produite activement.

On se rappelle la description de la maladie sérique chez l'homme qu'ont faite von Pirquet et Schick (1905). Il fut reconnu bien vite que d'autres manifestations d'hypersensibilité chez l'homme, qui étaient d'ailleurs déjà connues depuis longtemps, étaient associées à l'état anaphylactique chez l'animal. La fièvre des foins et l'asthme furent parmi les premières à mériter cette attention qui fut soulevée par Wolff-Eisner (1906) et Neltzer (1910).

Ainsi, la première décade du siècle fut « la décade » en autant que l'anaphylaxie est concernée. On en fit la découverte, on en élabora les conditions, et on aborda même l'étude des mécanismes qui la régissaient. Cette dernière question sera étudiée lorsqu'on abordera les théories de l'anaphylaxie.

NOMENCLATURE

Hypersensibilité.

Le terme *hypersensibilité* est employé au cours de ce travail dans son sens le plus large, et comprend les manifestations anaphylactiques, anaphylactoïdes aussi bien qu'allergiques.

Si on a longtemps reconnu l'anaphylaxie comme un phénomène produit chez l'animal seulement, on tend maintenant à croire qu'elle n'est qu'une forme de réactivité modifiée et non limitée au règne animal inférieur.

Il faut de plus se résoudre à admettre que pour certaines manifestations d'hypersensibilité un mécanisme antigène-anticorps n'a pu encore être démontré. Si cela est admissible chez l'homme, il n'y a pas à notre avis d'argument inébranlable à l'encontre d'une telle possibilité chez l'animal.

Il semble qu'au moyen de termes trop exclusifs on ait « compartimenté » à tel point certaines notions que l'évolution en a été retardée.

HYPERSENSIBILITÉ EXPÉRIMENTALE

A) *Anaphylaxie.*

L'anaphylaxie, telle que décrite par Feinberg (1946), est un type d'hypersensibilité se manifestant chez certaines espèces animales. Richet, pour sa part (1902), avait suggéré le terme *anaphylaxie* pour désigner certains phénomènes d'hypersensibilité chez l'animal de laboratoire. Par ces phénomènes il faut comprendre les réactions générales (communément connues comme choc anaphylactique), aussi bien certaines manifestations locales d'importance (que nous connaissons comme le phénomène d'Arthus).

Urbach (1946) insiste sur le fait que les symptômes d'anaphylaxie qui peuvent être reproduits expérimentalement chez l'animal peuvent l'être également chez l'homme. Ce

terme *anaphylaxie* s'applique à des réactions caractérisées par un ensemble de symptômes généraux. Zinsser (1946) décrit comme anaphylaxie un type d'hypersensibilité qui peut être observé chez les animaux et chez l'homme, par l'administration de divers antigènes protéiniques possédant peu ou pas de toxicité.

Dragstedt (1941) a donné de la réaction anaphylactique une définition longue mais complète, que voici: « Une réaction anaphylactique peut être définie comme une réaction qui est produite chez un animal par l'administration d'une substance étrangère. La réaction apparaît chez l'animal sensibilisé à cette substance par un contact préalable, la nature et la sévérité de la réaction dépendant de la nature et du degré de sensibilisation et non de certaines propriétés toxiques de la substance étrangère, de telle sorte que l'on puisse dire de la réaction qu'elle est caractéristique de l'animal plutôt que de la substance étrangère ».

La réaction est le résultat de l'union spécifique d'un antigène avec un anticorps.

De la définition qui précède on peut tirer plusieurs points, dont les principaux sont les suivants: le contact sensibilisant; une période d'attente, dénommée période d'incubation, durant laquelle des anticorps sont produits dans l'organisme; et, enfin, le contact déclenchant ou déchaînant.

La substance sensibilisante est l'antigène, qui réagira spécifiquement avec l'anticorps, dont il est responsable, lorsque ce dernier se sera fixé dans les cellules.

Il y a différentes voies d'introduction de l'antigène dans l'organisme. Les voies intraveineuse, sous-cutanée, et intrapéritonéale sont les plus communément employées. On peut également introduire l'antigène par le tractus respiratoire, par inhalation, ou encore en instillation dans les conjonctives oculaires. De plus, il est possible d'obtenir une sensibilisation par voie digestive, et nous savons qu'il ne faut pas oublier la voie trans-placentaire, étant donné que des fœtus peuvent être sensibilisés *in utero*. Evidemment, selon que l'on emploie une voie d'introduction ou une autre, la rapidité et l'intensité des phénomènes peuvent varier.

La quantité d'antigène semble influencer la durée de la période d'incubation. Zinsser (1946) est d'avis que de très grosses doses peuvent allonger l'incubation, en prolongeant la présence de cet antigène dans la circulation; il se produit ainsi une neutralisation partielle par les anticorps déjà formés. D'un autre côté, de très petites doses peuvent elles aussi allonger le temps d'incubation, parce que l'anticorps se développe plus lentement.

Il est très important de noter que l'anaphylaxie se manifeste chez les diverses espèces animales avec un ensemble de symptômes totalement différents; par contre, chez chaque espèce particulière, ces symptômes sont les mêmes quel que soit l'antigène en cause. De ceci il ressort que les manifestations anaphylactiques dépendent de l'espèce animale chez laquelle l'expérience est effectuée. Il est donc important de connaître la façon dont se produit le choc anaphylactique chez les différentes espèces animales.

1) *Choc anaphylactique chez le cobaye.*

Nul doute que le cobaye mérite d'être mentionné d'abord; en effet, le syndrome qu'il présente après l'injection déchaînante constitue un tableau classique du choc anaphylactique.

Très tôt après l'injection d'épreuve, quelques secondes ou quelques minutes selon la voie d'administration ou la violence de la réaction, le cobaye sensibilisé commence à s'agiter. Généralement, il se gratte le museau avec ses pattes avant, il peut éternuer et tousser. Son agitation s'accentue rapidement. Son poil se hérisse, sa respiration s'accélère, et il se met bientôt à tourner autour de son axe. Il est secoué par des soubresauts de plus en plus fréquents, puis par des mouvements convulsifs. L'animal tombe sur le côté, fait de l'incontinence vésicale et anale, la respiration, qui était dyspnéique, se ralentit et devient superficielle. L'animal meurt asphyxié, en dyspnée inspiratoire. Le tout s'est passé dans un très court délai dépassant rarement quatre ou cinq mi-

nutes, bien qu'il puisse occasionnellement dépasser quelques heures.

A l'autopsie on note d'abord que le cœur continue de battre pendant un certain temps. Les poumons sont pâles, volumineux, remplissant presque totalement la cavité thoracique (Gay, Southard, 1907, 1908 a, 1908 b.). A la palpation on perçoit de la crépitation, et cet état emphysémateux peut être confirmé par une étude histologique qui démontrera que les alvéoles sont distendues. Cette condition pulmonaire est due à la contraction des muscles lisses des bronchioles, ainsi que l'ont démontré Auer et Lewis (1909, 1910). Nous pouvons dire que ce bronchospasme est dû à une action directe sur les muscles des parois bronchiques et non pas à un réflexe nerveux, étant donné qu'il peut être reproduit avec un poumon isolé et perfusé (Dale, 1912).

De plus, chez le cobaye il a été observé qu'au cours du choc anaphylactique la pression artérielle subit au début une élévation modérée, puis une chute progressive (Anderson et Schultz, 1909). La température de l'animal baisse au cours du choc. La coagulabilité du sang n'est pas sensiblement modifiée, ceci étant probablement dû à ce que les tissus du cobaye ne contiennent qu'une petite quantité d'héparine.

Un phénomène auquel il a été attaché extrêmement d'importance au cours de ces dernières années est l'augmentation de l'histaminémie au cours du choc anaphylactique chez le cobaye. Le sang d'un cobaye normal contient approximativement 0.05 à 0.15 microgramme d'histamine par centimètre cube. Code (1944) a établi que ce taux d'histamine peut s'élever jusqu'à 1.25 microgramme par cc.

Ce tableau du choc anaphylactique chez le cobaye laisse la plus grande place aux manifestations respiratoires, lesquelles sont, sans aucun doute, de beaucoup les plus importantes.

2) *Choc anaphylactique chez le chien.*

L'anaphylaxie du chien est celle qui fut la première étudiée (Richet, 1902). Les principaux symptômes en sont: prurit, accélération de la respiration, tachycardie, vomissements, diarrhée, paralysie du train postérieur, incontinence, chute de la pression artérielle, diminution de la coagulabilité sanguine et mort. A l'autopsie de l'animal, on constate que le foie est considérablement augmenté de volume. De plus, la muqueuse intestinale est œdématiée et contient des hémorragies en points, la lumière de l'intestin est souvent remplie de mucus sanguinolent.

Nous avons déjà mentionné que les diverses espèces animales présentent une symptomatologie complètement différente. En effet, alors que le cobaye est surtout touché dans son appareil respiratoire, on constate que chez le chien la réaction anaphylactique se déroule particulièrement au niveau du foie. La principale caractéristique est un engorgement de cet organe dont dépendent d'ailleurs les autres symptômes.

Manwaring (1910) a démontré que le choc anaphylactique ne se produisait pas si le foie était exclu grâce à une ligature des vaisseaux abdominaux au-dessous du diaphragme.

Les résultats de Manwaring furent confirmés par les expériences de Voegtlin et Bernheim (1911). En effet, ces derniers auteurs ne réussirent pas à produire le choc anaphylactique chez des chiens porteurs d'une fistule d'Eck et chez qui l'artère hépatique avait été ligaturée. Denecke (1914) refit à peu près la même expérience excluant le foie grâce à une fistule d'Eck et l'application de pinces sur les artères hépatiques; les conclusions de cet auteur étaient sensiblement les mêmes que celles de Manwaring et de Voegtlin et Bernheim. Enfin, Simonds et Brandes (1927) prétendirent apporter un argument nouveau sur le rôle essentiel du foie dans les manifestations anaphylactiques chez le chien: ils montrèrent que le choc était empêché par l'obstruction mécanique des veines hépatiques d'un chien sensibilisé, mais que par ailleurs ce choc apparaissait lorsque l'obstruction était relâchée. Ainsi il a été généralement admis que l'anaphylaxie chez le chien est caractérisée par des symptômes sous la dépendance du foie et que, de plus,

le choc ne pouvait pas se produire en l'absence de cet organe.

Cependant Waters, Markowitz et Jaques (1938), puis Waters et Markowitz (1940), émirent l'opinion que le choc anaphylactique pouvait être obtenu chez des chiens hépatectomisés. Ces auteurs reprochèrent aux techniques employées antérieurement de n'avoir pas complètement isolé le foie de la circulation.

Le fait que la ligature de la veine porte, de l'artère hépatique et de la veine cave inférieure au-dessous du diaphragme n'exclue pas totalement le foie de la circulation générale avait déjà été démontré par Rich (1923), qui, à la suite d'injections d'encre de Chine dans la veine jugulaire d'un chien porteur de telles ligatures, conclut qu'il devait exister malgré tout une communication grâce à des vaisseaux diaphragmatiques.

Reprenons quelques-uns des principaux symptômes, et essayons d'en expliquer les mécanismes.

D'abord la chute de la pression artérielle qui fut observée pour la première fois chez le chien en état de choc par Biedl et Kraus (1909) ; ces auteurs avaient même trouvé que cette chute de la pression sanguine allait de pair avec le degré et la sévérité de la réaction anaphylactique. Ils expliquèrent ce changement de la pression par une vasodilatation périphérique primitive, et non par une défaillance cardiaque. Ces déductions furent bientôt confirmées par Eisembrey et Pearce (1912), puis par Robinson et Auer (1913), ces derniers auteurs supportant leur assertion par des études électrocardiographiques. Ainsi le muscle cardiaque n'est pas responsable de la chute de la pression sanguine, et Waters, Markowitz et Jaques (1946) doutent que l'endiguement du sang dans le foie et au delà soit d'importance primordiale comme l'avait prétendu Weil (1917).

Le sang du chien en état de choc contient de très grandes quantités d'histamine et d'héparine. Code (1939) fit la preuve expérimentale que la chute de la pression sanguine se produisant au cours de l'anaphylaxie chez le chien, coïncide avec une accumulation rapide d'histamine dans le sang.

Arthus (1909), Biedl et Kraus (1909) avaient déjà noté que la coagulabilité du sang était considérablement diminuée au cours de l'anaphylaxie chez le chien. De Waele (1901), Kagel et collaborateurs (1937), Krueger et Schultz (1925), Popper (1914), Novy et De Kruif (1917), Schultz (1924), Shattuck (1925), Weil (1917), Zunz (1925), Jaques et Waters (1940) (1941) et bien d'autres auteurs ont également observé l'élévation de l'héparine sanguine au cours du choc et tenté d'expliquer le mécanisme de l'incoagulabilité. Si ce dernier symptôme est beaucoup plus marqué chez le chien que chez les autres animaux, il faut en rechercher l'explication dans le fait que l'héparine, dont la propriété principale est d'être un anticoagulant, est retrouvée à un taux beaucoup plus élevé chez le chien que chez les autres espèces animales (Charles, Waters, Jaques, 1940). Le foie du chien est particulièrement riche en héparine; il contient en effet 2800 unités par 100 gr. de tissu frais, ce qui est probablement la plus grande concentration dans tout le règne animal. Il ne semble pas, du moins selon Best, Cowan et Maclean (1938), que l'héparine exerce d'autre influence que celle de modifier le phénomène de la coagulation sanguine. Il est très intéressant de rappeler que Jaques (1948) a constaté qu'un chien auquel on administre une dose déchaînante plus de 8 semaines après la sensibilisation présente la plupart du temps des symptômes du choc anaphylactique ainsi que nous le connaissons chez cet animal, tels que hypotension, etc., mais sans hyperhéparinémie.

3) *Choc anaphylactique chez le lapin.*

Chez le lapin le choc anaphylactique est totalement différent de ce qui est observé chez le cobaye et chez le chien. C'est Arthus (1908) qui a le premier fait une étude systématique des phénomènes d'hypersensibilité chez cet animal. Ses travaux lui ont permis de décrire l'anaphylaxie locale connue encore sous le nom de phénomène d'Arthus.

Il faut d'abord mentionner que la sensibili-

sation n'est pas aussi facilement produite chez le lapin que chez les autres espèces animales mentionnées antérieurement. Zinsser (1946) écrit que plusieurs injections préliminaires doivent être faites si l'on veut obtenir un choc fatal, et que le taux d'anticorps doit être élevé dans le sang avant qu'une sensibilité importante ne soit atteinte.

Au cours du choc chez le lapin, il n'y a pratiquement pas de phase d'excitation. Voici la description des symptômes observés d'après Arthus (1921): « Un lapin anaphylactisé par 6 à 8 injections de sérum de cheval reçoit dans la veine de l'oreille 2 centimètres cubes de ce sérum. Après une minute environ, il secoue la tête, comme pour éternuer, puis devient anxieux et agité, puis se couche sur le ventre; la respiration devient polypnéique, mais non dyspnéique; l'animal fait 200 à 250 respirations diaphragmatiques, petites, régulières, sans mouvements anormaux de la face, sans mouvements respiratoires thoraciques. Des matières fécales sont évacuées en abondance; puis le lapin se couche sur le flanc, renverse la tête en arrière, fait avec les pattes des mouvements de course, puis demeure immobile, cessant de respirer. Après une courte pause, pendant laquelle se produit de l'exophtalmie (le réflexe cornéen est aboli), le lapin fait 4 ou 5 bâillements respiratoires profonds, puis reste inerte . . . Cet ensemble de phénomènes s'est déroulé en 2 à 4 minutes en général. » L'animal meurt ou semble se rétablir. Ces phénomènes sont loin d'être constants (Vallery-Radot et collaborateurs, 1937). Auer (1911) fut le premier à remarquer que la mort au cours du choc anaphylactique chez le lapin est due à un collapsus cardio-vasculaire trouvant son origine dans la dilatation du cœur droit. Cette défaillance cardiaque n'est pas primitive, mais plutôt secondaire à une obstruction marquée du torrent circulatoire à travers la petite circulation (pulmonaire) ainsi qu'il a été démontré par Coca (1919), Drinker et Bronfenbrenner (1924), et Grove (1932). Ce barrage circulatoire réside dans un spasme de l'artère pulmonaire. Ainsi le lapin présente exclusivement un syndrome cardio-vasculaire, la mort étant due à une asphyxie circulatoire.

Il a été démontré par Rose (1939, 1940) et confirmé par Zon et ses collaborateurs (1939) que le choc anaphylactique du lapin ne s'accompagne pas d'une augmentation de l'histamine sanguine mais bien plutôt d'une diminution importante. De plus, Rose (1941) a prouvé que non seulement l'histamine est diminuée dans le sang au cours du choc anaphylactique, mais encore dans d'autres tissus, particulièrement le poumon et la rate.

4) *Choc anaphylactique chez le cheval et le bœuf.*

Les réactions anaphylactiques chez le bœuf et le cheval ont été décrites par Alexandrescu et Ciuca (1910). Si la réaction est légère, il y a œdème du museau, des muqueuses nasales et des muqueuses vulvaires. Tel qu'Urbach (1946) l'a mentionné, l'intestin est l'organe où la réaction anaphylactique est prédominante; dans les cas légers il y a des coliques, et dans les cas graves, diarrhée. Dans les cas graves l'animal peut aussi présenter de la dyspnée et même de l'œdème pulmonaire. Il arrive également que l'on observe chez le cheval un urticaire généralisé ou encore un œdème du cou et de toute la tête. Code et Hester (1939) ont déterminé le taux d'histamine sanguine chez ces animaux au cours du choc anaphylactique; ils en sont venus à la conclusion que l'histamine sanguine est diminuée durant le choc.

5) *Choc anaphylactique chez le chat.*

Bien que le chat soit un animal qui manifeste vis-à-vis la plupart des protéines étrangères une sensibilité primitive extrême, ces protéines semblant être toxiques pour cet animal, il a tout de même été possible de produire chez lui un choc anaphylactique. Bulger (1918), Drinker et Bronfenbrenner (1924) et Schultz (1911), ainsi que Sesstone et Rosenblueth (1934), s'accordent à dire que le principal symptôme du choc anaphylactique chez le chat consiste en une chute de la pression sanguine qui peut descendre jusqu'à 50% de son niveau initial. Il est également possible

de déterminer l'intensité de la réaction en mesurant le degré de contraction des paupières.

6) *Choc anaphylactique chez le rat.*

Il n'est pas facile de reproduire les phénomènes anaphylactiques chez le rat. En effet, cet animal a toujours été reconnu comme possédant naturellement un certain degré de résistance à l'anaphylaxie. Depuis 1903, date à laquelle Arthus (1903) réussit à anaphylactiser des rats en les sensibilisant par des injections répétées de sérum de cheval, une controverse a été entretenue sur les possibilités de produire le choc chez les rats. Longcope (1922), Eberth (1927), Almon et Parsons (1937), Spain et Grove (1925), sont les expérimentateurs les plus connus qui ont soutenu que l'anaphylaxie ne pouvait pas être reproduite chez le rat.

Par contre, Parker et Parker (1924) réussirent à obtenir des symptômes de choc en réduisant la période d'incubation de 3 semaines ou davantage, à 10 jours. Wedgewood et Grant (1924), alors qu'ils étudiaient l'influence du régime alimentaire, produisirent un choc fatal avec des injections répétées d'albumine d'œuf, chez cinq rats soumis à un régime pauvre en vitamine B. Flashman (1926) réussit également à produire un choc fatal chez le rat, en adrénalectomisant ce dernier avant de le sensibiliser. Wyman (1929), après avoir pu observer des symptômes légers de choc chez les animaux normaux, réussit lui aussi à produire un choc fatal dans une forte proportion des cas s'il adrénalectomisait ses animaux. Kellaway (1930), en plus de réussir partiellement l'épreuve du transfert passif, démontra assez clairement la possibilité pour le rat de fixer des anticorps hétérologues dans ses tissus. En effet, il fit la preuve expérimentale d'une contraction spécifique de l'utérus isolé du rat, sensibilisé passivement par du sérum antialbumine d'œuf obtenu chez le lapin. Suden (1934) décrivit la contraction du muscle utérin *in situ* et *in vitro* sous influence de l'antigène; elle mentionne de plus que l'adrénalectomie bilatérale diminue la résistance de l'animal au choc anaphylactique. Pratt (1935) obtint également, chez un nombre assez considérable de rats blancs sensibilisés au sérum de cheval ou à l'albumine d'œuf par des injections multiples et à des doses considérables, des symptômes de choc anaphylactique. Il admettait cependant que la susceptibilité individuelle des animaux connaît des variations assez considérables. De plus, le choc était plus probant chez les animaux petits et en état de dénutrition. A cette occasion, Pratt donne même une description du choc anaphylactique chez le rat: congestion veineuse, œdème, hémorragie et éosinophilie, les signes étant plus marqués dans la partie supérieure du tractus digestif. Il prétendit même que, dans certains cas du moins, des signes d'asthme expérimental furent produits. Molomut (1939) en vint à la conclusion que chez les animaux normaux, bien qu'on pût y déceler la présence d'anticorps, l'obtention d'un choc fatal n'était pas possible. Il réussit cependant à produire un choc anaphylactique fatal chez des animaux hypophysectomisés, ajoutant que plus l'intervalle postopératoire est long, plus grande est la susceptibilité au choc. Ratnoff (1939) conclut que l'adrénalectomie augmente la susceptibilité du rat au choc anaphylactique, mais que, par contre, la grossesse n'exerce aucune influence.

L'anaphylaxie a également été observée par Weld et Mitchell (1941). Ces auteurs, alors qu'ils étudiaient l'influence du régime alimentaire sur l'anaphylaxie (il nous sera d'ailleurs donné de revenir à leurs travaux lorsque nous traiterons de l'influence du facteur alimentaire sur l'anaphylaxie), spécifièrent que, pour obtenir des résultats positifs chez le rat, celui-ci doit être d'au moins 10 semaines. A leur avis, l'âge de l'animal est le facteur le plus important dans sa sensibilisation à une protéine étrangère. Hochwald et Rackemann (1946) réussirent à produire des manifestations anaphylactiques chez le rat sensibilisé à du sérum humain. De plus, s'ils administraient de la thyroxine avant l'injection déchaînante, ils pouvaient augmenter de façon assez significative la sévérité du choc.

De tout ce qui précède il ressort que le rat, bien qu'étant un animal qui ne puisse être sen-

sibilisé aussi facilement que le cobaye, le lapin et le chien, peut tout de même présenter une réaction anaphylactique dans des conditions bien définies. Ainsi que l'ont noté Hochwald et Rackemann (1946), une de ces conditions est d'administrer la seconde dose d'antigène après un intervalle de 10 à 15 jours après la première, la sensibilisation n'étant que de courte durée.

Les antigènes.

Par antigène on entend des substances qui, injectées à un animal, entraînent la formation d'anticorps. Lors d'une injection subséquente du même antigène, il se produit une réaction spécifique entre cet antigène et l'anticorps formé. Cette réaction est responsable pour les manifestations anaphylactiques. L'antigène peut également réagir avec un anticorps naturellement présent dans l'organisme; dans ce cas il n'est pas nécessaire qu'il y ait eu administration préalable d'antigène. Cette réaction est spécifique parce que l'anticorps ne réagit qu'avec l'antigène qui a été employé pour sa production, ou avec des substances de composition chimique semblable.

Nature de l'antigène.

Jusqu'à récemment il était généralement admis que tous les allergènes étaient de nature protéinique. Cependant Heidelberger et Avery (1933) ont attiré l'attention sur la grande importance des polysaccharides dans la spécificité des antigènes bactériens, en isolant un hydrate de carbone du pneumocoque type 2. Cet hydrate de carbone avait la propriété de précipiter un anti-sérum à 1: 5 millions. Black et Moore (1926) ont maintenu que la fraction active des pollens est un hydrate de carbone. Depuis lors, d'autres polysaccharides sérologiquement actifs ont été isolés des bacilles tuberculeux, des bacilles de Friedlander, des streptocoques, des staphylocoques, des méningocoques et de la levure de bière.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous n'osons plus affirmer que toutes les substances non protéiniques ne peuvent pas produire la sensibilisation anaphylactique. Nowell (1942), faisant une revue de la littérature sur la chimie des allergènes de pollens, a souligné la diversité d'opinions sur la nature des antigènes, bien que la plupart des expérimentateurs considéraient encore, à ce moment-là, que la fraction active des pollens était protéinique. La confusion peut tenir du fait de l'inexactitude des méthodes chimiques ou physiques employées dans ces déterminations. Neuberg, Strauss et Lipkin (1944) ont démontré que l'acide perchlorique, un excellent précipitant pour la plupart des protéines, ne précipite cependant pas l'ovomucoïde. Sevag (1934) a décrit une méthode pour la préparation de solutions libres de protéine. Il appliqua cette méthode à la poussière de maison en solution aqueuse et obtint un produit très actif ne présentant aucune réaction protéinique. Sutherland (1942), dans une tentative d'isoler l'allergène de la poussière de maison, obtint également une substance très active qui ne produit aucune des propriétés chimiques caractéristiques des protéines. Récemment, Rhoden et Sutherland (1946), utilisant une méthode de déprotéinisation du blanc d'œuf, montrèrent que la fraction « déprotéinisée » avait énormément d'analogie avec l'ovomucoïde telle que préparée par Hektoen et Cole (1928). Rhoden et Sutherland concluent en insistant sur le fait que certaines protéines, dont l'ovomucoïde, ne sont pas précipitées par les réactifs habituels des protéines, et que des antigènes soit-disant non protéiniques peuvent induire en erreur. Rocha e Silva (1945) obtint chez le chien, avec des extraits d'ascaris lombricoïdes, un choc ayant tous les caractères du choc anaphylactique. Ces extraits, dialysés et déprotéinisés, contenaient apparemment une fraction ressemblant au glycogène et une autre ressemblant aux protéoses. Il s'agit donc là d'un antigène qui n'est certainement pas une protéine complète au sens immunologique du mot puisque les protéoses sont des substances intermédiaires entre les peptones et les protéines.

Abramson, Engel et Moore (1942), Abramson (1947), utilisant l'électrophorèse et l'ul-

tracentrifugation, ont montré que les allergènes contenus dans les pollens d'herbe à poux et d'autres graminées sont d'un poids moléculaire petit, inférieur dans tous les cas à celui des substances protéiniques. Il faut ajouter que les mêmes auteurs liant ces molécules avec des protéines pouvaient augmenter considérablement le pouvoir antigénique de ces extraits.

La nature des antigènes doit être considérée comme une question qui n'est pas encore définitivement résolue. Le problème devient encore plus troublant si l'on considère que des substances chimiques et même des agents physiques peuvent stimuler apparemment la production d'anticorps dans l'organisme. Le travail de Landsteiner (1924, 1933, 1936 a, b), Gell et collaborateurs (1946) a démontré que de simples substances chimiques, bien que n'étant pas antigéniques par elles-mêmes, peuvent acquérir une activité spécifique si elles sont accouplées avec des substances protéiniques. Cette explication est d'ailleurs celle qui a été adoptée en ce qui concerne l'allergie à certaines drogues. En d'autres termes, certaines substances n'ayant pas de propriétés antigéniques par elles-mêmes peuvent cependant former des antigènes, si elles sont conjuguées avec des substances à molécules plus grosses. De là est né le concept d'haptène. L'haptène est donc un antigène partiel ou une portion d'antigène. Assez curieusement, si l'haptène n'est pas capable de produire seul la réaction anaphylactique, il peut cependant prévenir (inhiber) le choc anaphylactique, s'il est injecté préalablement à la protéine à laquelle il devait être conjugué. Nous devons cette notion aux travaux de Tillett, Avery et Goebel (1929), qui injectaient un glucoside associé avec de la globuline et de l'albumine d'œuf aux cobayes.

Voie d'introduction de l'antigène.

L'antigène peut être introduit dans l'organisme par différentes voies. Les injections sous-cutanée, intrapéritonéale ou intraveineuse sont les techniques les plus souvent employées. C'est d'ailleurs de cette façon que l'on peut espérer obtenir le plus sûrement des réactions importantes.

Le tractus respiratoire peut également servir à la sensibilisation, et à la production du choc. Ratner (1929, 1939) a observé que des cobayes normaux exposés pour une période de plusieurs heures dans un milieu rempli de squames de cheval subissent, si après une période de repos de 3 semaines on les réexpose au même antigène par inhalation, un choc ou du moins des symptômes de choc: au moins un animal serait mort par bronchospasme.

Ratner et Gruehl (1929) ont même montré dans des études subséquentes que le fœtus peut être activement ou passivement sensibilisé par des inhalations d'antigène (de poussière) à la femelle gravide. Ils ajoutaient que cette sensibilisation par inhalation peut être aussi bien accomplie avec un autre antigène, et ils étaient d'avis que cette anaphylaxie respiratoire ainsi produite chez leurs animaux expérimentaux comportait une analogie suffisamment grande avec les syndromes asthmatiques chez les humains pour qu'ils lui donnent le nom d'asthme expérimental. Bien avant, Sewal (1916) avait lui aussi parlé d'asthme expérimental chez le cobaye. Sa méthode expérimentale consistait à administrer l'antigène, en l'occurrence le sérum de cheval, par instillation intranasale; les attaques produites de cette façon avaient toutes les caractéristiques de l'asthme bronchique. Plus tard, Ulrich (1918) produisit une rhinite pollinique expérimentale chez le cobaye, qui ressemblait étrangement aux manifestations cliniques de la fièvre de foin chez l'homme. Il fit la preuve de la sensibilisation par voie nasale: 1) en déclenchant des signes cliniques de rhinite après la quatrième instillation ou vaporisation; 2) en provoquant des phénomènes anaphylactiques chez des animaux sensibilisés par voie nasale auxquels il injectait subséquemment par voie intraveineuse l'antigène sensibilisant. Bien que la remarque n'ait pas beaucoup d'à-propos avec le sujet de la sensibilisation par voie nasale, ajoutons qu'Ulrich a prétendu qu'il ne pouvait pas obtenir la dite sensibilisation avec des substances autres que des protéines. Arloing et Langeron (1922) ont eux aussi reconnu la possibilité de sensibilisation

et de choc anaphylactique par voie exclusivement respiratoire chez le cobaye. Ils étaient tout de même d'opinion que, pour que l'anaphylaxie soit du type respiratoire, elle devait être préparée par une épine irritative pulmonaire; en d'autres termes, d'après eux, des odeurs, poussières diverses, particules végétales ou animales auxquelles certains sujets sont sensibilisés sont des causes secondes n'agissant que sur des organismes à altération sensitive préalable. Busson et Ogata ont démontré eux aussi qu'un aérosol de squames de cheval peut être suffisant pour sensibiliser des cobayes (1924). Alexander, Becke et Holmes (1926) ont rapporté que, sous certaines conditions expérimentales, les réactions de cobayes sensibilisés préalablement par une injection intrapéritonéale, et exposés à des vapeurs de l'antigène, sont de caractère typiquement anaphylactique. Ils admettaient également que, si les cobayes sont exposés à l'antigène sous forme de vaporisation, ils peuvent apparemment être sensibilisés, puisque l'administration intraveineuse subséquente de cet antigène peut déclencher chez eux un choc anaphylactique.

La voie digestive peut également servir comme voie d'introduction de l'antigène. Il est possible, par exemple, de sensibiliser le cobaye en lui faisant boire du lait; (Ratner, 1947) à la première ingestion, aucune réaction ne se manifeste, mais lorsque deux semaines plus tard le même animal sensibilisé ingère du lait pour une seconde fois, il peut en résulter une réaction anaphylactique. Environ 50% des animaux peuvent être sensibilisés par ingestion; bien que les réactions anaphylactiques soient généralement mitigées et légères, elles peuvent cependant à l'occasion s'avérer sévères et même fatales. Hettwer et Kinz (1925) réussirent pour leur part à sensibiliser des cobayes au sérum de cheval, administré par voie orale.

Il a été également démontré que l'antigène, tout comme d'ailleurs l'anticorps, peut être transmis par l'intermédiaire du placenta. Ratner (1932) a montré que, si un animal gravide reçoit une injection de sérum de cheval, ou est nourri de lait, ou est exposé aux squames de cheval, ses fœtus peuvent être sensibilisés *in utero*. Le nouveau né, ainsi sensibilisé *in utero*, peut manifester une réaction anaphylactique dès le premier contact avec la substance à laquelle il a été sensibilisé. Ceci constitue la démonstration expérimentale d'une sensibilité, congénitalement acquise, et sur laquelle repose selon toute probabilité le concept de certaines allergies soit-disant héréditaires.

Il convient de mentionner l'observation de Jacobs, Kelly et Sommers (1941). Ces auteurs ont réussi à produire chez une lignée de cobayes une sensibilisation à prédisposition héréditaire à l'allyl-isothiocyanate. D'après eux, presque tous les animaux de cette lignée étaient fortement sensibilisés à cette substance.

Origine des anticorps.

Les théories les plus connues, concernant le lieu d'origine des anticorps, sont celles qui les font dériver:

1) du système réticulo-endothélial (S.R.E.),
2) des lymphocytes et
3) des plasmocytes.

1) *Système réticulo-endothélial.*

Le système réticulo-endothélial est composé de cellules qui sont distribuées dans tout l'organisme avec une prédominance dans les organes hématopoïétiques. Ces cellules, d'origine mésenchymateuse, ont le pouvoir de phagocyter et d'emmagasiner des particules de colloïdes.

C'est Aschoff (1924) qui a formulé le concept du système réticulo-endothélial.

On peut mettre en évidence les cellules de ce système, en administrant des particules de substances colloïdales, par exemple de l'encre de Chine, du rouge carmin, du trypan bleu, etc . . .

C'est Bloom (1927) et Loewenthal (1929) qui les premiers ont fait la démonstration de phagocytose d'érythrocytes, et de bactéries *in vitro*. Ce concept de phagocytose des antigènes a alors attiré l'attention sur le système réticulo-endothélial comme une source possi-

ble d'anticorps. Les résultats expérimentaux d'investigateurs nombreux ont été l'objet de maintes controverses. Selon Topley et Wilson (1936), certains faits laissent croire que le S.R.E. est le lieu d'origine des anticorps. Bieling et Isaac (1921), Gay et Clark (1924), Vannucci (1924), Isaacs (1925), Jungeblut et Berlot (1926), Stewart et Parker (1925), Cannon et ses collaborateurs (1929), Tuft (1934), ont rapporté que, si on effectue le blocage du système réticulo-endothélial, on observe une diminution plus ou moins marquée dans la formation des anticorps.

Par contre, d'autres auteurs tels Ross (1926), Collon (1927 a, b), Howel et Beverley (1929), Dieryck (1931), ont montré que, chez des animaux dont le système réticulo-endothélial a été bloqué, la production d'anticorps augmente.

Freund (1930) a émis l'opinion que, si les animaux jeunes étaient lents à produire des anticorps, on devait en rechercher l'explication dans le fait que leur système réticulo-endothélial n'est pas complètement développé. Etant donné l'importance de ce système dans les phénomènes imnunologiques, il n'y a pas lieu de s'étonner qu'on lui ait fait jouer un rôle dans l'anaphylaxie. Selon Moldovan et Zolog (1923), Petersen et ses collaborateurs (1923), Jungeblut et Berlot (1926), et Urbach (1946), le blocage du système réticulo-endothélial diminue la sévérité du choc anaphylactique. Le choc histaminique lui-même n'échapperait pas à son influence (Paul et Popper, 1934).

D'après Moldovan (1931, 1940 a, b), une substance sécrétée par le système réticulo-endothélial et dénommée « reticulin » serait responsable de cette influence anti-anaphylactique, en inhibant la contraction des muscles lisses des bronches.

Urbach (1946) mentionne, parmi les traitements anti-allergiques, l'irradiation par les rayons X comme facteur stimulant du système réticulo-endothélial, dans le but d'obtenir une surproduction d'anticorps et la libération de ces derniers dans le sang.

Florence Sabin, en 1939, employant un colorant lié à une protéine synthétisée par Heidelberger et ses collaborateurs (1930, 1933, 1935), apporte un argument nouveau, tendant à prouver l'origine réticulo-endothéliale des anticorps. L'expérience est ingénieuse car le composé employé a la propriété, en plus d'être un excellent antigène, de marquer grâce à sa valeur les cellules qui le phagocytent. Administré au lapin par voie intrapéritonéale, intraveineuse, intradermique ou sous-cutanée, cet antigène est donc facilement identifié dans les tissus. Lorsque les particules ne sont plus visibles, l'auteur suggère que la protéine est solubilisée et assimilée dans le cytoplasme. Simultanément, les anticorps font leur apparition dans le sérum, qui voit aussi son taux de globuline augmenter.

Tel que mentionné auparavant, Florence Sabin (1938) interprète ces résultats comme une preuve que le système réticulo-endothélial est à l'origine des anticorps.

Si d'après les uns le blocage exerce une influence sur le choc anaphylactique, il semble bien établi que cette influence ne joue jamais quand il s'agit d'anaphylaxie hétérophile (Forssman et Skog, 1925), à moins que le sérum hétérogène ne soit injecté dans une région qui ait été préalablement injectée avec du trypan bleu, et en ce cas le choc est inhibé (Jungeblut et Newman, 1930).

2) *Lymphocytes.*

Ehrich et Harris (1942, 1945), Harris, Grimm, Mertens, et Ehrich (1945) prétendaient récemment que les lymphocytes pouvaient avoir un rôle à jouer dans la production des anticorps. Il est intéressant de noter qu'en même temps qu'augmente dans le sérum le taux des anticorps, augmente également le taux de globuline. Les travaux de Dougherty et White (1944, a, b, 1945), Chase et collaborateurs (1946), White et Dougherty (1946) nous ont ouvert, en relation avec cette notion, des horizons nouveaux. Ces auteurs ont démontré (1944) qu'il y avait des anticorps dans les lymphocytes de l'animal immunisé. Si l'on prend pour acquis que la dissolution du lymphocyte normal est accompagnée d'une libération de globuline gamma, la dissolution des

lymphocytes chez l'animal immunisé donnera lieu conséquemment à une libération d'une globuline immunisante (1946). Les facteurs qui tendent à augmenter le nombre des lymphocytes vont aussi augmenter la production des anticorps en permettant un plus grand emmagasinage de la globuline immunisante. Dougherty, White et Chase (1944) ont observé que le taux des lymphocytes, chez le lapin, est sous la dépendance de l'extrait de la corticale surrénale; ils suggéraient alors que l'une des principales fonctions des lymphocytes serait de servir de distributeur de gamma globuline dans l'organisme.

Ces travaux confirment ceux de Murphy et Sturm (1925), qui avaient observé qu'un animal chez lequel le système lymphoïde est hypertrophié peut produire plus facilement des anticorps. Les mêmes auteurs (1947) ont par la suite précisé que, si la libération d'anticorps peut être augmentée par les hormones de la corticale surrénale, ces hormones ne sont pas indispensables pour cette libération. Selon eux, la production des anticorps n'est pas exclusivement sous le contrôle des surrénales.

3) *Plasmocytes.*

Les plasmocytes sont des cellules dont l'origine est encore obscure.

Unna (1891) fut un des premiers auteurs à les mentionner. Il croyait cependant qu'elles n'existaient que dans les tissus pathologiques. C'est à Marschalko (1895) que nous devons la description exacte de ces cellules, à savoir un noyau excentrique et un cytoplasme clair. Maximow (1902) décrit les plasmocytes comme des cellules existant normalement dans les tissus, particulièrement les ganglions lymphatiques, la moelle osseuse, et le tissu interstitiel de diverses glandes dont les glandes mammaire et sous-maxillaire. Il est intéressant de noter que ces cellules sont prédominantes dans le myélome, une maladie qui est caractérisée entre autres choses par une haute teneur du sérum en globulines.

Bjornaboe et ses collaborateurs (1943, 1947) sont les plus récents partisans de la théorie qui fait que les anticorps prendraient origine dans les plasmocytes. En immunisant intensément des lapins avec un mélange de 8 types de pneumocoques, ces auteurs ont été capables de produire une infiltration massive de plasmocytes (90%) et une légère infiltration de lymphocytes (10%) dans le tissu adipeux du sinus rénal. Les extraits de ce tissu riche en plasmocytes contiennent des quantités considérables d'anticorps beaucoup plus que n'importe quel organe. De ces résultats comme de ceux obtenus dans des observations antérieures où la même technique expérimentale était employée, ces auteurs avancent l'hypothèse que les anticorps sont produits par les plasmocytes.

THÉORIES DE L'ANAPHYLAXIE.

Un nombre assez considérable de théories ont été élaborées pour expliquer la réaction anaphylactique. Ces différentes conceptions peuvent être classifiées en deux groupes: les théories physiques et chimiques.

a) Théories physiques: dans ce premier groupe d'hypothèses, on a tenté de rattacher l'anaphylaxie à une instabilité de l'équilibre colloïdal.

Widal et ses collaborateurs (1913) parlent de choc colloïdoclasique lorsque cet équilibre est rompu dans les tissus, et de choc hémoclasique si le phénomène se passe plutôt dans le milieu sanguin. Lumière (1921, 1924) attribue plutôt la réaction anaphylactique à la production de floculats dans le sang. Ces derniers excitent les terminaisons nerveuses de l'endothélium capillaire des centres. Il en résulte une vaso-dilatation viscérale avec congestion, hypotension, leucopénie, syncope. Kopaczewski (1919, 1925) explique plutôt le choc par des variations de la tension superficielle du plasma et des embolies capillaires par floculation.

Pour Besredka (1917, 1926), il s'agit d'une espèce de commotion cellulaire au niveau des cellules nerveuses. Pour lui, l'antigène et l'anticorps sont le sensibiligène et la sensibilisine. Au moment de l'injection déchaînante, l'affinité qu'ont ces deux facteurs l'un pour l'autre provoque une réaction intense, laquelle rompt

l'équilibre de certaines cellules nerveuses (où se fait la combinaison), ou encore s'accompagne de dégagement ou d'absorption d'énergie calorique. Cet auteur s'opposait énergiquement à toute idée d'intoxication; à son avis, la rapidité de la rencontre sensibiligène - sensibilisine est comparable au dégagement occasionné par l'addition brusque d'eau à l'acide sulfurique. Doerr (1929) parle d'irritation cellulaire due au fait que la réaction antigène-anticorps aurait lieu dans la membrane cellulaire.

Wells (1929) adopte une opinion du même ordre puisqu'il prétend à des perturbations dans l'équilibre des colloïdes du plasma qui deviennent toxiques. Les mêmes perturbations au niveau du protoplasme cellulaire produiraient également une intoxication des cellules en cause.

b) Théories chimiques: ces théories cherchent plutôt une explication dans la production d'une substance toxique, résultat de la rencontre antigène-anticorps.

Richet (1908) désigne l'anticorps anaphylactique sous le nom de toxogénine. Les phénomènes d'anaphylaxie sont, pour cet auteur, des phénomènes d'intoxication, le poison étant une substance se formant par la combinaison de la toxogénine avec l'antigène. Il établit d'ailleurs une équation: toxogénine + antigène = apotoxine.

En dernier ressort, c'est donc l'apotoxine qui serait responsable de l'apparition des symptômes de choc anaphylactique. Friedberger (1909) fut l'auteur d'une théorie qui fut acceptée durant de nombreuses années comme l'explication la plus sérieuse du choc anaphylactique. Pour cet auteur, l'anticorps anaphylactique était un anticorps précipitant qu'il dénomma précipitine. Au moment de l'injection déchaînante, cet anticorps entre en combinaison avec l'antigène et cette union engendre un précipité. Aux dépens de ce dernier et de l'alexine du sang circulant, il se forme une substance nouvelle. A cette dernière Friedberger donna le nom d'anaphylotoxine. C'était là le facteur causal des accidents anaphylactiques.

Biedl et Kraus (1910), regardant surtout ce qui se passe dans le sang et étudiant l'anaphylaxie chez le chien, observent que l'injection déclenchante est suivie, chez cet animal, d'une chute de pression artérielle et d'une diminution de la coagulabilité du sang. Etant donné que ceci se rapproche de ce qui se passe après l'injection intraveineuse de peptone, Kraus et Biedl en viennent à la conclusion que l'intoxication anaphylactique est provoquée par un poison identique à la peptone.

Pour Vaughan et Wheeler (1907), une première injection de substance albuminoïde est suivie de la stimulation de certaines cellules, puis de l'apparition d'un ferment, lequel est spécifique pour la substance administrée. Ce ferment est sous forme de zymogène au sein des cellules, et il est réactivé au moment d'une deuxième injection de la substance albuminoïde qui est rapidement digérée. De ceci il résulte une libération d'un groupement toxique, cause des manifestations anaphylactiques.

c) Théorie histaminique: la théorie histaminique est à l'heure actuelle la plus acceptée.

Lorsque Dale et Laidlaw (1910, 1919) eurent découvert les propriétés pharmacologiques de l'histamine, ils ne manquèrent pas d'observer la profonde analogie qui existe entre les effets physiologiques de cette substance et les symptômes de choc anaphylactique: chute de pression artérielle, bronchospasme chez le cobaye, modifications circulatoires pulmonaires chez le lapin; de plus, l'histamine provoque la contraction de l'intestin isolé du cobaye tout comme l'addition de l'antigène sensibilisant.

La théorie fut donc formulée ainsi: l'union de l'antigène à l'anticorps fixé aux cellules donne lieu à la libération d'une substance qui explique les modifications au niveau des vaisseaux et des muscles lisses (Dale, 1929). Lewis (1927) étiquetta cette substance « substance H », à cause de son analogie avec l'histamine. Par la suite plusieurs faits expérimentaux semblèrent supporter cette manière de voir.

a) Best et collaborateurs (1927) firent la preuve que l'histamine existe normalement dans les tissus dont elle peut être isolée à l'état pur. Code et Ing (1937) en isolèrent sous

forme cristalline des éléments blancs du sang; Ackermann et Fuchs (1938) en firent l'extraction du tissu pulmonaire de bœuf, puis de l'urine (1939). En effet, on peut isoler l'histamine de presque tous les tissus des diverses espèces animales (Rocha e Silva, 1946).

b) Au cours du choc anaphylactique chez le chien, il apparaît une substance dans le sang, laquelle, selon Dragstedt et Gebauer-Fuelnegg (1932 a, b) et Dragstedt et Mead (1936 a), montre les caractères biologiques de l'histamine.

c) D'après Daly et Schild (1934) et Dragstedt et Mead (1936, b), la substance libérée dans le torrent circulatoire au moment de la réaction anaphylactique du chien est inactivée si on en fait l'incubation avec l'histaminase.

d) Si on perfuse un poumon isolé de cobaye sensibilisé avec une solution de l'antigène sensibilisant, on obtient dans le perfusat une substance capable de provoquer une bronchoconstriction chez un cobaye normal (Bartosch, Feldberg et Nagel, 1932).

e) Code (1939) a démontré chez le chien et le cobaye qu'il se produit, au cours du choc anaphylactique, une libération d'histamine en quantité suffisante pour expliquer la réaction.

f) De plus, on a constaté que des substances qui exercent une influence inhibitrice sur l'intoxication histaminique protègent aussi du choc anaphylactique (Halpern, 1942; Bovet et collaborateurs, 1944; Wells et collaborateurs, 1945; Yonkman et collaborateurs, 1945, etc.). Feldberg (1941) et Rose (1947) ont publié d'excellentes revues générales sur le rôle de l'histamine dans l'anaphylaxie. Nous savons maintenant que la libération d'histamine endogène n'explique pas tous les symptômes de choc observés dans les différentes espèces animales, il n'en semble pas moins évident que ce métabolite joue un rôle de tout premier plan. Il a été montré par Feldberg et Kellaway (1938) que des substances telles que les venins et plus récemment par Rocha e Silva (1946) que la trypsine peuvent, si elles sont injectées, provoquer l'apparition de symptômes semblables à ceux du choc anaphylactique. Rocha e Silva a tenté d'expliquer la libération d'histamine au moyen d'un mécanisme enzymatique.

Au moment du choc, il se produirait une activation d'une enzyme protéolytique, probablement la trypsine; cette dernière endommagerait la cellule pour causer ainsi la libération de métabolites, dont l'histamine.

On a également étudié le rôle de l'acétylcholine dans l'anaphylaxie. Des auteurs sont portés à croire que cette substance peut expliquer les manifestations d'hypersensibilité, grâce à un excès d'acétylcholine sanguine, ou à une hypersensibilité de l'organisme vis-à-vis cette substance. Chigira (1942) a trouvé que le choc acétylcholinique ressemble davantage au choc anaphylactique que le choc histaminique. Foggie (1937) montra que l'acétylcholine peut causer une constriction bronchique dans le poumon du rat. D'autre part, Farber, Pope et Landsteiner (1944), étudiant le rôle possible de l'acétylcholine dans l'anaphylaxie, démontrèrent que divers tissus de cobayes (cœur, poumon, petit intestin) sensibilisés ne libèrent pas plus d'acétylcholine que les tissus de cobayes normaux si on les met en contact *in vitro* avec l'antigène sensibilisant.

Il est une autre théorie de l'anaphylaxie avancée par Danielopolu (1946, a, b, 1947). Cette théorie est basée sur le concept que le syndrome de choc est causé par la libération de choline lorsque l'antigène, l'anticorps et le complément entrent en combinaison. D'après Danielopolu, le complexe antigène-anticorps est inerte en lui-même. Mais, lorsque le complément s'y ajoute, l'antigène est détruit. Cet antigène désintégré libère une substance toxique: l'apotoxine. Parallèlement à la désintégration, il y a production de choline de l'acétylcholine. Si tout ceci se passe très rapidement, il y a un choc que l'auteur qualifie de paraphylactique puisqu'il donne à l'anaphylaxie le nom de paraphylaxie.

RECUEIL DE FAITS

INJECTIONS INTRARACHIDIENNES D'ALCOOL CHEZ LES PARAPLÉGIQUES SPASTIQUES
(Rapport Préliminaire)

G. GINGRAS,
Directeur du Centre des Paraplégiques,
Hôpital des Anciens Combattants (Ste-Anne-de-Bellevue).

La spasticité chez les paraplégiques non seulement complique les traitements urologiques et orthopédiques, favorise l'apparition des escarres, mais est cause d'attitudes vicieuses qui, à la longue, rendent impossible la réadaptation du malade.

De nombreuses interventions ont été préconisées dans le traitement des spasticités. Citons les neurectomies, les myotomies et la rhizotomie antérieure: les deux premières recommandées chez les paraparétiques, la dernière chez les malades où il y a eu myélite transverse et où tout espoir de récupération musculaire ou sensorielle est abandonné. Cependant, en présence d'une lésion complète il existe une méthode très simple qui diminue sensiblement la période d'hospitalisation. Cette méthode consiste à injecter de l'alcool absolu dans le canal rachidien. Toutefois, avant d'y recourir, il est indiqué de pratiquer une anesthésie rachidienne. Au cours de celle-ci, les spasmes donnent et une cystométrographie peut être pratiquée. Nous aurons ainsi une image exacte mais provisoire du malade à l'état aspastique.

L'injection intrarachidienne d'alcool fut préconisée par Dogliotti dans les cas de douleurs rebelles à origine néoplasique, en 1931.

Méthode d'injection: jusqu'à maintenant, nous avons utilisé le lit de Cone (fig. 1).

Un dispositif spécial permet, une fois le patient en décubitus ventral, de surélever le centre du lit de telle sorte que les espaces intervertébraux s'élargissent, rendant plus aisée l'introduction de l'aiguille.

Un trocard (No 18) sans mandrin est introduit dans les espaces sous-arachnoïdiens au niveau voulu et l'alcool est injecté rapidement.

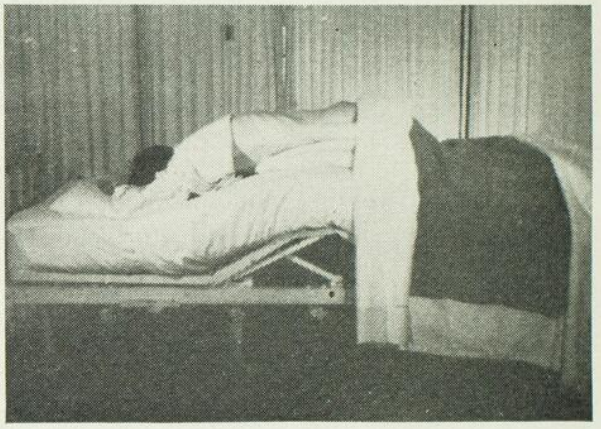


Fig. 1. — Le lit de Cone. Position du malade au moment de l'injection.

Immédiatement après, le pied du lit est élevé et maintenu dans cette position pendant une demi-heure (fig. 2).

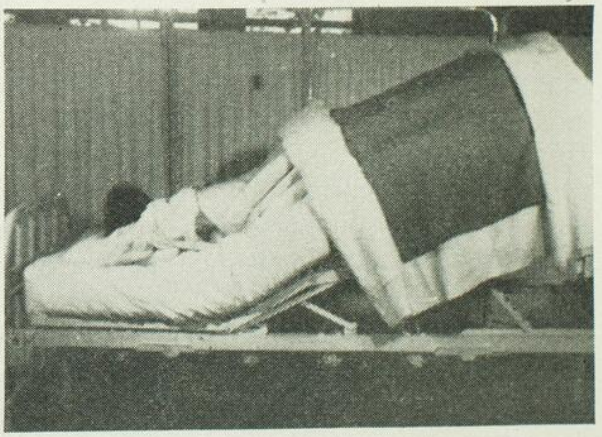


Fig. 2. — Le pied du lit de Cone est surélevé pour permettre à l'alcool de baigner la moelle en deçà du niveau injecté.

Ceci est d'une importance capitale vue la différence de densité entre l'alcool et le liquide céphalo-rachidien. L'effet est habituellement très rapide et en quelques minutes les spasmes disparaîtront. Le taux des spasticités chez les paraplégiques est relativement élevé. Une étude portant sur 90 cas a révélé 41 spastiques. Cependant seulement 21% de ces cas présentaient suffisamment de spasticité pour nécessiter l'intervention. Nous avons, en effet, observé qu'une spasticité modérée favorise le tonus musculaire et se contrôle aisément au moyen d'attelles. Le tableau suivant montre la fréquence de la spasticité chez les paraplégiques et les paraparétiques (90 cas).

Aspastiques

Lésion complète	Lésion incomplète
19	34
53	

Spastiques

Lésions complètes		Lésions incomplètes	
Exten.	Flex.	Exten.	Flex.
2	17	2	16
19		18	

OBSERVATIONS

Observation 1.

P.C., 50 ans. Paraplégie au niveau de D-3 consécutive à une tumeur médullaire opérée. A l'admission, le malade présentait une paraplégie en flexion que le moindre stimulus exagérait. Les régions anesthésiées étaient soumises à des frottements continuels contre les draps et les rendaient très susceptibles aux escarres. Sept ans après l'installation de la paraplégie, 5 c.c. d'alcool absolu furent injectés au niveau de D-12 et L-1. Les spasmes disparurent aussitôt et dès lors il fut possible de fermer les escarres. Depuis il a pu s'asseoir dans une chaise roulante sans que ne se produisent de nouvelles plaies. Après 15 mois, le patient est encore aspastique.

Observation 2.

J.P.G., 29 ans. Paraplégie à la suite d'un abcès épidural. A l'examen, le malade présentait des escarres trochantériennes, sacrées et ischiatiques, aussi des contractures en flexion si importantes qu'elles avaient causé une dislocation postérieure de la tête du fémur droit (fig. 3-4).

FIG. 3. — Observation 2: J. P. G. Paraplégie en flexion avant l'injection intrarachidienne d'alcool.

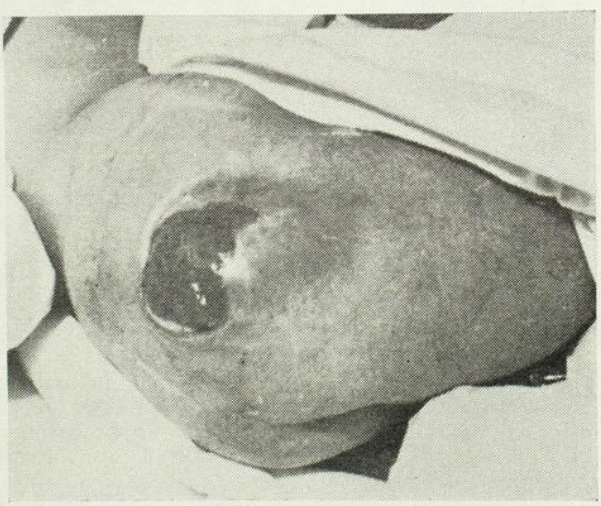


FIG. 4. — Observation 2: J. P. G. Escarre trochantérienne; on distingue une portion de la tête fémorale à la marge inférieure de l'escarre.

En juin 1946, 5 c.c. d'alcool absolu furent injectés entre L-2 et L-3. Après trois minutes, les spasmes étaient de beaucoup amoindris (fig. 5) et sept minutes plus tard les deux jambes étaient aspastiques (fig. 6).

Cependant, à cause des rétractions musculaires occasionnées par une position vicieuse prolongée, nous ne pûmes obtenir l'extension complète qu'après un mois d'exercices passifs.

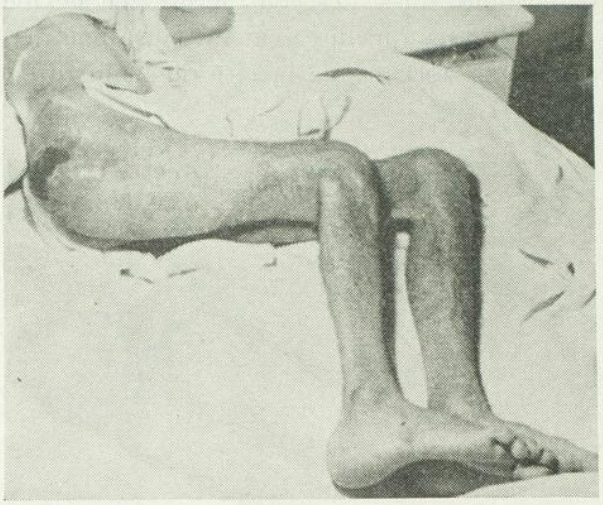


Fig. 5. — Observation 2: J.P.G. L'état du malade trois minutes après l'injection d'alcool.

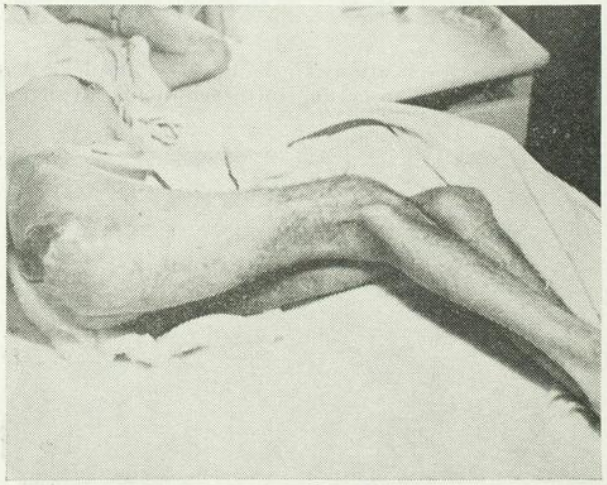


Fig. 6. — Observation 2: J. P. G. L'état du malade, sept minutes après l'injection d'alcool. Les photos 5 et 6 ont été possibles, grâce à un bloc spinal complet à D-10 empêchant l'alcool de diffuser au-dessus de ce niveau.

Une ostéotomie de la tête du fémur fut alors pratiquée et la diaphyse introduite dans la cavité cotyloïde. Grâce à la chirurgie plastique, il fut ensuite possible de fermer l'escarre (fig. 7-8).

Cependant, l'injection ayant été faite au niveau L-2 et L-3, les spasmes des muscles abdominaux persistaient et rendaient impossible la fermeture de la cystostomie. 2 c.c. d'alcool absolu furent alors injectés au niveau D-11 et D-12, les spasmes disparurent et la cystostomie fut fermée chirurgicalement.

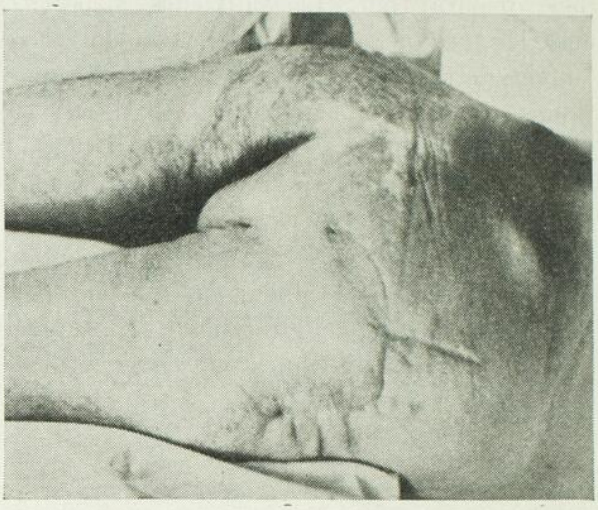


Fig. 7. — Observation 2: J. P. G. La région trochantérienne droite après l'ostéotomie de la tête du fémur et chirurgie plastique.

Fig. 8. — Observation 2: J.P.G. Les escarres ischiatiques et trochantériennes gauches ont pu être guéries après la disparition des spasmes.

Observation 3.

G.L., 26 ans. Paraplégie à D-12 à la suite d'une fracture avec déplacement postérieur du corps vertébral et section de la moelle, laquelle fut vérifiée à l'opération. Le patient fut admis au Centre de Réadaptation et apprit par la suite à marcher à l'aide d'attelles et de béquilles. Cependant la présence de spasmes au ni-

veau des muscles fessiers rendait la marche très difficile et même dangereuse. Par ailleurs, de nombreux cystospasmes nécessitaient le port constant d'un urinal et, le patient étant sujet à de fréquentes érections, il était à craindre que celui-ci ne soit la cause de plaies aux organes génitaux. Deux ans après l'accident, 5 c.c. d'alcool absolu furent injectés au niveau de L-2 et L-3. Les spasmes des muscles fessiers disparurent immédiatement de même que le priapisme. Dès lors le patient put marcher sans danger. Une cystométrographie faite avant l'opération montrait une vessie extrêmement spastique (fig. 9) alors qu'après, le tracé est typiquement celui d'une vessie atonique (fig. 10).

Le malade ne porte plus d'urinal et provoque maintenant la miction par pression abdominale.

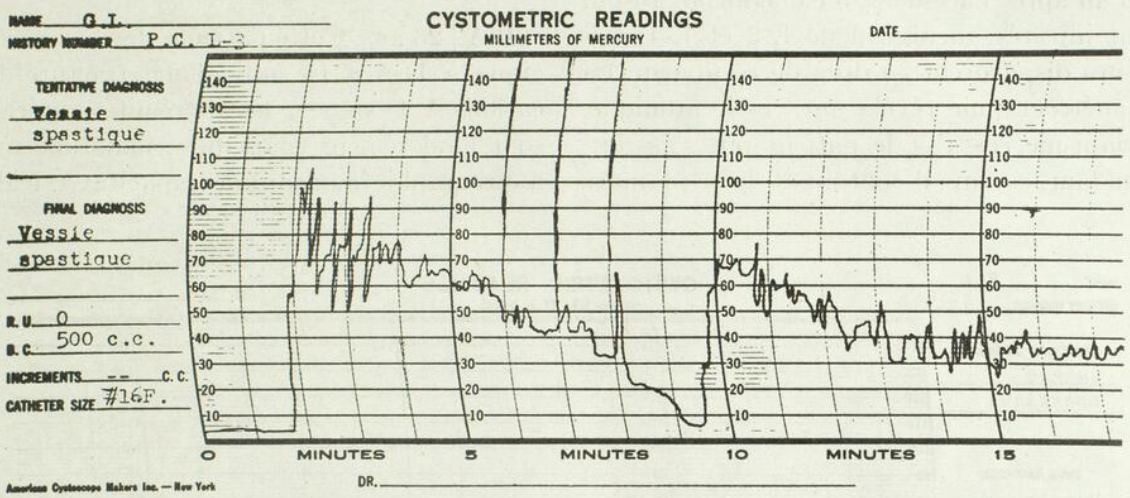


Fig. 9. — Observation 3: G. L. La cystométrographie pratiquée avant l'injection d'alcool. Noter la fréquence des spasmes.

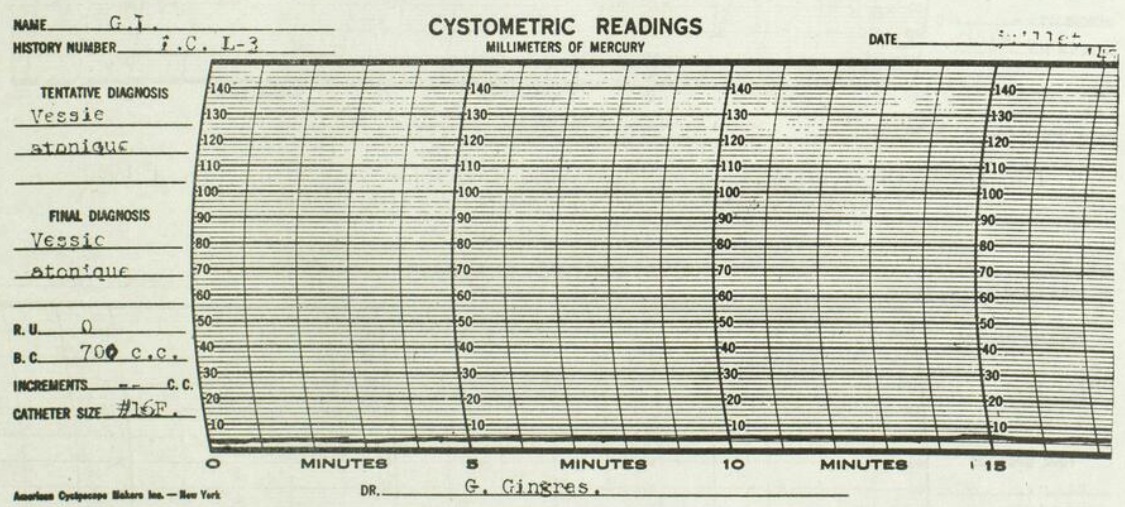


Fig. 10. — Observation 3: G. L. La cystométrographie après l'injection d'alcool. La vessie est atonique.

Observation 4.

A.S., 28 ans. A la suite d'une fracture, ce malade souffre d'une myélite transverse à D-4 et D-5 et devient par la suite un spastique en flexion. Le moindre stimulus, le poids même

des couvertures étaient suffisants pour provoquer un « mass reflex », une céphalalgie aiguë et une diaphorèse intense. Il lui était impossible d'utiliser une chaise roulante et des cystospasmes incessants accompagnés de priapismes rendaient le problème de sa réadaptation insoluble.

Un an après l'accident, 5 c.c. d'alcool absolu furent injectés au niveau de L-3 et L-4. Les spasmes disparurent en decà de ce niveau. La cystométrographie révéla une vessie atonique, le priapisme cessa et le patient put s'asseoir. Cependant, comme il continuait de se plaindre de malaises dus aux contractures des abdominaux et des muscles lombaires, une seconde injection fut faite au niveau de D-10 et D-11. Enfin, une troisième au niveau de D-7 et D-8. Il est intéressant de noter que chaque fois le niveau de la paralysie flasque correspond exactement au niveau de l'injection.

Observation 5.

B.A., 23 ans. Cette patiente devient paraplégique à D-5 à la suite d'une fracture-dislocation. A l'examen, les extrémités inférieures sont modérément spastiques, mais une cystométrographie montre une capacité vésicale de

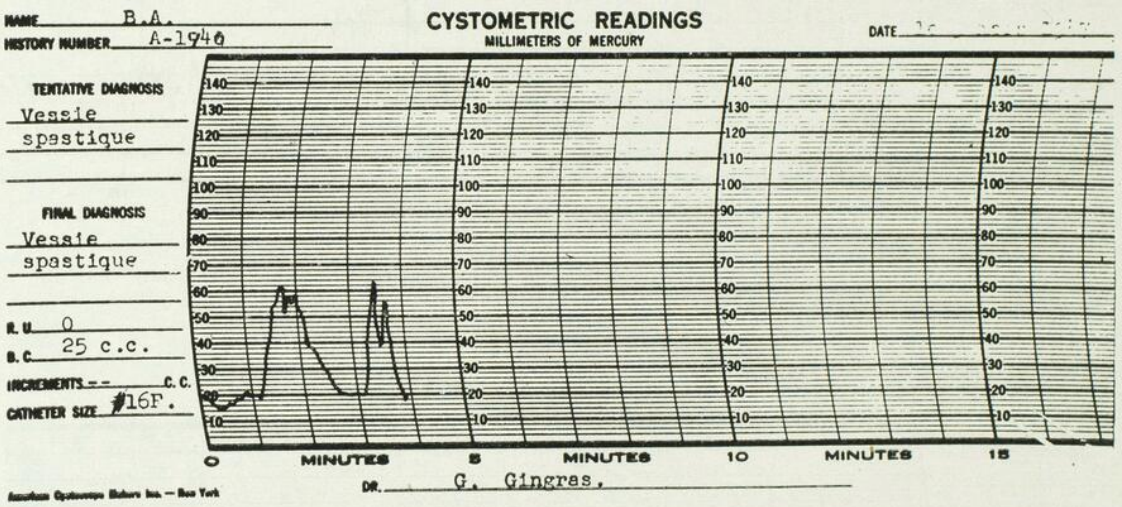


FIG. 11. — Observation 5: B. A. La cystométrographie avant l'injection d'alcool. Noter les cystospasmes et la capacité très réduite (25 c.c.).

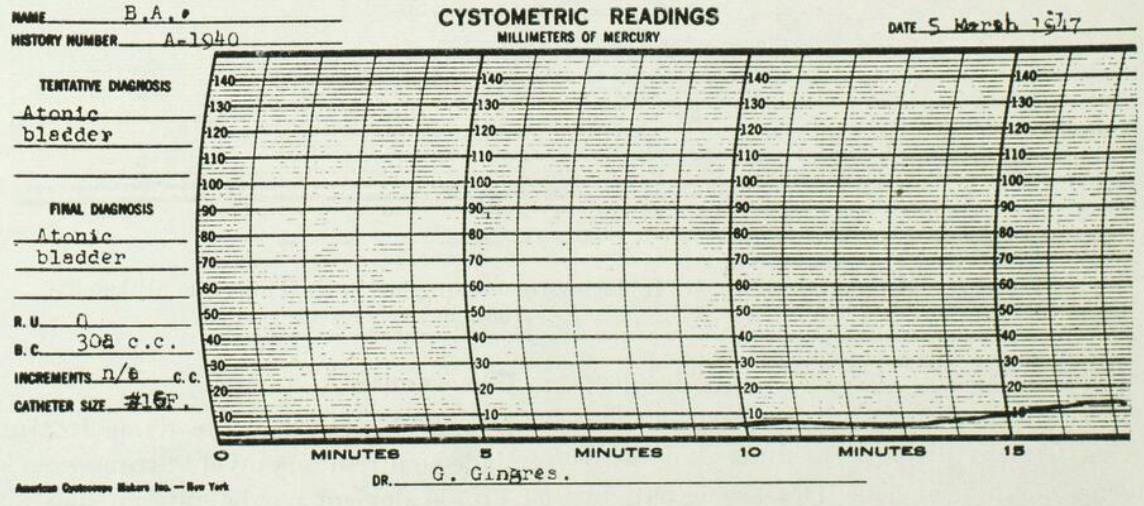


FIG. 12. — Observation 6: B. A. La cystométrographie après l'injection d'alcool. La vessie est aspastique et la capacité de 300 c.c.

25 c.c. et des cystospasmes. Notre malade se disposait à reprendre son travail, mais ceci fut considéré comme impraticable devant la multiplicité des spasmes vésicaux (fig. 11).

Quatre ans après l'accident, 2 c.c. d'alcool absolu furent injectés au niveau L-3 et L-4. Une cystométrographie faite quelques minutes après l'opération montre une vessie atonique dont la capacité est maintenant de 300 c.c. (fig. 12).

La patiente a pu retourner à son travail. Après un an et demi, les spasmes vésicaux ne sont pas réapparus.

Observation 6.

A.McL., 23 ans. Le patient souffre de quadriplégie à la suite d'une fracture-dislocation au niveau de C-6 et C-7. Au bout de trois semaines, il y a eu récupération au niveau des biceps et des triceps de telle sorte qu'il a pu bientôt s'asseoir dans une chaise roulante. Cependant, les extrémités inférieures entrèrent graduellement dans un état d'extrême spasticité et il fallut bientôt attacher le malade à sa chaise pour l'empêcher de perdre l'équilibre et de tomber. Notons aussi que de violents cystospasmes nécessitaient l'emploi d'un cathéter urétral. Dix-huit mois après l'accident, 5 c.c. d'alcool furent injectés au niveau de la queue de cheval. Nous obtenons par la suite une paralysie flasque des membres inférieurs et une vessie atonique.

Observation 7.

S.V., 38 ans. Le patient devient paraplégique à la suite d'une anesthésie rachidienne, faite en vue d'une résection d'un néoplasme intestinal. A son admission, le malade présentait une paraplégie au niveau de L-1 et L-2. Quelques mois plus tard, il devenait évident que le processus néoplasique se généralisait et le malade commenca à se plaindre de douleurs aiguës au niveau de l'abdomen et des masses lombaires. La cystométrographie montra une vessie très spastique, ce qui compliquait de beaucoup les soins de routine.

5 c.c. d'alcool furent injectés au niveau de D-11 et D-12. Après l'opération, les niveaux sensoriels et moteurs gagnèrent le niveau d'injection, la vessie devint atonique et les douleurs abdominales et lombaires, que nous n'avions pu atténuer avec de la morphine, disparurent. A l'autopsie, on nota un fort épaissement de la dure-mère de D-12 et L-2. Les sections montrèrent une hyperplasie fibreuse très marquée entourant les terminaisons nerveuses et la matière grise. Il semble que du tissu fibreux ait remplacé le tissu médullaire (fig. 13).

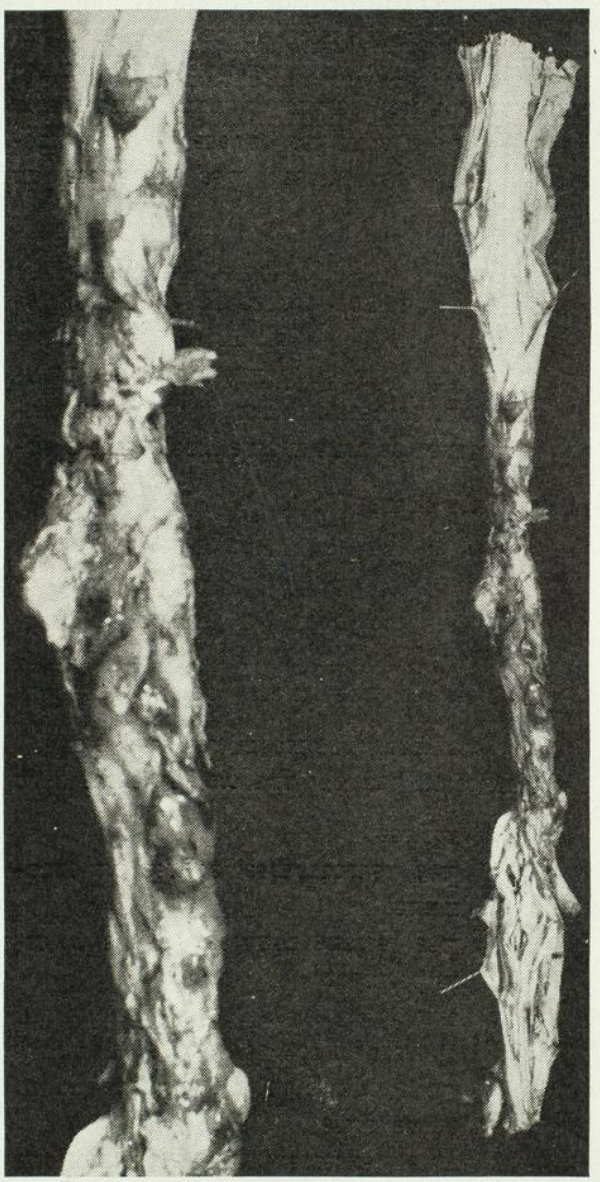


FIG. 13 — Observation 7: S. V. A droite: aspect général de la moelle. A gauche: détail de la région injectée.

Conclusions.

1 — L'injection intrarachidienne d'alcool absolu a été pratiquée dans sept cas de paraplégie.

2 — Il semble évident que le traitement médical et chirurgical des décubitus chez les grands spastiques est de beaucoup plus facile après l'abolition des spasmes.

3 — La disparition des cystospasmes répétés, dans les cas de vessie dont la capacité est très réduite, rend le problème de la réadaptation plus aisé.

4 — Le port d'attelles est possible une fois les spasmes en flexion disparus.

5 — Chez tous nos cas, le niveau de paralysie flasque correspond exactement au niveau de l'injection.

BIBLIOGRAPHIE

G. GINGRAS: « Preliminary Report on Intrathecal Alcohol Injections in Cases of Paraplegia, D.V.A. » *Treatment Services Bulletin*, Ottawa, février 1948.

Bernard JUDOVICH et William BATES: « Segmental Neuralgia in Painful Syndromes. » F. A. Davis, éditeurs, Philadelphie, 1944.

REVUE GÉNÉRALE

QUELQUES PRINCIPES ÉLÉMENTAIRES DE PHYSIOLOGIE CHIRURGICALE[1]

Laurent ARCHAMBAULT (Montréal).

En médecine comme en chirurgie, certains problèmes physiologiques de base entrent en ligne de compte de façon impérieuse. Plus spécialement chez cette dernière voit-on l'urgence quotidienne de remédier à des déséquilibres dont la nature doit être comprise avant de poser tout acte chirurgical. Le délai occasionné par l'étude des mécanismes en souffrance, sera amplement compensé par un meilleur pronostic, un risque opératoire diminué et une guérison plus rapide. Le patient qui a vomi, qui a saigné, celui qui est en obstruction du grêle comme celui qui est porteur d'une iléostomie ou d'une cæcostomie, aura, en plus de la lésion initiale, des pertes d'eau, d'électrolytes et de protéines qu'il faudra ramener en balance positive.

L'eau.

Chez l'individu normal, l'eau ingérée et l'eau excrétée sont en proportions égales. L'eau bue telle quelle (1200 cc.), celle contenue dans les aliments (1000 cc.), celle résultant de l'oxydation des aliments (300 cc.), constitue un total d'environ 2,500 cc. Par contre, le rein en éliminera 1,200 cc., le poumon et la peau, par évaporation, 1,200 cc., et les selles 100 cc. Ces chiffres sont vérifiables, pendant vingt-quatre heures, chez l'individu en activité ordinaire, i.e. qui ne boit pas plus qu'il n'en éprouve le besoin et dont les émonctoires par les issues ordinaires ne sont pas en excès. Comme il est facile de voir, la peau et le rein jouent le rôle principal dans l'élimination. Dans certains cas, l'apport est en excès; nous aurons alors un volume d'urines augmenté avec une densité moindre. D'autre part, comme au cours des grandes chaleurs humides ou dans les collapsus périphériques accompagnés de diaphorèse abondante, ce sera la peau qui assumera la plus grande tâche dans l'excrétion. L'urine des heures qui suivront sera concentrée, peu abondante, traduisant un phénomène compensateur d'oligurie relative (8).

Si par ailleurs l'anamnèse révèle une histoire de vomissements, de diarrhée prolongée et que nous ayons par la suite une urine concentrée dans un volume restreint, déjà l'on songera à un déficit en eau qu'on appellera « déshydratation ». Si cette quantité d'eau perdue n'est pas remplacée, le rein atteindra sa capacité de concentration maximale et l'azotémie s'élèvera. Si cette déshydratation continue, les protéines tissulaires seront détruites, l'azote augmentera davantage avec, comme résultat, un cercle de rétention ajoutée à la destruction. (3). C'est ainsi que l'azotémie par manque de sel, expression depuis longtemps en discussion, est surtout un symptôme de déshydratation car, comme il sera vu plus loin, il n'y a jamais perte d'eau sans qu'il y ait en même temps perte de sel. L'organisme tend à maintenir la concentration de ses liquides en électrolytes à un niveau proportionnel toujours le même pour un volume donné. Ainsi, s'il y a en premier lieu une perte d'eau, le rein rejettera une quantité proportionnelle de sel afin de maintenir celui-ci à la même concentration dans le plasma. S'il y a perte prédominante de sel, il y aura rejet d'eau pour la même raison. (2).

Distribution des liquides.

Normalement les liquides de l'organisme sont répartis selon deux milieux ou compartiments. A) Le milieu extra-cellulaire, qui

1. Travail préparé durant un séjour d'études à l'hôpital Johns Hopkins, Baltimore, Md.

comprend les vaisseaux et les espaces interstitiels des tissus. B) Le milieu intra-cellulaire, limité aux cellules des tissus. Le milieu sanguin ou vasculaire peut être considéré, si l'on veut, comme un troisième i.e. le plasma. A eux trois, ils constituent 70% du poids du corps (1).

Conséquences d'une perte non remplacée.

Dans la maladie, la partie plasmatique est la première à laquelle l'organisme recourt pour ses besoins en eau. Il s'ensuit une concentration de tous les composants du sang. Les protéines, responsables de la pression osmotique du plasma et subissant elles aussi une augmentation de leur concentration, verront cette pression osmotique s'élever, attireront l'eau du milieu interstitiel pour tenter de rétablir le volume initial du sang. Si le processus se poursuit, ce sera au tour du milieu extracellulaire de s'épuiser, puis viendra en dernier lieu celui des cellules des tissus. Le tableau sera d'abord celui de la déshydratation simple i.e. oligurie, soif, sécheresse des muqueuses, lassitude etc., puis celui du shock secondaire i.e. chute de la pression artérielle et du débit cardiaque par diminution du volume sanguin, hémoconcentration avec ses effets nocifs sur la diurèse et le parenchyme rénal, l'hématose etc. (6).

Cas non compliqué.

Si le patient ne peut boire, soit à cause de nausées, soit parce que des raisons techniques ayant trait à une opération récente l'en empêchent, et s'il ne perd pas de liquide par ailleurs i.e. tube de succion gastrique, plaies, vomissements, transpiration excessive, il ne s'agira ici que de remplacer les pertes physiologiques i.e. donner assez d'eau pour la formation d'urine (1,000 c.c.), pour l'évaporation par la peau et les poumons (1,200 cc.), en un mot 2,000 à 2,500 cc. par voie intra-veineuse. Certains auteurs préfèrent administrer jusqu'à 3,000 cc. pendant vingt-quatre heures, croyant que cet excès léger peut équilibrer des pertes imperceptibles par ailleurs.

Cas compliqué.

Si le patient fait de la fièvre, s'il transpire davantage par suite d'une température environnante élevée, si, de plus, un tube de succion gastro-intestinale est en place, en plus des pertes physiologiques de base il devient essentiel de mesurer l'excès pathologique et de les remplacer, volume par volume.

Si, par exemple, le tube de succion ramène 2,000 cc., il faudra ajouter cette dernière quantité à la raison de base qui est 2,500 cc., faisant un total d'environ 4,000 cc. de liquides qu'il devient nécessaire de donner si l'on veut que le patient soit en balance positive.

Ce qu'il faut donner.

A) Pour le cas non compliqué, un soluté glucose à 5% ou 10% (1000 à 1,500 cc.). Considérant d'autre part qu'il y a environ 4 à 8 grammes de chlorure de sodium d'éliminés par jour par les urines et la peau, cette quantité doit être elle aussi remplacée. A cette fin, ajouter au soluté précédent un soluté physiologique salé à 7 o/oo ou solution de Ringer, environ 1000 à 1,500 cc. L'eau servira pour la formation de l'urine et la transpiration, le glucose du premier soluté étant utilisé pour les besoins nutritifs et la glycogénèse.

B) Pour ce qui concerne le cas compliqué, où en plus des pertes physiologiques, il y a perte excessive par vomissements ou tubes, il est bon de voir sommairement le métabolisme du chlorure de sodium car il n'y a jamais de déficience en eau sans qu'il y en ait une en sel.

Métabolisme du chlorure de sodium.

Normalement l'ion Cl et l'ion Na sont les électrolytes les plus abondants du milieu extra-cellulaire, tandis que le potassium (V) et les radicaux phosphates (P04) prédominent dans le milieu intra-cellulaire.

Trois conditions pourront entraîner un déséquilibre de ce sel, ce sont:

1° — Pertes de liquide qui en contiennent.

2° — Apport diminué parce qu'impossible per os.

3° — Rétention de chlorure de sodium et d'eau chez le patient gravement atteint, où l'on se trouve en face de conditions associées comme la néphrite chronique, le cardio-vasculaire. Chez eux, une administration de solutés intraveineux entraînera œdème par rétention, surtout si ces solutés sont donnés trop rapidement et en trop grande quantité.

Fonctions du chlorure de sodium.

a. — Maintenir l'équilibre acide — base.

b. — Rôle important dans le maintien de la pression osmotique totale des liquides extra-cellulaires, le volume de ces derniers dépendant directement de leur concentration en chlorure de sodium.

c. — Na, ion chargé positivement, constitue 91% de toutes les bases de l'organisme. Contrairement à l'ion Cl qui peut être remplacé par un autre radical acide, i.e. CO3H, l'ion Na est irremplaçable s'il en advient un déficit. Une perte de Na aboutira plus facilement à la déshydratation qu'une perte de Cl, d'où l'organisme par l'intermédiaire des reins a tendance à conserver ses bases par formation d'autres bases de substitution i.e. NH4, ammoniaque. (Au début des acidoses, les urines sont fortement ammoniacales.)

Sources du chlorure de sodium.

8 à 10 grammes de sel, soit tel quel, soit dans les aliments, sont absorbés pendant les vingt-quatre heures d'un individu, à régime ordinaire.

Elimination.

Les glandes sudoripares en rejettent environ .25 à .41 gm. par jour. Les reins en excréteront de 3 à 8 grammes et les selles, 0.5 gm. par 24 heures. Expérimentalement il est prouvé que pour une perte de 5 ou 6 grammes de chlorure de sodium, il y aura une perte compensatrice d'une quantité d'eau équivalente à un litre de soluté physiologique.

Par ailleurs, l'intestin reçoit en provenance de la salive, du liquide gastrique, de la bile, du pancréas et du grêle, environ dix litres de liquides par jour, contenant du chlorure de sodium. A mesure qu'elle progresse vers les côlons, cette quantité de liquide est réabsorbée. L'examen de ces sécrétions révèle qu'elles sont à peu près égales en électrolytes ou isotoniques avec les électrolytes du plasma du sang i.e. 5-6 grammes de ClNa en moyenne /oo. Il s'ensuit qu'un litre de sécrétions intestinales est de même titrage en électrolytes qu'un litre de soluté physiologique, sauf dans l'estomac où l'ion Na est remplacé par l'ion H, acide.

L'eau bue ou introduite dans l'estomac, prendra donc rapidement une concentration en sel caractéristique du niveau où elle arrivera. Si 1000 cc. sont bus, 5-6 grammes de chlorure de sodium provenant de la muqueuse et partant, du milieu interstitiel, viendront s'y ajouter. Si une heure plus tard, cette même quantité i.e. 1000 cc., est vomie ou aspirée par tube de succion, 5-6 grammes de sel auront été perdus aux dépens du milieu interstitiel et du plasma. Cette perte, étant l'équivalent d'une dilution, le rein compensera par une excrétion de 1000 cc. d'eau. L'on comprendra par là qu'il y aura déshydratation compensatrice.

Donc, pour éviter que les milieux extra-cellulaires se vident de leurs électrolytes (en voulant rendre les liquides ingérés isotoniques), on verra l'importance d'ajouter du sel à l'eau ou autres liquides ingérés. (4).

Pertes pathologiques de sels considérées d'après le niveau de la lésion.

Le métabolisme du sel peut être fortement troublé chez le patient de chirurgie et plus spécialement chez celui qui est porteur d'une lésion sur le tube digestif. Les vomissements, les diarrhées, les fistules ou drainages biliaires, les iléostomies ou cæcostomies, les tubes de succion, constitueront autant de conditions susceptibles d'augmenter les pertes, surtout si l'ingestion n'a pas lieu per os.

La perte des chlorures s'apprécie par la recherche de leur taux dans le plasma. Normalement celui-ci contient de 560 à 630 milligrammes de ClNa pour 100 cc. de plasma. La

perte en bases i.e. en Na, est calculée par la connaissance de la réserve alcaline. Celle-ci indiquera l'excès d'ions Cl sur le nombre d'ions Na, et vice versa; la prédominance de l'un ou l'autre de ces deux électrolytes, faisant balancer le pH dans un sens plus que dans l'autre, donnera une bonne idée de l'équilibre acide - base.

A. — Sténose pylorique (post-ulcéreuse ou des nouveau-nés).

Les liquides provenant de l'estomac auront une concentration en Chlore prédominante, c'est-à-dire orientée du côté acidité. Qu'un tube de succion soit mis en place ou bien que le patient vomisse, cette perte de liquides amènera une baisse des chlorures du plasma, une réserve alcaline augmentée (traduisant une élévation du taux de la base Na, combinée sous forme de bicarbonate). Ce cas représentera l'alcalose typique.

B. — Fistule ou drainage biliaire.

La bile est alcaline, contenant plus de bases Na que d'acides; si 200 à 300 cc. de bile sont recueillis par jour et que ce drainage dure assez longtemps, la somme des bases pourra être suffisamment élevée pour entraîner un état d'acidose. Comme il n'y a jamais de diminution d'ions Na sans qu'il y ait en même temps une perte d'eau, nous aurons en plus déshydratation. Heureusement, ces drainages abondants ne surviennent qu'au cours des premiers jours. L'alimentation et la médication intraveineuse réussiront en général à prévenir l'acidose.

C. — L'obstruction haute du grêle.

A ce niveau, l'intestin a un liquide dont la somme est constituée par le suc gastrique, la bile, la sécrétion du pancréas. Les ions Cl et Na sont en nombre à peu près égal. Les chlorures du plasma et la réserve alcaline présenteront un abaissement parallèle. La perte d'eau sera en plus considérable, car aucune réabsorption ne pourra se faire.

Iléostomie et cæcostomie.

A mesure que les liquides descendent vers les côlons, ils deviennent de plus en plus alcalins, leur teneur en Cl diminuant au profit des radicaux CO3H, et leur concentration en sodium se maintenant proportionnellement la même. Ainsi, plus de Na sera perdu que de Cl. Ce dernier augmentera dans le plasma donnant les signes chimiques de l'acidose, i.e. baisse de la réserve alcaline, hémoconcentration par perte d'eau concomitante.

Il devient nécessaire d'administrer surtout du Na et de l'eau. La meilleure forme est le lactate de sodium. Le radical lactate est oxydé et Na restera pour remonter le taux de la réserve alcaline. On ajoutera un soluté glucosé pour fin de nutrition et combattre l'acétonémie; le glucose pourra être donné dans un soluté salé physiologique, au taux de 5-10%.

Souvent le problème ne s'arrête pas là. Le patient qui est assez atteint dans son état général pour présenter des troubles de l'eau et des sels, verra de plus s'ajouter un autre syndrome qui en amplifiera le déséquilibre: ce sera l'hypoprotéinémie. Blalock, de Baltimore, (6), dans ses expériences sur le shock traumatique, a constaté dans l'obstruction intestinale qu'au niveau de la lésion il y a une déperdition de liquide dont la nature est presque identique à celle du plasma. En même temps, il constatait que les protéines du plasma étaient abaissées. Cliniquement, c'était le tableau du shock i.e. chute de la pression artérielle, accélération du pouls, oligurie, etc. Après l'administration de solutés salés ou glucosés, les examens démontraient que le shock persistait. Que se passait-il? L'eau des solutés intraveineux n'était plus retenue dans les vaisseaux mais d'emblée se dirigeait vers les tissus, causant l'œdème. Si, en plus des solutés salés ou sucrés, il ajoutait du plasma ou du sang, le shock disparaissait avec l'œdème, le rein avait meilleur débit urinaire et l'animal survivait. Il s'agissait de corriger un état d'hypoprotéinémie et, partant, la pression osmotique.

Tests ou examens du sang.

Après avoir mesuré les pertes de liquides, il faut rechercher les pertes des électrolytes du

plasma, les protéines, l'hématocrite et la réserve alcaline. Pour les chlorures plasmatiques, Coller, Maddock, Pedersen, (1), ont établi une règle selon laquelle on peut apprécier la quantité de chlorure qu'il faut donner en partant de la concentration de celui-ci dans le plasma. Pour chaque 100 milligrammes de ClNa au dessous du niveau normal plasmatique, i.e. (taux normal étant de 560 à 630 milligrammes pour 100 cc. de plasma), le patient recevra 0.5 g. de ClNa par kilog. de poids, jusqu'au retour à la normale. En moyenne, il faut donner 20 grammes de sel pour monter le taux de 100 milligrammes. Chez le patient dont les protéines sont en déficience, cette règle toutefois ne réussira pas à rétablir le niveau plasmatique des chlorures. Tout ce que l'on injectera quittera les vaisseaux pour les tissus. Dans ces cas, il est inutile d'augmenter le ClNa, car ce qu'il faut, ce sont des protéines.

PROTÉINES.

Ce sont des substances qui servent à la constitution des cellules de l'organisme. Les acides aminés en sont les unités de base. On calcule qu'une cellule peut contenir jusqu'à huit protéines différentes. D'où la notion d'acides aminés essentiels dont l'organisme ne peut se passer pour la reconstitution continuelle de ses protéines tissulaires.

Elles sont réparties: A) Dans le sang, i.e. l'hémoglobine des globules rouges, les albumines, les globulines et le fibronogène. B) Dans les cellules mêmes. Tout individu dont l'apport alimentaire (per os ou I. V.) dépasse les pertes par les selles, les urines, les plaies, les fistules etc., est en équilibre protéine positif. Si les pertes dépassent les ingesta et les injecta, il est en équilibre négatif.

Fonctions des protéines.

a. — Maintenir la pression osmotique du plasma circulant i.e. force d'attraction des liquides du plasma, i.e. sur l'eau, la retenant dans le vaisseau et conservant ainsi le volume sanguin total et la pression artérielle.

b. — par la flexibilité de cette pression osmotique, régler l'échange ou le passage normal des liquides entre les tissus et les vaisseaux.

c. — Servir aux tissus les acides aminés essentiels à la formation du protoplasme cellulaire.

d. — Amphotère, i.e., pouvant servir d'anion ou de cation selon les besoins de l'équilibre acide-base.

Toutes ces fonctions laissent entrevoir que, si elles sont troublées, de nombreuses activités vitales seront bouleversées, augmentant le risque opératoire et hypothéquant le pronostic post-opératoire par toutes sortes de complications locales et générales.

Les taux normaux sont:

a. — Protéines totales: 6-8 g./0.
b. — Albumine: 4.1 g.%.
c. — Globuline: 2.7 g.%.
d. — Fibrinogène: 0.27 g.%.
e. — Hémoglobine: 15 g.%.

i.e. 6 litres de sang contiendront environ 900 à 1000 grammes de protéines. La fraction la plus importante est l'albumine. Grâce à la petite dimension de ses molécules, elle est responsable de 80% de toute la pression osmotique exercée par le sang circulant (9). A cause précisément de cette pression qu'elle exerce sur l'eau, une déficience résultera en une hypoprotéinémie, à son tour caractérisée par l'œdème.

Sources.

Evidemment, l'alimentation en est la seule source jusqu'au moment où, dans les états de dénutrition, l'organisme est obligé de recourir à ses protéines propres pour les besoins des divers métabolismes. C'est ainsi que le foie, qui en contient 300-400 grammes à l'état normal, réagira moins bien contre les infections lorsque surviendront les déficiences, que nous aurons les anémies hypochromes, etc.

Hypoprotéinémie.

Tout ce qui cause la perte de protéines plasmatiques en sera l'origine.

A) *Pertes:* Les plaies traumatiques; les brûlures; par issue directe de plasma vers l'extérieur; les suppurations chroniques.
Le shock, par son action sur la perméabilité capillaire aboutissant à l'exsudation. (Obstruction intestinale).
Les lésions rénales avec albuminurie.
Les hémorragies, aiguës ou chroniques.

B) *Destruction catabolique* ou par suite d'un apport insuffisant. Intoxications.

C) *Troubles de l'absorption,* de la digestion, de l'assimilation soit par lésions du foie, soit de la muqueuse intestinale (côlite ulcéreuse, etc.)

Résultats ou effets.

1) L'estomac se vide moins vite, perte d'appétit, anorexie et perte de poids. 2) Diminution de la motilité de l'intestin avec mauvaise assimilation. 3) Mauvaise guérison des plaies. 4) Fonctions hépatiques restreintes et incompétentes. 5) Œdème des tissus. 6) Anémie.

Causes pré-opératoires. Les maladies du tube digestif en sont les causes les plus fréquentes. Qu'elles soient d'ordre infectieux, néoplasiques ou mécaniques, l'on conçoit aisément que le tube digestif, en dehors des grandes causes traumatiques, des grandes brûlures, demeurera toujours le centre des hypoprotéinémies.

Causes post-opératoires. Souvent dues soit à une mauvaise préparation, soit à une trop grande hâte d'opérer et exagération de l'urgence. Les causes post-opératoires réelles sont:

1° — Augmentation des pertes (fistules, cœcostomie etc..)

2° — Métabolisme élevé des protéines endogènes par suite d'un régime post-opératoire insuffisant.

3° — Plus grands besoins en vue de la réparation des plaies.

4° — Interventions traumatisantes avec grands décollements, pertes qui ne sont pas immédiatement remplacées au cours de l'opération.

Tous ces phénomènes placent le patient dans un équilibre azoté négatif. De plus, considérant qu'il faut souvent des semaines et des mois avant de réussir à remonter le taux sanguin à la normalité, il est préférable de dépister le plus tôt possible cette hypoprotéinémie.

Certains auteurs (Weinstein), recherchant sur les modalités de l'équilibre azoté, ont pu constater que parfois 1000-2000 grammes de protéines tissulaires sont perdues ou cataboliséés par suite des interventions mêmes légères; à plus fortes raisons et probabilités s'il s'agit de longues interventions, chez un patient déjà en dénutrition i.e. ulcères chroniques, cancers, etc. Enfin l'expérience montre, en congédiant un patient opéré à peine dix jours avant, que souvent il a maigri de façon notable.

Conclusions.

Quant un patient est déshydraté, i.e. qu'il a perdu des électrolytes et de l'eau; quand les examens révèlent un abaissement des protéines du plasma, il est essentiel de remplacer ces pertes.

Ce remplacement des liquides perdus et des différents électrolytes devra être conduit et dirigé par la mesure des pertes comme volume, par la recherche des chlorures plasmatiques, la réserve alcaline, l'hématocrite, les protéines totales. Ces examens règleront le choix des solutés salés, glucosés, etc.. Dès que le patient peut le faire, il se nourrira per os au moyen d'un régime balancé. L'expérience démontre que rien encore n'a remplacé l'alimentation per os.

BIBLIOGRAPHIE

1. F.A. COLLER, G. Walter MADDOCK: « Water and Electrolyte balance. » *Surg., Gynec., & Obst.*, **70**: 340, 1940.
2. L. James GAMBLE: « Chemical anatomy, physiology and pathology of extracellular fluids. » *Harvard University Press,* Cambridge, Mass. 1947.
3. J. P. PETERS & Donald Van SLYKE: « Quantitative Clinical Chemistry. » Vol. 1. (Interpretation.)
4. J. P. PETERS: « The structure of the blood in relation to Surgery. » *Ann. of Surg.*, **112**: 490, 1940.
5. I. S. RAVDIN: « Hypoproteinemia and its relation to surgical problems. » *Annals of Surgery,* **112**: 576, 1940.
6. A. BLALOCK, A. S. MINOT: « Plasma loss is severe dehydration. » **112**: 557, 1940.
7. O. H. WANGENSTEEN: « *Intestinal Obstruction.* » 1946, 2e édition.
8. CRILE: *Hospital Care of surgical Patient.*
9. J. NASH: *Surgical Physiology,* 1946.
10. MASON et ZINTEL: *Preoperative and postoperative Care.,* 2e édition, 1947.
11. Best TAYLOR: *Physiological basis of medical Practice,* 1943.

LES KYSTES DU PANCRÉAS [1]

G.-Roger CHAMPOUX (Montréal).

Les kystes du pancréas sont des lésions relativement rares, mais intéressantes à connaître, tant au point de vue diagnostic que traitement chirurgical. La chirurgie, en général, et dans ce domaine en particulier, a fait de si grands progrès dans ces dernières années, qu'il est aujourd'hui possible pour un chirurgien expérimenté d'aborder cet organe sans crainte et d'obtenir des succès autrefois inespérés et ce, avec un minimum de danger. L'avancement global des sciences médicales, tant en anesthésie qu'en physiologie et en thérapeutique, y a contribué pour beaucoup.

Il est cité par Brunschwig que Guleke a relevé 260 cas de kystes pancréatiques rapportés dans la littérature jusqu'à 1912. H. Muller rapporte 200 cas de plus dans la période s'étendant de 1912 à 1922. Thigpen a aussi fait une revue de 139 cas traités chirurgicalement à la clinique Mayo de 1908 à 1939. Dernièrement, K. Warren, de la Clinique Lahey, présentait une étude de 16 cas traités à la Clinique de 1926 à 1948, dont 7 de 1945 à 1948.

Classification.

Il existe plusieurs classifications des kystes du pancréas, les unes plus ou moins complètes et complexes, les autres plus simples et abrégées. Voici un résumé de la question: il y a ce qu'on peut appeler les kystes vrais, les pseudo-kystes et enfin certaines variétés de kystes plus rares.

a) Les *kystes vrais*: sous ce terme peuvent être inclus:
   1) Les kystes congénitaux, ou maladies kystiques du pancréas.
   2) Les kystes de rétention.
   3) Les kystes proliférants ou adénomes kystiques.
   4) Les kystes blastogènes ou d'étiologie inconnue.

b) Les *pseudo-kystes.*

c) Les *kystes parasitaires.*

d) Les *kystes dermoïdes.*

Définitions.

a) *Kystes vrais* . . . Ce sont ceux qui normalement possèdent un revêtement épithélial, soit cubique, soit cylindrique, ou encore parfois à cellules aplaties de type endothélial, ce qui démontre leur origine glandulaire. Dans certains cas rares, cet épithélium peut faire défaut.

1) *Kystes congénitaux ou malades kystiques du pancréas.* C'est une variété de kystes vrais divisée en plusieurs catégories selon qu'ils sont associés ou non à d'autres anomalies kystiques de certains autres viscères abdominaux tels que: reins, foie ou rate. Ils sont habituellement multiples et sont parfois accompagnés d'autres malformations congénitales, v.g. Syndactilie.

2) *Kystes de rétention.* Autre variété de kystes vrais occasionnés par une obstruction au libre cours des sécrétions pancréatiques, soit au niveau du Wirsung ou d'une de ses branches. L'obstacle peut être soit un calcul, une tumeur, une cicatrice et même des parasites, v.g. Ascaris, Taenia.

3) *Kystes proliférants.* Ils entrent dans une catégorie un peu particulière, occupant une position intermédiaire entre les kystes vrais et les tumeurs solides; ce sont des adénomes kystiques (Cystadenomas des Américains) naissant par prolifération des cellules parenchymateuses, ils présentent donc une structu-

1. Travail préparé durant un séjour d'études à l'hôpital Johns Hopkins, Baltimore.

re glandulaire. Il est très important de les reconnaître à cause de leur tendance à évoluer vers une dégénérescence maligne.

4) *Kystes blastogènes.* Ce sont des kystes vrais simples dont l'étiologie est inconnue. Selon Brunschwig ils représentent 70% des kystes vrais.

b) *Pseudo-kystes.* Ainsi que l'indique leur nom, ce ne sont pas de véritables kystes. Ils sont formés à la suite d'une nécrose traumatique ou spontanée du pancréas, avec accumulation locale de débris tissulaires et de liquides, i.e. de sang et de suc pancréatique, le tout, encapsulé par une coque de tissus vasculaires et fibreux, plus ou moins épaisse. Ils peuvent être intra-pancréatiques, mais habituellement ils sont péri-pancréatiques, sous-séreux. Le revêtement épithélial fait défaut.

c) *Kystes parasitaires.* Ils sont caractéristiques de tous les kystes hydatiques causés par le taenia échinocoque; ils sont assez rares surtout dans les régions où l'infestation par ce parasite n'est pas habituelle.

d) *Kystes dermoïdes.* Ces lésions sont très rares au niveau du pancréas, et possèdent les caractéristiques habituelles de ces tératomes, i.e. substance graisseuse incluant des structures du squelette telles que: cheveux, os, dents, etc . . .

Étiologie.

Avec la définition de chaque variété de kyste, nous avons abordé sommairement leur étiologie dont nous ferons ici la revue avec commentaires. Il y a d'abord:

1) *Les traumatismes.* Ils entrent surtout dans l'histoire des pseudo-kystes; v.g. A la suite d'un traumatisme abdominal violent, il survient souvent une pancréatite hémorragique; l'hémorragie peut se collecter soit dans le tissu pancréatique, soit à sa périphérie, et elle est souvent accompagnée de suc pancréatique qui a filtré en dehors des canaux. Il se forme peu à peu autour de cette collection une coque fibreuse et vasculaire, sans revêtement épithélial, qui l'entoure complètement pour former le pseudo-kyste.

2) *L'obstruction.* C'est la cause originale des kystes de rétention. L'obstacle à la circulation du canal pancréatique peut être soit un calcul biliaire arrêté à l'extrémité distale du Cholédoque et comprimant le Wirsung, soit plus rarement un calcul pancréatique. L'obstruction peut être due d'autre part a une tumeur de la tête du pancréas, à une invasion du canal par des parasites tels que ascaris ou taenia. Enfin, elle peut être causée par une sténose cicatricielle de l'ampoule de Vater ou des canaux pancréatiques, consécutive à l'irritation causée par des calculs qui y ont été incrustés.

3) Les *pancréatites.* Il arrive assez fréquemment que l'apparition de kystes du pancréas soit consécutive à une crise de pancréatite soit aiguë soit chronique. Dans les pancréatites interstitielles surtout, il se produit de la fibrose du parenchyme, et il en résulte une constriction des petits canaux amenant une rétention de sucs pancréatiques dans ces régions, avec dilatation kystique graduelle des canaux situés en amont.

4) *Etiologie congénitale.* Il en a été question dans la définition des maladies kystiques du pancréas. Ces kystes sont dus à une atrésie congénitale des canaux avec dilatation kystique secondaire des canaux plus petits, ou bien encore à un défaut de développement de cet organe.

5) *Etiologie inconnue.* Elle englobe les kystes classés sous le nom de Blastogènes.

Contenu de la cavité kystique.

Il varie avec la variété du kyste. Dans les kystes vrais, le liquide peut être clair, jaune pâle ou brunâtre et de consistance aqueuse ou mucoïde. Il contient peu d'éléments cellulaires, quelques leucocytes et macrophages et, quelquefois, des globules rouges provenant

d'hémorragies de la paroi et donnent la teinte brunâtre.

Les pseudo-kystes contiennent un liquide plus dense et plus foncé, à cause du plus grand nombre d'éléments cellulaires, surtout de globules rouges; il contient aussi des leucocytes, des macrophages, de la graisse, des cristaux de cholestérol et des lambeaux de fibrine.

Les kystes pancréatiques contiennent parfois, mais non toujours, une, deux ou les trois enzymes pancréatiques, i.e. Trypsine, Lipase et Diastase.

Symptômes.

Les symptômes sont variables et dépendent surtout de la variété des kystes et de leur cause déclenchante. Il y a des patients qui ne présentent aucun symptôme et la découverte de cette lésion se fait au moment de l'apparition de la tumeur abdominale, lorsque celle-ci est assez développée. Voici donc les principaux symptômes;

1) *Douleur.* Elle est inconstante et varie du simple malaise abdominal vague, genre dyspeptique, avec anoxerie et flatulence, jusqu'à la douleur aiguë type colique. Le site de la douleur est habituellement épigastrique avec irradiation dorsale fréquente.

2) *Perte de l'appétit.* C'est un symptôme fréquent.

3) *Amaigrissement . . .* C'est un corollaire du précédent.

4) *Asthénie . . .* Perte graduelle des forces.

5) *Constipation . . .* Que l'on rencontre surtout dans les cas de kystes volumineux faisant compression sur le côlon.

6) *Symptômes plus rares.* Tels que: a) Ictère, dans les cas de kystes de la tête du pancréas obstruant le Cholédoque. b) Symptômes d'obstruction Portale par compression. c) Stéatorrhée ou troubles de la sécrétion et de l'excrétion des sucs pancréatiques. d) Glycosurie. e) Dyspnée. f) Suppression aiguë des urines par compression des uretères.

Comme il est mentionné plus haut, certains patients vont consulter simplement à cause de l'apparition d'une masse épigastrique; cette tumeur est située habituellement sur la ligne médiane, au dessus de l'ombilic, parfois un peu plus à droite et d'autres fois un peu plus à gauche. Elle est ferme, sous tension, peu douloureuse à la palpation, sans fluctuation démontrable et relativement fixe.

Examens de laboratoire.

Ils sont bien décevants, et n'apportent au diagnostic qu'une aide restreinte et rare. Ce n'est que dans les cas de kystes associés à une pancréatite aiguë que l'on pourra déceler une augmentation de l'amylase ou de la lipase dans le sang, et cela, au stage actif de la maladie seulement, car ces enzymes retournent à leur concentration normale très rapidement (Nash). Bien plus, dans les pancréatites chroniques, le taux des enzymes hépatiques est souvent normal.

Examens radiologiques.

Ils sont souvent beaucoup plus utiles que les examens de laboratoire. Une radiographie simple de l'abdomen permettra dans certains cas de déterminer la tumeur, ou d'observer la présence de calcifications dans la paroi du kyste, ce qui est rare.

Un repas ou un lavement baryté feront ressortir les déformations et déplacements du tube digestif occasionnés par la compression tumorale, v.g. déformation et déplacement de la petite courbure gastrique vers le bas, si le kyste fait saillie au niveau du méso gastro-hépatique; déformation de la grande courbure de l'estomac, qui est repoussé vers le haut, et du côlon transverse qui est refoulé en bas, lorsque la tumeur se projette au niveau du méso gastro-colique; en dernier lieu, élargissement du cadre duodénal par un kyste de la tête du pancréas. Il existe d'autres déformations situées plus bas, caractérisant les kystes qui se développent vers la racine du mésentère ou la dépassent. Ces cas sont rares.

DIAGNOSTIC.

L'histoire du patient (traumatismes abdominaux, pancréatites antérieures), la palpation de la tumeur épigastrique et l'examen radiologique sont souvent suffisants pour permettre d'établir un diagnostic de probabilité. Il faut cependant considérer qu'il existe d'autres lésions abdominales pouvant prêter à confusion avec ces tumeurs et avec lesquelles il est souvent assez difficile d'établir un diagnostic différentiel bien tranché. Ce sont: les abcès et tumeurs rénales et péri-rénales, les anévrysmes de l'aorte abdominale, les hypertrophies de la chaîne ganglionnaire aortique (Hodgkin), les kystes du mésentère, les tumeurs malignes du pancréas, la splénomégalie, un hydro-cholécyste. Autant de lésions qui doivent être éliminées par un diagnostic différentiel judicieux, avant de procéder au traitement.

TRAITEMENT.

Le traitement des kystes symptomatiques du pancréas est d'emblée chirurgical. Il existe plusieurs variétés d'interventions que nous passerons en revue dans ce chapitre, et dont nous discuterons la valeur.

1) *Résection totale du kyste.* C'est à tout point de vue l'intervention par excellence. Elle se fait par une incision para-médiane, sus-ombilicale, avec dissection de la base d'implantation. Malheureusement, cette technique n'est pas toujours praticable, à cause de nombreuses difficultés techniques quelquefois insurmontables, telles que: a) Fusion intime du kyste aux organes voisins à la suite de réactions inflammatoires, ce qui rend la dissection de la région à peu près impossible et dangereuse, surtout lorsqu'il s'agit de la zone immédiate des vaisseaux mésentériques. b) Lorsque la base d'implantation du kyste occupe presque tout le pancréas. Ce procédé devrait être tenté toutes les fois qu'il semble possible à l'exploration et surtout lorsque la lésion est un kyste proliférant, à cause de sa tendance à la dégénérescence maligne.

2) *Pancréatectomie partielle.* Il est parfois plus facile, dans les cas de réactions inflammatoires étendues et surtout lorsque la base d'implantations du kyste est large et située au niveau du corps ou de la queue, de faire une pancréatectomie partielle de cette région qui contient le kyste, que de tenter une résection simple. On essayera de conserver les vaisseaux spléniques, mais si cela est impossible, on doit faire une splénectomie. Cette intervention est indiquée, dans les cas de kystes proliférants.

3) *Drainage interne du kyste.* C'est une méthode plus simple et moins dangereuse d'intervenir sur un kyste pancréatique; on anastomose le kyste à un endroit du tube digestif, i.e. l'estomac, le duodénum ou le jéjunum. Elle est employée lorsque les opérations précédentes sont impraticables. Cette technique est déjà moins rationelle et moins satisfaisante; en effet, le reflux du contenu du tube digestif dans le kyste, au niveau de l'anastomose est une complication fréquente, sinon permanente, et implique toujours le danger d'entretenir ou d'aggraver l'infection au niveau du kyste. D'autre part, il y a des récidives assez fréquentes.

4) *Marsupialisation ou drainage externe du kyste.* Cette intervention est très en vogue, c'est la plus simple et elle rapide; mais les résultats sont moins satisfaisants. Les récidives sont fréquentes et les fistules persistent longtemps en plus d'occasionner souvent des érosions cutanées embarrassantes.

Il est vrai qu'avec les régimes hypo-graisseux, l'irradiation, la cautérisation et les substances sclérosantes on peut améliorer de beaucoup le sort de ces kystes et de ces fistules, mais il n'en reste pas moins vrai qu'elles persistent tout de même trop souvent de nombreux mois. Comme il est cité par K. Warren, cette intervention devrait être réservée pour les cas de pseudo-kystes lorsque leur paroi n'est pas trop épaissie et rigide et qu'elle n'a pas de revêtement épithélial, ou encore comme premier temps opératoire chez un patient dont l'état général ne permet pas de faire une intervention trop élaborée. Elle devrait être évitée dans les cas de kystes proliférants.

Résumé.

Nous avons tenté de faire une synthèse simple de la question des kystes du pancréas à la lumière des connaissances et des tendances actuelles de la thérapeutique chirurgicale. Il semble bien que la chirurgie du pancréas soit définitivement établie, grâce aux progrès et au concours de l'anesthésie et de la thérapeutique préventive autant que réparatrice du shock.

BIBLIOGRAPHIE

A. BRUNSCHWIG: « The Surgery of Pancreatic Tumors. » 1942.

O. WANGENSTEEN: « Surgical Diseases of the Pancreas. » *Minn. Med.*, **20**: 256, 1937.

E. YOUNG, jr.: « Pancreatic Cyst. » *N. E. J. Med.*, **216**: 334, 1937.

LEWIS: « Practise of Surgery. » *Pancreas*, Vol. III.

A. WHIPPLE: *N. E. J. Med.*, **226**: 515, 1942.

J. T. CHESTERMAN: *Brit. Jour. Surgery*, p. 234, 1943.

R. ADAMS: « Surgical treatment of pancreatic Cysts. » *Sur. Gyn. & Obst.*, **83**: 181, 1946.

K. WARREN: *S. C. N. A.*, **27**: 411 (avril), 1947.

R. ADAMS et NISHIJIMA: *Sur. Gyn. & Obst.*, **83**: 181, 1946.

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada
(Fondée à Québec en 1902)
L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)
Tome 77, No 11 — Montréal, novembre 1948

ACTUALITÉS SUR LA PHYSIOLOGIE DU NEZ ET DES SINUS

Durant la décade actuelle, c'est en 1941 que Proetz (1) coordonna les notions acquises à date sur les fonctions du nez et des sinus. Ainsi parut son volume: « Essays of the Applied Physiology of the Nose ».

Fait à remarquer, Proetz est un oto-rhino-laryngologiste praticien qui s'adonne aux recherches de laboratoire. Il fait de la véritable médecine expérimentale: reproduction sur les animaux de laboratoire de constatations cliniques, ou vice versa: observation chez le patient de phénomènes de laboratoire.

Selon Proetz, Lederer (2) et Laurens (3), on peut ramener les fonctions du nez aux suivantes: 1 — il contrôle le débit de l'air inspiré; 2 — le réchauffe; 3 — l'humidifie; 4 — le filtre et le stérilise, c'est-à-dire le débarrasse des matières ou des organismes nocifs; 5 — contient le sens de l'olfaction; 6 — par l'intermédiaire des sinus, il agit comme résonateur au cours de la phonation.

Pour réaliser ces multiples rôles, le nez doit présenter les facteurs principaux que voici: *a*) une bonne ventilation; *b*) une large surface muqueuse supportée par des cornets normaux; *c*) une couche humide entretenue par la transsudation vasculaire et la sécrétion de mucus nasal; *d*) un jeu de mouvements des cils vibratiles et la reproduction continuelle des cellules de la muqueuse nasale; *e*) un foyer de chaleur fournie par les vaisseaux de la muqueuse et les corps caverneux des cornets inférieurs.

Nous appuyant sur ces notions de base, partageons en cinq parties la littérature actuelle que nous avons consultée: généralités — rhinoplastie de la pyramide nasale — fosses nasales et cornets — sinus — applications thérapeutiques.

Généralités.

Colson (4) tente d'appliquer au couloir nasal les principes physiques du théorème de Bernoulli; ces lois régissent la traversée d'une colonne d'air ou de liquide dans un tube quelconque: selon la forme et les irrégularités de la lumière de ce tube plus ou moins long, il se produira une pression positive ou négative inverse au diamètre de tel ou tel endroit du tube.

L'auteur prouva que si l'expiration forcée rencontre une forte résistance au vestibule ou aux narines, la pression augmentera dans les sinus; si, au contraire, le vestibule nasal est large et les choanes demi-obstruées, la pression intrasinusale diminuera; si, toutefois, un rétrécissement se développe à la partie

1. A. W. PROETZ: « Essays of the Applied Physiology of the Nose. » in *Jackson's Diseases of the Nose, Throat and Ear.*
2. F. L. LEDERER: « Diseases of the Ear, Nose and Throat », p. 332, F. A. Davis Co. Philadelphia, 1943.
3. G. LAURENS, M. AUBRY et A. LAMARIEY: « Précis d'oto-rhino-laryngologie », p. 485, Masson & Cie, Paris, 1940.
4. Z. W. COLSON: « Bernoulli's Theorem and Upper Respiratory Tract », *Laryngoscope*, **55**: 444 (août) 1945.

moyenne de la fosse nasale, alors, tant à l'inspiration qu'à l'expiration, il se produira de la succion au niveau de l'orifice sinusal.

Dans le cas de la fosse nasale d'un diamètre à peu près uniforme, il se maintiendra une pression légèrement positive. Tandis que dans des fosses nasales trop béantes on rencontrera des phénomènes de stagnation tant vasculaire que sécrétoire; d'où viendra l'engorgement des vaisseaux et des cellules à mucus de la muqueuse, particulièrement des lacs sanguins des cornets inférieurs.

Proetz considère le catarrhe nasal ou la rhinorrhée postérieure comme un phénomène physiologique du mécanisme des cils vibratiles. Le catarrhe matutinal est le plus souvent inoffensif; s'il persiste le jour, il peut être soit la manifestation d'une lésion naso-pharyngienne ou sinusale, soit l'effet de substances irritantes endo ou exogènes. Tremble (5), de Montréal, a mis en évidence la trajectoire de déplacement de particules déposées sur la surface muqueuse des fosses nasales.

Hilding (6) (Mayo Clinic) compare à autant de pistons les cellules à mucus des voies respiratoires et des sinus. A l'aide de trachées fraîchement prélevées et de mucus provenant de sinusite aiguë, l'auteur a démontré que l'action collective des cils vibratiles engendre dans ces cellules à mucus une pression négative suffisante pour provoquer de l'atélectasie ou de la sinusite « a vacuo ». Et cela, sans qu'il y ait absorption de l'air emmagasiné ou résiduel.

Dans sa critique des méthodes de détermination du pH nasal, Parkinson (7) nous apprend que divers facteurs changent le caractère physique des sécrétions nasales. La température de la muqueuse nasale se trouve abaissée par l'air inspiré et par l'évaporation. La pression osmotique sécrétoire est hypertonique grâce à l'action de la ventilation et du débit sécrétoire; à leur tour, la ventilation et le débit sont soumis aux variations de l'évaporation et de la concentration des sécrétions nasales.

En présence d'hypersécrétion nasale et d'obstruction nasale, la concentration en ions hydrogène (pH) tend à l'alcalinité (pH +); une ventilation facile, engendrant une grande absorption de $C0^2$, la fera descendre vers l'acidité (pH —).

Normalement, le pH nasal oscille entre 6.6 et 7.4. Les cils vibratiles battent rapidement dans une solution alcaline pH 8.5, mais de moins en moins si le pH est inférieur à 6.4, c'est-à-dire acide.

Le tout résulte du jeu de la muqueuse nasale. Ce qui fait dire à l'auteur que le traitement endonasal s'appuie plutôt sur les phénomènes biologiques des tissus vivants que sont les couches muqueuses du nez, imprégnées de liquides physiologiques, et non sur l'état des sécrétions qui sont des produits de déchets, non vivants.

Rhinoplastie.

Au cours des dix dernières années, la chirurgie plastique hautement spécialisée, défiant les oto-rhino-laryngologistes, tente d'intégrer la rhinoplastie

5. G. E. TREMBLE: « The Nasal Cilia. » *Can. Med. Ass. J.*, **56**: 255 (mars) 1947.

6. A. C. HILDING: « Production of Negative Pressure in the Trachea and Frontal Sinus by Ciliary Action. » *Annals of O. R. L.*, **54**: 725 (déc.) 1945.

7. S. N. PARKINSON: « Determination of Intranasal pH. » *Arch. of Otol.*, **41**: 68 (janv.) 1945.

dans son champ d'action. D'autre part, se plaçant du point de vue physiologique, l'oto-rhino-laryngologie défend ses prérogatives.

En effet, des narines étroites, un nez écrasé, une déviation importante ou un fort éperon de la cloison, une perforation du septum nasal, une dépression dorsale ou latérale de la crête du nez deviennent des malformations congénitales ou traumatiques qui entravent les fonctions normales du nez.

Grâce aux progrès de la rhinoplastie, on parvient à éliminer élégamment l'obstacle qu'opposent à la ventilation tant les difformités du vestibule nasal et de la cloison que les bosselures et les dépressions de la charpente osseuse du nez. Certains auteurs (Fomon et alt.) (8) puisent leurs principes de correction dans le système géométrique du chevalet que constitue la pyramide nasale, comprenant particulièrement l'arc pyriforme et la cloison nasale.

Le rhinologiste reconnaît de plus en plus que la chirurgie restauratrice lui permet de faire réintégrer, dans son rôle primordial de muqueuse respiratoire, la muqueuse pituitaire et turbinale du nez pathologique.

Fosses nasales et Cornets.

a) Allergie et rhinite vaso-motrice.

Spiesman (9) (Chicago) constate que l'application de glace à un endroit de la peau du cou produit normalement une baisse de la température de la muqueuse nasale qui se manifeste par de la pâleur et de la constriction particulièrement visible du cornet inférieur.

En présence de rhinite grippale ou allergique pure et émotionnelle, la muqueuse gonflée, pâle et à consistance de caoutchouc ne répond plus à ce réflexe au froid. La responsable de cette vasodilatation et du relâchement du tissu érectile des cornets, c'est l'action prédominante du parasympathique qui l'emporte sur le sympathique.

On se rend compte aussi que toute réaction émotionnelle importante provoque de la vaso-constriction due à l'influence du sympathique. Si l'état émontionnel se prolonge et se maintient, l'activité de la muqueuse nasale devient troublée d'autant.

L'auteur conclut avec raison qu'en présence du coryza, il faut essayer de rétablir le jeu vaso-moteur de la muqueuse nasale par l'hydrothérapie (air humidifié), par la diète hypo-hydrocarbonnée, riche en fruits, légumes, produits laitiers et contenant peu de viande.

La rhinite vaso-motrice se rencontre aussi chez des sujets dont l'équilibre endocrinien est plus ou moins ébranlé, comme dans l'hyperthyroïdisme, la puberté, les menstruations, la grossesse. Quel praticien n'a pas entendu telle parturiente se plaindre d'obstruction nasale tenace associée à du coryza mucoïde. Malgré la variété multiple des gouttes nasales employées, la médication se montre plus néfaste qu'efficiente. Les signes locaux disparaissent et la perméabilité nasale se rétablit dans les jours qui suivent la délivrance.

De même, le goitreux, traité adéquatement, ne se plaindra plus de son nez, à moins qu'il n'existe une déformation anatomique.

8. S. FOMON, V. R. SYRACUSE, N. BOLTON et M. PULLEN: « Plastic Repair of the Deflected Nasal Septum. » *Arch. of Otolaryng.*, **44**: 141 (août) 1946.

9. J. W. SPIESMAN: « An experimental and Clinical Study of the Common Cold. » *Annals of O. R. L.*, **50**: 1204 (déc.) 1941.

Adoptant les idées de Grinker et de Spiegel sur les manifestations psychosomatiques de l'anxiété profonde des militaires ayant participé aux combats actifs de la guerre récente, Post (10) s'appliqua à observer les symptômes subjectifs et locaux des fosses nasales chez les fatigués revenus des champs de bataille. Il a noté de la céphalée constante, de l'obstruction nasale avec rhinorrhée mucoïde, du catarrhe tubaire et de la rhinite hypertrophique vasomotrice dite « hyperesthésique ».

C'est le gonflement congestif des cornets inférieurs constitués de lacs sanguins et de tissus érectiles. Ainsi les cornets se comparent physiologiquement aux éléments érectiles du pénis qui entre facilement en érection au cours ou à la suite de comportements émotionnels ou de tension nerveuse plus ou moins prolongés, provoquant gonflement de la verge et hypersécrétion des glandes urétrales et séminales.

De même, dans les fosses nasales, on constate un grossissement congestif des cornets et une hypersécrétion de mucus, au cours d'états émotifs, tels: profonde inquiétude; tension nerveuse accompagnant une période d'examen, une enquête ou un procès, etc.; désolation à la suite du décès d'une personne chère; soucis causés par l'infortune, le surmenage, etc.; la crainte et le choc nerveux associés à un accident de rue ou d'auto; le saisissement et la baisse de la pression atmosphérique qui accompagnent une envolée en avion.

En un mot, les phénomènes fonctionnels des fosses nasales ci-haut décrits représentent une manifestation somatique réflexe du complexe émotionnel de l'individu.

b) Rhinite ou coryza allergiques dits spasmodiques. — Polypes.

On appelle ainsi des crises paroxystiques vaso-motrices et sécrétoires traduisant les réflexes de défense de la muqueuse nasale à l'égard d'un agent exogène ou endogène spécifique. Ce n'est pas la muqueuse nasale qui présente une sensibilité particulière, c'est l'organisme entier. La crise nasale n'est qu'une manifestation locale de l'allergie.

Les polypes du nez ne sont plus considérés comme tumeurs; ils résultent de la réaction œdémateuse bénigne de la muqueuse naso-sinusienne à l'égard de processus chroniques infectieux ou allergiques. Il s'agit d'une véritable dégénérescence de la muqueuse riche en éosinophiles. La polypose nasale s'associe le plus souvent à de la sinusite ethmoïdo-maxillaire.

Trois facteurs entrent en ligne de compte: le terrain, l'allergène et la sensibilisation nasale.

Sinus.

De ce qui précède, on comprend facilement que le problème des sinus est le corollaire de celui des fosses nasales.

Les travaux de Proetz ont permis de mieux reconnaître la sinusite « a vacuo » engendrée par les variations de pression barométrique des ascensions, particulièrement depuis la popularité grandissante du transport aérien.

Affectant le plus souvent le sinus frontal, quelquefois le sinus maxillaire, la sinusite « a vacuo » consiste dans la raréfaction de l'air intrasinusal, d'où résultent de la congestion, de l'œdème

10. W. L. POST: « Nasal Psychosomatic Syndromes Accompanying and Following Acute Anxiety. » *Annals of O. R. L.*, **54**: 747 (déc.) 1945.

de la muqueuse, même des pétéchies sous-muqueuses. Campbell (11) note deux variétés basées sur une modalité différente. Dans un cas, l'ostium du sinus n'est pas obstrué en soi, il n'est pas non plus œdématié; seule la présence de sécrétions dans le méat moyen permet au mucus, attiré par la forte pression négative intrasinusale, de faire clapet sur l'orifice du sinus qui, de ce fait, se trouve obturé. Dans le deuxième type, il y a obstruction réelle de l'ostium par une lésion organique locale telle qu'un polype, une hypertrophie ou hyperplasie marquée du cornet moyen, une bulle ethmoïdale volumineuse, une déviation haute de la cloison.

On se rappellera que la sinusite, souvent associée à de la polypose nasale, est une manifestation allergique.

Le drainage naturel des sinus suit une trajectoire toujours la même, indépendamment de la trépanation chirurgicale de la fosse canine ou du méat inférieur. Le flot soulevé par le jeu des cils vibratiles se dirige toujours vers l'ostium, c'est-à-dire l'orifice naturel.

Les causes et les facteurs produisant de l'insuffisance respiratoire nasale agissent sur le sinus maxillaire de trois façons: *a*) par obstruction de l'orifice naturel du sinus; *b*) par déficience de la ventilation du sinus; *c*) par entretien de l'infection endo-nasale qui se propage au sinus. Daure (12) observa que le patient souffrant de sinusite « a vacuo » ne se plaint que de céphalée et de douleur dans l'hémiface, associées à la gêne de la ventilation nasale; pas de signes généraux, ni rhinorrhée, ni pus dans les méats; éclairage et radiographie des sinus d'aspect normal. Ici, comme dans l'otite moyenne catarrhale soumise à l'épreuve de la ponction aspiratrice du tympan (Latraverse), la pression négative résulte du manque d'aération du sinus. La sinusite « a vacuo » est encore appelée sinusite catarrhale, séreuse ou latente.

Applications thérapeutiques.

Environ 50% des malades qui consultent le rhinologiste pour obstruction nasale avouent l'usage démesuré de gouttes nasales contre « un rhume de cerveau » qui ne veut pas guérir. Le patient se fait prendre dans un cercle vicieux: plus il instille de gouttes, plus se maintient l'obstruction nasale due à l'hypertrophie de vaso-dilatation post-médicamenteuse.

Rhinite vaso-motrice et allergique. Ici, il y aura lieu d'appliquer les règles suivantes: 1 — Eviter l'abus des vaso-constricteurs; employer l'éphédrine à 1% de préférence aux produits synthétiques. Dans le cas d'obstruction nasale par gonflement des cornets, faire cesser les gouttes nasales et prescrire de la cocaïne à 2% à raison de 3 à 5 gouttes dans chaque narine, 4 f. p. j., pendant 2 ou 3 jours. Puis cesser toute médication. 2 — A la galvano-cautérisation en surface, préférer l'électro-coagulation sous-muqueuse des cornets, bipolaire ou unipolaire (Richardson) (13). Les injections sclérosantes sous-muqueuses donnent aussi de bons résultats. 3 — Ne jamais conseiller l'ablation complète des cornets ni leur cautérisation trop généreuse. Toutefois, pour favoriser un

11. P. A. CAMPBELL: « Aerosinusitis: Its Cause, Course and Treatment. » *Annals of O. R. L.*, **53**: 291 (juin) 1944.

12. P. DAURE: « L'insuffisance respiratoire et ses conséquences sur la physiologie et la pathologie du sinus maxillaire. » *Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie*, **66**: 1, 1945

13. J. R. RICHARDSON: « Turbinate Treatment in Vasomotor Rhinitis. » *The Laryngoscope*, **58**: 793 (août) 1948.

meilleur drainage et rétablir la ventilation, il faudra dans certains cas sacrifier la tête du cornet moyen ou la queue du cornet inférieur. Toujours conserver la moitié antérieure du cornet inférieur car elle contient la partie physiologique la plus importante.

Sinusite. La période d'engouement d'il y a 10 à 15 ans pour la chirurgie décevante des sinus a laissé place à la thérapeutique conservatrice actuelle grâce à la notion de l'allergie nasale et à l'avènement des antibiotiques.

En présence de rhinite ou de sinusite d'origine allergique histaminique, microbienne et endocrinienne, les manœuvres chirurgicales plus ou moins radicales donnent lieu à plus de déboires qu'à des résultats réellement curatifs.

Le principe primordial du traitement tant médical que chirurgical est d'établir un drainage efficace; c'est en cela aussi que réside la grande difficulté de la chirurgie naso-sinusale.

On a démontré le succès de l'emploi de tubes métalliques (tentalum et vitallium) ou plastiques (acrylic resin ou methyl methacrylate) qui offrent le grand avantage d'être bien tolérés par les muqueuses et les tissus mous sans provoquer de réaction inflammatoire locale ou de suppuration.

On peut donc reconstituer ainsi le canal nasofrontal du sinus frontal (Goodale) (14).

Aérosols. La vogue de l'inhalation nasale de vapeurs ou de gaz ou de pulvérisations des antibiotiques (pénicilline, tyrothricine et streptomycine) trouve son origine dans l'application des principes énoncés plus hauts. Comme ce sont des substances synthétiques, ici encore, employées en gouttes, en vaporisations ou en aérosols, elles déclenchent une réaction allergique violente de la muqueuse respiratoire du nez et même de l'anosmie ou de la parosmie.

Polypose nasale. Radiumthérapie. Résumant les travaux de ses prédécesseurs, Jones rapporte l'action heureuse de la radiumthérapie du rhino-pharynx sur l'audition. Il note de plus comme résultat du traitement une meilleure perméabilité physiologique des fosses nasales.

Nous-mêmes, chez nos petits malades traités à l'aide de l'applicateur de radium-élément (50 mgms), avons constaté que, dans la suite, les patients sont atteints rarement de coryza; que la rhinorrhée mucoïde préexistante est à peu près disparue; que l'hypertrophie vaso-motrice des cornets, considérablement diminuée, favorise une très bonne ventilation nasale. On n'a pas encore observé de rhinite atrophique.

S'appuyant sur d'autres auteurs, Letarte (Québec) (15) applique avantageusement la méthode tant pour agir sur le tissu lymphoïde du cavum que pour arrêter la prolifération des pédicules après l'ablation des polypes du nez.

Appliqué selon les règles établies et sous la tutelle d'un radiumthérapeute, ce mode de traitement est simple et inoffensif.

V. LATRAVERSE

14. R. L. GOODALE: « The Use of Tantalum in Radical Frontal Sinus Surgery. » *Annals of O. R. L.*, **54**: 757 (déc.) 1945.

15. F. LETARTE: « Traitement de l'adénoïdite récidivante. » *Soc. médic. des hôp. univ. de Québec*, séance du 5 mars 1948.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

LA SEMAINE NATIONALE D'IMMUNISATION ET LE SERVICE DE SANTÉ

Adrien PLOUFFE, D.H.P.,
Directeur adjoint du Service de santé.

Le Service de santé de Montréal est heureux de prêter son concours le plus entier à la *Ligue canadienne de santé*, division de la province de Québec, qui organisse, chaque année, une *Semaine nationale d'immunisation*. D'abord, parce que cette initiative est de nature à servir la santé publique et, ensuite, parce que, dans ce secteur, le Service de santé a été l'un des premiers à généraliser la vaccination contre la variole, l'immunisation contre la diphtérie et, tout récemment, l'immunisation contre la diphtérie et contre la coqueluche par le vaccin combiné.

A Montréal, en 1885, dès que la loi a rendu la vaccination antivariolique obligatoire, nous avons commencé à vacciner toutes les grandes personnes et tous les enfants. Aucun élève n'est admis à fréquenter l'école sans avoir été vacciné.

A Montréal, en 1885, il y eut une épidémie effroyable de variole qui causa 3,164 décès; la vaccination appliquée à tout le monde a eu pour effet de chasser la variole de nos foyers: il n'y eut que 70 décès en 1886; de 1887 à 1918: 45 décès. Aucun décès de 1919 à 1948.

C'est au Dr Edward Jenner, un médecin anglais, que nous devons la vaccination contre la variole et, si on peut affirmer que la prophylaxie de certaines maladies par le vaccin vient de la découverte effectuée par Jenner, d'un autre côté, on peut affirmer que, sans Pasteur, ni la vaccination antivariolique ni les autres vaccinations ne seraient entrées dans le domaine des réalisations pratiques. Cela n'enlève rien aux mérites de Jenner, qui, sans connaître le rôle des microbes, eut l'intuition géniale de la cause de cette maladie.

En effet, Jenner, qui était observateur, remarqua que les paysans et les vachers en contact avec les vaches atteintes de la vaccine *étaient immunisés*.

Au début de la vaccination, on vaccinait avec l'exsudation des croûtes de la variole. Et, comme l'asepsie et l'antisepsie étaient inconnues, il en résultait souvent des infections qui n'existent plus aujourd'hui, grâce à la propreté méticuleuse des méthodes de vaccination. Quant au vaccin lui-même, il est préparé d'une façon scientifique et, en utilisant une technique spéciale, on arrive à vacciner les enfants en réduisant au strict minimum les dimensions de la cicatrice.

S'il n'y a que le nom de Jenner d'attaché à la vaccination antivariolique, il n'en est pas ainsi de la diphtérie. Ici, il faut citer plusieurs noms. En 1883, *Klebs* découvre le bacille qui en est la cause. En 1884, *Loeffler* cultive ce bacille et parvient à l'inoculer à l'animal. Ce microbe qui engendre la diphtérie porte le nom des deux savants: le bacille de *Klebs-Loeffler*.

En 1888, *Roux et Yersin* font une découverte importante: le bacille de *Klebs-Loeffler* sécrète un poison — *une toxine* — et les recherches s'orientent vers cette toxine.

En 1890, *Behring et Kitasato* eurent l'idée de vacciner des chevaux contre la diphtérie à l'aide de toxines dont la toxicité avait été atténuée par un produit chimique. Ils songèrent à traiter les enfants avec le sérum qui provenait des chevaux vaccinés, mais ils durent

abandonner la partie, car ils ne pouvaient obtenir un sérum d'une stabilité et d'une efficacité certaines.

Trois ans plus tard, Roux, Martin et Chaillou reprirent les expériences de Behring et de Kitasato et, en 1894, au congrès de Budapest, les savants français annoncèrent au monde médical qu'ils avaient réussi à mettre au point un sérum antidiphtérique d'une stabilité parfaite et d'une efficacité réelle. Le *sérum* de *Roux* guérissait la diphtérie et, de plus, il donnait aux enfants en contact avec le malade une immunité passive d'environ deux semaines.

Cette découverte eut un retentissement extraordinaire dans tout l'univers.

En 1913, Schick découvrait la réaction qui porte son nom. Cette méthode fut perfectionnée par Park et Zingher. Il s'agit d'une injection dans la peau d'une goutte de toxine diphtérique très atténuée. Suivant la coloration de la peau, on savait si le sujet est réfractaire à la diphtérie ou s'il peut prendre la diphtérie. Cette méthode a été pratiquement abandonnée aujourd'hui, car elle est devenue inutile, à cause de l'*efficacité réelle de l'immunisation.*

Enfin, après maintes recherches auxquelles prennent part des savants d'un grand nombre de pays, notamment *Park et Zingher* aux Etats-Unis, *Jules Renault* et *Pierre-Paul Lévis* en France, *Ramon* de l'Institut Pasteur, découvre, en 1923, un moyen efficace pour prévenir la diphtérie: l'*anatoxine* qui porte son nom. Grâce à cette découverte, on va pouvoir faire une guerre acharnée à la terrible maladie.

A Montréal, nous avons commencé à immuniser les enfants contre la diphtérie en 1928. En 1927, il y avait 219 décès causés par la diphtérie; en 1947, il y a eu seulement 9 décès.

Quant à l'immunisation contre la diphtérie et contre la coqueluche, il faut attendre quelque temps, suivant les principes de la science, pour publier des résultats.

Le Service de santé a donc fait sa large part, à Montréal, dans la lutte contre des maladies contagieuses qui autrefois décimaient notre population et qui maintenant, grâce à la médecine préventive, ont disparu, telle la variole, ou sont à la veille de disparaître, comme la diphtérie et la coqueluche.

A l'occasion de la *Semaine nationale d'immunisation,* il est bon de rappeler brièvement certaines notions: on doit immuniser contre la diphtérie et la coqueluche tous les bébés dès l'âge de six mois; l'anatoxine de Ramon est inoffensive et il est facile de le prouver, car sur des milliers de cas on n'a jamais rencontré une réaction grave. Un peu de température, un peu de rougeur et de gonflement au bras, c'est tout. Le plus souvent il n'y a jamais de réaction et quand elle existe elle n'est jamais grave; quant à l'efficacité de l'anatoxine, elle a été démontrée plus haut par la diminution extraordinaire du nombre des cas, depuis que nous procédons à l'immunisation sur une grande échelle, à Montréal. D'ailleurs, dans tous les coins de l'univers où l'on a pratiqué l'immunisation antidiphtérique, la diphtérie a cédé du terrain et il est arrivé qu'elle a disparu complètement de certaines villes.

Malgré tout ce qui précède, il y a encore des réfractaires qui ne sont pas convaincus de la nécessité de l'immunisation; nous les prions de réfléchir sur les faits précédents, ils n'ont qu'à comparer les chiffres des décès avant et après l'immunisation. Tous les parents doivent donc prendre leurs responsabilités; la science a dans les mains un produit inoffensif et dont l'efficacité est sûre. Que tous les pères et mères de famille aient le bon esprit de se rendre à l'évidence.

On parle depuis longtemps de la vaccination contre la tuberculose par l'emploi du B.C.G. Il n'est pas inutile de citer ce qu'en disait le professeur Albert Calmette, il y a vingt ans: « Il n'est pas encore possible de guérir sûrement la tuberculose, mais on ne peut plus maintenant douter qu'une méthode de vaccination existe, qui permet de prémunir l'organisme des tout jeunes enfants contre cette maladie terriblement meurtrière dans toutes les parties du monde.

« Cette méthode consiste à imprégner, dès les premiers jours qui suivent la naissance, les organes lymphatiques du nourrisson avec une culture d'un bacille atténué et vivant, comme

les vaccins de Pasteur. On a donné à ce bacille le nom de B.C.G. (Bacille Calmette-Guérin). Les bacilles vaccins qui pénètrent ainsi dans la circulation déterminent la formation de substances défensives protectrices contre les infections accidentelles virulentes auxquelles sont plus spécialement et plus gravement exposés les enfants nés de mères tuberculeuses ou élevés dans un foyer familial où se trouve un tuberculeux ».

C'est le Dr Albert Calmette qui parle ainsi, l'un de ceux qui ont découvert cette méthode. Voici les premiers résultats de cette vaccination, d'après lui: « Depuis le 1er juillet 1924 jusqu'au 1er décembre 1927, un peu plus de 52,000 enfants ont été ainsi vaccinés en France et à peu près un nombre égal dans d'autres pays. Il ne s'est jamais produit aucun incident qui puisse être attribué au vaccin. Celui-ci est donc parfaitement inoffensif et son efficacité protectrice apparaît évidente puisque, tandis que les non-vaccinés, élevés en contact avec des parents tuberculeux, succombent, dès avant leur première année d'âge, dans la proportion formidable d'environ 1 sur 4, les vaccinés élevés dans les mêmes conditions de contact infectant ne meurent que dans une proportion qui n'atteint pas même 1 pour cent. Il est surtout remarquable de constater que, parmi les enfants vaccinés, *aucun de ceux qui ont atteint ou dépassé l'âge de deux ans n'est mort de tuberculose* ».

A Montréal, les docteurs Armand Frappier, J.-A. Baudouin et Albert Guilbeault ont travaillé, depuis plusieurs années, à répandre l'idée de la vaccination contre la tuberculose par le B.C.G.

Cette méthode, longtemps discutée, commence à être adoptée par les savants de tous les pays, notamment le Canada et les Etats-Unis.

Elle est appelée à rendre des services surtout pour la prévention de la tuberculose dans les milieux contaminés.

Avec le temps, on reconnaîtra que les docteurs Calmette et Guérin ont effectué une grande découverte, en rendant possible et pratique la vaccination antituberculeuse par le B.C.G.

Rappelons que ce vaccin, comme bien d'autres, est préparé à l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal, sous la haute direction de son directeur, le Dr Armand Frappier.

*
* *

En terminant, nous demandons à tous les parents que, durant cette *Semaine nationale d'immunisation,* ils s'appliquent à suivre les conseils qui leur seront prodigués par la Ligue canadienne de Santé, par le Service de santé de Montréal, par le ministère fédéral de la Santé et par le ministère provincial de la Santé.

Que toute la population prête main-forte aux gardiens de la santé publique.

L'ENLÈVEMENT DES DÉCHETS ET LA DIVISION DE L'INSPECTION SANITAIRE[1]

Raymond MÉNARD, ing. p.,
Division de l'inspection sanitaire (Ville de Montréal)

La disposition des ordures ménagères est un problème de première importance pour la santé publique. Aussi, depuis le mois de février 1947, le Service de santé a créé, en collaboration avec le Service des travaux publics, une nouvelle section chargée de l'éducation de la population en rapport avec la salubrité en général et la disposition des ordures ménagères en particulier.

L'enlèvement des déchets, dans une ville de l'importance de Montréal, constitue un problème souvent insoupçonné du public; il nécessite de la part de la ville un personnel nombreux, une flotte considérable de camions, des incinérateurs et des grands dépotoirs. Pour l'année fiscale 1948-49 le budget de la section de l'incinération s'élève à $1,866,000. Tout en procédant le plus économiquement possible la ville ne peut réussir seule à maintenir ce budget à un bas niveau; elle a absolument besoin de la collaboration des citoyens. Sans s'en rendre toujours bien compte ces derniers ont une large part de responsabilité dans la collecte des déchets; c'est à eux en effet qu'incombe la tâche de les conserver et de les préparer pour la collecte. Il existe une grande différence dans le coût de l'enlèvement des déchets entre le fait de les jeter pêle-mêle dans la cour ou la ruelle et celui de les déposer dans des poubelles de capacité suffisante, placées dans un endroit facile d'accès aux jours préposés à la collecte.

Au point de vue financier, une préparation soignée des déchets est excessivement importante; c'est au fond la clé du succès des opérations de collecte et de disposition finale des déchets.

Au point de vue salubrité publique, les déchets putrescibles doivent être conservés à l'abri de la vermine, des insectes et des autres animaux. Pour prévenir les nuisances, ne pas créer de mauvaises odeurs ni offrir un spectacle disgracieux, ils doivent être disposés de façon que le vent et les animaux ne puissent les répandre.

En général, ces différents points de vue échappent au public qui ne s'y intéresse pas par négligence ou par apathie. Il importe donc que les municipalités édictent des ordonnances visant à assurer une préparation adéquate des déchets par les citoyens et, partant, une meilleure collecte. La Cité de Montréal a depuis longtemps réalisé cette nécessité et, en avril 1946, elle a mis en vigueur un règlement municipal portant le numéro 1797 qui abroge les règlements antérieurs désuets. Elle a confié l'application de ce règlement à un groupe de dix inspecteurs de la division de l'inspection sanitaire du Service de santé, dirigés par un ingénieur professionnel.

Tous ces inspecteurs ont été minutieusement choisis et possèdent un certificat de 12ième année; ils sont tous reconnus pour leur habileté particulière à exercer ce genre de fonction.

Ils parcourent les différents quartiers de la ville, distribuent de porte en porte une circulaire résumant les principales clauses du règlement no 1797, expliquent au public la nature et la raison d'être de ce règlement et lui recommandent de l'observer pour le plus grand bien de la communauté.

A Montréal, on dispose des déchets de deux façons: en les brûlant aux incinérateurs ou en les jetant aux dépotoirs. Les déchets destinés aux incinérateurs doivent être combusti-

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », le 6 septembre 1948 à 10 heures 30 du soir.

bles, c'est-à-dire susceptibles de brûler facilement et le plus complètement possible en laissant un résidu de cendres de faible pourcentage; ils comprennent les déchets de cuisine, les balayures, les papiers, les guenilles, le bois, les herbes, etc. Les déchets destinés aux dépotoirs sont généralement incombustibles, c'est-à-dire incapables d'être brûlés sans laisser un résidu de cendres de fort pourcentage; dans cette catégorie sont inclus les cendres, le métal, le verre, les boîtes de conserve, la faïence, etc. Ces deux classes de déchets combustibles et incombustibles doivent être déposés dans des poubelles distinctes pour permettre aux employés du service des travaux publics de les ramasser séparément et de les diriger plus facilement vers leur destination finale, l'incinérateur ou le dépotoir. Il est donc de première importance qu'une séparation rigoureuse soit effectuée à la maison par les citoyens; autrement l'incinérateur reçoit une qualité de déchets trop peu combustibles et son rendement en est diminué d'autant; d'autre part le dépotoir reçoit une quantité de déchets dont une forte partie est putrescible et favorise le dégagement d'odeurs qui incommodent le voisinage. De plus il faut viser à brûler aux incinérateurs le plus possible parce que le nombre d'endroits disponibles à Montréal comme dépotoirs est assez restreint. Donc, bien séparer les déchets pour augmenter le rendement des incinérateurs, pour diminuer les mauvaises odeurs et les risques toujours possibles de propagation des maladies contagieuses si les dépotoirs sont plus ou moins bien entretenus et, finalement, pour offrir un spectacle plus attrayant.

On demande de débarrasser les ordures ménagères de leur partie liquide puis de les envelopper et ficeler dans du papier. Le fait de drainer les déchets diminue d'abord le poids total à transporter et empêche ensuite les liquides de suinter à travers les parois des voitures. Le fait de les envelopper et ficeler dans du papier prévient leur dispersion, fournit un supplément de combustible à l'incinérateur et assure une combustion plus complète et partant plus économique. De cette façon également les mouches ne peuvent atteindre les déchets et les mauvaises odeurs sont pratiquement éliminées. Les contenants sont maintenus secs, plus propres et plus salubres. Comme les déchets ne viennent pas en contact avec le métal, les acides qu'ils contiennent ne peuvent corroder ce dernier et les réceptacles sont assurés d'une plus longue durée. Des déchets bien enveloppés n'adhèrent pas au métal durant l'hiver et évitent aux vidangeurs la nécessité de secouer fortement les poubelles sur les parois des voitures pour les vider, les exposant ainsi à être brisées. Enfin, des paquets propres et bien ficelés se manipulent plus facilement et rendent le travail des préposés à la collecte moins désagréable.

On exige que les déchets soient déposés dans les poubelles étanches et munies de couvercles. Les poubelles ne doivent être ni trop petites ni trop grandes; trop petites elles sont insuffisantes pour contenir les déchets accumulés entre deux collectes et risquent de déborder; trop grandes elles sont lourdes à manipuler pour les vidangeurs. En général, elles devraient avoir une capacité de dix à vingt gallons et ne pas peser plus de 100 livres une fois remplies. Elles doivent être munies de couvercles pour empêcher la vermine, les rats et les mouches d'y pénétrer. L'on sait, en effet, que ces animaux peuvent transporter des germes de maladies infectieuses provenant des déchets et contaminer les aliments servant à la consommation.

Les poubelles doivent également être en bon ordre, ne pas présenter de déchirures susceptibles de blesser les préposés à la collecte et être lavées à l'eau chaude de temps à autre; cette dernière précaution permet de les conserver plus longtemps. Le manque de soins donnés aux poubelles entraîne rapidement leur détérioration par la rouille ou la corrosion. D'après la clause 13 du règlement 1797, une poubelle dangereuse à manipuler ou qui se disloque ou qui est endommagée au point que les déchets n'y restent pas sera enlevée comme rebut, après qu'un avis de huit jours en aura été donné au propriétaire.

Pour assurer l'efficacité du service de la collecte, les poubelles doivent encore être déposées au jour, à l'heure et à l'endroit indiqués par le directeur du service des travaux publics. Il est clair, en effet, qu'elles ne doivent pas être laissées dans les rues ou les ruelles, mais conservées sur terrain privé par leurs propriétaires.

On recommande encore d'inscrire au moyen d'un peu de peinture l'adresse du propriétaire sur les parois des récipients à déchets afin d'en faciliter la surveillance et d'en prévenir le vol.

Quant aux papiers et aux guenilles, ils doivent être attachés solidement en ballots, les boîtes de carton doivent être écrasées pour en réduire le volume et les bouteilles doivent être déposées dans des caisses. En général on conseille de disposer des rebuts de façon que le vent ne les répande pas sur la chaussée. Les cendres doivent être éteintes, refroidies et sèches avant d'être déposées pour la collecte pour éviter tout danger d'incendie dans les voitures.

Voici brièvement résumé l'essentiel du travail des inspecteurs de la salubrité publique: mettre le public au courant des principales clauses du règlement relatif aux déchets et lui expliquer les raisons qui motivent chacune d'elles. Ceci fait il ne leur reste plus qu'à surveiller l'exécution du règlement, à aviser ceux qui ne s'y conforment pas et à traduire devant la Cour du Recorder ceux qui montrent une mauvaise volonté évidente.

En cours de route également ils en profitent pour surveiller la manière dont les préposés à la collecte accomplissent leur ouvrage et notent toute irrégularité à ce sujet, ils voient aussi à la propreté des cours, des hangars et des terrains vagues.

Depuis leur entrée en fonction, les inspecteurs ont visité les quartiers ou parties de quartiers suivants: St-Edouard, Montcalm, Delorimier, Ste-Cunégonde, St-Joseph, St-Henri, St-Gabriel, Ste-Anne, Notre-Dame de Grâce, Mont-Royal et St-André.

En 1947, ils ont distribué 36,791 circulaires résumant les principales clauses du règlement 1797, ont donné 28,950 avis verbaux et servi 25,610 avis écrits. Les poursuites prises en Cour du Recorder se sont élevées à 190.

En 1948 de janvier à juin, 10,358 circulaires ont été distribuées, 10,937 notifications verbales données et 6,570 avis écrits servis.

VARIÉTÉS

ALLOCUTIONS PRONONCÉES AU COURS DU XIXe CONGRÈS DE L'A.M.L.F.C.

Séance d'ouverture

ALLOCUTION DU DR HERMILE TRUDEL [1]

J'ai l'insigne honneur d'ouvrir officiellement en votre présence le dix-neuvième congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Le Conseil de l'Association, à une assemblée de juin 1946, a choisi les officiers du congrès actuel:

Président:	Dr A.-L. Richard.
1er vice-président:	Dr J.-A.Vidal.
2e vice-président:	Dr Richard Gaudet.
3e vice-président:	Dr J.-A. Denoncourt.
4e vice-président:	Dr J.-B. Jobin.
5e vice-président:	Dr Auray Fontaine.
6e vice-président:	Dr Gustave Lacasse, sénateur.
Secrétaire:	Dr J.-A. Lecours.
Trésorier:	Dr J.-E. Perras.

Au cours des trois jours que vous passerez à Ottawa et Hull, vous verrez ces officiers à l'action pour donner à ce dix-neuvième congrès toute l'ampleur qu'il se doit d'avoir et, à l'instar de leurs prédécesseurs, ils atteindront, nul doute de ce côté, le summum du succès. Je m'en voudrais d'oublier tous ceux qui, dans l'ombre, ont préparé dans leur hôpital ou leur cabinet de travail la communication qu'ils nous donneront, résultats de leur expérience personnelle, de leurs travaux, œuvre de recherche et de patience qui aidera les confrères à procurer de meilleurs soins au public qui se confie à eux.

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada se rend compte du grand rôle social qu'elle a à remplir envers la société et c'est pourquoi elle a tenu à orienter les travaux autour du cancer et des maladies du cœur, deux fléaux qui frappent trop communément l'humanité.

Depuis le dix-huitième congrès, tenu à Québec en juin 1946 sous la présidence du docteur Charles Vézina, l'Association a continué d'exercer ses activités. Selon une décision des membres du Conseil, il y a eu en 1947 en juin, à Sherbrooke, la tenue d'un premier congrès régional, présidé par le docteur Richard Gaudet, congrès qui a obtenu un succès sans précédent. Sans précédent, d'abord parce que c'était le premier et ensuite par la valeur des travaux présentés, la personnalité et le nombre des médecins qui y ont pris part, environ deux cents. Nos confrères médecins de l'hôpital général de St-Vincent de Paul et l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke nous ont conviés à un véritable régal scientifique doublé d'un banquet de prince.

Jusqu'ici, l'Association des Médecins de Langue Française du Canada était régie par la loi des compagnies.

Aujourd'hui, grâce à un bill privé, la Législature de Québec, le 28 mars 1947, sanctionnait le rouage administratif de notre association, ce qui confirme les devoirs et prérogatives du Conseil de l'Association.

Elle se doit de rester aussi en contact avec les pays qui contribuent à l'évolution de la science médicale. Dès 1940, les communications ont été temporairement rompues avec la France gravement blessée à ce moment. Cette France que nous aimons toujours se relève plus vigoureuse que jamais. Pour profiter réci-

1. Secrétaire-trésorier général de l'Association.

proquement des relations médicales entre nos deux pays, il a été constitué un comité pour venir en aide à nos médecins qui voudront perfectionner leurs études en France et pour, le cas échéant, recevoir chez nous les médecins français. Tandis que l'Exécutif de notre Association a assumé les fonctions de notre comité canadien, le comité français comprend de hautes personnalités françaises telles que:

Séance de l'A.D.R.M. du jeudi, 20 mai 1948.

Projet d'un Comité FRANCE-CANADA.

COMITÉ D'HONNEUR

Le Doyen: Prof. Léon Binet.
Prof. Baudoin.
Prof. Cade (Lyon).
Prof. Chevassu.
Prof. Chiray.
Prof. Clerc.
Prof. Hartmann.
Prof. Laignel-Lavastine.
Prof. Lemierre.
Prof. Nègre.
Prof. Pasteur Vallery-Radot.
Prof. F. Lemaître, *Président de* L'A.D.R.M.
Prof. Gabriel-Pierre Sourdille (Nantes).
Prof. Louis Paufique (Lyon).

COMITÉ EXÉCUTIF

Président: Prof. Justin-Besançon.
Vice-présidents: Prof. Delore (Lyon).
Prof. Agr. Turpin.
Secrétaire général: Dr Chigot.
Membres: Prof. Guy Laroche.
Prof. Agr. de Gaudart d'Allaines.
Prof. Lian.
Prof. Moulonguet.
Prof. Lavier.
Prof. Ch. Richet.
Prof. Agr. Lenègre.
Prof. Terracol (Montpellier).
Dr Simonet.
Dr Cl. Beclère.
Prof. Agr. Kourilsky.
Dr Milliez.
Dr Varangot.

De plus, nous avons la recommandation des autorités civiles françaises, entre autres de la Commission administrative de la ville de Nantes. Je demanderai à monsieur l'ambassadeur de France au Canada, M. Francisque Gay, de bien vouloir présenter à ses compatriotes que je viens de nommer, et à ceux qui s'uniront à nous par la suite, les hommages respectueux des médecins de langue française du Canada.

Ce comité de relations médicales n'est toutefois pas chose nouvelle puisque déjà il existait, sinon comme chose constituée, du moins de fait par les relations qu'entretenait notre Association, notamment par l'intermédiaire du dévoué directeur général, le docteur Donatien Marion.

Je termine sur une note triste. Si l'Association des Médecins de Langue Française reconnaît le mérite de ses membres dévoués, elle a le devoir d'honorer le souvenir des disparus. Au printemps de 1947, elle avait la douleur de perdre un membre du Conseil en la personne du docteur Vilmer Lacharité, de St-Célestin. Le docteur Lacharité, durant tout le temps de sa pratique médicale, a été le compagnon fidèle de tous ses malades. Il s'est donné corps et âme à sa profession. Le mal qui le rongeait dans les derniers temps de sa vie ne l'a pas empêché de courir au chevet de ses patients. L'Association se rendait compte qu'elle perdait non seulement un collaborateur mais un ami sincère.

* * *

Vous venez d'être témoins de la reconnaissance de l'Association envers celui qui a dirigé ses destinées depuis plus de onze ans. Le docteur Valin a désigné son successeur et le Conseil de l'A. M. L. F. C. en 1946, par un vote unanime, agréait le choix du docteur Valin et nommait le docteur Marion directeur général de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

En votre nom, permettez que je lui remette immédiatement l'insigne d'office qui consiste en une médaille et une chaîne d'or.

*
* *

Il me reste un agréable devoir à remplir. Le XVIIIe congrès, qui devait avoir lieu à Québec en 1944 et qui a été remis en 1946 pour raisons de guerre, a obtenu un succès digne de mention sous l'impulsion de ceux à qui nous avons le plaisir de présenter un diplôme d'honneur.

Je demanderai au directeur général de remettre le parchemin au docteur Charles Vézina, président du XVIIIe congrès, au docteur J.-B. Jobin, dévoué secrétaire, et au docteur C.-Auguste Gauthier, dévoué trésorier.

ALLOCUTION DU DR A.-L. RICHARD [1]

C'est la troisième fois qu'Ottawa et Hull ont l'honneur de recevoir les membres de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada et la première fois que nous nous réunissons sous ce nom, l'Association étant avant ce Congrès connue sous le nom d'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Si le nom a changé, l'esprit et le coeur restent les mêmes; et nos confrères d'outre 45ème savent qu'ils sont non seulement les bienvenus, mais qu'ils sont instamment invités à continuer d'assister à nos assises périodiques en nous faisant profiter de leurs lumières et de leur expérience.

Au départ, je veux saluer très respectueusement et remercier nos patrons d'honneur et les autres éminentes personnalités qui nous font l'honneur de rehausser de leur présence cette séance inaugurale de notre congrès.

Son Excellence Monseigneur l'Archevêque d'Ottawa, dont le nom et les oeuvres, dont la carrière scientifique et le prestige toujours grandissant font de lui un prélat incomparable et un chef religieux qui jette un éclat sans égal sur l'Eglise confiée à sa sollicitude.

Monsieur le Ministre fédéral de la Santé, qui, par ses initiatives et par ses brillantes qualités, s'est élevé très haut dans les conseils de la Nation.

Son Excellence Monsieur l'Ambassadeur de France, qui représente si noblement au millieu de nous la grande nation française, et qui, par son charme et l'intérêt passionné qu'il porte depuis toujours aux choses canadiennes, a conquis l'affection et l'attachement de tous les fils de la Nouvelle-France.

Monsieur le Ministre de la Santé de la Province de Québec, dont le dévouement à notre Association et l'intelligente activité lui ont gagné l'admiration des siens.

Je dois ici, et personne ne m'en voudra, saluer très spécialement le délégué officiel du gouvernement et de nos collègues français. C'est toujours avec joie que nous accueillons à nos congrès les représentants de la science française et cette joie est, aujourd'hui, d'autant plus vive que nous renouons nos relations avec la France après une longue rupture, marquée par les cruelles années de la guerre. Nous sommes donc singulièrement heureux, Monsieur, de retrouver au milieu de nous, ce soir, l'émissaire de la vieille mère patrie. Votre présence à la fois symbolise et cimente l'étroite union que nous voulons maintenir avec le pays de nos aïeux et avec la grande tradition médicale dont il fut l'artisan et le gardien. Certes, nous sommes déterminés à développer chez nous des foyers actifs de science et d'étude, à créer des traditions et une école propre dont nous n'aurons pas à rougir devant l'étranger, mais ces traditions et cette école, nous les voulons de formation et d'inspiration françaises. A cette fin, nous continuerons à puiser largement aux sources françaises pour nous rompre aux méthodes et assimiler la moelle de cette

1. Président du XIXe Congrès. Lors de la séance d'ouverture.

science dont vous êtes, Monsieur, un illustre représentant.

A notre toujours jeune et courageuse Université, qui, avec un sens aigu des réalités présentes et des possibilités futures, n'a pas craint de jeter les bases d'une faculté de médecine dont s'honore notre capitale, au sénat académique, qui par une délicate attention s'apprête à décerner un doctorat *honoris causa* à deux membres distingués de notre Association, à son brillant et dynamique recteur, qui a tenu à recevoir officiellement les membres du Congrès, il me fait plaisir de renouveler l'expression de notre admiration et de notre très sincère gratitude.

Mesdames et messieurs, on s'est parfois demandé, dans le passé: pourquoi des congrès de médecins de langue française? Pourquoi surtout dans un pays comme le nôtre où nous cotoyons tous les jours dans les hôpitaux, dans nos réunions d'associations professionnelles, des médecins parlant une autre langue, c'est vrai, mais qui n'ont pas moins que nous souci de soulager et de guérir l'humanité souffrante, qui, comme nous, travaillent à l'amélioration de la santé publique, contribuant ainsi pour leur part à édifier une nation saine, vigoureuse et forte?

Pourquoi ce congrès.

Parce que nous sommes Français. Parce qu'un atavisme séculaire a créé chez nous une manière de penser, qui est différente de celle par laquelle se caractérisent nos compatriotes d'autre origine et qui trouve son expression la plus parfaite dans le verbe français que l'histoire et le travail des générations moulèrent en un instrument incomparable pour traduire des concepts et une pensée claire.

Parce que notre formation, notre culture et nos méthodes furent et restent françaises, pénétrées de cet esprit de synthèse qui est avant tout un héritage français.

Comme chacun le sait, le thème du congrès porte sur le cancer et les maladies cardio-vasculaires, les deux maux les plus redoutés de notre temps, les deux désordres en vertu desquels et à la suite desquels les humains paient aujourd'hui le plus lourd tribut à la mort. Les statistiques établissent les ravages qu'ils opèrent et expliquent la terreur qu'ils sèment. Notre gouvernement fondait récemment un Institut Canadien du Cancer. Celui-ci est actuellement sous la présidence d'un des plus distingués membres de notre association. Nous faisons des vœux pour qu'il pousse vigoureusement ses recherches et que ses travaux contribuent à résoudre les énigmes, les mystères dont s'enveloppe encore le cancer sous toutes ses formes.

Quant à notre Congrès, il faut espérer qu'en soulignant de nouveau la gravité des problèmes posés par le cancer et les maladies cardio-vasculaires, il nous amènera à nous tenir plus en éveil afin de déceler le mal à temps, et suscitera des échanges d'idées utiles et lumineuses.

En terminant, je veux souhaiter de nouveau à nos hôtes et à nos membres le plus chaleureux accueil. Les officiers du Congrès et les médecins d'Ottawa et de Hull n'ont qu'une ambition: c'est que ce Congrès marque une étape dans l'histoire de notre Association par les fruits qu'il portera et par l'élan qu'il donnera aux études et aux recherches.

ALLOCUTION DU DR D. MARION [1]

J'étais désigné, en 1928, au poste de secrétaire du XIe congrès de notre Association; dans ma candeur naïve, j'avais la conviction qu'une fois ma besogne accomplie, je rentrerais sous ma tente et m'occuperais exclusivement de ma profession. Jamais il ne me serait venu à l'esprit que, dix-huit ans plus tard, je dirigerais les activités du groupement médical canadien-français de notre pays. J'avais méconnu le fait humain que la rencontre, le commerce de certains hommes canalisent souvent nos pensées et nos actions dans une tout autre direction que celle prévue. A cette époque, je connaissais bien le professeur Pierre Rhéaume, qui m'avait invité à collaborer avec lui, mais j'ignorais totalement l'existence du docteur Valin d'Ottawa. Point n'est besoin d'évaluer, Mesdames et Messieurs, la somme d'expérience, de conseils, que j'aurais perdue si je n'étais venu en contact avec ces deux hommes d'action et d'initiative qui m'ont précédé à la direction de l'Association des Médecins de Langue Française.

La route fut longue, ardue, hérissée d'obstacles, de barricades même, mais comment ne pas vaincre par l'effort énergique conjugué d'hommes francs et sincères?

Retraçons, si vous le voulez bien, quelques étapes du chemin parcouru.

Dès son élection à la présidence du Congrès de 1930 à Montréal, le docteur Rhéaume n'avait pas été lent à reconnaître les faiblesses de notre rouage administratif. Jusque là, la vie de l'Association se manifestait tous les deux ans, par l'organisation d'un congrès alternativement à Québec et à Montréal, exception faite en 1906, où les assises se tinrent aux Trois-Rivières.

Chaque fois il fallait créer de toutes pièces et chaque fois, par un miracle d'adaptation, le congrès constituait une magnifique réalisation à la gloire de ses organisateurs.

Donc, en 1930, le Conseil de l'Association était constitué avec pouvoir consultatif seulement: ses membres, au nombre de 60, représentaient proportionnellement les groupes médicaux de langue française, tant du Canada que des Etats-Unis. Les archives étaient chose inconnue: il fallait un secrétaire-archiviste et je fus la victime expiatrice.

Avec une claire vision de l'avenir, avec une audace et une témérité à nulle autre égales, le docteur Rhéaume me dit un jour à brûle-pourpoint: « Que penseriez-vous, Marion, de tenir notre prochain congrès en dehors des limites de la province, à Ottawa? Je connais là-bas un chirurgien d'excellente réputation qui pourrait peut-être réaliser ce projet. » Entraîné par cet optimisme imperturbable, je me ralliai à l'idée. Et voilà qu'aussi audacieux et aussi téméraire, ce chirurgien acceptait la présidence du XIIe congrès. Je me rappelle encore les protestations et les craintes exprimées par nombre de membres qui voyaient déjà notre bateau sombrer sur les récifs de la rivière Outaouais. Ils n'avaient pas misé sur l'habileté du pilote et le dévouement de l'équipage composé de tous les médecins de la région.

En 1932, il fallait toutes les qualités d'un chef de file, l'énergie d'un homme d'action, la dextérité d'un chirurgien pour réussir ce tour de force: organiser un congrès médical dans une ville en majorité anglaise. Avec l'aide de dévoués collaborateurs, parmi lesquels je cite les docteurs Lapointe, Gaulin, Bélisle, Woods, Perras, Laframboise, Mantha, Couture, Coupal, le docteur Valin démontrait la valeur scientifique de la profession médicale dans la capitale canadienne, geste qui a facilité, j'en suis convaincu, la création récente de la Faculté de Médecine à l'Université d'Ottawa.

Durant ces mêmes assises, l'assemblée générale de l'Association donnait pleins pouvoirs à l'Exécutif de modifier les règlements en vigueur; cette réorganisation devenait une réalité à la fin de la même année. Désormais, l'Association pouvait reposer sur des bases

1. Directeur général de l'*Association des Médecins de Langue française du Canada.*

solides, assurer un lien de continuité dans toutes ses activités par son Comité exécutif et par son secrétariat permanent.

Puis, ce fut, en 1934, une autre réalisation d'un vœu émis à Ottawa: le grand congrès Jacques-Cartier à Québec, réunion conjointe de l'Association des Médecins de Langue Française d'Europe et de l'association-sœur de l'Amérique du Nord. Et que de noms imposants dans la délégation de France: Sergent, Hartmann, Arloing, Cade, Marcel Labbé, Richet-Sourdilles, Cruchet, Rohmer, Puech, Fiessinger, et j'en passe. Ici, monsieur l'Ambassadeur de France, j'ouvre une parenthèse pour signaler que l'éclat de nos congrès a toujours été rehaussé par la présence de délégués de votre pays. Si ces relations culturelles sont nécessaires pour le développement de notre groupe ethnique, je puis dire que, d'après leur témoignage, ces relations ont été agréables pour nombre de vos professeurs qui sont venus en notre pays. Nous n'avons jamais ménagé nos efforts pour intensifier les échanges entre votre pays et le nôtre. Le secrétaire général relatait tout à l'heure la fondation du Comité Médical France-Canada. Puisse cette initiative accentuer et faciliter le séjour en France de nos jeunes qui iront puiser auprès de vos professeurs dévoués le complément de leur formation scientifique.

Notre situation géographique nous permet de bénéficier des bienfaits de deux cultures: malgré notre infériorité numérique, par nos origines, par notre langue et notre religion, nous tenons davantage à la culture latine et française, car nous sommes de la race de ceux qui combattent jusqu'au bout, sans douter un seul instant de l'issue de la lutte.

C'est à ce même congrès de 1934 que l'Association décidait la publication d'un journal médical. Nous lisons en effet dans l'éditorial du premier numéro de notre Bulletin, janvier 1935, les lignes suivantes: « Ce résultat tout seul nécessita quinze années d'efforts; quinze années pour que germât un projet, semé dès 1919, lors d'une assemblée que présidait le regretté Doyen Rousseau; quinze années pour que s'imposât la nécessité de donner un cerveau et des nerfs à notre association. Fasse le ciel que la réussite prenne moins de temps à justifier notre entreprise. »

Le directeur général, le docteur Rhéaume, heureux du travail accompli, remerciait bien vivement ses collègues du Comité Permanent à la réunion du 12 septembre 1935. « En cet après-midi d'automne, aucun des membres réunis n'aurait pu penser que ces paroles de bienvenue scelleraient la dernière expression d'activité du directeur général. Et pourtant, six jours après, le professeur Pierre-Z. Rhéaume succombait, atteint de ce mal implacable: la thrombose coronarienne. »

A treize ans de distance, les paroles d'éloges du docteur Valin à l'égard du regretté disparu conservent leur cachet d'actualité: « L'œuvre de Rhéaume et sa mémoire demeureront longtemps dans l'esprit de ceux qui ont eu le bonheur de le connaître. Sa vie scientifique fut un apostolat. »

Pour ma part, sept années d'une coopération étroite et loyale avaient scellé une amitié que le contraste d'âge n'affectait nullement.

La nomination d'un directeur général s'imposait donc. Un nom était sur toutes les lèvres: le chef de file d'Ottawa. Et le 14 décembre de la même année, par un choix unanime, les membres du Conseil de l'Association désignaient à ce poste le docteur R.-E. Valin.

N'allez pas croire, Mesdames et Messieurs, que ces onze années de directorat furent une période de calme et de quiétude. Des problèmes importants surgirent à la solution desquels le directeur général mit à contribution son esprit d'initiative, sa fermeté et sa perspicacité.

La publication du Bulletin de l'Association, qui faisait connaître à tous ses membres les travaux des congrès, comportait des difficultés techniques difficiles à surmonter. Après maints pourparlers, le Bulletin de l'Association se fusionnait avec *L'Union Médicale du Canada,* le plus ancien journal médical français, puisque sa fondation remonte à 1872. Depuis le 1er janvier 1938, la profession médicale bénéficie d'une revue qui ne le cède en rien, au

point de vue intérêt scientifique, à toute autre revue publiée dans le monde entier.

Survint la guerre, qui suscita des problèmes multiples. Les congrès des Trois-Rivières et de Montréal remportèrent un magnifique succès. Mais le congrès dut être différé à deux reprises pour des raisons d'ordre international. Les visites sont parfois agréables, mais la visite Roosevelt-Churchill nous suscita des ennuis sérieux et des pertes d'argent considérables.

Durant la guerre, sous le vocable d'assurance-santé, le Ministère fédéral de la Santé avait mis à l'étude divers projets pour assurer, disait-on, la sécurité sociale des citoyens de notre pays. Mais il fallait tâter l'opinion médicale. Voici pourquoi, les 28 et 29 janvier 1944, les associations canadiennes avaient délégué des représentants à une réunion tenue à Toronto.

Seule notre Association avait pris position, et le docteur Valin développa d'une façon précise les quatre aspects suivants:

1° — Au cas où l'Assurance-santé serait désirable dans notre pays, le fonctionnement de cet organisme devrait être sous le contrôle provincial, c'est-à-dire autonome, en accord avec l'Acte de l'Amérique du Nord qui a délimité les pouvoirs respectifs du gouvernement fédéral et des provinces;

2° — L'octroi fourni par le gouvernement fédéral devrait être proportionnel à la population de chaque province;

3° — Le projet de loi devra être limité à certaines classes de la société et non s'appliquer à la population tout entière;

4° — Au point de vue économique, l'organisation élaborée d'un système d'Assurance-santé, ne serait-ce pas un fardeau financier trop lourd à supporter?

La réponse avait atteint la cible. La discussion prit rapidement fin sur des détails de minime importance.

Dans l'étude des multiples problèmes médicaux soumis au Comité de Sécurité sociale durant la guerre, on avait délibérément mis de côté notre Association, sous le prétexte de son caractère international par les mots de l'Amérique du Nord. Peu importait que plus de 95% de ses membres fussent des citoyens du Canada. La réaction ne devait pas tarder. Le Conseil de l'Association approuvait la suggestion du directeur général de modifier le nom de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord en celui de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Par un arrêté signé le 30 mai 1946, le Conseil des Ministres de la Province de Québec faisait disparaître les barricades constitutionnelles qui servaient de prétexte à nous tenir éloignés de la discussion des problèmes vitaux qui intéressent notre profession.

En mars 1947, la Législature de Québec sanctionnait dans un bill privé la Charte de notre Association.

Tels sont, Mesdames et Messieurs, les événements les plus importants qui ont caractérisé les onze années de directorat du docteur Valin. En septembre 1946, malgré les instances de tous les membres du Conseil, le docteur Valin donnait sa démission, qui fut acceptée avec regret. Après dix-huit ans d'un travail de collaboration avec des hommes de la trempe de Rhéaume et de Valin, j'aurais voulu faire le même geste et laisser à d'autres plus compétents le soin de diriger les destinées de notre Association. Une fois de plus je cédai à la pression de mon excellent ami, le docteur Valin.

Ce soir, mon cher docteur, les membres de l'Association sont heureux de vous transmettre le témoignage de leur reconnaissance pour les services rendus à la cause médicale: ils sont heureux de faire ce geste de sympathie dans la ville où vos activités professionnelles vous ont acquis une réputation de chirurgien habile et intègre, afin que vos concitoyens apprécient l'admiration dont vous êtes l'objet dans tous les coins du pays.

Permettez qu'au nom de tous les membres de l'Association, je vous offre ce soir la réplique de l'insigne d'office du directeur général. S'il vous arrive, par quelque soir de détente, de regarder cet emblème, oubliez certaines heures pénibles pour ne conserver que le souvenir des franches amitiés de la grande famille canadienne-française.

ALLOCUTION DU DR R.-E. VALIN [1]

Je suis sensible à l'honneur que vous me faites et c'est avec une très profonde émotion que je reçois, des mains du directeur général, ce mémento de mon terme d'office. Certes, je sais bien que ce geste s'adresse moins à moi personnellement qu'au directeur général que je fus. Tout de même, un sentiment d'orgueil se mêle à ma profonde reconnaissance. Car, il y a de quoi vraiment être fier d'avoir été mêlé activement à l'action rayonnante de ce groupement important de médecins qu'est l'A.M.L.F.C. Durant ces quelque douze années, où ce fut mon privilège de diriger les activités de l'Association, les progrès de la médecine furent énormes. Déjà nous avions assisté aux magnifiques victoires de l'hygiène et de la médecine préventive. L'absence d'épidémies, lors de la première guerre, avait marqué la victoire des méthodes sérologiques et vaccinatoires sur les maladies contagieuses et transmissibles. L'immunisation et la chirurgie aseptique avaient couronné, en la justifiant, l'ère pastorienne. Mais, c'est surtout en la dernière décade que furent prodigieusement fécondes et fertiles les découvertes nouvelles. Leur utilisation par la science médicale réalisa des résultats inespérés. Mieux traiter et plus facilement guérir les malades, voilà, Mesdames et Messieurs, le merveilleux fait d'armes de la génération actuelle de médecins par lequel la durée moyenne de la vie s'est allongée de vingt ans.

En ces dernières années, la biochimie, en ses applications physiologiques, nous a permis de mieux reconnaître les processus pathologiques, nous permettant ainsi de mieux les combattre et de les plus facilement prévenir. La médecine, sans déroger à l'incomparable couronne que lui avait dressée la saine clinique, fruit de l'observation intelligente et d'un jugement éclairé, s'est vite empressée d'utiliser l'aide précieuse que lui apportait cette nouvelle alliée. Aujourd'hui, la médecine moderne table sur les confirmations biochimiques pour prouver le bien-fondé d'un diagnostic clinique et c'est avec joie que le médecin peut suivre, par les graphiques du laboratoire, la courbe d'une convalescence s'acheminant vers la guérison ultime. Ces nouvelles connaissances ont haussé d'autant le barême de la valeur nécessaire du médecin et ont, par là même, multiplié les moyens dont il dispose pour mieux soigner ses patients.

La chirurgie, de son côté, assurée d'une asepsie parfaitement au point, grâce à l'aide d'une anesthésie perfectionnée, a connu de nouvelles audaces et vu d'une extraordinaire façon s'élargir la sphère de ses interventions. La main guidée par la volonté ferme et déterminée d'éradiquer en taillant dans la chair les sources du mal, le chirurgien peut justifier le téméraire et l'audace de ses opérations. Par les extraordinaires résultats qu'il obtient, résultats que l'on aurait cru impossibles il y a quinze ans et qui nous font songer, à quelle inconcevable frontière l'art chirurgical finira-t-il par s'arrêter?

Parallèlement, toutes les branches de la science médicale ont dans cette même décade accompli de prodigieux progrès. Les méthodes d'exploration et de traitement radiologiques, le traitement par les agents physiques, par les substances radio-actives et leurs isotopes, les progrès pharmacologiques, les antibiotiques, les sulfamidés, les nouvelles méthodes, préventives et curatrices, la vitaminothérapie, les conceptions nouvelles sur la nutrition, les avancements de l'anatomo-pathologie, la mise au point des hormones et leurs préparations synthétiques qui jouent déjà un certain rôle dans le traitement du cancer: toutes ces nouvelles acquisitions, et j'en passe, ont à ce point modifié, je dirai même bouleversé le traitement des malades, que nous n'avons pas encore réussi à faire le point et que la limite de nos espoirs ne connaîtra point de bornes, parce que l'infatigable zèle et les fécondes recherches de nos savants ne veulent point poser de terme à leur essort.

1. Ancien directeur général de l'Association.

En soulignant ici la part nécessaire et féconde de ces chercheurs avides qui sans cesse ouvrent de nouvelles avenues à notre émulation, je me réjouis de la fondation d'une école de médecine à Ottawa. Grâce à l'infatigable apostolat des Oblats, la capitale de notre pays est maintenant dotée d'une faculté de médecine. Elle deviendra, j'en ai la conviction, une pépinière nouvelle de savants et de chercheurs qui ajouteront le fruit de leurs labeurs à la cumulation de ceux du monde entier, car c'est en même temps notre gloire et notre orgueil que notre science n'ait point de patrie et nos médecins point de borne à leur apostolat.

Ces progrès constants de la médecine, notre Association en a marqué les étapes. Tous les deux ans, par ses congrès, elle signala à ses membres la distance parcourue et les progrès réalisés. Le congrès de cette année, étudiant d'une façon toute particulière la maladie cancéreuse et les affections cardio-vasculaires, ne déroge point à cette habitude et je tiens à féliciter les organisateurs du congrès et à leur souhaiter le plus éclatant succès.

M. le directeur général, je veux de nouveau vous remercier pour le témoignage d'estime que vous m'avez offert ce soir et de nouveau je veux vous dire combien j'en suis touché et profondément reconnaissant.

A mesure qu'il vieillit, l'homme, dit-on, s'entoure d'agréables souvenirs. Au déclin de sa vie, il déjoue la réalité, parfois amère, du présent en vivant dans le passé. Ainsi, j'apprécierai chaque jour davantage cet insigne de mon terme d'office et de mon association active avec votre organisation. Il sera cher à mon coeur, car il me rappellera constamment les amitiés que j'ai liées et un labeur que j'ai aimé.

ALLOCUTION DE SON EXCELLENCE FRANCISQUE GAY

En recevant votre programme j'ai éprouvé de la surprise et même beaucoup de confusion. J'ai constaté que moi, seul, profane égaré dans une éminente assemblée de clercs, j'aurais à parler devant les docteurs, les professeurs et les savants.

Cependant il m'a semblé qu'entre nos professions, il y avait peut-être, par delà les apparences, des points de convergence. Les objectifs que nous poursuivons, s'ils ne sont pas identiques, sont en quelque façon complémentaires. Votre vocation vous oblige à prendre en charge la santé des individus. La mission des diplomates est d'entretenir la santé du monde en réglant les relations des peuples, en resserrant les liens de la concorde entre les nations. Votre œuvre est singulièrement précaire si la guerre s'acharne à détruire les existences que vous avez prolongées.

« Quand je veille, écrivait l'un de nos plus grands diplomates, Vergennes, c'est pour raccommoder. » Le mot pourrait être repris par tous les praticiens de votre art. A vrai dire l'histoire nous montre que la diplomatie n'a guère progressé, à travers les siècles, en puissance et en efficacité.

D'ailleurs, le développement des communications terrestres, maritimes, aériennes ne cesse de limiter la part d'initiative et de responsabilité de l'ambassadeur. Certes, il reste le clinicien chargé de renseigner sur l'état de la température du pays où il est accrédité. Il avertit son gouvernement lorsqu'il juge qu'une démarche peut être tentée. Son diagnostic est écouté. Mais, le plus souvent, les conventions et les traités sont préparés et rédigés par les techniciens, ces véritables spécialistes de la fonction publique. Pour sceller les accords, les chefs d'Etat prennent l'avion ou le téléphone. L'ambassadeur est invité à poser son para-

1. Ambassadeur de la France au Canada.

phe au bas du protocole. C'est-à-dire qu'il se borne à signer l'ordonnance que le spécialiste a formulée.

Le vieux monde ne s'en trouve pas mieux. Il se montre incapable de faire servir les extraordinaires inventions mécaniques à l'œuvre de paix. Les plus merveilleuses découvertes du génie humain sont utilisées d'abord au perfectionnement des instruments de destruction et de mort. Ils semblent devoir toujours renforcer l'appareil des tyrannies et des servitudes.

Heureusement, nous trouvons dans les progrès inouïs réalisés par la médecine des raisons d'espérer qu'il n'en sera pas toujours ainsi.

Oui, vous pouvez être fiers des résultats que vous avez obtenus en quelques décades. De génération en génération, la science médicale fait lentement, mais sûrement, par un effort persévérant, reculer, partout à travers le monde, la souffrance, la maladie et la mort.

L'opinion publique inquiète et maussade ne sait pas assez que l'âge moyen de la population de nos contrées civilisées, qui depuis le commencement des temps était toujours resté autour de trente ans, s'est régulièrement élevé depuis un siècle, pour atteindre 60 ans, et même 70 ans sous les cieux privilégiés de la Nouvelle-Zélande.

Vous, vous avez su les discipliner, ces inventions mécaniques, ces découvertes physiques, chimiques ou biologiques.

La fonction traditionnelle du médecin de famille s'en est trouvée, sans doute, profondément modifiée. Peut-être n'a-t-il pas encore parfaitement défini les termes de son concordat avec la foule des spécialistes qui viennent l'assister dans sa mission.

Mais les résultats sont là. Quelques-unes des épidémies les plus meurtrières ont été définitivement maîtrisées. On ne permet plus au choléra, à la peste, à la variole, à la diphtérie, à la typhoïde, au tétanos d'opérer leurs ravages. Le taux de la mortalité infantile s'effondre d'année en année. Le cancer, la tuberculose, sont cernés dans leurs derniers retranchements.

Le médecin ne veut plus se contenter de calmer la douleur, ni même de guérir la maladie. Sa noble ambition le pousse vers ces frontières de la santé et de la maladie où le mal peut encore être dépisté, écarté . . .

Ce n'est plus seulement au chevet du malade que le médecin exerce sa mission, il entend surveiller l'hygiène de toute l'habitation, il pénètre dans les lieux du travail, il donne ses directives pour l'organisation des loisirs, il contrôle la qualité des aliments; on le consulte sur les programmes scolaires, ou le choix de la profession, sur le traitement des arriérés ou des jeunes délinquants. Nos meilleurs urbanistes font appel à sa compétence . . . Mais à quoi bon prolonger cette énumération, c'est dans tous les secteurs actifs de nos sociétés modernes que la collaboration du médecin est sollicitée, exigée . . .

*
* *

Le nouveau Monde s'est mis en tête de ce mouvement salutaire pour l'extension du domaine médical. Et parmi les nations du jeune continent le Canada se trouve en première place.

Il y a quelques semaines à peine, le Parlement fédéral accordait, pour le développement des services de prévention et d'hygiène, un crédit supplémentaire de trente millions de dollars qui s'ajoute au budget déjà attribué par les Provinces. Aussi, l'Honorable Paul Martin pouvait légitimement affirmer que le Canada allait consacrer à certaines secteurs de l'hygiène, de l'hospitalisation ou de la prévention des sommes trois fois, six fois, huit fois, et jusqu'à quatorze fois plus importantes par tête d'habitant que celles demandées à chaque citoyen de la grande république voisine.

Et, cependant, le fait même que vous vous réunissiez régulièrement en re médecins de langue française paraît indiquer que vous attendez encore quelque chose de la France.

C'est, sans doute, que vous gardez la conviction que le vieux pays qui s'est honoré d'avoir vu naître Laënnec, Claude Bernard, Pasteur, Roux, Calmette, Trefouel, Ramon, a

encore un rôle à jouer dans la grande communauté des chercheurs et des praticiens.

Certes, dans la grande détresse où les destructions de deux guerres l'ont plongé, ses laboratoires sont trop souvent misérables, ses établissements hospitaliers insuffisants, son équipement pour le diagnostic et la thérapeutique singulièrement déficient. Mais la France, pour suivre votre exemple, sait qu'elle peut compter sur vos encouragements et même votre concours. En revanche, elle est fière d'ouvrir les portes de ses facultés à ceux de vos étudiants qui viennent enrichir leur jeune expérience à l'école de nos cliniciens et de nos praticiens.

Associons donc nos efforts et nos ressources. Heureusement, partout on a compris qu'en médecine plus qu'en aucun autre secteur de la recherche scientifique, il était nécessaire d'échanger largement le résultat de tous ses travaux. On a compris que, pour assurer le progrès rapide de la médecine, il fallait se plier aux exigences du travail en équipes désintéressées et disciplinées. Là, l'âpre concurrence mercantile doit faire place au noble et fécond esprit d'émulation.

Cet élan doit s'étendre par-dessus toutes les frontières. Le médecin conscient de sa vocation met à la disposition de tous ses confrères le fruit de ses expériences, et il se tient au courant de toutes les découvertes faites à travers le monde. Je ne saurais donc trop vous féliciter d'avoir réservé dans les locaux de votre convention une aussi large part, non seulement aux instruments, mais aussi aux publications et aux livres de médecine. La France s'y trouve représentée. Il serait à souhaiter que vous puissiez ensuite retrouver les meilleurs des ouvrages, à des prix raisonnables pour toutes vos principales librairies.

Le moment est venu où le champ des collaborations bienfaisantes doit encore s'étendre. La présence agissante du médecin, conseiller, animateur, est nécessaire, nous l'avons dit, non seulement au foyer et à l'hôpital, à l'usine et au bureau, mais encore dans les conseils des municipalités et des gouvernements. Oui, vous devez être les associés vigilants et éclairés de tous ceux qui ont véritablement le souci d'assurer le bien public.

Votre voix doit se faire entendre même, et j'oserais presque dire surtout, dans ces assemblées où les nations s'appliquent à détourner de l'humanité le fléau de la guerre.

Ces vies que votre labeur obstiné a préservées des conséquences de la maladie, que vous avez sauvées des menaces de la contagion, de l'épidémie et de la mort, vous ne voulez pas qu'elles soient livrées une fois de plus aux immolations imbéciles des combats.

En vérité, en vérité, votre magnifique mission doit s'exercer sur ce terrain où les vieilles diplomaties ont manifesté leur impuissance.

Votre action efficace pour conserver aux individus leur santé vous donne le droit de réclamer haut et ferme qu'on assure enfin le salut du monde en établissant dans les nations et les peuples les institutions d'une paix juste, durable, fraternelle, je veux dire fondée sur les principes éternels de la charité.

ALLOCUTION DU DR PIERRE LÉPINE [1]

Il n'est pas de plus grand honneur qui puisse échoir à un homme que de représenter son pays hors des frontières natales et d'être, en cette qualité, amené à prendre la parole.

Je ressens la lourde charge qui m'incombe ce soir d'autant plus profondément qu'elle survient, si l'on peut dire, *in extremis* puisque c'est dans l'après-midi seulement que j'en ai été avisé, et que je sais à quel concours de circonstances je dois cet excès d'honneur.

Le Professeur Pasteur Vallery-Radot, dans l'impossibilité de se rendre au XIXe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, auquel il était invité, et sachant que je devais me trouver dans ces parages à la même époque, a mis en avant mon nom et suggéré une participation officielle à ce Congrès, auquel je devais de toutes façons me rendre. Ainsi s'est expliqué pour moi, il y a quelques heures, le sens resté nébuleux d'un coup de téléphone reçu en juillet à New-York, à l'instant où je partais pour une série de visites et de conférences à travers les Etats-Unis.

Pour ma part, je ne me reconnais, comme justification de ce choix, qu'un amour pour ce pays que je n'ai jamais songé à dissimuler, et des liens d'amitié avec le corps médical franco-canadien qu'un quatrième séjour au Canada rendront plus étroits encore.

J'ai donc, sinon qualité, du moins des raisons profondes, pour dire ici aux médecins canadiens de langue française ma vive, ma sincère et déjà vieille admiration, et pour leur apporter, de la façon peut-être la moins solennelle mais certainement la plus affectueuse, l'hommage de tout le corps médical français.

Mais les rapports qui unissent la médecine canadienne à la médecine française sont loin d'être purement sentimentaux. Il y a plus entre nous que les affinités linguistiques de deux rameaux, issus d'un tronc commun, qui poursuivent parallèlement de chaque côté de l'Atlantique un épanouissement harmonieux, quoique différent.

Médecins nous sommes tout d'abord: ce qui veut dire que nous participons non seulement à un même métier, à une même science, mais à un même idéal. Universelle par son objet, par ses buts, il semblerait de prime abord que la médecine dût, par toute la terre, avoir le même visage, se traduire et s'exprimer de la même manière, quels que soient les mots qui véhiculent la pensée. Il n'en est rien.

Nous vivons une époque où les illusions ne sont plus permises. La guerre qui vient, on n'ose presque plus dire, de s'achever, nous a rappelé de façon brutale que les idéologies pouvaient s'affronter jusque dans le domaine humanitaire, et que même la lutte contre la souffrance porte de façon indélébile la marque de ceux qui la font.

Médecins nous sommes donc, oui, mais médecins de langue française, c'est-à-dire que nous revendiquons comme notre patrimoine commun et notre commun idéal une manière de concevoir et d'accomplir les actes qui depuis Hippocrate ont lié le caractère presque divin du guérisseur (« je le pansai, Dieu le guérit », disait Ambroise Paré) à la loi morale acceptée, souscrite, par l'homme de l'art.

Et c'est pourquoi, si le voyage de France reste, pour les Canadiens que nous souhaitons toujours plus nombreux, l'occasion de remonter aux sources communes de notre savoir et à l'origine d'une tradition de devoir qu'ils continuent à observer fidèlement, le voyage au Canada est pour des Français l'occasion d'un émerveillement quotidien à retrouver chez leurs arrière-cousins de la Nouvelle-France, avec tant de secrètes correspondances, un esprit si indiscutablement semblable au leur et si heureusement appliqué à modeler à l'échelle

1. Chef de Service de l'Institut Pasteur de Paris, Professeur invité à l'Ecole d'Hygiène de l'Université de Montréal, Délégué officiel de la France au XIXe Congrès.

de leur pays, à la fois si vieux et si neuf, un art qui unit en une création originale et proprement nationale les méthodes de la vieille Europe et les jeunes techniques nord-américaines.

Mais, au Canada, le médecin est plus encore. Parmi les artisans de cette longue épopée silencieuse qui, depuis les plaines d'Abraham jusqu'aux champs de bataille de deux guerres mondiales, a donné aux Canadiens français la force de résister à l'absorption linguistique et religieuse, pour aboutir à une égalité enfin loyalement et fraternellement observée, il est indéniable que le médecin, après le prêtre, a été l'un des éléments principaux. Et ceci non pas en vertu d'un étroit chauvinisme qui aujourd'hui même ne serait plus de mise, mais parce que le médecin canadien, en tant qu'homme d'humanité au sens le plus large du mot, est à même de sentir et de comprendre ce que la langue et la formation françaises apportent de précieux au patrimoine du continent américain.

Nous aimons, nous autres Français, à retrouver au Canada la trace des siècles passés et ce parfum de vieille France si cher à notre cœur. Mais des Canadiens eux-mêmes m'ont parfois demandé si un Canada français était viable dans un monde régi par la loi des masses: la réponse, Messieurs, c'est vous qui la donnez ce soir.

La culture française, qui pourrait douter de sa vitalité quand tant de témoignages nous en sont journellement donnés? Hier encore, sur le cours de la rivière Ottawa que, grâce à l'hospitalité d'amis inégalables, je pouvais remonter par la voie dédaignée mais combien charmante du fil des eaux, nous pouvions, à chaque escale et sur chacune de ces deux rives jadis rivales, juger de l'extension croissante de l'élément franco-canadien et de sa fidélité à la langue ancestrale.

Mais ce serait une lourde erreur, et que le corps médical canadien n'a pas commise, que de vouloir, au nom de la fidélité à une tradition, exiger une médecine statique.

Dans le monde entier, la médecine évolue. En tant que connaissance, elle progresse avec les sciences; en tant qu'œuvre appliquée à l'homme, elle suit les destinées humaines.

Au point de vue du développement scientifique, c'est avec une vive satisfaction que les amis du Canada assistent à l'expansion universitaire canadienne. Loin d'y voir une concurrence, ils pensent au contraire qu'ainsi la médecine canadienne et son Université s'associeront plus étroitement à l'essor scientifique aujourd'hui si manifeste en France, et que leurs efforts unis élargiront parallèlement le champ de leur commune culture. Aussi ne peuvent-ils qu'approuver de tout leur cœur les projets tendant à renforcer les bases scientifiques de l'enseignement pour mieux permettre à un plus grand nombre de Franco-Canadiens l'accès à cette haute technicité scientifique qui est la clef du monde moderne.

Envisagée sous l'angle humain, c'est-à-dire social, la médecine fait face à des problèmes qui ne sont point propres au Canada ni à la France.

C'est l'humanité tout entière qui est à la croisée des chemins. Et la réponse qu'elle donnera, *au cours de cette génération,* à quelques-unes des questions posées, fixera, pour des millénaires peut-être, la route des générations à venir.

Il se peut que l'évidence de ces problèmes n'apparaisse pas clairement à tous, surtout dans les pays plus neufs, moins dévastés par les guerres, au standard de vie demeuré plus élevé. Mais ces problèmes existent. Ils existent partout.

Je viens de parcourir, de l'Atlantique au Pacifique et de la frontière du Mexique à celle de ce pays, les Etats de la grande République amie qu'après plusieurs voyages antérieurs je crois assez bien connaître.

J'ai été partout frappé par la rapide évolution de l'aspect social des problèmes humains et par la façon dont, inéluctablement, ils affectèrent la structure de la société et l'exercice de la médecine.

Ces problèmes, la France les débat déjà; elle les a résolument, parfois tumultueusement, abordés, car il est dans son destin d'être le

champ d'expérience des idées neuves et la pierre de touche d'un certain mode de vie.

Que la médecine doive devenir surtout sociale, cela pouvait être discuté il y a une génération: dans une génération on s'étonnera qu'elle ait pu si longtemps être autre chose. La condition du médecin, la nature de ses rapports avec la société est donc amenée à changer. La France a essayé de choisir pour cette évolution celle des solutions qui altère le moins les relations du médecin avec le malade, celle qui respecte au maximum le sacerdoce professionnel et la liberté de l'individu. Une telle évolution ne peut se faire équitablement sans la collaboration du corps médical: c'est-à-dire qu'elle doit être réalisée avec lui, sinon elle se fera contre lui.

J'ai confiance que la médecine canadienne, quand viendra le moment d'aborder les mêmes problèmes, le fera avec le même esprit.

Car, à l'heure où nous vivons, le monde entier est engagé, non pas, comme on le croit, dans une lutte entre deux continents ni entre deux moitiés du globe, mais dans un combat sans merci entre deux conceptions: celle qui accorde et celle qui refuse à l'homme cette dignité qui est sa part de l'étincelle divine.

Aucun isolationisme, aucune arme atomique ne permettent d'échapper à l'alternative. Et tous, dans cette partie du monde comme dans toutes les autres, nous aurons tôt ou tard à répondre à la question qu'immortalise le vers de Faust: savoir si nous voulons « auf freiem Grund mit freiem Volke stehn », vivre debout sur un sol libre, parmi des peuples libres.

Deux fois les compatriotes de Goethe ont répondu « non », et deux fois l'orage de sang et d'acier s'est abattu sur le monde. Dans quelle langue la question sera-t-elle posée pour la troisième et certainement la dernière fois?

Canadiens et Français, nous pouvons, nous devons espérer que la langue française par qui s'exprime notre idéal commun saura se faire entendre, et que pour des siècles encore elle servira à traduire sur les deux rives de l'Atlantique l'âme libre de deux peuples qui partagent d'un même amour et les gloires du passé et la foi dans un lumineux avenir.

À l'Université d'Ottawa

ALLOCUTION DU DR CHARLES VÉZINA [1]

Excellence,

Vous me permettrez de vous dire combien je suis ému de recevoir de vos mains un doctorat en droit de l'Université d'Ottawa, dont vous êtes l'éminent chancelier. J'en suis d'autant plus touché que depuis longtemps vous avez bien voulu m'honorer de votre amitié.

Je n'ai pas oublié, Excellence, ces années déjà lointaines où, avec quelques-uns de nos amis du Séminaire de Québec et de la Faculté, nous nous réunissions pour causer de notre Université et des projets que nous désirions ardemment voir se réaliser. Nous étions jeunes alors, et enthousiastes, et les difficultés, dont quelques-unes nous échappaient, n'arrivaient jamais à nous décourager ni à diminuer notre enthousiasme. Vous aviez déjà réalisé une grande œuvre, la Faculté des Sciences de Laval, à laquelle vous continuez d'appartenir et qui a tant contribué à faire connaître notre Université et lui donner le prestige dont elle jouit actuellement.

Vous continuez, Excellence, de vous dévouer à l'œuvre universitaire dans la capitale du Canada, et rien ne vous laisse indifférent de ce qui peut faire la grandeur de l'Eglise et le bien-être de vos concitoyens. Nous n'avons

1. Venant de recevoir le titre de docteur en droit, « honoris causa », le 7 septembre 1948.

pas oublié le grand succès et tout le bien qui a suivi le congrès marial à l'organisation duquel vous aviez mis votre intelligence et votre grand cœur. Aussi, vous nous permettrez de demander à la divine Providence de vous conserver à ceux qui vous aiment et qui souhaitent vous voir réaliser les projets dont vous rêvez pour votre université, à laquelle vous ne cessez de vous dévouer.

Mon très révérend Père Recteur,

Il est bien difficile de vous exprimer toute l'émotion que je ressens et que m'inspire la réception d'un doctorat d'honneur de l'Université d'Ottawa. C'est un honneur que vous me permettrez de partager avec l'Association des Médecins de Langue française du Canada et l'Université Laval que vous avez voulu honorer en même temps.

Dans quelques semaines votre université sera centenaire. Vous nous avez déjà dit, mon Révérend Père, les difficultés, les souffrances même qu'ont éprouvées votre Université et ceux qui s'étaient donné pour mission de fonder, ici, un centre qui pourrait donner l'éducation supérieure et catholique aux Canadiens des deux langues. C'était bien l'idée de votre fondateur, Monseigneur Guigues, évêque de Bytown, lorsqu'il écrivait: « Les Parents ont bien compris la nature de cette fondation, car le nombre des élèves du Bas-Canada qui fréquentent le Collège est aussi grand que ceux du Haut-Canada. Canadiens et Anglais s'y trouvent par moitié. Même le clergé et les laïques du Bas-Canada ont signé une pétition pour obtenir du secours avec le même empressement que ceux du Haut-Canada . . . Le besoin de connaître les deux langues, anglaise et française, se fait sentir surtout sur les rives de l'Ottawa.

La langue française était cependant sacrifiée, puisque, à Bytown, il n'y avait pas une seule école française avant la fondation du collège, et la langue anglaise n'y était enseignée que d'une manière imparfaite. » (Cf. Simard, 11, page 10.)

Il faut admirer la vision, le patriotisme et la sagesse de ce grand évêque qui consacrait le bilinguisme au Canada et voulait assurer la survivance de ses compatriotes de langue française.

Votre Université, mon révérend Père, occupe, dans la capitale du Canada, une position très importante et a un rôle de toute première grandeur à remplir dans notre pays.

Puisque la Providence a voulu que les descendants de ceux qui furent les premiers à peupler et coloniser notre grand pays vivent avec ceux qui en ont fait la conquête, elle voulait de même l'union de leurs fils qui sera pour notre patrie une source de fécondité.

Et parmi les meilleurs artisans de cette union les universitaires doivent, à mon avis, occuper la première place.

La collaboration entre universitaires est une des premières conditions de l'unité canadienne.

Cette unité, en effet, comme le disait le Révérend Père Lévesque, doyen de la Faculté des Sciences Sociales à l'université Laval, « c'est par les sommets d'abord qu'il faut et qu'on peut la réaliser; et à ce point de vue, ce sont les universitaires qui en sont les instruments les plus naturels parce que leur domaine c'est celui de la culture, de la science, de l'esprit, et que ce sont, des réalités universitaires, celles qui sont les plus capables de rapprocher les hommes les uns des autres. »

Si le rôle des universités est de donner une instruction supérieure aux jeunes qui leur sont confiés, il ne faudrait pas croire qu'elles ont rempli tout leur devoir et que leur ambition doit s'arrêter là: « Elles ne doivent pas présenter simplement une science inerte à retenir de mémoire, mais former les esprits à la connaissance des sources et à la pratique des recherches et des travaux scientifiques et leur apprendre à contribuer le plus possible aux développements des sciences elles-mêmes. » (Cardinal Villeneuve)

Sa Sainteté le Pape Pie XI, dans sa constitution, *Deus Scientiarum Dominus*, ne rappelait-il pas que Dieu, Seigneur des Sciences, en confiant à son Eglise le mandat divin d'enseigner toutes les nations, l'a établie sans nul doute maîtresse de la vérité divine, mais par là même aussi protectrice principale et inspira-

trice de tout savoir humain. C'est, en effet, le propre de l'Eglise de transmettre à tous les hommes les enseignements sacrés qu'Elle-même a reçus et tirés de la révélation divine. Mais, d'autre part, parce que la foi et la raison ne peuvent jamais se contredire, mais qu'au contraire, étant donnée leur harmonie parfaite, elles se prêtent un mutuel appui, L'Eglise a toujours considéré comme son devoir d'aider et de promouvoir la culture des arts et des sciences ainsi que l'attestent de nombreux et irrécusables témoignages historiques. »

Ces directives, nous devons les suivre et développer dans nos universités les travaux et les recherches scientifiques. Nous ne devons pas oublier qu'un pays qui veut grandir et exercer une influence doit non seulement avoir des Universités, « mais en relever l'idée à son juste rang, c'est-à-dire, à celui d'une école de haut savoir dans tous les domaines. » (Cardinal Villeneuve)

Si nous avons raison de dire souvent les droits que notre préséance au Canada nous a acquis, nous devons, par des réalisations, démontrer que nous acceptons aussi les devoirs qu'exigent de pareils droits. Et aussi les Universitaires montreront à leurs concitoyens qu'ils accomplissent un acte du plus pur patriotisme, ceux qui veulent doter leur pays de grandes universités.

Le Cardinal Villeneuve, une des gloires de votre congrégation, et qui fut un grand Canadien et un grand universitaire, était convaincu de la nécessité, pour un pays, d'avoir de grandes universités.

Il ne laissait jamais passer l'occasion de le dire à ses compatriotes sans s'occuper des critiques que ses paroles et ses écri's pouvaient soulever. Il avait le courage de ses opinions; il était désintéressé et ne travaillait que pour le bien de l'Eglise et de son pays. L'histoire dira tout ce qu'il a fait pour ses concitoyens et reconnaîtra que les directives qu'il a cru bon de donner à certains moments graves de notre vie nationale étaient nécessaires. Sa claire vision de l'avenir lui dictait les sacrifices qu'il devait demander à ses compatriotes.

Ce grand Canadien, qui fut chancelier de l'Université Laval, n'a pas peu contribué à resserrer les liens qui nous unissaient à votre université.

Vous nous avez donné le Cardinal Villeneuve et nous vous avons donné Monseigneur Vachon. Je suis sûr que les liens d'amitié et de sympathie qui nous unissent seront encore plus étroits, et qu'ensemble nous pourrons regarder l'avenir avec confiance et travailler pour la gloire de l'Eglise et la grandeur de notre pays.

ALLOCUTION DU DR D. MARION [1]

Le titre honorifique que vous venez de me conférer me touche profondément et constitue un bel hommage à l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. C'est elle que vous honorez d'abord et avant tout, pour avoir su grouper et rallier dans ses cadres l'ensemble des valeurs médicales canadiennes-françaises du pays. Fort délicate pensée de la part d'une université qui s'enorgueillit à bon droit de la création récente de la troisième faculté catholique de Médecine au Canada.

Pour nous, quel contraste entre nos premières assises scientifiques tenues en cette ville en 1932 et celles d'aujourd'hui! Pouvoir être reçus officiellement dans une institution centenaire qui n'en porte pas moins Esculape dans son sein: quelle merveille! A l'inverse des humains qui s'acheminent bon gré, mal gré, vers la décrépitude, votre institution s'améliore, si possible, avec les années, et connaît

1. Venant de recevoir le titre de docteur en droit, « honoris causa », le 7 septembre 1948.

dans les générations qui se succèdent un perpétuel rajeunissement: véritable fontaine de Jouvence.

Vous avez voulu assumer toute la responsabilité de sacrifices onéreux pour éduquer ce fils très jeune, mais très exigeant. Et je comprends d'autant mieux la portée de votre problème que certaines de mes fonctions ailleurs me permettent d'affirmer que les revenus de scolarité couvrent à peine 25% des frais encourus par le fonctionnement régulier d'une faculté de Médecine. Ce seul exemple illustre bien la somme de difficultés que vous avez allègrement affrontées dans votre nouveau champ d'action.

A cette jeunesse désireuse d'atteindre les sommets d'une instruction supérieure, vous avez voulu offrir généreusement les armes qui lui permettraient de remplir le rôle que la société attend d'elle. Vous avez constaté que dans les rangs de notre profession sévissait une pénurie de praticiens, et que les écoles actuelles de médecine étaient forcées de limiter le nombre de leurs élèves, faute d'espace. Vous avez voulu faire œuvre utile, et d'autant plus méritoire.

Aujourd'hui, cette réception officielle me fournit l'occasion de vous offrir au nom de l'Association les meilleurs vœux de succès. Puis-je à l'avance solliciter l'invitation de venir applaudir, lors du prochain Congrès Ottawa-Hull, les progrès réalisés au sein de votre jeune mais brillante faculté?

Les associations professionnelles ont raison d'entretenir des relations cordiales avec les universités qui ont formé leurs membres. Et ceci s'impose encore davantage dans le domaine médical, si l'on veut que le niveau scientifique s'élève au plus haut degré. Programme éminemment désirable, surtout de nos jours, où l'excellence de notre perfectionnement se voit exposée à recevoir de rudes coups par la création de certaines lois dites de sécurité sociale, antidote supposé mais non prouvé de doctrines subversives à la mode.

C'est le devoir évident de nos associations médicales de défendre la liberté professionnelle, seule capable d'assurer le progrès scientifique et de donner au public les soins que la conservation de la santé ou le traitement de ses malades exigent.

Le rôle de l'Etat ne consiste pas nécessairement à faire du paternalisme pour lui-même, mais bien plutôt à rechercher le bien-être de ses sujets par une assistance bien comprise. Pour atténuer un mal, il ne convient pas d'en susciter un plus grand encore. Des réformes sont nécessaires, entre autres encore dans le fonctionnement hospitalier actuel: des contributions financières peuvent faciliter les recherches scientifiques et assurer aux déshérités de la fortune des soins médicaux appropriés; mais le nivellement des forces médicales sous un dirigisme d'Etat ne saurait aboutir qu'à la faillite et au désastre.

L'expérience similaire tentée ailleurs dans certaines industries ou utilités publiques a démontré que la nationalisation n'est pas souvent un succès. Les dirigeants de ces entreprises d'Etat entourés d'une armée de subalternes automates qui tiennent à leurs positions et d'une humanité forte en appétit ont en général fourni un rendement inférieur à celui des entreprises privées, avec un coût de revient astronomique. On a le droit de supposer que dans le domaine médical ce serait pire encore.

Le médecin a toujours fait son possible pour remplir sa mission sociale. Et à l'heure de la dépression économique, pendant que beaucoup d'autres se récusaient, lui, restait à son devoir pour soulager, souvent au delà de ses moyens, les exigences de ses semblables. Il semble que le contrôle absolu de l'Etat rabaisserait le niveau moral et intellectuel de notre profession, et réduirait à la servitude une classe de la population, au détriment même du grand public.

Avec pareil contrôle, on détruit le but du jeune médecin qui aspire hautement à briller au premier rang de sa profession; on le force à rechercher uniquement les faveurs des grands distributeurs de prébendes et de postes officiels. A ce jeu-là, le meilleur professionnel se contentera vite de redevenir simplement humain, il enfouira sa personnalité dans le grand anonymat et recherchera comme bien d'autres

à faire diminuer ses heures de travail et augmenter ses émoluments. Bref, la semaine de 40 heures, sous menace de grève; et alors qui pourrait lui jeter la pierre? Rien d'étonnant là-dessus: dépourvu de ses prérogatives d'homme libre, il respectera surtout la loi du moindre effort. Et, si telle chose se produisait, qui pourrait-on blâmer, sinon d'abord ceux qui auraient voulu soumettre le médecin à pareil régime!

Révérend Père Recteur, j'ai voulu revendiquer la liberté professionnelle pour le plus grand bénéfice de la société, et pour le maintien du niveau scientifique de la classe médicale. Je réclame votre indulgence, si j'ai plaidé cette cause avec l'inexpérience d'un nouveau docteur en droit. La valeur de la cause dépasse les qualités du plaidoyer. Je ne reculerai jamais devant les lourdes responsabilités qui m'incombent comme directeur de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada et je défendrai jusqu'au bout les droits de la liberté professionnelle et le bien-être de la population canadienne.

Révérend Père Recteur, permettez-moi en terminant de vous exprimer toute ma gratitude. C'est avec fierté, voire même avec orgueil, que je porterai le titre de docteur en droit *honoris causa*. Longue et fructueuse vie à l'Université d'Ottawa!

Au banquet de clôture

ALLOCUTION DE L'HONORABLE PAUL MARTIN [1]

Il m'est difficile de trouver les termes qui conviennent, pour traduire les sentiments de joie et de fierté que je ressens à me voir ici, en ce moment, entouré de l'élite des médecins de langue française du Canada, qui terminent, d'une manière si impressionnante, un congrès qui a duré plusieurs jours, le dix-neuvième d'une série de congrès qui ont laissé leur marque dans les annales médicales du pays.

Vous êtes venus de la province de Québec surtout, mais aussi de toutes les autres provinces canadiennes, et même des Etats-Unis.

Permettez-moi de vous dire que vous êtes toujours les bienvenus dans la capitale du Canada, qui compte parmi ses institutions l'école de médecine de l'Université d'Ottawa, Université bilingue, qui accomplit une si belle œuvre parmi nous.

Je veux saluer plus particulièrement les médecins franco-américains, ces frères des Etats-Unis, qui conservent, dans les Etats de la Nouvelle-Angleterre, les traditions de la médecine canadienne.

En passant, je désire mentionner qu'hier j'avais le plaisir de faire savoir au Dr Richard que le gouvernement fédéral aiderait financièrement la tenue de votre Congrès.

Je considère comme un honneur et un plaisir l'occasion qui m'est donnée de vous adresser la parole en ma qualité de ministre de la Santé nationale et du Bien-être social car je sais que, depuis près de trois siècles et demi, la santé canadienne doit beaucoup aux médecins de langue française. Aussi ai-je raison de croire que les quelques remarques que je vais vous présenter au sujet du programme de santé nationale qui vient d'être inauguré, seront de nature à vous intéresser.

Ce programme ne peut manquer d'être d'une importance primordiale pour tous les médecins canadiens. Dans une large mesure, c'est grâce à vos efforts si le Canada est aux premiers rangs en matière de services de santé.

Une aide supplémentaire fédérale de trente millions de dollars offerte annuellement aux provinces dans leurs campagnes de santé publique, c'est un apport qui présente toutes sortes de possibilités nouvelles dans l'attaque

1. Ministre de la Santé nationale et du Bien-Etre social au gouvernement fédéral.

concertée contre la maladie. Je suis certain que chacun de vous entrevoit déjà le moyen de faire servir ces fonds à l'amélioration de conditions particulières. A l'heure actuelle, la somme des montants dépensés pour la santé au Canada par les gouvernements municipaux, provinciaux et par le gouvernement fédéral se chiffre à quatre-vingt-dix millions de dollars par année environ. L'octroi de trente millions de dollars représente donc une augmentation annuelle d'un tiers sur tout l'argent dépensé pour la santé dans notre pays et il est offert à toutes les provinces avec le minimum des conditions nécessaires au bon fonctionnement du programme.

Je suis convaincu que c'est le meilleur placement que le pays puisse faire et que dans dix ans la statistique démontrera que le travail et l'argent consacré à l'amélioration du capital humain n'ont pas été dépensés en vain.

Les relations étroites entre le médecin et la population qu'il dessert ont donné à votre profession un sens averti de l'intérêt général. La médecine organisée, et ce congrès en est un exemple, prend une part active à la vie collective.

Le nouveau programme de santé au Canada n'a pu être mis sur pied qu'avec l'aide des associations médicales, et des conseils de médecins éminents; et naturellement, les réunions bi-annuelles du Conseil canadien d'hygiène publique, où tous les ministères provinciaux de la santé sont représentés, assurent, entre autres choses, que le point de vue de la profession médicale est constamment soumis au gouvernement fédéral.

Au Canada, la santé publique a toujours été, en premier lieu, la responsabilité des provinces. Le programme de santé ne change rien à cet état de choses. Son but est simplement de permettre aux provinces de parfaire les efficaces services de santé qu'elles possèdent déjà, et de profiter des découvertes de la science médicale.

Des arrangements seront pris, en collaboration, pour déterminer les conditions mutuellement acceptables en ce qui concerne chaque subvention, mais l'administration des deniers dont la dépense aura été approuvée relèvera uniquement des diverses provinces.

Je suis heureux de vous dire qu'hier, le premier ministre de la province de Québec m'a informé, par téléphone, que son gouvernement profiterait du nouveau plan national d'hygiène institué par le gouvernement fédéral.

Je puis donc maintenant déclarer que toutes les provinces ont exprimé leur vif intérêt envers la réalisation du programme rendu possible par ces subventions fédérales.

Je ne puis trop souligner l'importance que le gouvernement attache à une politique de décentralisation en matière d'administration de l'hygiène au Canada. Le rôle coordonnateur joué par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social est caractéristique de l'esprit de collaboration qui existe entre les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral en ce qui regarde l'administration de l'hygiène publique.

Le programme national de santé est déjà en vigueur. Il est si important pour notre bien-être que je suis d'avis que les détails devraient en être connus, non seulement des médecins, mais de tous, au Canada, et que chacun devrait se demander comment il peut y prendre part.

Vous savez sans doute que les subventions fédérales sont réparties en trois grandes catégories: d'abord,

— — les subventions pour enquêtes sur les services d'"hygiène;

puis

— — les subventions pour la santé nationale;

et enfin,

— — les subventions pour la construction d'hôpitaux.

Qu'il s'agisse d'une catégorie ou d'une autre, les gouvernements auront besoin de vos lumières et de vos conseils.

Les enquêtes sur la santé seront entreprises partout. Elles permettront de révéler quel est l'état de la santé publique dans chaque province; elles aideront à déterminer quels sont les problèmes les plus pressants et la meilleure manière d'utiliser la subvention pour la santé. L'argent consacré aux enquêtes permet-

tra également aux provinces de se rendre compte des besoins de leur système d'hospitalisation, pour ensuite recommander au gouvernement fédéral des projets de construction d'hôpitaux. Il est évident que vous aurez votre mot à dire, que vous pourrez faire largement votre part, en avisant votre gouvernement respectif, en le renseignant sur ce que vous voyez tous les jours et en lui présentant vos suggestions sur les problèmes particuliers à votre région et à votre province.

Ces enquêtes nous donneront une connaissance approfondie des conditions sanitaires au pays, connaissance qui nous fait défaut actuellement et sans laquelle un plan à longue portée ne saurait être réalisé.

Les subventions à la santé nationale s'ajoutent à celles qui existent déjà et ne seront données qu'à la condition que l'on ne réduise pas les dépenses que l'on faisait auparavant.

Un rapide examen de ces subventions indiquera quelques-uns des nouveaux domaines qui s'offrent à l'activité des médecins et de tous ceux qui s'occupent d'hygiène publique au Canada.

La subvention annuelle de quatre millions quatre cent mille dollars pour fins générales d'hygiène publique doit être portée en quatre ans à six millions et demi, soit cinquante cents de plus par tête qu'il n'est actuellement dépensé au Canada. Avec cette aide, chaque province pourra tenter de résoudre les problèmes qui lui sont particuliers. Ce pourra être un service de santé maternelle et infantile plus adéquat et plus accessible dans le but de protéger la future mère et de réduire la mortalité infantile; ce pourrait être un système plus parfait de prévention des maladies contagieuses, et de lutte contre les terribles maladies contagieuses, et de lutte contre les terribles maladies déformantes, ou bien la solution de n'importe quel autre problème qui touche à la santé publique.

Très souvent, dans l'exercice de votre profession, vous avez déploré la pénurie au Canada d'un personnel spécialisé en matière de santé. Un certain nombre des octrois du nouveau programme procurera des fonds pour cette fin.

Le gouvernement fédéral verse déjà, par l'entremise du Conseil national des recherches, une subvention annuelle pour fins de recherches médicales. Un nouvel octroi annuel, très substantiel, facilitera davantage les recherches et les études. Le travail de laboratoire, comme vous le savez, est indispensable à la réalisation d'un programme de santé.

Est-ce les complications de la vie moderne, ou est-ce parce qu'il est plus facile maintenant d'obtenir des statistiques, je ne le sais, mais il n'en est pas moins vrai que la fréquence des maladies mentales constitue actuellement au Canada un problème extrêmement sérieux. De trente-trois à cinquante pour cent des lits d'hôpitaux disponibles chez nous sont occupés par des malades mentaux. Il faut donc consacrer une attention particulière à la prévention, au traitement et à la guérison des maladies mentales. La nouvelle subvention fédérale y pourvoira.

Une autre subvention permettra de développer sensiblement l'étude et le traitement des infirmités particulières aux enfants.

Vous avez étudié, au cours de ce congrès, le problème du cancer, ce terrible fléau moderne. Le nouveau programme de santé secondera vos efforts. Une somme annuelle de trois millions et demi de dollars sera mise à la disposition de toutes les provinces dans le but d'encourager et de développer la lutte anticancéreuse. Cette somme viendra s'ajouter aux montants déjà consacrés aux recherches sur le cancer; elle facilitera le dépistage et le traitement que l'on donne au début de cette maladie, et, peut-être, qui sait, à la découverte de ses causes.

Deux autres subventions spéciales appuieront la lutte contre la tuberculose et celle contre les maladies vénériennes.

J'arrive à la troisième partie du programme de santé nationale, celle qui se rapporte à la construction d'hôpitaux. Durant une période d'au moins cinq ans, le gouvernement fédéral offrira aux provinces des sommes allant jusqu'à treize millions de dollars par année, pour la construction de nouveaux hôpitaux.

On a demandé à chacune des provinces d'enquêter sérieusement sur la nécessité d'hôpitaux dans leur territoire particulier. Les subventions pourront servir à la construction de nouveaux hôpitaux et aussi à celle de dispensaires ou de centres d'hygiène dans les régions rurales faiblement peuplées.

Il est difficile, en si peu de temps, d'étudier ce programme de santé sous tous ses aspects. C'est un plan dont les bons effets atteindront tous les Canadiens, mais qui intéresse tout particulièrement les médecins canadiens. Il n'aidera pas seulement la population, mais il rendra vos conditions de travail plus faciles et plus avantageuses.

En certains pays, le carac ère individuel et l'esprit d'initiative de la profession médicale sont assujettis à l'enrégimentation. Nous devons éviter cela à tout prix en notre pays, C'est ce que nous devons éviter et que nous éviterons.

La maladie, la contagion, la souffrance ne sont ni locales, ni provinciales, ni même nationales, et pour lutter efficacement contre elles, il faut que les forces unies des gouvernements et de la science médicale les combattent et les pourchassent partout.

Il y a déjà plus d'un siècle que la nécessité d'une action internationale contre la maladie a été reconnue, mais les mesures prises étaient toujours de nature défensive et d'application locale. Dernièrement, sous l'égide de l'Organisation mondiale d'hygiène, soixante-huit nations se sont unies pour lutter contre la maladie. Le Canada participe à cette offensive. Avec votre aide, messieurs, nous contribuerons à améliorer le sort du genre humain en commençant d'abord par donner à chaque Canadien une des plus grandes richesses qui soient, c'est-à-dire, une bonne santé.

La tâche ne sera pas toujours facile, mais l'énergie et l'esprit de dévouement des médecins canadiens nous garantissent que vous pouvez élever le niveau actuel de l'hygiène publique en veillant sur la santé des Canadiens.

ALLOCUTION DE L'HONORABLE DOCTEUR MARC TRUDEL [1]

Le distingué président de ce banquet de clôture de votre congrès a bien voulu me présenter comme président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, et à ce titre j'éprouve un légitime orgueil d'avoir à diriger les destinées d'un corps professionnel dont les membres jettent tant d'éclat sur notre profession et font résonner par ailleurs, bien au delà des frontières de Québec, l'écho de leur savoir dans tous les domaines qui touchent de près ou de loin à la science médicale.

La charte qui régit notre corporation, maintenant centenaire, modèle du genre des plus éminents juristes, impose aux médecins du Québec des devoirs impérieux, qu'ils remplissent d'ailleurs admirablement, tant à l'égard de la profession que du public qu'ils desservent; par contre, notre charte médicale garantit aux médecins de la Province de Québec des droits dont ils sont jaloux, droits qui donnent à notre profession la garantie de son autonomie la plus complète dans la régie interne des affaires de la corporation, droits qui protègent intégralement la liberté individuelle de pratique de ses membres contre tout attentat, d'où qu'il vienne, pour autant que le bien-être de la communauté ne souffre aucunement de l'exercice de cette liberté.

Soyons bien convaincus cependant que la profession médicale de la Province de Québec n'est pas fermée à toute idée de progrès (son passé l'a prouvé amplement, et le présent confirme cette assertion). Elle est prête à coopé-

1. Ministre d'Etat dans le gouvernement de la Province de Québec, président du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec.

rer pour le mieux-être de la population dans les cadres de sa charte et dans les limites qui ne dépasseront pas le respect intégral de son autonomie.

Notre charte médicale confère en outre aux dirigeants de la profession des pouvoirs disciplinaires comparables à ceux d'une Cour Supérieure dont les jugements sont sans appel, garantissant ainsi au public que les médecins du Québec respectent à cent pour cent leur serment d'office et donnent à la société tout ce que peuvent fournir la science, la compétence et le dévouement de professionnels dont la préparation éloignée et immédiate a été entourée de la plus grande vigilance et dont l'acte médical journalier est contrôlé avec un soin minutieux. Je considère comme un devoir impérieux de rendre hommage à nos universités et à nos maisons d'enseignement secondaires qui concourent avec le Collège des Médecins dans la formation de nos médecins. En conséquence, considérant cette garantie exceptionnelle, donnée au public par la charte médicale de Québec, devra-t-on compter, en autant que notre Province est concernée, avec le Collège des Médecins dans tout projet qui pourrait être appelé à modifier les différentes modalités de conservation de la santé chez nous.

Au nom du Collège des Médecins de la Province de Québec, il m'est agréable de féliciter et de remercier l'Association des Médecins de langue française du Canada de donner à ses congrès une orientation scientifique qui cadre parfaitement dans le tableau des progrès inouïs de la médecine moderne, et qui répond adéquatement au besoin pressant de recherches intenses de moyens de diagnostics plus sûrs, de traitements plus complets et plus positifs, afin d'améliorer dans des proportions toujours croissantes le standard de la santé nationale.

Mesdames et messieurs, j'ai l'honneur de représenter aussi à ce congrès le Ministre de la Santé de la Province de Québec, qui s'intéresse, vous n'en doutez pas, à vos délibérations. A ce titre, j'ai suivi avec un intérêt soutenu toutes vos discussions. Le thème de ce congrès porte sur la question très importante et éminemment d'actualité du dépistage, des traitements et de la guérison possible du cancer. Déjà, des savants illustres, dont nous remarquons la présence d'un grand nombre ici même, ont décelé par leurs recherches la présence de ce fléau terrible parmi nous, qui cause des ravages à un rythme effarant dans notre population presque sans défense. Grâce à la sagacité de vos rapprochements de cause à effet, vous avez amoindri le mal que cette maladie était en train de faire dans nos rangs. Vous avez en plus établi indiscutablement la curabilité du cancer, et pour continuer à combattre effectivement cette plaie, votre Association, appuyée en cela par les autres sociétés savantes qui s'intéressent à l'amélioration de la santé nationale, suggère aux divers gouvernements d'entreprendre, contre cette calamité publique qui s'appelle le cancer, les campagnes d'éducation, de dépistage et d'organisation de traitements qui s'imposent en vue de la guérison de cette maladie. C'est d'ailleurs le but ultime que désirent atteindre les savants et les praticiens qui s'occupent plus spécialement de cancérologie, et ceci toujours dans le plus pur intérêt du public en général.

Je sens, Mesdames et Messieurs, que vous êtes anxieux de voir s'exécuter dans la Province ce programme de santé nationale. Le Ministre de la Santé nationale dans le gouvernement central de notre pays a exposé les grandes lignes d'un programme de sécurité sociale qui ne peut être indépendant de la santé publique. Le Ministère fédéral de la Santé a communiqué au Ministre de la Santé de la Province de Québec les arrêtés du Conseil Privé adoptés en date du 28 juillet 1948 en rapport avec ce programme national. Les offres contenues dans ces documents officiels ont été soumises par le Ministre de la Santé de la province de Québec au Conseil des Ministres, qui en a fait une étude sérieuse et qui m'a communiqué sa décision d'accepter les propositions fédérales dans ce domaine. Soyez convaincus que le Gouvernement de la Province ne s'est laissé distraire dans cette étude par aucune considération qui ne tende pas à sauvegarder totalement la santé de nos con-

citoyens, tout en envisageant le respect de notre liberté d'action, le contrôle entier de notre merveilleuse organisation hospitalière et surtout la liberté des membres de la profession médicale du Québec. Québec est opposé à la médecine d'Etat telle que pratiquée dans certains autres pays, mais Québec n'est pas opposé à ce que l'Etat joue un rôle supplétif dans ce domaine afin de permettre aux médecins de se procurer les meilleures armes connues dans leur lutte contre la maladie, et pour assurer à la population une plus complète sécurité sociale. Le Gouvernement de la Province de Québec coopérera donc à l'accomplissement de ce programme de santé nationale dans la mesure de ses moyens, et accepte avec bienveillance l'aide offerte en autant que cette aide ne fera pas figure de « cadeau de Grec ».

Je n'hésite aucunement à affirmer, à la suite de ces ententes, que le problème épineux, mais combien important, de la recherche, du traitement du cancer, aussi bien que de l'hospitalisation convenable dans des milieux particulièrement bien choisis, sous la direction de personnes dont la compétence n'est pas discutable, sera résolu dans notre Province dans un avenir rapproché et de la même manière qui nous a permis d'envisager et de solutionner le problème de la tuberculose, qui il y a à peine dix ans tenait, comme le tient actuellement le cancer, la vedette parmi les maladies qui taxent le plus et nos ressources économiques et notre capital humain.

Aussi, en terminant, vous devez être conscients, messieurs les congressistes, d'avoir rendu à vos concitoyens un service signalé en vous astreignant pendant les assises de votre convention à l'étude approfondie de tous les moyens de diagnostic et de traitement du cancer et en permettant aux pouvoirs publics de s'inspirer de vos conclusions pour entreprendre une lutte à mort contre cet ennemi numéro 1 de notre bien-être national.

LE CONGRÈS DE BOSTON

L'Association Médicale Franco-Américaine réunissait à l'hôtel Somerset de Boston, le 20 octobre dernier, plus de cinquante confrères des Etats-Unis. Et l'Association des Médecins de Langue Française du Canada était représentée par le directeur général, le docteur Donatien Marion, et le secrétaire-trésorier général. Elle avait délégué des conférenciers qui se sont joints aux savants confrères de la Nouvelle-Angleterre.

Le docteur A. Pelletier, de Winchendon, Mass., président de l'Association Médicale Franco-Américaine, ouvre la séance à deux heures et quinze par une allocution de bienvenue et présente tour à tour les rapporteurs.

Dans un travail intitulé « progrès ou recul », le docteur Eugène Thibault met en relief la médecine d'autrefois et celle d'aujourd'hui. On employait alors, comme traitement, l'urée, les pommes, le trèfle, l'ail, le lait caillé, l'écorce de saule. De nos jours, c'est encore l'urée, la poudre de pomme, la pénicilline, le yogourt, l'ail et les salicylates. L'esprit d'observation de nos prédécesseurs ne le cédait en rien au nôtre. Les conditions sont toutefois changées. Le monde, dans un temps d'abondance, court à la famine. Pourtant la vraie science sera capable d'éviter ce fléau et ce n'est pas la théorie malsaine d'un Chisholm qui l'emportera. La Providence veillera sur le salut de l'humanité.

Le docteur Tormey présente ses observations sur 142 cas de rhumatisme qu'il a étudiés et parmi lesquels il a relevé 102 cas de fibrosite. Il met en lumière les quatres périodes du rhumatisme musculaire et demande de diriger l'enfant atteint de rhumatisme vers une carrière qui n'occasionnera pas de surmenage physique, car la maladie peut prendre trois voies: celle de la chorée, de la cardite ou du rhumatisme musculaire (fibrosite). Après l'âge de 40 ans, le rhumatisme continue d'évoluer et il peut exister une arthrite rhumatoïde, de la dégénérescence articulaire et des troubles musculo-squelettiques. Il importe donc de prévenir les infections de la gorge surtout, parce qu'elles sont des maladies débilitantes.

Le docteur C.-A., Gauthier, de Québec, dans une communication qui a pour titre « le traitement de l'épilepsie par la mésantoïne », soumet ses observations sur le grand et le petit mal traité à l'aide de cette nouvelle médication, associée aux barbituriques. Il en vient aux conclusions que la mésantoïne a l'avantage de ne pas être toxique comme ses prédécesseurs (v.g. le sel sodique du diphénylhydantoin), d'abaisser le seuil épileptogène (car elle réduit le degré de susceptibilité de l'écorce), de ne pas provoquer de gencivite hyperplasique ni de dermatite exfoliatrice. Et, de plus, associée aux barbituriques, au tartrate boricopotassique, la mésantoïne est la meilleure arme contre l'épilepsie autant pour le médecin que pour le neurologue.

Le syndrome douloureux de l'hypochondre est ensuite traité par le docteur Richard Gaudet, de Sherbrooke. Il rappelle la fréquence des maladies de la vésicule biliaire et chaque cas de colique hépatique est considéré comme un cas d'urgence. Une bonne histoire de cas, hémogramme, radiographie de la vésicule biliaire, azotémie, glycémie, prothrombinémie, B.W., temps de coagulation et de saignement, électro-cardiogramme, tous ces examens sont pratiqués pendant que le traitement préopératoire est institué. Le docteur Gaudet décrit ensuite la technique opératoire et les précautions à prendre durant l'intervention. Dans les jours qui suivent celle-ci, il faut éviter les embolies: le lever et la marche se pratiquent au troisième jour, pendant que le médecin digitalise le cœur et que l'infirmière conduit la gymnastique de la marche.

Le docteur Donat Cyr, de Boston, étudie l'action de certains composés dans le traitement des maladies du sang. L'acide folique est un agent hématogène dans les anémies macrocytaires, dans les anémies par dénutrition,

dans la grossesse. L'aminoptérine ne guérit pas la leucémie aiguë, mais en retarde l'échéance. L'uréthane donne des résultats satisfaisants dans les leucémies myéloïdes chroniques, car elle a une action leucopénique. Elle ne remplace pas la rœntgenthérapie, mais elle est moins coûteuse. Le gaz moutarde a un effet destructeur sur les cellules qui ont tendance à proliférer (i.e. Hodgkin). Les ganglions et la rate diminuent de volume sous son action. Toutefois, s'il ne guérit pas, il demeure un remède précieux et prolonge la vie de plusieurs mois.

La fièvre des foins est ensuite traitée par le docteur Savignac, de Boston. Pour établir le diagnostic, la cuti-réaction est importante. Les saisons jouent un grand rôle en ce sens qu'avant juin, nous avons affaire aux substances sensibilisantes des arbres, plus tard à celles des herbes et ensuite à celles de l'herbe à poux. Le traitement se révèle tout à fait individuel; certains patients sont plus sensibles que d'autres aux anti-histaminiques. Le problème est de se rendre compte de la susceptibilité de chacun.

Le docteur Letourneau, de l'hôpital de la rue Reine-Marie, Montréal, nous entretient de la réhabilitation des anciens combattants. Après la guerre de 1914-18, ceux-ci recouraient à toutes sortes d'expédients pour se faire traiter et pour vivre. Le gouvernement fédéral étudia sérieusement ce problème et, en 1944, il institua le ministère des anciens combattants (D.V.A. Department of Veterans Affairs) dans un double but: le traitement médical des blessés et la réhabilitation. Aujourd'hui, dix mille lits au Canada sont à la disposition des anciens combattants dans dix-sept institutions qui sont placées dans des centres universitaires. En plus du traitement, on y dispense certains services: physiothérapie, artisanat, service de prothèse (le plus grand est logé à l'hôpital Sunnybrook de Toronto), réhabilitation des paraplégiques. Le ministère des anciens combattants, pour éviter les soucis, fournit le numéraire aux familles. L'orientation professionnelle se fait par l'intermédiaire du C.R.O. (Casualty Rehabilitation Officers), qui n'a pas d'autres prérogatives que celle d'exercer une influence et une surveillance sur les patients qui sont à l'hôpital ou qui, réhabilités, sont employés dans une industrie. Le médecin traitant reste le maître de son patient.

Vu l'heure avancée, les docteurs Langlois, d'Ottawa, et Henri Charbonneau, de l'hôpital Pasteur de Montréal, offrent de remettre la communication qu'ils doivent présenter, le premier sur « les méningites infantiles » et le second sur « la pénicilline dans les maladies contagieuses » et ils cèdent la place au professeur Pierre Lépine, de l'Institut Pasteur de Paris.

Le professeur Lépine nous dit, dans un sujet intitulé « chimiothérapie dans les maladies à virus », que tout d'abord les sulfamidés et les antibiotiques se sont révélés un échec complet et que la chimiothérapie a mauvaise réputation, mais pas tant que cela.

Il envisage quatre groupes de virus qui correspondent à quatre tropismes différents: *a*) celui de la psittacose par exemple et de la maladie de Nicolas Favre, virus assez gros qui sont réfractaires à la pénicilline et à la streptomycine. La chloromycétine a l'avantage qu'elle peut être donnée par la bouche et que son efficacité est très rapide; *b*) virus dermotropes, sensibles à la pénicilline à très haute dose (surtout pénicilline H); *c*) virus septicémiques, i.e. grippe, fièvre jaune. Le problème est à l'étude sur l'œuf en voie de développement et, tôt ou tard, nous en arriverons à une solution; *d*) virus neurotropes: ils atteignent le système nerveux soit directement (rage ou poliomyélite) ou secondairement (encéphalites). Voilà la classe la plus décevante au point de vue thérapeutique.

Prenons l'exemple de la poliomyélite et envisageons trois stades de son évolution: 1 — avant que le virus n'ait atteint le système nerveux et alors qu'il est encore dans l'intestin; 2 — quand le virus est fixé dans le système nerveux (on peut essayer d'endiguer et de limiter son évolution); 3 — quand le virus est rendu dans les neurones.

Nous avons pour le traitement quatre pistes: la première, la chimiothérapie (sulfamidés,

phénosulfazol, qui possèdent une action intéressante et dont les essais sont en cours) ; la deuxième, celle des matières colorantes qui touchent le noyau en arrivant à détruire ces parasistes; la troisième, les enzymes spécifiques, parce que l'étude physiologique du noyau démontre que les virus ont une structure physico-chimique. Les venins de serpents contiennent une quantité d'enzymes spécifiques; la quatrième est celle qui nous satisfait le plus actuellement et qui se rapproche de la composition des vitamines.

Comme conclusion, le professeur Lépine demande de ne pas être trop pessimiste car le problème sera très prochainement résolu. Nous avons cet espoir de traiter ces maladies qui font le désespoir des cliniciens et des malades.

Le président remercie tous ceux qui ont contribué à l'avancement de la science et ceux qui ont assisté à ce congrès.

Le soir, à sept heures et demie, un splendide banquet était servi à quelque deux cents personnes. Il faut dire que les dentistes franco-américains, qui avaient tenu séparément leurs séances au cours de l'après-midi, s'étaient associés aux médecins dans ces agapes.

Le docteur Maloney, dentiste de Cambridge, agit comme maître de cérémonies. Il remercia les épouses des dentistes et des médecins d'avoir rehaussé la fête de leur présence. Le directeur général, le docteur Marion, invité à porter la parole, se dit heureux d'assister à de si fructueuses assises et de venir une fois de plus en contact avec nos confrères des Etats-Unis, qu'il invite au prochain congrès régional de Chicoutimi en juin 1949.

Le président du congrès de Boston, le docteur A. Pelletier, donne l'opinion que la survivance française ne doit pas s'exercer seulement dans la province de Québec et qu'à l'avenir non seulement les dentistes, mais aussi les avocats et les autres professionnels franco-américains seront invités à tenir un congrès simultané. Il est temps que les Acadiens émigrés du Nouveau-Brunswick sachent se tenir en rang serré pour mieux vivre leurs traditions. Le président fait connaître ensuite le résultat des élections qui ont porté à la présidence pour l'année 1948-1949 le docteur Antoine Dumouchel, de North Adams, Mass.; à la vice-présidence, le docteur Henri-E. Gauthier, de Woonsocket; le spirituel secrétaire et le dévoué trésorier ont gardé la faveur populaire et sont respectivement les docteurs Fred Dupré, de Worcester, et Lucien Leblanc, de Suncook, N.H.

Le clou de la soirée a sans contredit été la spirituelle conférence donnée par le R.P. Engelbert Devincq, Assomptionniste de Worcester, qui a parlé de la maladie de l'amour. Aux Etats-Unis depuis vingt-huit ans, le R.P. Devincq, Français d'origine, s'est exprimé dans une langue impeccable. Rien d'étonnant à cela: il est professeur d'histoire de littérature française. Il a demandé aux médecins de ne pas traiter seulement le corps, car souvent, à la racine du mal physique, il y a un vice moral. Souvent aussi ce vice est l'amour mal compris, l'amour égoïsme, l'amour métier, la perversion de l'amour, l'amour libre, l'amour jalousie. Pour le combattre, la religion met à notre disposition les moyens spirituels. Il n'y a qu'à s'en servir.

Sa conférence s'achève et tous, encore suspendus à ses lèvres, sont surpris qu'il ait parlé environ trois quarts d'heure.

Hermile TRUDEL

SALON D'ART DU XIXe CONGRÈS

Au cours du 19ième congrès des médecins de langue française du Canada, le rideau s'est levé sur une première édition du Salon des Beaux-Arts. Y étaient réunies des œuvres de sculpture, de photographie et de peinture créées par des médecins au cours de leurs moments de loisir. Les délégués ont visité ce Salon en très grand nombre et furent très enthousiastes dans leurs commentaires sur les œuvres exposées par leurs confrères.

Dr Oscar HAMEL,
1835, boul. Pie IX, Montréal.

Un excellent jury de sélection composé du portraitiste, Yousuf Karsh, du peintre, Henri Masson, et du docteur Paul Dumas, critiqua avec soin les œuvres présentées et décerna des prix aux médecins suivants:

Section Peinture et Arts Graphiques.

1er prix: Dr Oscar Hamel, Montréal.

2ème prix: Dr Albert Jutras, Montréal.

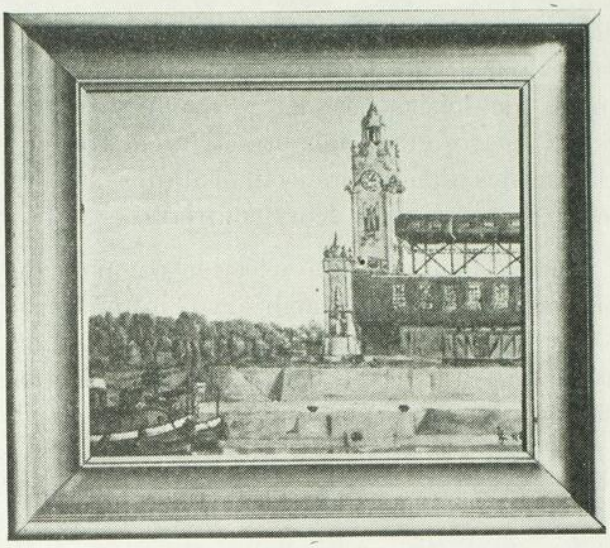
3ème prix: Dr Ernest Chabot, Montréal.

Mention honorable: Dr J.J. Hébert, Montréal.

Mention honorable: Dr Roland Jolicœur, Montréal.

Dr Albert JUTRAS,
3682, rue Ste-Famille, Montréal.

Dr E. CHABOT,
2300 est, boul. Gouin, Montréal.



Dr R. JOLICOEUR,
5286, 4e avenue, Rosemont.

Section Photographie.

1er prix: Dr Gilbert Brisebois, Montréal.

2ème prix: Dr Philippe Panneton, Montréal.

3ème prix: Dr Pierre Sénécal, Montréal.

Dr Philippe PANNETON,
1414, rue Drummond, Montréal.

Section Sculpture et Arts Mineurs.

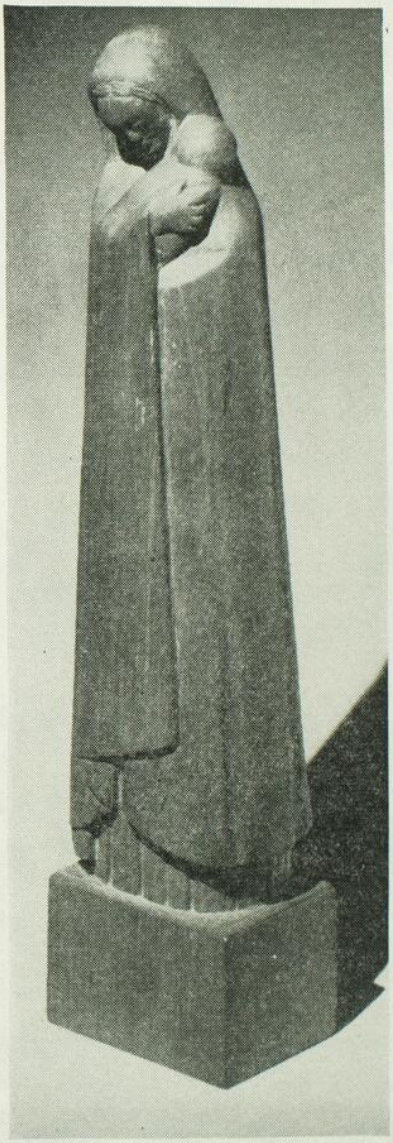
1er prix: Dr Joseph Lamoureux, Trois-Rivières.

2ème prix: Dr J.D. Hélie, Val Barrette.

3ème prix: Dr Ernest Cou'ure, Ottawa.

Mention honorable: Dr J.A. Denoncourt, Trois-Rivières.

Mention honorable: Dr Oscar Hamel, Montréal.



Dr J.-A. DENONCOURT,
329, boul. Laviolette, Trois-Rivières.

Les prix furent remis aux gagnants par le président de l'Association, le Dr A.L. Richard, qui vanta la qualité des œuvres soumises, exprimant le désir de voir l'édition 1950 du Salon des Beaux-Arts attirer un nombre encore plus considérable d'exposants intéressés. Le Dr Richard remercia aussi la maison Frank W. Horner Limited d'avoir gracieusement offert ce Salon et lui promit la coopération de l'Association des médecins de langue française en déclarant que celle-ci envisageait avec enthousiasme le projet d'un nouveau Salon des Beaux-Arts qui aura lieu cette fois à Montréal, en 1950.

Dr J.-D. HÉLIE,
Val Barrette.

Dr Oscar HAMEL,
1835, boul. Pie IX, Montréal.

"L'Union Médicale du Canada" en 1879

La Science et le Charlatanisme en Médecine.

Novembre 1879.

E pur si muove, et pourtant la terre tourne, disait Galilée devant ses juges. Et avec son mouvement de rotation, se déroule le vaste panorama, dans toutes ses variétés, de la nature sous les différents climats, sous les différentes saisons. *E pur si muove,* théorie sublime que le génie de Copernic avait bien entrevue, mais qu'il n'osa défendre, ... qui nous rappelle que tout marche: les planètes dans l'espace, et l'homme vers Dieu, c'est-à-dire vers le bien, vers le beau, vers le vrai; c'est-à-dire encore vers la science, qui comprend tout cela ... *E pur si muove,* l'heure du plaisir est passée, . . . la vacance est finie; l'homme d'étude rentre dans son cabinet, pour y continuer des travaux inachevés, et en commencer d'autres; et l'élève revient prendre la place sur les mêmes bancs, à l'Académie, comme à l'Université. Travailleurs de la science, maîtres et élèves commencent une nouvelle année scientifique, c'est-à-dire prennent de nouveau le sentier, où ils ont déjà planté des jalons les années précédentes; la tâche se continue avec ardeur et avec fruit, parce qu'un mobile commun les conduit tous: l'ambition d'apprendre et de dire un jour comme Archimède, *Eureka,* ou comme Galilée: *E pur si muove !*

Le grand nombre de chercheurs fait trouver plus vite, comme la compétition oblige au perfectionnement. Une nouvelle école de médecine à Montréal conduira certainement à ce double but. Dans notre pays surtout, où certainement, la science est encore à se traîner avec effort, comme un enfant, au lieu de prendre un noble et puissant essort vers ses régions élevées, dans notre pays, dis-je, le mouvement est nécessaire, sinon les nations marchant à grand pas sur le chemin du progrès scientifique pourront supposer que nous préférons l'opinion de Josué à celle de Galilée !

J'ai dit que la compétition dans le travail oblige au perfectionnement: c'est là la devise du manœuvre comme de l'ouvrier de la science. Mais dans le domaine de la science, il n'y a pas de progrès sans le concours de l'autorité. L'autorité est nécessaire partout, pour le bon fonctionnement de la chose publique; partout, mais surtout elle doit sa protection à la science, parce que la science, c'est l'avenir du genre humain. Elle aide la science en lui votant des secours, et en la protégeant contre l'envahissement de l'erreur, du mensonge du charlatanisme qui se glissent partout et surtout ici; car rien de plus commun que les faux savants, et rien de plus malheureux pour la société.

Le charlatanisme, plaie hideuse qui nous ronge, qui veut nous tuer, qui paralyse les efforts du mérite et lui enlève son triomphe dans les ténèbres, a trouvé sur la terre du Canada, je pourrais dire sur la terre d'Amérique, des éléments de subsistance qui l'ont engraissé, au point qu'il n'ose pas croire à l'amaigrissement rapide ni à la mort: tant le succès enivre ! Mais l'alliance de l'autorité et de la science tuera l'hydre, l'écrasera et il ne se relèvera pas.

C'est là l'espérance que toutes les Ecoles de Médecine de la Province de Québec doivent avoir quand on considère la position que la loi vient de prendre contre l'envahissement du charlatanisme. Je dis « toutes les Ecoles de Médecine de la Province de Québec », parce qu'aucune ne peut refuser de marcher avec la loi quand elle lui accorde généreuse protection: ne pas seconder les efforts de celle-ci serait alors s'opposer à son fonctionnement et se déclarer ouvertement pour le triomphe de l'erreur qu'elle veut combattre, du charlatanisme qu'elle veut détruire. Mais de quelle manière, me dira-t-on, la dernière loi médicale attaque-t-elle particulièrement le charlatanisme cette fois-ci ? On a droit de demander cette explication et je me hâte de la donner. Ecoutez.

Qu'est-ce que le charlatanisme ? Calepin, Ménage, Casaubon, donnent trois étymologies différentes au mot charlatan: le premier le fait dériver de Ceretano, qui en italien, signifie habitant du bourg de Cereto; le second, de circulator, circitor, promeneur; le troisième, de ciarlatore, babillard. Voilà pour les étymologistes.

Les dictionnaires, malgré que nous donnant une synonymie plus heureuse, ne nous en font guère mieux comprendre le sens. En effet, pour l'un, c'est un bateleur; pour l'autre, c'est un saltimbanque; pour un dernier, c'est un vendeur de drogues. Mon Dieu ! il n'y a pas matière à ictère dans tout cela. Et si le charlatanisme ne comprenait pas d'autres significations que toutes celles que je viens de citer, je n'aurais nulle envie d'en parler. Car que m'importe qu'on soit de Cereto, voyageur, babillard sur la place publique, ou danseur à la mode, ou bateleur émérite; tous ces différents individus me paraissent très moraux.

Qu'est-ce donc encore une fois que le charlatanisme médical? Attention; il faut définir, « Le charlatanisme médical est tout acte par lequel des médecins pris séparément ou *collectivement* dérogent aux lois d'honnêteté, de morale, qui dans la profession

médicale doivent être autant, sinon plus scrupuleusement observées que dans aucune des nombreuses conditions de la société ».

Envisagé à ce point de vue, qui nous semble exact, le charlatanisme prend des proportions gigantesques puisqu'il peut ne pas craindre de pénétrer dans nos vastes enceintes universitaires. C'est en effet ce qui est arrivé; et c'est parce que cela est arrivé que la loi est venue au secours de la médecine, et lui a dit avec fermeté: Je vais te protéger.

Cela est arrivé, quand une université s'est arrogé le droit de faire des étudiants en médecine avec des élèves qui ne possédaient pas les connaissances requises, puisque ces mêmes élèves ne pouvaient montrer des certificats satisfaisants. Peut-on supposer, n'est-ce pas, qu'un élève de méthode ou de versification est suffisamment qualifié pour étudier une science aussi vaste que la science médicale. Non, non, mille fois non !

Cela est arrivé, quand un diplôme a été donné à des individus bien et dûment reconnus comme n'ayant pas d'autre qualification que celle d'un gousset garni aux dépens de la santé publique !

L'autorité avait donc droit de s'alarmer, et j'ai donc droit de dire que nous devons être fiers du secours généreux qu'elle est venue nous porter dans la dernière loi médicale, parce que celle-ci ne reconnaît maintenant qu'à un bureau spécial d'examinateurs le droit de faire subir les examens pour l'admission à l'étude de la médecine, et nous assure ainsi que les droits de la profession ne pourront plus être sacrifiés aux intérêts des écoles.

Il était temps. Si nous voulons guérir un organe malade, il nous faut bien souvent chercher la cause de la maladie dans un autre organe. Si nous voulons détruire le charlatanisme des individus, commençons par détruire le charlatanisme *collectif*. La vénalité professée collectivement, conduit à la vénalité individuelle. Or le charlatan n'est pas autre chose que la vénalité personnifiée.

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 « Quarter'y Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd. psychol. », **94**: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

P. SAVY, C. KOHL, R. P. BUFFARD. — **Les formes abdominales de la dégénérescence hépato-lenticulaire (A propos d'un cas).** "Annales de Médecine", **49:** 113, 1948.

Le dogme de l'intégrité clinique des organes de la sphère portale dans la maladie de Wilson n'est plus de mise.

Il existe des observations à vrai dire rares (et que les auteurs rapportent) dans lesquelles s'associent au syndrome neurologique un syndrome portal et plus particulièrement une cirrhose avec ascite, souvent du subictère, parfois une splénomégalie.

La splénomégalie peut se voir isolément ou parfois accompagnée d'hématémèse, évoquant la maladie de Banti, et ce d'autant plus que dans la splénomégalie wilsonienne il y a également évolution vers la sclérose hépatique.

Ces formes anormales sont authentifiées par leur existence dans une fratrie dont d'autres représentants étaient porteurs d'une maladie de Wilson typique, ou par la survenue tardive d'un syndrome neurologique typique ou encore par la constatation d'un cercle vert de Fleischner, d'une pseudo-cataracte en fleur de tournesol de Zimmerling et Olof.

Dans des cas rares, le diagnostic reposait sur la constatation de lésions nerveuses caractéristiques.

Les formes sans signes nerveux, parfois sans cercle vert, évoquent de très près les cas de cirrhose familiale des jeunes et les auteurs discutent les arguments en faveur ou contre l'identité des deux maladies.

D'autre part, les signes digestifs (diarrhée, vomissements, subictère) dans les antécédents plus ou moins lointains de la maladie sont importants à noter, car très fréquents. Ils permettent en outre d'évoquer une théorie pathogénique de la maladie de Wilson: une surinfection par le virus de l'hépatite épidémique des noyaux lenticulaires.

J. BURCKEL

CARDIOLOGIE

H. EISENBERG. — **Le traitement de la syphilis cardiovasculaire.** *(Treatment of cardiovascular syphylis).* "Ann. Int. Med.", **29:** 71 (juillet) 1948.

D'après Blumgart, 10 à 15 pour cent des maladies cardiaques ont une origine syphilitique. Les changements histologiques les plus caractéristiques et les plus étendus causés par l'invasion du tréponème pâle consistent en une infiltration à cellules mononucléaires des espaces périvasculaires lymphatiques. Selon Longcope, de tels changements se produisent dans l'aorte durant la période secondaire. Dans les cas de syphilis ancienne, Warthin rapporte que 70 à 90% des cas montrent à l'autopsie une évidence histologique d'atteinte cardiovasculaire. Les changements pathologiques significatifs semblent être localisés à l'aorte et aux orifices coronariens. Dans l'aorte la réaction inflammatoire périvasculaire détruit les fibres élastiques de la média Quand ceci se produit dans l'anneau aortique, il en résulte une dilatation suivie d'insuffisance aortique. Ce même processus de destruction et de dilatation peu intéresser d'une façon diffuse l'aorte. Une aortite supravalvulaire est la forme la plus commune et la plus précoce de la maladie cardiovasculaire syphilitique. Si l'aortite et la dilatation sont localisées, un anévrisme peut

en résulter. Un dernier type d'atteinte cardio-vasculaire consiste en un œdème de l'intima des orifices coronariens. Carr évalue à moins de 10% les cas de syphilis aortique montrant des signes cliniques ou électriques d'atteinte coronarienne.

L'aortite supravalvulaire se caractérise par une accentuation du deuxième bruit au foyer aortique et un souffle systolique. Une douleur rétrosternale sous forme de brûlement, non provoquée par l'effort, ou bien des crises typiques d'angine indiquent une atteinte des orifices coronariens. Une dilatation aortique s'observe avant tout par un examen radioscopique.

Le traitement antispécifique dépend du diagnostic anatomique et de l'état fonctionnel. En présence d'une aortite non compliquée, la thérapeutique conventionnelle, arsenic et bismuth, est recommandée. En présence d'anévrisme, de lésions valvulaires ou de signes électrocardiographiques d'atteinte coronarienne, le début du traitement doit être très prudent. Du bismuth devrait être administré chaque semaine pendant au moins trois mois avant d'utiliser des arsenicaux. Si ce traitement a été bien toléré, un composé arsenical peut être employé en augmentant très lentement les doses. Si le cœur est insuffisant, avant de commencer le traitement il faut le soigner par les méthodes usuelles. S'il devient insuffisant au cours du traitement, il faut suspendre celui-ci et rétablir la réserve cardiaque. La pénicilline cause, assez souvent, chez ces patients, des réactions fébriles d'Herxheimer. Différents auteurs recommandent divers modes de traitement à la pénicilline, mais tous suggèrent de commencer par de très faibles doses et de les augmenter lentement. Il est trop tôt pour évaluer les résultats lointains qu'un traitement à la pénicilline seule peut donner.

Paul DAVID

GASTRO-ENTEROLOGIE

A. BENSAUDE et J. BURCKEL. — **Cryptite et anite hémorroïdaires.** "La Semaine des hôpitaux de Paris", **58:** 1880 (2 août) 1948.

L'inflammation des cryptes de Morgagni n'est dans le plus grand nombre de cas qu'un des éléments de la poussée d'anite hémorroïdaire. Il existe cependant des cryptites isolées ou associées à la papillite hypertrophique. Elles évoluent avec une symptomatologie qui leur est propre. Le tableau clinique de la cryptite isolée peut parfois être voisin de celui de la fissure anale, dont il se distingue par le siège latéral ou paramédian, par l'absence de contracture sphinctérienne et de formations paralésionnelles. Au point de vue thérapeutique, l'intervention chirurgicale est rarement nécessaire, le traitement médical associé ou non à la haute fréquence intra-rectale ou à la radiothérapie suffit dans la majorité des cas.

J. BURCKEL

P. FRANK, J. MOUSSIE et V. CHORWATH.— **Les perforations intestinales par ascaris.** "Gazette des Hôpitaux", **24:** 301 (12 juin) 1948.

Les perforations intestinales par ascaris sont moins connues que les occlusions. Elles réalisent des péritonites généralisées ou enkystées.

Les auteurs proposent la classification suivante basée sur les cas rapportés.

1. — Perforations sur lésions préexistantes de la paroi intestinale.
   a) Ulcérations typhiques.
   b) Ulcérations tuberculeuses.
   c) Ulcérations du diverticule de Meckel.
   d) Plaie intestinale au cours d'une blessure pénétrante de l'abdomen par éclat d'obus.
2. — Perforation sur lésion préexistante de la paroi.

Deux possibilités:

1) La perforation est visible à l'intervention.
   a) Perforation de la région iléo-cæcale.
   b) Perforation au niveau d'une anastomose de gastrectomie. (Du reste les malades gastrectomisés porteurs d'ascaris éliminent leurs vers par vomissement après l'intervention sans que l'on puisse expliquer pourquoi l'opération produit ce changement d'itinéraire.)
2) La perforation n'est pas visible à l'intervention.

Les auteurs rapportent deux cas entrant dans cette catégorie. L'explication la plus vraisemblable paraît être la suivante. Les ascaris traversent l'intestin à l'état d'œufs. Cette perforation intestinale est lente, ce qui permet aux parois de se cicatriser. Les œufs continuent leur développement dans le péritoine et y forment des abcès encapsulés qui finissent par se rompre. La rupture est généralement liée à un traumatisme.

J. BURCKEL

CHIRURGIE

A. BRUNSCHWIG. — **Le traitement chirurgical du cancer du col utérin.** *(The surgical treatment of advanced carcinoma of the cervix.)* "New York State J. Med.", **48:** 1733, 1948.

Le traitement chirurgical varie avec l'étendue de la maladie et l'auteur décrit ses façons de procéder.

Si le cancer est limité au col et aux tissus du voisinage, il fait une hystérectomie abdominale radicale avec une dissection des lymphatiques du bassin.

En présence d'une lésion étendue aux parois pelviennes avec envahissement d'un uretère, il fait une hystérectomie totale avec une dissection des lympathiques et résèque la portion de l'uretère malade. L'extrémité supérieure de l'uretère est alors implantée dans le côlon sigmoïde.

Quand la vessie est envahie, il fait une hystérectomie totale avec une résection des lymphatiques et une cystectomie totale en un seul temps opératoire, mais par une double voie. La laparotomie consiste à sectionner les uretères et à les implanter dans le côlon sigmoïde, à libérer l'utérus, les annexes, les ganglions pelviens et la vessie jusqu'à leurs attaches au plancher pelvien. L'abdomen est fermé et la patiente est placée en position de lithotomie. Une incision elliptique entoure la vulve et les organes libérés au cours de la laparotomie sont enlevés. L'incision périnéale est fermée et un drain est laissé en place.

Si le cancer envahit le rectum et la vessie, il est nécessaire d'enlever le côlon pelvien, le rectum, la vessie, l'utérus, le vagin et la masse tumorale.

Au cours de la laparotomie, les deux uretères sont sectionnés, les ganglions le long des vaisseaux iliaques externes et internes sont disséqués, libérés et réclinés vers le centre. Les artères et les veines hypogastriques sont ligaturées et sectionnées. La vessie est libérée de la symphyse pubienne jusqu'aux ligaments pubo-vésicaux. Le sigmoïde est sectionné et les deux uretères y sont implantés. L'extrémité supérieure du sigmoïde est attirée à l'extérieur de la ligne médiane et l'abdomen fermé.

La patiente est alors placée en position de lithotomie. L'incision elliptique part de la symphyse pubienne et va jusqu'à l'extrémité inférieure du coccyx. Les organes libérés sont attirés et enlevés. L'incision est fermée avec un drain aux deux extrémités. La péritonisation est impossible car le péritoine pelvien est enlevé en entier, l'intestin tombe dans le bassin, y devient adhérent et ne cause pas d'obstruction.

Jusqu'ici, l'auteur a eu une mortalité opératoire de 23% au cours des deux premières semaines pour cette dernière intervention. Toutes les patientes qui survivent sont soulagées et quelques-unes sont retournées à leur occupation antérieure.

Toutes ces patientes avaient déjà reçu des irradiations et aucun soulagement n'était possible par une autre forme de traitement. En plus de se faire enlever d'énormes masses de tissus néoplasiques, ces patientes furent libérées de fistules vésico-vaginales et recto-vaginales.

L'auteur ajoute que ce taux de mortalité se compare favorablement à celui de la période initiale des traitements chirurgicaux des cancers de l'œsophage, du poumon et de la région cardio-œsophagienne.

Maurice GERVAIS

ORTHOPEDIE

R. I. HARRIS et T. BEATH. — **Pied plat hypermobile, avec tendon d'Achille court.** *(Hypermobile flat-foot with short tendon Achillis.)* "The Journal of Bone and Joint Surgery", **30:** 116 (janvier) 1948.

Cet article rapporte les observations faites dans l'armée canadienne au cours de la dernière guerre, par l'examen de 3,600 recrues et par leur réexamen durant l'entraînement. On mentionne d'abord les trois variétés de pied plat:

a) Le pied plat hypermobile avec tendon d'Achille trop court.
b) Le pied plat par spasme des péroniers.
c) Le pied plat par simple affaissement de l'arche longitudinale.

La première variété qui fait le sujet de cet article semble être pour l'auteur le résultat de modifications des rapports anatomiques du calcanéum avec l'astragale. Elle est la forme commune du pied plat grave chez l'enfant et l'adolescent.

L'auteur fait un peu l'historique de la question depuis Whitman, qui considérait les modifications anatomiques du tarse comme la conséquence du pied plat, et non comme la cause, contrairement à l'opinion exprimée dans cet article.

L'article décrit en détail les manifestations cliniques de cette variété de pied plat hypermobile. Apparition précoce dans l'enfance avec hérédité marquée; tôt ou tard douleur et fatigue apparaissent à la marche ou la station. Il y a toujours l'histoire d'une capacité diminuée à l'effort. Dans les cas typiques, le pied plat apparaît seulement à l'appui, ce qui constitue l'évidence de sa grande mobilité et l'action du tendon d'Achille trop court. L'examen attentif des mouvements de la tibio-tarsienne démontre que le tendon d'Achille est trop court. Ceci semble être la conséquence de la laxité du pied et de sa structure modifiée.

La sous-astragalienne et la médio-tarsienne sont hypermobiles et instables. L'aspect de ce pied plat est caractéristique par l'abduction du pied antérieur, la saillie interne et plantaire de la tête de l'astragale et le valgus postérieur. Toute la face plantaire est accolée au sol, à l'appui.

Il y a différents degrés de pied plat hypermobile, ce qui rend difficile le diagnostic des formes légères ainsi que le traitement. Des études anatomiques faites à l'Université de Toronto sur les os du pied sont rapportées dans cet article. Elles ont servi de base à la notion de support faible ou fort de l'astragale sur le calcanéum. Ces notions anatomiques sont appuyées sur des études radiographiques très bien illustrées dans l'article.

L'auteur soulève la discussion de l'importance du support passif des os et des ligaments sur le support actif des muscles. Enfin le traitement de cette variété de pied plat est résumé de la façon suivante:

1) Moyens pour procurer un support externe au pied (support plantaire, correction de chaussure, etc.).
2) Exercices pour développer les muscles.
3) Techniques chirurgicales à employer.

L'auteur décrit sa propre technique, qui consiste en une arthrodèse de la sous-astragalienne par une incision à la face interne du pied, pour mieux atteindre le sustentaculum tali, et le col de l'astragale. Il donne les indications précises du traitement.

L'adolescent avancé ou le jeune adulte sont de bons sujets pour l'arthrodèse, dit-il. L'article est suivi d'une intéressante discussion du sujet.

Edgar LEPINE

NEURO-PSYCHIATRIE

G. TARDIEU et B. GUILLAUMONT. — **Traitement des syndromes parkinsoniens par la radiothérapie des noyaux gris centraux.** "Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris", **64:** 335, 1948.

Les auteurs ont traité par la radiothérapie des noyaux gris centraux 14 malades souffrant d'un syndrome parkinsonien. Il s'agissait de parkinsonisme post-encéphalitique et de maladie de Parkinson pré-sénile. Des résultats favorables furent obtenus dans 11 cas, surtout dans les syndromes post-encéphalitiques, et comportèrent d'abord une atténuation de la raideur puis, à un degré moindre, du trem-

blement, beaucoup moins nette de la perte de l'automatisme. Les auteurs administrèrent 2 séances hebdomadaires, ils utilisèrent deux champs (temporal droit et gauche un peu au-dessus de la selle turcique) et même un troisième champ médian et frontal.

La dose totale fut de 2,400 à 3,000 r. répartis sur deux ou trois champs, soit 1,200 à 1,500 r. par champ avec deux portes d'entrée ou 800 à 1,000 r. pour trois portes d'entrée, en administrant 50 r. aux trois premières séances, puis 100 et 150 r. aux séances ultérieures.

Voici la technique radiologique utilisée: 200 kilovolts filtres sur ½ millimètre de cuivre et 2 millimètres d'aluminium; 4 à 6 m A pour l'intensité; la distance foyer-peau était de 40 centimètres.

Ce traitement pourra être repris après 3 à 4 mois de repos.

Les auteurs croient que ce traitement est actuellement supérieur à toute thérapeutique en usage.

Roma AMYOT

ANATOMO-PATHOLOGIE

J. PATEL et R. TUBIANA. — **Les tumeurs primitives rétro-péritonéales.** "Ann. Ana. Path.", **17:** 329, 1947.

Par tumeurs rétro-péritonéales, les auteurs entendent toute tumeur développée derrière le péritoine à l'exclusion des tumeurs de l'appareil urinaire et du mésentère. Ils les divisent en tumeurs mésenchymateuses, tumeurs ectodermiques, et tumeurs embryonnaires.

A. — *Tumeurs mésenchymateuses.*

a) Les lipomes: ce sont les plus fréquentes de ce groupe. Habituellement bien délimitées et facilement clivables. Cependant, ces lipomes récidivent dans la plupart des cas. (Tendance particulière aux lipomes rétro-péritonéaux.)

b) Fibromes: ils peuvent siéger n'importe où, mais la plupart du temps dans les loges para-rénales. Leur pronostic est assez bon. Après ablation, les récidives sont moins fréquentes que dans le cas des lipomes.

c) Myxomes: ici, comme partout ailleurs dans l'économie, les myxomes sont caractérisés par leur tendance à la récidive.

d) Les lymphangiomes: ils sont rares et rarement purs.

e) Les léiomyomes: tumeurs rares: Golden et Stout ont rapporté 8 observations de cette tumeur; dans 5 cas, il y eut transformation maligne.

B. — *Tumeurs nerveuses.*

Elles ne sont pas exceptionnelles: Frank en a recueilli 19 sur un total de 103 observations de la littérature.

a) Tumeurs des nerfs périphériques: ce sont les schwannomes et les ganglio-neuromes; toutes deux de nature bénigne.

b) Les sympathomes embryonnaires: ce sont des tumeurs du jeune âge; leur pronostic est fatal.

C. — *Les dysembryomes.*

a) Les dysembryomes simples: ce sont en général des tumeurs qui prennent naissance à partir d'organes transitoires comme les canaux de Wolff et de Müeller.

b) Dysembryomes complexes (kystes dermatoïdes et tératomes): les kystes dermoïdes rétro-péritonéaux sont très rares.

c) Cancers embryonnaires: ce sont des tumeurs malignes d'emblée ou des cancers développés à partir d'un dysembryome.

Symptomatologie.

La symptomatologie de ces tumeurs est en général très fruste. C'est d'abord l'augmentation de volume de l'abdomen et ensuite ce sont les signes de compression des organes intra-péritonéaux qui sont les principaux symptômes de ces tumeurs. Une différence de température des membres inférieurs doit faire penser à une tumeur rétro-péritonéale. Le lavement baryté montre un estomac et des anses intestinales aplaties. Les uretères déplacés en avant ou sur les côtés le sont presque nécessairement par une tumeur rétro-péritonéale.

La chirurgie est la méthode de traitement de choix. La radio et radiumthérapie a donné de bons résultats dans les tumeurs de nature mésenchymateuse, le lipome étant excepté. L'association des deux traitements est recommandée.

Simon LAUZE

NOUVELLES

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
Faculté de Médecine.

COURS SPÉCIAUX SUR LA MÉDECINE INDUSTRIELLE ET SUR LA LOI ET RÈGLEMENTS MÉDICAUX

Pour les étudiants de 4e année et le public médical
Du 12 octobre au 7 décembre 1948
Salle H'502 — 4 heures à 5 heures p.m.

Le mardi 12 octobre 1948 — Dr A. Chartier:
Histoire de la médecine industrielle.
Le service médical dans l'industrie.
La prévention des accidents.

Le jeudi 14 octobre 1948 — Dr A. Chartier:
Les examens physiques et le classement des ouvriers d'après les aptitudes physiques.
L'accident du travail.

Le mardi 19 octobre 1948 — Dr A. Chartier:
La médecine des accidents.

Le jeudi 21 octobre 1498 — Dr A. Chartier:
Les affections médicales d'origine traumatique.

Le mardi 26 octobre 1948 — Dr A. Chartier:
Les maladies industrielles.

Le jeudi 28 octobre 1948 — Dr A. Marin:
Les dermatoses d'origine industrielle.

Le mardi 2 novembre 1948 — Dr R. Fontaine:
Les intoxications industrielles.

Le jeudi 4 novembre 1948 — Dr R. Fontaine:
Les intoxications industrielles.

Le mardi 9 novembre 1948 — Dr J. Tremblay:
Attitude du médecin industriel en face des grands blessés: chocs, brûlures, traumatismes crâniens.

Le jeudi 11 novembre 1948 — Dr E. Legrand:
La médecine industrielle et la psychiatrie.

Le mardi 16 novembre 1948 — Dr I. Côté:
Le médecin devant les tribunaux.

Le jeudi 18 novembre 1948 — Dr I. Côté:
Ce que tout médecin doit savoir de la loi des accidents du travail.

Le mardi 23 novembre 1948 — Dr P. Panneton:
Les accidents oculaires.

Le jeudi 25 novembre 1948 — Dr J. Paquin:
Loi médicale du Québec.

Le mardi 30 novembre 1948 — Dr J. Paquin:
Les règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

Le jeudi 2 décembre 1948 — Dr J. Paquin:
Les actes dérogatoires à l'honneur professionnel.

Le mardi 7 décembre 1948 — Dr J. Paquin:
Etiquette professionnelle.

N.B.—Ces cours sont donnés sous la direction de la Faculté de Médecine. Les docteurs A. Chartier, I. Côté et J. Paquin sont des invités.

Edmond DUBE, M.D.,
Doyen de la Faculté de Médecine.

LE DOCTEUR PAUL MILLIEZ ET LA CONFÉRENCE LAËNNEC

Le docteur Paul Milliez donnait le 27 octobre, à la salle des gardes-malades de l'hôpital Saint-Luc, une conférence intitulée: *a*) Histoire de la Conférence Laënnec en France, son rôle et son action; *b*) la recherche clinique, problèmes, méthodes, buts. Le docteur Milliez fut présenté par le docteur Roméo Boucher.

LE PROFESSEUR DELMAS-MARSALET À L'HÔTEL-DIEU ET À L'UNIVERSITÉ

Le professeur Delmas-Marsalet donnait récemment, à l'Hôtel-Dieu, une conférence intitulée: « Les épilepsies de structure morphéique ». Le docteur Delmas-Marsalet fut présenté par le docteur Jean Saucier et remercié par le docteur Roma Amyot.

Lundi, le 18 octobre, le professeur Paul Delmas-Marsalet prononça à l'Université de Montréal une conférence intitulée: « Une dynamique de l'esprit, de Hughlings Jackson aux contemporains ».

CONFÉRENCE DU DOCTEUR ROMA AMYOT, À SHERBROOKE

Le docteur Roma Amyot a donné une conférence, le 17 octobre, à Sherbrooke, sous les auspices de l'Association des Médecins de Langue Française, sec-

tion des Cantons de l'Est. Cette conférence portait sur « le traitement des maladies mentales par l'électro-choc ».

CONGRÈS ANNUEL DES ANESTHÉSISTES, SOUS LA PRÉSIDENCE DU DOCTEUR H. GRIFFITH

Le congrès annuel des anesthésistes s'est ouvert à 9.30 heures, le 18 octobre, à la Faculté de Médecine de McGill. Des travaux scientifiques furent présentés régulièrement tous les jours, à l'hôtel Mont-Royal et dans les hôpitaux. Les membres du comité d'organisation étaient les docteurs Georges Cousineau, Moïse Clermont, Roméo Rochette, Fernando Hudon (de Québec), pour la section française.

A l'hôpital du Sacré-Cœur, le docteur Georges Cousineau et ses collègues organisèrent un excellent programme dans la matinée du 19 octobre.

La séance du mardi matin eut lieu à l'Université de Montréal. Etaient au programme les docteurs Léon Longtin, Armand Frappier et Edmond Dubé.

Le mercredi matin, il y eut démonstrations cliniques à l'Hôtel-Dieu, par le docteur Rochette et ses assistants.

Le jeudi matin, le docteur J.-F. Houle et ses assistants étaient au programme à l'hôpital Notre-Dame et, dans l'après-midi, à l'hôtel Mont-Royal, le docteur André Jacques, de Québec, parla des « Usages cliniques de la papovérine ».

LE DOCTEUR PHILIPPE PANNETON À L'ACADÉMIE CANADIENNE-FRANÇAISE

Le docteur Philippe Panneton ouvrait, le 4 octobre, la première assemblée plénière de l'Académie Canadienne-française.

A cette occasion, les élections annuelles eurent lieu, n'apportant aucun changement dans la distribution des charges: directeur général: le docteur Philippe Panneton; vice-président et trésorier: M. Robert Charbonneau. Tous deux sont réélus pour deux ans.

LE DOCTEUR JEAN SAUCIER, AU STE-MARIE

Une belle initiative de l'Association des anciens du collège Ste-Marie a été couronnée de succès en la grande salle à dîner du Cercle Universitaire, par l'inauguration du club Sainte-Marie. Le conférencier invité à ce premier des dîners-causeries, désormais tenus tous les lundis soirs, à 6 heures, était le docteur Jean Saucier, professeur de neurologie à l'Université de Montréal. Le docteur Saucier fut présenté par le docteur Adrien Plouffe et remercié par Me J.-L. Dorais.

CONGRÈS DES UROLOGUES À MONTEBELLO

L'American Urological Association (division centrale) et la Western New York and Ontario Urological Society tenaient, les 13, 14 et 15 octobre, une assemblée conjointe au Seigniory Club de Montebello.

Parmi les conférenciers au programme, on note les noms du docteur Eugène Gaulin, d'Ottawa, qui a présenté une communication intitulée « Simultaneous Wilms Tumors in identical twins », et le docteur Jean-Paul Legault, chef adjoint du service d'urologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal, professeur agrégé à l'Université de Montréal, qui a montré un film personnel, intitulé « Nephroptosis and our own management at the Hôtel-Dieu ».

FÊTE EN L'HONNEUR DU DOCTEUR JULES GOSSELIN

Samedi soir, le 16 octobre, eut lieu au Mont St-Castin une fête en l'honneur du docteur Jules Gosselin, de Québec, qui a été pendant de nombreuses années président de la Société canadienne-française d'électro-radiologie.

LE DOCTEUR MILLIEZ À MONTRÉAL

Le docteur Paul Milliez, médecin des hôpitaux de Paris, poursuit à l'hôpital St-Luc toute une série de conférences sur les principaux aspects de la médecine moderne. Le docteur Milliez a donné des leçons en fins d'après-midi et, deux fois la semaine, des leçons cliniques le matin.

Le docteur Paul Milliez est l'invité du professeur Roméo Boucher, médecin en chef de l'hôpital St-Luc de Montréal.

LE DOCTEUR ADRIEN PLOUFFE REÇU À LA SOCIÉTÉ ROYALE DU CANADA

La Société Royale du Canada tenait à l'Université de Montréal, le 2 octobre 1948, sa cérémonie de réception du docteur Adrien Plouffe.

A cette occasion, des allocutions furent prononcées par les récipiendaires et leurs parrains et par M. Léopold Houlé, président de la Section française de la Société Royale du Canada.

LE PROFESSEUR LÉON LORTIE À L'HONNEUR

Le professeur Léon Lortie, de l'Université de Montréal, était récemment élu président de l'Association Canadienne-française pour l'avancement de la Science.

Parmi les autres officiers élus, on trouve le nom du professeur Wilbrod Bonin, de l'Université de Montréal.

UN BACTÉRIOLOGISTE À L'HONNEUR

M. Victorien Fredette a reçu le premier prix lors du récent concours scientifique et littéraire de la province de Québec, pour son travail de recherches sur la gangrène gazeuse.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

Une séance de la Société de Chirurgie de Montréal, sous la présidence du docteur Edouard Desjardins, a eu lieu à l'Hôtel-Dieu, le 6 octobre, à 4.30 heures p.m. Les communications présentées étaient les suivantes:

a) L'exploration du cholédoque au cours de la cholécystectomie: Docteur Charles Lefrançois;

b) Néphropexie, film en couleurs: Docteur Jean-Paul Legault.

CAUSERIE DU DOCTEUR J.-A. MILLET AU KIWANIS SAINT-LAURENT

Le docteur J.-A. Millet, chef de service à l'hôpital du Sacré-Cœur, a donné une causerie sur la réadaptation des tuberculeux, au déjeuner régulier du Club Saint-Laurent Kiwanis, en l'hôtel Queen's. Le docteur Millet signala que la réadaptation est nécessaire, non seulement parce qu'elle garantit la guérison du malade, mais aussi parce qu'elle enraye de la société la tuberculophobie et qu'elle est une source d'économie pour l'Etat. Il est de plus d'avis qu'un patient, durant sa cure de travail, peut gagner suffisamment pour prendre à sa propre charge une grande partie de ses propres frais d'hospitalisation.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR ROSAIRE GINGRAS

Le docteur Rosaire Gingras, secrétaire adjoint à la faculté de médecine de l'Université Laval, directeur du département de biochimie de la même faculté et professeur titulaire de biochimie, a été élu président du Cercle Universitaire Laval.

CONSEIL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE TROIS-RIVIÈRES

Le docteur Jos. Normand a été élu président de la société médicale de Trois-Rivières. Les autres directeurs élus sont le docteur Gérard Mayrand, 1er vice-président; le docteur Jean Dargis, secrétaire; le docteur Georges Racicot, réélu trésorier; le docteur Jacques Cayer, du Cap-de-la-Madeleine, 2e vice-président. Les docteurs Adélard Tétrault, H. Beaudoin et J.-A. Denoncourt, anciens présidents, ont été élus directeurs.

LE DOCTEUR MATHIEU SAMSON, ÉLU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES RADIOLOGISTES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Le docteur Mathieu Samson a récemment été élu président de l'Association des Radiologistes de la province de Québec. Les autres officiers élus sont: docteur E. M. Crawford, vice-président; docteur Origène Dufresne, secrétaire; docteur D. L. McRaeu, trésorier; docteur G. Gill, secrétaire des séances; docteurs Jules Gosselin, C. B. Pierce, Hervé Lacharité et Albert Comtois, conseillers.

PRÉSIDENT DES MÉDECINS ET DENTISTES DE LA RIVE SUD

Le docteur Paul-C. Dupuis, de Montmagny, a été élu président de l'association des médecins et dentistes de la rive sud, à l'issue de la journée médico-dentaire qui eut lieu récemment à l'hôtel de ville de Beauce-est. Il remplace les présidents de l'association des médecins et de celle des dentistes de la rive sud, lesquelles ont été fusionnées après plusieurs mois de délibérations.

INAUGURATION À ST-JEAN

On a inauguré dernièrement à St-Jean, Qué., une nouvelle unité mobile pour le dépistage de la tuberculose. Ce laboratoire ambulant est installé dans

une remorque tirée par un camion. Le docteur Omer Manseau est le directeur de la région.

LE DOCTEUR PAUL DELMAS-MARSALET CONFÉRENCIER DE LA SOCIÉTÉ DU B.P.F.

La Société du Bon parler français a eu l'honneur d'avoir comme conférencier, à son émission hebdomadaire au Poste CKAC, le grand neuro-psychiatre français, le docteur Paul Delmas-Marsalet, actuellement en voyage d'étude en Amérique. Le docteur Paul Letondal, vice-président et directeur des relations extérieures de la Société du Bon parler français, présenta le conférencier et le docteur Albert Jutras le remercia.

PROMOTION AU DOCTEUR C.-P. GABOURY

Le docteur C.-P. Gaboury, O.B.E., E.D., a été promu adjoint au directeur des services médicaux du Pacifique Canadien.

LE DOCTEUR W. T. LIBERSON CONFÉRENCIER À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

La Société Médicale de Montréal a eu l'honneur de recevoir comme conférencier, le 15 octobre, au Sanatorium Prévost, le docteur W. T. Liberson, directeur du laboratoire de neuro-physiologie clinique au Hartford Hospital, Conn. Le conférencier a exposé, en français, ses recherches personnelles sur la physiologie du système nerveux central dans ses rapports avec les concepts modernes de la psychiatrie. Il fut présenté par le docteur Jean Saucier et remercié par le docteur Roma Amyot.

L'INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET L'ÉCOLE D'HYGIÈNE AUX CONGRÈS INTERNATIONAUX ET À L'O.M.S.

A Washington, en mai dernier, le docteur Armand Frappier, O.B.E., directeur de l'Institut de Microbiologie et de l'Ecole d'Hygiène de l'Université de Montréal, a été invité par le Département d'Etat à présenter, devant le Congrès de Médecine Tropicale et de Malaria, le résultat de ses expériences sur la stabilité du BCG ainsi qu'un exhibit scientifique démontrant la contribution du Canada à la vaccination par le BCG. A Paris, en juin, le docteur Frappier a présenté deux communications devant le Premier Congrès international du BCG: l'une dans la section expérimentale, dont il avait été nommé vice-président, l'autre dans la section clinique. Invité par l'Institut Pasteur, le docteur Frappier représentait également le Conseil National des Recherches du Canada. Dans sa première communication l'auteur, abordant la question la plus brûlante du Congrès, a montré qu'il se dégage des travaux des auteurs canadiens, et de ses collaborateurs et des siens, échelonnés sur une période de 22 ans et effectués avec le BCG qu'il prépare dans l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal, une confirmation sérieuse de la stabilité des caractères biologiques et des propriétés allergisantes et immunisantes du BCG. Dans son deuxième travail, le docteur Frappier, en collaboration avec son collègue le docteur Roland Guy, a démontré la valeur d'une nouvelle épreuve pour déceler chez l'homme, avec une grande précision, cette faible sensibilité à la tuberculine qui échappe aux réactions ordinaires. Il s'agit d'une scarification à travers une goutte de BCG à une concentration optima. Cette épreuve dispenserait dans certains cas de recourir aux réactions à la tuberculine, coûteuses et longues, et augmenterait le rendement de 20%. A Toronto, au Congrès de l'Association médicale canadienne, le 24 juin, les docteurs A. Frappier et R. Guy avaient été invités à présenter une communication intitulée: « The Use of BCG Vaccine ». C'est le Dr Guy qui a lu le travail.

A la suite du Congrès du BCG, le 24 juin, le docteur Frappier s'est rendu à Genève où il a participé à la première Assemblée de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), en qualité de conseiller technique attaché à la délégation canadienne. Nous publierons dans un prochain numéro un article du Dr Frappier sur la Santé Mondiale.

ASSEMBLÉE À GENÈVE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE

L'Association médicale mondiale, qui groupe les organisations médicales de plus de trente pays, a tenu, à Genève, sous la présidence du professeur Marquis, délégué de la France, sa deuxième assemblée générale, prévue tout d'abord comme devant avoir lieu à Prague.

L'activité criminelle de certains médecins allemands pendant la guerre l'a incitée à rédiger un « serment médical » où ont été insérés plusieurs points du classique « serment d'Hippocrate ». En outre,

l'assemblée a recommandé aux organisations nationales d'intervenir auprès des autorités compétentes pour que les jeunes médecins aient à prononcer ce serment avant d'obtenir leur diplôme. L'assemblée a adopté ensuite une résolution qui énumère les conditions qui sont absolument nécessaires sur le plan professionnel pour que le médecin puisse pratiquer son art utilement.

La prochaine assemblée générale aura lieu à Londres.

AVANTAGE CONFÉRÉ AUX MÉDECINS CANADIENS

La fondation Nuffield a annoncé récemment l'établissement d'un plan de « fellowship » aux termes duquel de jeunes médecins du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de l'Afrique du Sud pourront étudier en Grande-Bretagne.

La fondation, don de Lord Nuffield, magnat britannique de l'auto, permettra aux médecins de faire des visites de 12 mois en Grande-Bretagne, au cours des sept prochaines années, en vue de se spécialiser dans quelques branches d'enseignement ou de recherches.

Les directeurs de la fondation ont également annoncé l'établissement d'un fonds pour financer des visites périodiques d'éminents médecins britanniques aux colonies de l'est et de l'ouest de l'Afrique, en coopération avec le Colonial Office.

LE DOCTEUR BINGHAM, HÔTE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de Chirurgie de Montréal recevait, le 25 octobre, au Cercle Universitaire, le docteur D. L. C. Bingham, F.R.C.S., chirurgien de Kingston, Ont. Le docteur Bingham parla du traitement chirurgical du cancer du rectum et insista surtout sur la technique au moyen de deux équipes chirurgicales opérant simultanément, l'une faisant le temps abdominal et l'autre exécutant le temps périnéal.

LE DOCTEUR PIERRE LÉPINE, À L'HEURE DE BIOLOGIE

Lundi, le 25 octobre, le docteur Pierre Lépine, chef du service des virus de l'Institut Pasteur de Paris et actuellement professeur invité à l'Ecole d'Hygiène de l'Université de Montréal, a fait à l'Heure de Biologie une conférence intitulée: « Le microscope électronique et ses applications ».

LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTRÉAL

Le programme de la séance du 26 octobre de la Société de Phtisiologie de Montréal était le suivant: docteur Philippe Landry: « La radiographie pulmonaire »; docteur Roland Guy: « Vaccination au B.C.G. des Indiens primitifs »; docteur Ross K. Childerhose du Québec: « Principles of the treatment of pulmonary tuberculosis ».

CONFÉRENCES PUBLIQUES DU PROFESSEUR RAOUL KOURILSKY

Monsieur le professeur Raoul Kourilsky, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, donnera, sous les auspices de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, à 5 heures du soir, dans la Salle H-404, des conférences publiques aux dates suivantes:

Lundi, 8 novembre 1948: *Le diabète insipide chez l'homme;*

Mercredi, 10 novembre 1948: *Le problème de l'infection focale et l'évolution générale des suppurations pulmonaires;*

Vendredi, 12 novembre 1948: *Le traitement des suppurations pulmonaires.*

PROGRAMME DU DOCTEUR CLAUDE BÉCLÈRE

Monsieur le docteur Claude Béclère a donné et donnera des conférences, sous les auspices de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, aux dates suivantes:

Mercredi, 6 octobre 1948: *Physiologie de l'appareil génital féminin;*

Vendredi, 8 octobre 1948: *Méthodes d'exploration clinique gynécologique;*

Vendredi, 15 octobre 1948: *Traitements médicaux des fibromes utérins;*

Lundi, 18 octobre 1948: *Diagnostic précoce des cancers du col et du corps de l'utérus;*

Vendredi, 22 octobre 1948: *Hystéro-salpingographie;*

Lundi, 25 octobre 1948: *Méthodes de diagnostic hormonal;*

Vendredi, 29 octobre 1948: *Troubles des règles des jeunes femmes;*

Mercredi, 3 novembre 1948: *Troubles des règles entre 40 ans et la ménopause;*

Vendredi, 5 novembre 1948: *Troubles hormonaux postménopausiques.*

Les leçons cliniques du professeur Béclère ont eu lieu le matin, dans les hôpitaux suivants: Hôtel-Dieu, 13 octobre: *Les infections génitales chroniques;* Hôpital Notre-Dame, 20 octobre: *Diagnostic des hémorragies utérines;* Hôpital Sainte Justine, 27 octobre: *Troubles des règles des jeunes filles.*

LE DOCTEUR ANT. B. VALOIS, ÉLU PRÉSIDENT

Le docteur Ant.-B. Valois, chef du service de la démographie au département de la santé de la ville de Montréal, vient d'être élu président de la division des statistiques démographiques à la XXe réunion annuelle de l'Association canadienne d'hygiène publique, à Ottawa.

LE DOCTEUR LÉON LONGTIN À GENÈVE

Le docteur Léon Longtin, anesthésiste de l'Hôtel-Dieu et professeur agrégé à l'Université de Montréal, vient d'être invité par l'Université de Genève, en Suisse, à donner durant six mois des cours sur les méthodes modernes d'administration de l'anesthésie.

HOMMAGE POSTHUME AU PROFESSEUR LOUIS BERGER

Les *Annales de Parasitologie* de Paris publient dans leur dernière livraison un travail du professeur Louis Berger, de Québec, travail qui a été complété peu de temps avant sa mort. Il s'agit de la découverte d'un champignon susceptible de causer des lésions cutanées.

LE DOCTEUR LÉON LEBEL À ST-HYACINTHE

Un nouveau service de cardiologie vient d'être créé à l'hôpital St-Charles de St-Hyacinthe. Le docteur Hervé Gagnon, président du bureau médical, annonce que le nouveau service a été confié au docteur Louis-Léon Lebel, de Montréal.

Mercredi, le 27 octobre, le docteur Lebel prononçait, devant les médecins de l'hôpital et ceux de la région, une conférence intitulée: « Ce que le médecin praticien doit attendre du cardiologue ».

LE DOCTEUR PETIT-DUTAILLIS À MONTRÉAL

Le docteur Daniel Petit-Dutaillis, professeur de clinique neuro-chirurgicale à l'Université de Paris, était de passage à Montréal ces jours derniers, où il a visité les hôpitaux, particulièrement l'Institut Neurologique et le service de Neuro-chirurgie de l'hôpital Notre-Dame.

CAUSERIE DU DOCTEUR ROMÉO BOUCHER

Le mercredi 29 septembre, a eu lieu, en la salle de réception du pavillon des infirmières de l'hôpital Saint-Luc, une causerie donnée par le docteur Roméo Boucher, médecin en chef de l'hôpital, récemment revenu d'Europe. Cette réunion était sous la présidence de M. Pierre Gabard, consul de France à Montréal, et de Madame Gabard.

Le docteur Eugène Garceau présenta le docteur Boucher, qui fut remercié par le docteur Louis Bernard, chirurgien en chef de l'hôpital.

L'AIDE À LAVAL

La plus ancienne université d'Amérique du Nord a non seulement vieilli en âge, mais grandi en importance: les médecins, les notaires, les avocats, les prêtres, qui y ont reçu leur formation professionnelle, les ingénieurs, les chimistes, les philosophes, les normaliens qui en sortaient il y a dix et quinze ans, reconnaissent à peine aujourd'hui leur université, tant elle a pris de l'ampleur, tant elle est devenue, dans tous les sens du mot, une école de haut savoir. Pour ne citer qu'un seul exemple, la faculté des Sciences Sociales, naissante hier, compte déjà parmi les plus importantes institutions du genre en Amérique, et s'avère supérieure à presque toutes ses aînées européennes . . . Laval est désormais une grande université ! Oublions qu'elle fait honneur à la province de Québec et au pays pour ne nous souvenir que du rôle essentiel qu'elle joue dans la formation de la jeunesse canadienne d'expression française qui se destine aux carrières supérieures. Mesurons son importance par le vide que créerait sa disparition. Sans doute n'en est-on pas là ! Mais il reste que, de même que toute institution similaire, Laval a besoin d'argent pour vivre. Le gouvernement (c'est-à-dire tous collectivement) a fait sa part. Reste aux individus à faire la leur. Il ne s'agit pas d'une affaire régionale et encore moins locale: l'université, comme la culture, ne connaît pas cette chose que l'on nomme frontière. La meilleure manière d'apprécier l'œuvre accomplie par la grande université canadienne donc, est sans aucun doute de constater la formation qu'on y reçoit. Mais une visite dans les locaux de cet établissement permettra quand même de se faire une idée du travail

Digitaline Nativelle

telle qu'isolée par Nativelle en 1868

la MARQUE D'ORIGINE DE "DIGITOXINE"

Maintenant reconnue par le "U. S. Pharmacopoeia XIII."

En 1872, Claude Adolphe NATIVELLE soumettait à l'Académie de Médecine de Paris son mémoire sur la découverte de la DIGITALINE, dont le corps médical canadien a toujours apprécié la haute valeur. La supériorité de la DIGITALINE NATIVELLE est maintenant reconnue par tous les éminents cardiologues anglais et américains. (1)

(1) *References*

Sir James Mackenzie, Disease of the Heart, 1925. Sir Thomas Lewis, Disease of the Heart, 1933. New and Non Official Remedies, 1942 to 1946 incl. Gold, Choice of a Digitalis Preparation, Connecticut State Med. Journal, Vol. IX, No. 3, March 1945. Levine, Clinical Heart Disease, 3rd Edition 1946. Gold, Cornell Conferences on Therapy, 1946, U.S.P. XIII (Official, April 1, 1947).

Présentation:

COMPRIMÉS:—0.1 et 0.2 mg.

AMPOULES:—Intrav. 0.2 et 0.4 mg.

SOLUTION:—1-1000 (5 gouttes = 0.1 mg.)

Rougier Frères

SPÉCIALITÉS DE PRESCRIPTION MÉDICALE

0, RUE LE MOYNE MONTRÉAL 1, QUÉBEC

qui s'y accomplit. C'est dans cet esprit de faire mieux comprendre à tous l'œuvre d'une faculté universitaire entre tant d'autres, que fut réalisé le film *Avec la science*, qui nous transporte par l'image dans les plus récents édifices de cette faculté, où l'on retrouve professeurs et élèves dans leur laboratoire; où l'on voit notamment l'illustre maître Franco Rassetti en train de donner son cours. *Avec la science* est une réalisation de l'Office national du film.

DIMINUTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE DANS NOTRE PROVINCE

Prenons soin des bébés et des mères de famille.

Une diminution graduelle de la mortalité infantile se manifeste dans notre province. D'après les chiffres les plus récents, il appert, que, dans notre province, il ne meurt plus que 54.5 enfants par mille bébés vivants. Telles sont les statistiques de 1947. L'année précédente, pour la première fois, notre taux de mortalité infantile s'était trouvé inférieur à 60.0 par mille naissances. En fait, il fut en 1946 de 54.9 avec 6,110 décès. A cause d'un surplus remarquable de naissances, 1947 accuse un taux inférieur bien que le nombre des décès ait atteint un peu plus qu'en 1946, soit 6,215. De tels résultats sont bien de nature à nous convaincre de l'importance de l'hygiène maternelle et infantile. On sait en effet que la mortalité maternelle atteignit en 1947 plus de 230 mères de famille, ce qui donne un taux de 2.0 par mille enfants vivants.

N'allons donc pas oublier que la santé et le bonheur de nos mères de famille comme celle de nos petits dépendent de nous. Les hygiénistes ne se lassent pas de rappeler aux pères de famille qu'ils doivent toujours confier au médecin le soin de préserver la santé de leur femme et de leurs enfants. La mère de famille doit commencer dès avant la naissance à prendre soin du bébé. Elle devrait consulter un médecin compétent dès qu'elle se croit enceinte, et le revoir aussi souvent qu'il le lui conseillera et le jugera nécessaire. Elle doit prendre une alimentation simple, mais rationnelle et complète, boire beaucoup d'eau et de lait, mais jamais d'alcool, dormir suffisamment la nuit, et savoir se reposer, au besoin, le jour, faire un peu d'exercice au grand air, se baigner souvent et conserver une humeur charmante.

N'oubliez pas que l'argent dépensé pour les soins et la propreté c'est un placement fécond. Si la population de la province de Québec continue de pratiquer les conseils que lui donnent les hygiénistes, il y a lieu d'espérer que les statistiques de la mortalité infantile et maternelle accuseront de nouveaux progrès pour le plus grand bien de tous.

PRÈS DE CENT CINQ MILLE PERSONNES BÉNÉFICIENT DES CLINIQUES ANTITUBERCULEUSES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Près de 105,000 personnes aux cliniques antituberculeuses des Unités sanitaires.

Près de cent cinq mille personnes ont bénéficié, au cours de 1947, des cliniques antituberculeuses des dispensaires et des Unités sanitaires de la province de Québec. C'est en effet ce que l'on constate à la lecture du rapport annuel de la division de la tuberculose au ministère provincial de la Santé, rapport qui vient d'être compilé. D'après ce relevé, le nombre total des personnes examinées atteignit en 1947 le chiffre record de 104,840 tandis qu'en 1946 il ne s'élevait qu'à 72,234, soit une augmentation de 32,606. La province doit ce beau résultat non seulement aux efforts constants de ses cliniciens, mais aussi à la roulotte (clinique mobile antituberculeuse), laquelle a facilité leur tâche dans les vastes comtés de l'Abitibi, Rouyn-Noranda et Témiscamingue, de même que dans les circonscriptions de Portneuf, Bellechasse et Mégantic.

Au cours de 1947, le nombre des cliniques antituberculeuses s'est élevé à 1,860, le nombre des consultants anciens à 27,096 et celui des nouveaux à 70,824. L'assistance moyenne aux cliniques atteint 55.6 p.c. tandis qu'en 1946 elle ne dépassait pas 30. p.c. Les épreuves à la tuberculine se chiffrent en 1947 à 16,455 contre 12,304 l'année précédente. En somme, ces chiffres indiquent qu'il y a un mouvement ascendant dans le rendement de la division et que son personnel accomplit avec diligence la tâche qui lui est confiée. Le bon travail de ses cliniciens, aidé par la propagande antituberculeuse, semble avoir déterminé chez le public un souci de plus en plus grand de surveiller la santé. Un nombre considérable et croissant de personnes se rend compte de la nécessité de l'examen pulmonaire même à titre de précaution. On comprend maintenant, ce semble, que la tuberculose, prise à ses débuts, peut être guérie. En effet, plus le traitement est institué de bonne heure, plus la guérison est facile. Il faut consulter le médecin dès le commencement de la maladie, suivre ses conseils et continuer aussi longtemps que le praticien le juge utile. Le seul moyen d'avoir la certitude sur son état de santé, c'est de subir régulièrement un examen médical complet.

Extrait du BULLETIN MEDICAL, Paris, 1er Octobre 1948 page 418

Acquisitions nouvelles en thérapeutique à l'usage du praticien

par Roger CROSNIER, *Professeur au Val-de-Grâce* et François MOREL, *Ex-Assistant au Collège de France.*

X. — La Benzoquinothérapie

Elle est réalisée avec un corps de synthèse : Benzo-Quino-Xonal. Les essais thérapeutiques ont été précédés par des épreuves sur un grand nombre de germes « in vitro » et « in vivo » sur des animaux infectés. Physiopathologiquement, le B. Q. X. est dépourvu de toxicité et de causticité ; son action n'est pas inhibée par des corps chimiques ou par les liquides de l'organisme (novocaïne, vitamines, acide P. A. B., pus, sérum, autolysat cellulaire).

Indications essentielles : Colibacillose de l'arbre urinaire ; infections respiratoires à germes Gram + et — ; brucelloses. A l'action anti-infectieuse s'associe une action cytophylactique. L'intérêt de cette thérapeutique réside avant tout dans les syndromes rebelles ou inaccessibles à la pénicilline et aux sulfamides.

Résultats : très favorables dans les affections suivantes : colibacillose, entérite, entéro-colite (nourrisson, enfant, adulte), oreillons compliqués, typhoïde, etc... Infections du foie, de la vésicule biliaire, des reins.

Posologie : a) Infections d'origine non intestinale : une à trois injections i/v de 10 cmc de solution de B.Q.X. à 50% à 8 h. d'intervalle ; en outre, 12 à 18 comprimés (jusqu'à 30), avec acide ascorbique associé.

b) Infections intestinales : Idem — avec en outre 1 à 2 lavements par 24 h.

Pas d'intolérance. — Pour éviter certaines réactions et réduire les risques de phlébosclérose, les injections i/v seront faites avec du Chophytol i/v comme substratum de dilution. La durée de la thérapeutique est fonction du cas clinique (8 j., 20 j. et plus). Le traitement d'épreuve doit toujours être poursuivi une semaine au moins.

Agents Exclusifs pour le Canada

ANGLO-FRENCH DRUG CIE, LIMITÉE

MONTRÉAL 18

COURS DE PSYCHIATRIE

Le Département de Psychiatrie de l'université McGill est à augmenter le nombre de ses cours pour faire face à la demande croissante de médecins-psychiatres; cette demande est plus élevée depuis l'entente fédérale-provinciale sur le plan-santé. Ces cours seront donnés dans les hôpitaux d'enseignements et les instituts affiliés à l'université McGill, et ont pour but de donner une formation générale en psychiatrie. En plus, des arrangements spéciaux peuvent être discutés avec les élèves intéressés à un aspect particulier de la psychiatrie, tel que la psychiatrie sociale, la psychothérapie, les recherches sur les techniques et les méthodes d'approche, la thérapeutique dans les cas de diagnostics précoces, les soins des patients internés . . .

Les candidats devront répondre aux exigences suivantes: (*a*) un diplôme de docteur en médecine conféré par une université reconnue; (*b*) avoir complété une année d'internat; (*c*) se présenter personnellement au département de psychiatrie ou, à défaut, fournir des recommandations.

Les cours suivants sont organisés:

A: Un cours de quatre années conduisant au diplôme en psychiatrie de l'Université McGill.

B: Des cours d'une à quatre années sur la psychiatrie en général.

C: Des cours sur des aspects particuliers de la psychiatrie. L'arrangement de ces cours est à discuter avec l'élève et le département.

De plus amples renseignements concernant l'admission et les déboursés pour ces cours peuvent être obtenus en écrivant au « Chairman of the Department of Psychiatry, McGill University, Montreal, Que. »

Des cours sont aussi organisés pour les aides sociaux et les gardes-malades graduées. Pour information sur ces cours, écrivez à « McGill School of Social Work » et au « Graduate School of Nursing », à l'Université McGill.

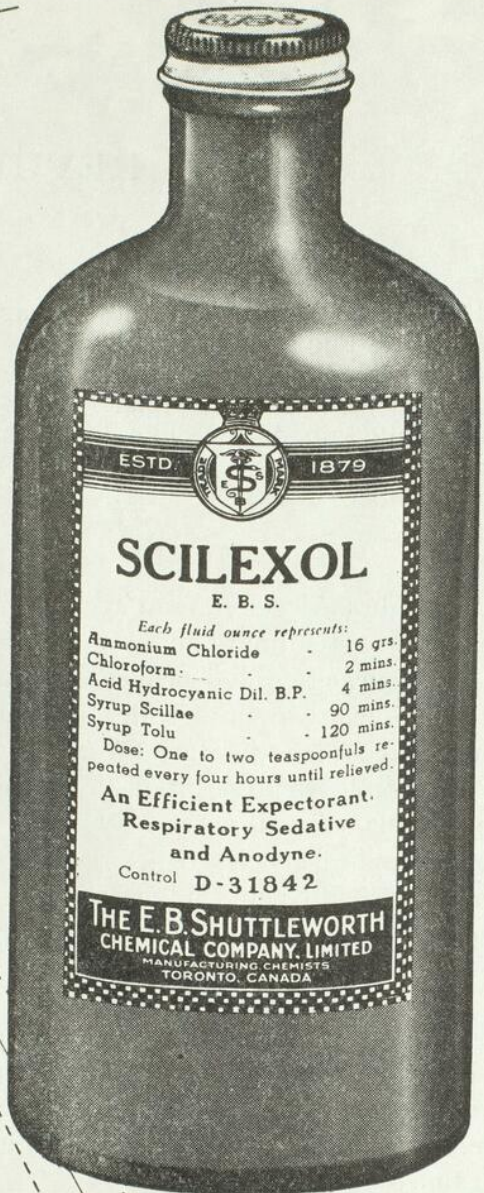
PRÈS DE 10,000 VACCINATIONS ANTI-VARIOLIQUES

La surveillance épidémiologique qu'exerce dans la province de Québec le ministère de la Santé assure à notre population une protection adéquate contre les diverses maladies contagieuses qui pourraient la décimer. C'est ainsi que, durant le mois d'août, dans les différents comtés desservis par des Unités sanitaires, les hygiénistes ont procédé à la vaccination et à l'immunisation des enfants. Le nombre des vaccinations anti-varioliques réussies a atteint 9,452 tandis que celui des immunisations anti-diphtériques complétées se chiffrait à 13,468 et celui des immunisations de rappel à 11,219. On sait qu'aujourd'hui ces immunisations protègent également contre la coqueluche. Durant le mois d'août, les cliniciens ambulants ont tenu 154 cliniques anti-tuberculeuses et examiné 5,630 personnes. De plus, ils ont fait 1,469 visites à domicile.

75,560 EXAMENS D'ENFANTS D'ÂGE PRÉ-SCOLAIRE EN AOÛT 1948

D'après un relevé mensuel que vient de publier la division des Unités sanitaires du ministère provincial de la Santé, il appert que les hygiénistes ont procédé à 75,560 examens d'enfants d'âge préscolaire au cours du mois d'août. Ils ont tenu 1,216 cliniques de puériculture au cours desquelles ils ont fait l'examen de 20,451 nourrissons (0 à un an) et 23,612 enfants d'âge pré-scolaire (un à six ans). Par ailleurs, le nombre des examens effectués à domicile s'élève chez les nourrissons à 12,418 et chez les moins de six ans à 19,079. C'est dire que l'hygiène de la première enfance reçoit une attention toute particulière de la part des hygiénistes du ministère provincial de la Santé que dirige l'honorable docteur J.-H.-A. Paquette, m.d.

LA TOUX ENRAYÉE AVEC LE SCILEXOL



Le Scilexol contient des expectorants qui dégagent les voies respiratoires de leurs sécrétions, et facilitent leur élimination.

Les spasmes de la toux seront vite enrayés si on associe au Scilexol les sédatifs suivants.*

1 **Codéine** . . . . . **1 gr. par once**

2 **Héroïne** . . . . . **½ gr. par once**

3 **Teinture d'opium camphrée 80 min. par once**

* Ordonnance pour narcotiques requise.

THE E.B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO., LTD. TORONTO, CANADA

REVUE DES LIVRES

M. BARIETY et G. BROUET, professeurs agrégés à la Faculté de Médecine de Paris. — **Phtisiologie du médecin praticien.** Préface du professeur J. Troisier. 2e édition, revue et corrigée. Un volume de 402 pages, avec 199 figures. (Collection du Médecin praticien). — Masson et Cie, édit., Paris, 1947.

Le rôle du médecin de famille en matière de tuberculose est aujourd'hui primordial; c'est de sa perspicacité que dépendent le dépistage de la maladie et par suite l'efficacité d'un traitement précocement institué. C'est lui qui établit et contrôle les prescriptions hygiéno-diététiques de la cure libre, et c'est à lui qu'incombe l'application des règles de la prophylaxie. Il en résulte pour lui la nécessité de compléter ses connaissances pratiques en matière de phtisiologie.

Cet ouvrage qui paraît en seconde édition, présente, illustrées de nombreux schémas, les réponses à toutes les questions d'ordre médical et social que peut se poser le praticien en face d'un tuberculeux.

Qu'est-il indispensable aujourd'hui de connaître de phtisiologie dans la pratique journalière? Que nous montre, en dehors de toute théorie, la réalité clinique? Quels arguments peut-on tirer de l'examen du malade, d'une image radiologique, d'un résultat de laboratoire pour le diagnostic, le pronostic et le traitement? Quelles sont les incidences médico-sociales de la maladie tuberculeuse? C'est pour répondre à ces questions d'une façon claire et concise que les auteurs ont fait cette étude à la fois scientifique et pragmatique. Sans laisser de côté les vues pathogéniques nécessaires pour comprendre le déroulement et l'enchaînement de la maladie tuberculeuse, ils se sont néanmoins volontairement limités à l'étude clinique approfondie de la tuberculose pulmonaire.

Divisions de l'ouvrage.

I. *Les règles fondamentales du diagnostic.* — Le premier contact du malade avec son médecin. Les possibilités de l'examen physique. Ce que le médecin peut demander à la radiologie. Ce que le médecin doit exiger du laboratoire.

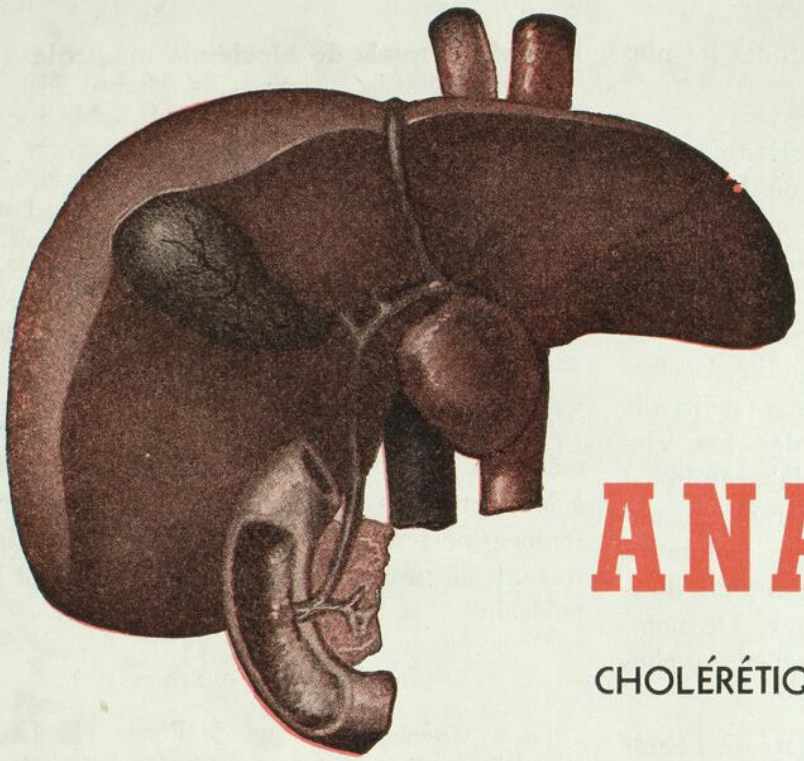
II. *Les principaux aspects de la tuberculose pulmonaire.* — La primo-infection tuberculeuse. La tuberculose pulmonaire commune. Le tuberculeux fibreux. Les formes aiguës pneumoniques et broncho-pneumoniques. Les tuberculoses miliaires. Les pleurétiques. Le pneumothorax spontané. Les incidences de divers facteurs sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Les principales affections pouvant simuler la tuberculose pulmonaire.

III. *Le traitement de la tuberculose pulmonaire.* — Le pneumothorax artificiel. Les méthodes collapsothérapiques autres que le pneumothorax. La cure hygiéno-diététique. Les traitements généraux. Les médecins devant les symptômes. La prophylaxie de la tuberculose.

IV. *La tuberculose maladie sociale.* — L'armement anti-tuberculeux français. Le tuberculeux et la société.

Paul HAUDUROY, professeur à la Faculté de Médecine de Lausanne. — **Microbiologie générale et technique microbiologique.** Un volume de 624 pages, avec 115 figures. Masson et Cie, édit., Paris, 1947.

L'auteur a déjà publié, il y a quelques années, une Technique microbiologique qui a été rapidement épuisée. L'ouvrage qu'il vient de faire paraître est à la fois l'exposé des connaissances actuelles sur les principaux microbes



ANABILE

CHOLÉRÉTIQUE—CHOLAGOGUE

L'ANABILE est présenté sous forme de "tabule" titrée à 5 grains de bile de boeuf fraîche desséchée, contenant les acides biliaires associés et d'autres éléments naturels de la bile.

Chaque "tabule" d'Anabile équivaut à environ 4 cc. de bile de boeuf fraîche.

INDICATIONS

- Stase biliaire de toute origine (sauf les cas qui nécessitent une intervention chirurgicale).
- Hyposécrétion hépatique (cirrhose, inflammation des voies biliaires, congestion passive chronique).
- Cholécystite, pourvu qu'il n'y ait aucune obstruction sérieuse.
- Absence ou insuffisance de motricité intestinale, provenant d'une sécrétion biliaire insuffisante ou l'accompagnant.
- Carence de vitamines lipo-solubles, associés à l'hyposécrétion ou qui en résulte.
- Etats cardiaques relevant d'une maladie du système biliaire (maladie de Banti, cirrhose accompagnée d'ascite).

POSOLOGIE

A doses thérapeutiques ordinaires, les acides biliaires naturels associés tels qu'ils se trouvent dans l'ANABILE, ne sont pas toxiques.

L'ANABILE peut être pris à raison de 5 ou 10 grains trois ou quatre fois par jour, après les repas ou pendant les repas, selon les besoins individuels. Le régime alimentaire doit être pauvre en graisse.

ECHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

pathogènes et l'exposé des techniques les plus utilisées en bactériologie.

L'ouvrage débute par une « Histoire très résumée » de la bactériologie, où l'on trouvera, sous la forme de tableaux et de notices biographiques, les étapes essentielles de cette science. La deuxième partie du livre est consacrée aux notions générales sur les microbes, leur biologie, l'infection et l'immunité, la classification bactérienne; la troisième partie aux méthodes techniques d'étude des bactéries (appareils d'usage courant au laboratoire et leur utilisation, microscope électronique, microscopes en lumière fluorescente, colorants, colorations, milieux de culture, animaux d'expérience, analyse bactériologique). De nombreux dessins, schémas, accompagnent ce chapitre de l'ouvrage.

La quatrième partie est consacrée à l'étude des principaux microbes pathogènes pour l'homme. Chacun des germes est étudié systématiquement de la même façon: morphologie, culture, propriétés biochimiques, maladies expérimentales, constitution antigénique et méthodes de diagnostic des infections qu'il provoque. On trouvera dans cette partie de l'ouvrage toutes les techniques nouvelles utilisées en bactériologie, chacune d'elles étant décrite d'une façon aussi précise que possible.

Les méthodes françaises, anglaises et américaines d'analyse bactériologique de l'eau, du lait, du beurre, de l'air; les procédés de titration des pouvoirs désinfectants; les notions générales sur les antibiotiques et les procédés de titration de la pénicilline; quelques éléments de technique mycologique constituent la cinquième partie de l'ouvrage. Enfin, des formules, des définitions, des techniques, dont l'exposé ne comprend pas moins de 100 pages, complètent le volume.

Les étudiants, les médecins, les vétérinaires, les ingénieurs sanitaires, les bactériologistes spécialisés, liront certainement avec profit ce livre où ils trouveront exposé, avec une très grande clarté et de nombreux détails, l'état des connaissances actuelles bactériologiques.

Exposés annuels de biochimie médicale. — Publié sous la direction de Michel POLONOVSKI. — 8e série, par MM. Z.-M. Bacq, A. Boivin, P. Boulanger, A. Delaunay, V. Desreux, M. Florkin, M. Frèrejacque, A. Gajdos, M. Jayle, A. Lacassagne, A. Lespagnol, F. Leuthardt, M. Macheboeuf, Nguyen-Van Thoai, M. Polonovski, J. Roche, Ch. Sannié. Un volume de 370 pages, avec figures et tableaux. — Masson et Cie, édit., Paris, 1947.

Ce livre rassemble 12 conférences de chimie médicale faites par des biochimistes réputés à la Faculté de Médecine de Paris. Ces conférences portent sur des sujets d'actualité intéressant, au premier chef, le physiologiste et le médecin.

Chapitres de l'ouvrage.

La synthèse biologique de l'urée (F. Leuthardt). — Déterminisme chimique des réactions cellulaires au sein des foyers d'infection bactérienne (A. Boivin et A. Delaunay). — Action des vésicants et toxiques de guerre sur les protéines et les enzymes (Z.-M. Bacq et V. Desreux). — Hypothèses et expériences sur le mécanisme d'action des hydrocarbures cancérigènes (A. Lacassagne). — Lésions biochimiques (M. Florkin). — La méthionine (M. Polonovski et A. Gajdos). — Structure chimique et activité pharmacodynamique (A. Lespagnol). — Biogénèse, métabolisme intermédiaire et élimination des hormones ovariennes (M. F. Jayle). — Les ferments jeunes, anciens et nouveaux (P. Boulanger). — Conceptions modernes sur la structure des anticorps (M. Macheboeuf). — Les glucosides cardiotoniques (Ch. Sannié et M. Frèrejacque). — Les effecteurs des enzymes (J. Roche et Nguyen-Van Thoai).

Sujets traités dans la septième série.

Quelques aspects chimiques et pharmacologiques des alcaloïdes de l'ergot de seigle, par A. Stoll. — La glucoronoconjugaison, par M. Florkin. — Biochimie des antigènes et plus spécialement des antigènes bactériens, par A. Boivin. — Récentes acquisitions sur la léci-

LE DIPHENAN B.D.H.

ASSURE L'ÉLIMINATION RAPIDE ET COMPLETE DES OXYURES

Le Diphenan B. D. H. est un anthelmintique efficace. La mort des oxyures est certaine et suit de près son administration, et s'il ne survient une réinfestation, on est assuré de la disparition définitive des parasites.

Le Diphenan B. D. H. est atoxique et quasi sans goût. On peut, par conséquent, l'administrer à de tout jeunes enfants et même aux nourrissons.

TRAITEMENT

Le Diphenan B. D. H. s'administre trois fois par jour pendant sept jours. Puis une période de repos de sept jours suivie de l'administration des comprimés durant une autre période de sept jours. Après chaque cure de sept jours on donnera de 1 à 4 cuillerées à thé d'huile de ricin, selon l'âge.

POSOLOGIE

Nourrissons jusqu'à 1½ an —
Le quart d'un comprimé trois fois par jour.

Enfants de 1½ à 10 ans —
Un demi comprimé trois fois par jour.

Enfants de plus de 10 ans —
Un comprimé trois fois par jour.

Adultes —
Deux comprimés trois fois par jour.

Les doses ci-dessus sont considérées comme doses moyennes seulement.

▶ Une réinfestation peut être cause de l'échec d'un traitement actif, soit que les œufs aient été transmis à la bouche par les mains ou les ongles, ou par des poussières contaminées. Des mesures efficaces de prévention sont indispensables.

THE BRITISH DRUG HOUSES
(CANADA) LIMITED
TORONTO CANADA

thase et la cholestérolestérase sériques et pancréatiques. Leur rôle dans le métabolisme, par E. Le Breton et J. Pantaléon. — Substances synthétiques à action œstrogène, par J. Cheymol. — Le dosage des enzymes en chimie pathologique, par J. Courtois. — Biochimie du cobalt, par F. Caujolle. — Adrénaline et adrénalinémie, par M. Rangier. — L'étape initiale de la biogenèse des composés organiques, par M. Polonovski.

Sujets traités dans la sixième série.

Les corrélations fonctionnelles entre substances stéroïdes, par R. Courrier. — La spectrographie en biologie, par G. Florence. — De la notion du temps de saignement moyen au métabolisme du médiateur chimique des excitations adrénergiques, par J. Roskam. — Les enzymes à constituant métallique dissociable, par J. Roche. — Le sodium et le potassium dans l'organisme animal, par P. Boulanger. — La biochimie des ptérines, par M. Polonovski et R. G. Busnel. — Pigments et substances antibiotiques des champignons et bactéries, par Ch. Sannié. — Quelques aspects du métabolisme du souffre chez les animaux supérieurs, par Cl. Fromageot.

Sujets traités dans la cinquième série.

Données biochimiques récentes dans le domaine de la fécondation, de la sexualité et de la génétique, par P. Boulanger. — Les protéines du plasma et du sérum. Récentes acquisitions et position actuelle du problème et leur étude, par Jean Roche et Yves Derrien. — Les cénapses lipidoprotéidiques, par Michel Macheboeuf. — La vitesse de sédimentation globulaire, par Max-Fernand Jayle. — Les mélanines, par Ch. Sannié. — De l'hémoglobine à la bilirubine et à l'urobiline, par Michel Polonovski et Alfred Gajdos. — Le métabolisme azoté des bactéries, par A. Boivin. — Action biochimique de l'insuline, par H. Bénard. — Sulfamides et antisulfamides, par G. Tréfouël. — Histamine, Antihistaminiques, par J. Cheymol.

Arnould MOREAUX, membre de la Société des Artistes français, lauréat d'anatomie artistique de l'Ecole des Beaux-Arts de Paris. — **Anatomie artistique.** Un volume de 570 pages, avec 466 figures — 850 francs. Maloine, édit., Paris, 1947.

Cet ouvrage est destiné aux étudiants des beaux-arts et aux candidats au professorat de dessin. Ces derniers trouveront, résumées à leur intention, les notions élémentaires d'anatomie osseuse et musculaire dont la connaissance est nécessaire à leur culture professionnelle. Cet ouvrage, dans son ensemble, a plutôt le caractère d'un livre d'anatomie que celui d'un cours de morphologie humaine. S'adressant à des élèves ayant déjà, du fait de leurs études préliminaires d'après l'antique et le modèle vivant, une première notion empirique des formes extérieures du corps humain, son but sera beaucoup moins de leur enseigner ce que doivent être ces formes en leur en donnant un aperçu typologique que de les instruire du comment et du pourquoi de celles-ci en leur apprenant l'anatomie de surface et ses rapports avec le modèle. L'anatomie ne sera pas considérée ici comme un élément d'une synthèse, mais bien plutôt comme un moyen d'analyse parfait dont la connaissance nécessaire à l'artiste représente une des parties les plus importantes de la grammaire des arts plastiques.

Le but a surtout été d'être utile à l'étudiant des beaux-arts en mettant entre les mains de celui-ci un ouvrage abondamment illustré, et où de très nombreuses figures d'anatomie, représentant la plus grande partie de l'élément didactique du volume, lui faciliteront l'usage d'une méthode dont il a toujours usé implicitement pour apprendre l'anatomie.

L'étudiant des beaux-arts qui aspire à connaître l'ostéologie et la myologie doit pouvoir en dessiner parfaitement tous les éléments, os et muscles sous tous leurs aspects, et cette connaissance, prélude indispensable de celle des formes du corps humain, ne peut s'acquérir que par un sérieux entraînement de la mémoire visuelle et par conséquent à l'aide de nom-

AGRIPPOL

ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE

INDICATIONS

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.

COMPOSITION

Acétophénétidine — Acide acéthylsalicylique

Chlorhydrate d'aminoxide-atropine

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

breux exercices de dessin. L'auteur a composé cet ouvrage où toutes les acquisitions se feront d'abord par l'intermédiaire des images, celles-ci accompagnées d'un texte court et très concis destiné à lui en permettre aisément la compréhension.

L'élève trouvera donc dans cet ouvrage de nombreuses figures exactes en ce qui concerne la représentation des os vus sous leurs différentes faces, et il se rappellera sans cesse que l' « Ostéologie », suivant le mot de Charles Blanc, « est la vraie science de l'artiste, et qu'elle constitue le point fixe de ses études ».

D'autres dessins très clairs, et à caractère schématique, en ce qui concerne les muscles, le mettront à même de s'initier rapidement aux éléments de l'anatomie musculaire.

Afin d'ajouter plus d'attraits à cette illustration, l'auteur a cru bon de mettre sous les yeux de l'élève des reproductions des dessins des grands Maîtres; ainsi s'initieront-ils sans peine à l'aspect de l'anatomie cadavérique. L'examen de ces figures, leur étude, et surtout de nombreux exercices de dessin d'après ces modèles familiariseront rapidement l'étudiant avec les éléments anatomiques qu'il doit connaître, tout d'abord, et pouvoir ensuite reproduire de mémoire.

Les descriptions, en ce qui concerne la myologie, s'étageront des muscles superficiels aux muscles profonds; cette méthode permettra à l'artiste qui fréquentera les amphithéâtres de dissection, de suivre le programme des études adopté dans ces milieux; chaque muscle y sera d'abord présenté individuellement avec ses insertions, sa structure, son action et sa contribution aux formes extérieures du corps. Puis des figures d'ensemble grouperont les différents muscles dans leurs rapports mutuels en une synthèse qui représentera soit tout l'écorché, soit seulement différentes parties du corps humain. Là, encore, l'élève devra s'appliquer à posséder ces détails et à les reproduire de mémoire.

L'auteur à la fin de ce volume donne un aperçu de ce que l'on appelle l'étude des « canons » où l'on considère les proportions relatives des différentes parties du corps humain; étude d'essence plus subjective que réelle sans doute, mais bien propre à prémunir contre des erreurs trop choquantes, l'artiste en quête de vouloir réaliser une oeuvre d'imagination.

Ce chapitre, d'une brièveté voulue, s'abstiendra d'ailleurs de conclure de l'anatomie à la morphologie du corps humain et de fournir aux élèves un modèle prédéterminé des formes de ce dernier. Incertaine, subjective, irréalisable, cette détermination de la forme humaine type lorsqu'elle est abordée par l'homme de science s'est toujours avérée pour l'artiste inconciliable avec toute recherche personnelle d'art ou de style.

En conclusion, cet ouvrage incitera nos futurs élèves à ne pas ménager leurs efforts pour acquérir une science vraiment trop délaissée par certains peintres et sculpteurs de notre époque, science admirable et qui a nom « Anatomie ».

2 nouvelles SUSPENSIONS DE SULFAMIDÉS

Pour rendre le traitement plus simple, plus sûr

'CREMOMERAZINE'

'CREMODIAZINE'

Contenant chacune 3.0 gm. par 30 cc. (1 once fluide)

Ces deux nouveaux produits de Sharp & Dohme fournissent deux des sulfamidés les plus efficaces, la sulfamérazine et la sulfadiazine, sous forme de suspension à 10 pour cent, agréablement aromatisées et faciles à administrer. Les drogues sont dispersées également dans un état de très fine subdivision et sont par conséquent absorbées rapidement.

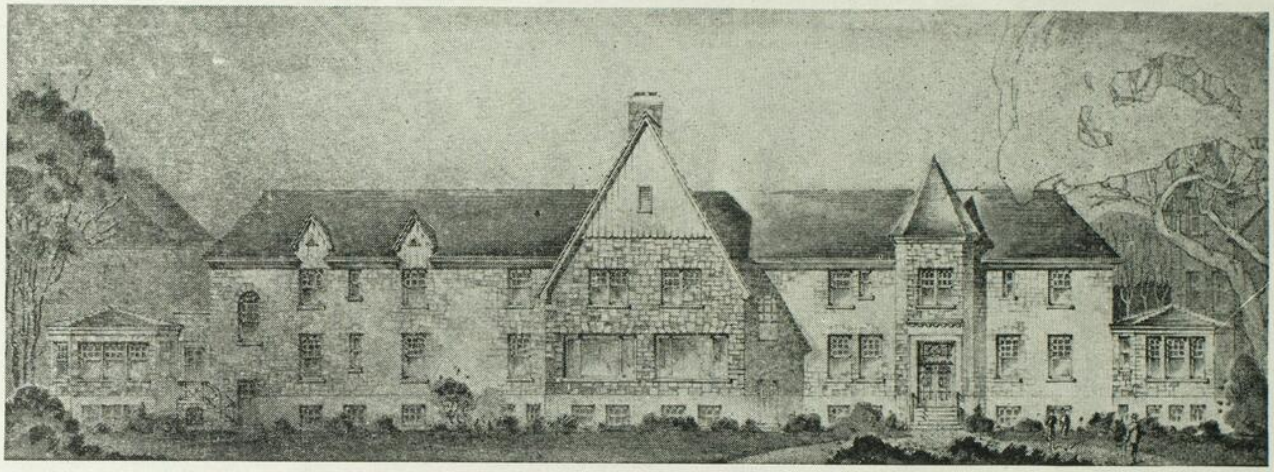
Employées séparement, la CREMOMERAZINE et la CREMODIAZINE sont équivalentes au point de vue thérapeutique, mais la dose totale de la CREMOMERAZINE n'est que la moitié de celle de la CREMODIAZINE. En outre, l'intervalle entre les doses successives de CREMOMERAZINE (8 heures) est deux fois plus long que pour la CREMODIAZINE, ce qui est nettement avantageux dans les cas ou il faut déranger le malade le moins possible.

Employées ensemble, la CREMOMERAZINE et la CREMODIAZINE sont moins sujettes à produire la cristallurie ou de l'obstruction rénale que l'une ou l'autre employée séparément, et elles peuvent être administrées avec sécurité sans y adjoindre des alcalins comme adjuvants. Lehr rapporte que l'usage d'une telle combinaison supprime les complications rénales et diminue la toxicité globale des sulfamidés.

La CREMOMERAZINE et la CREMODIAZINE sont des suspensions à 10 pour cent contenant 5 pour cent d'alcool. Présentées en flacons de 1 chopine.

Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 5, Canada

SANATORIUM PRÉVOST



La maquette ci-dessus est la façade, côté boul. Gouin, de la nouvelle bâtisse actuellement en construction qui réunira les deux anciens pavillons. Ceux-ci sont en voie de complète rénovation et l'un d'eux est déjà ouvert aux malades.

L'établissement demeure toujours consacré au traitement INDIVIDUEL des affections neuro-psychiatriques en cure libre.

● Personnel hospitalier expérimenté. Cures de repos. Physiothérapie complète. Pyrétothérapie. Electrochocs. Insulinothérapie. Psychothérapie. Bientôt: radiothérapie; régimes confiés à une diététicienne.

BUREAU MÉDICAL

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Ernest Brunet, Paul Larivière, Emile Legrand, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

Consultants: Drs Fernand Charest, René Dandurand, Paul David, Edouard Desjardins, Roland Dussault, Léon Gérin-Lajoie, Charles-E. Grignon, Charles-E. Hébert, J.-B. Jobin, Albert Jutras, Richard Lessard, Georges Manseau, Léopold Morissette, Jules Prévost, J.-A. Vidal.

• •

4455 OUEST, BOULEVARD GOUIN. **TÉLÉPHONE BYwater 2405 ★**

Nouvelle Médication

pour la sinusite et les infections des voies respiratoires

Injection Intramusculaire

FORMULE

Iodoforme — Menthol
Iodures — Camphre

Ampoule de 1 cc.
(En solution huileuse de faible acidité)

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

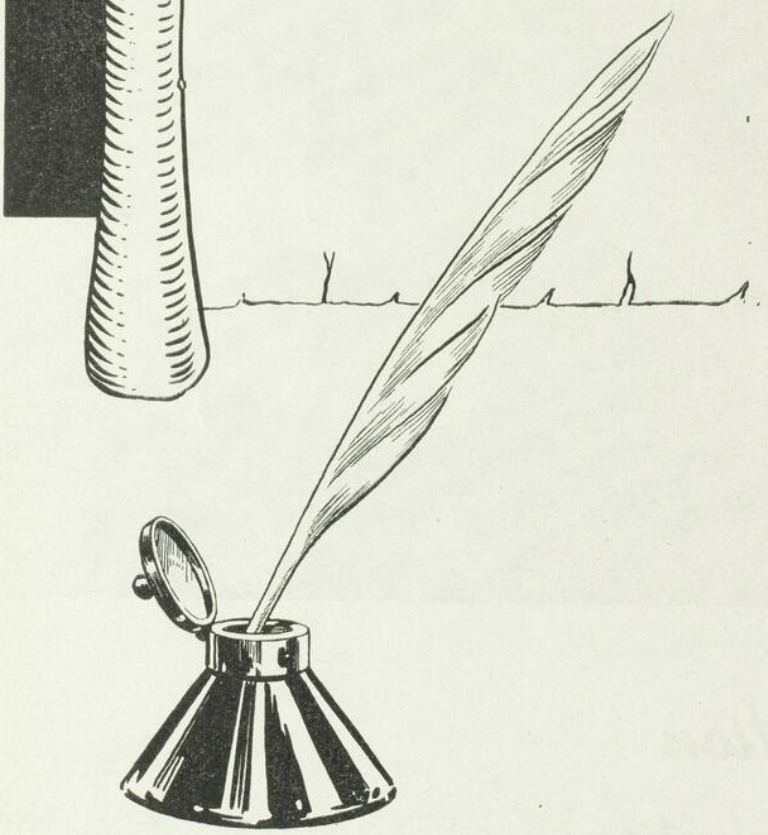
HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL, MONTRÉAL

La Librairie Beauchemin Limitée

imprimeur de « L'Union Médicale du Canada »,



offre

ses services à tous les

MÉDECINS,
ANNONCEURS
et
LECTEURS

de cette revue pour tous travaux d'impression et de reliure.

- **Son outillage le plus perfectionné,**
- **Son personnel des plus avisés,**
- **Sont garantie de qualité,**
- **A des prix modérés.**

CONFIEZ-NOUS VOS TRAVAUX ET NOUS FERONS EN SORTE DE VOUS DONNER ENTIÈRE SATISFACTION.

LIBRAIRIE BEAUCHEMIN LIMITÉE

LIBRAIRES — ÉDITEURS

Imprimeurs - Relieurs - Papetiers en gros

426-430, rue ST-GABRIEL **MONTRÉAL** **Tél.: LAncaster 4236**

pourquoi les femmes qui travaillent préfèrent TAMPAX

Demeurer à son poste pendant ses menstruations avec tranquillité d'esprit et l'assurance de bien remplir sa tâche, est l'ambition de toute femme qui travaille, que ce soit dans le domaine professionnel ou commercial. C'est en vue de ce résultat que plusieurs maisons industrielles, grands magasins, écoles d'infirmières, écoles commerciales et d'enseignement, services aériens, etc., ont inauguré un programme d'éducation expliquant aux jeunes filles aussi bien qu'aux femmes plus âgées, les avantages uniques de la méthode d'hygiène menstruelle TAMPAX. Le tampon TAMPAX a acquis ce point enviable, non seulement parce qu'il diminue les absences au travail — mais bien parce qu'il offre une protection sûre et adéquate [1,2,3,4]... qu'il n'occasionne aucune irritation interne ou externe [5]... qu'il élimine l'odeur de l'écoulement en décomposition [3]... et qu'il ne peut être la cause de bourrelets révélateurs. Le petit format de TAMPAX permet de l'apporter avec soi dans le sac à main, et il est facile d'en disposer.

Publicité acceptée par *The Journal of the American Medical Association.*

Echantillons des trois degrés d'absorption (régulier, super et junior) pour besoins particuliers, envoyés avec plaisir sur demande.

TAMPAX . . . LA PROTECTION MENSTRUELLE INTERNE DE CHOIX.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD., BRAMPTON, ONTARIO.

☐ Veuillez m'envoyer votre documentation et des échantillons.

☐ Les prix de TAMPAX pour usage au cabinet de consultation.

NOM .....
(lettres moulées)

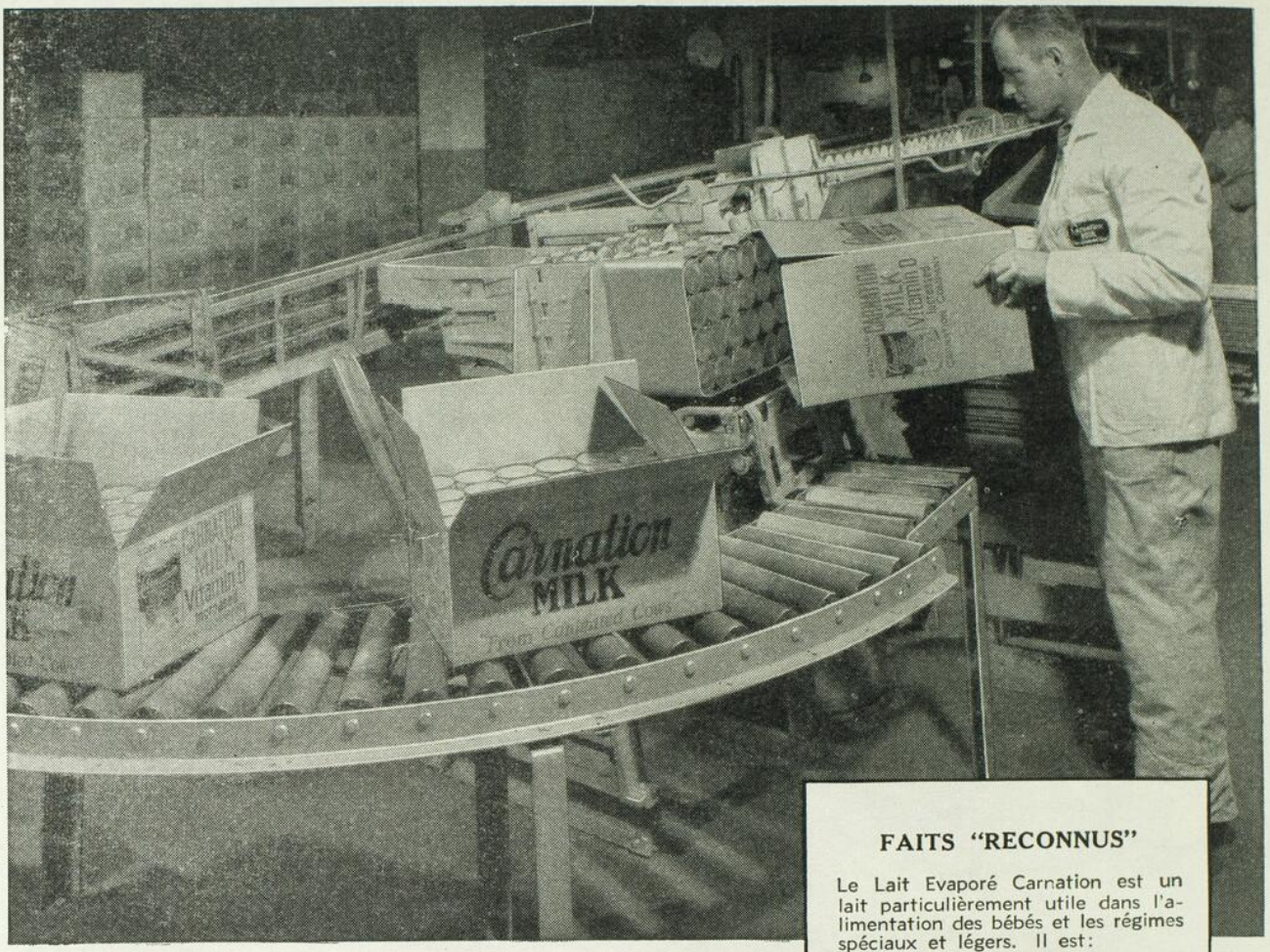
ADRESSE .....

Ville ..... Prov. .....

P7-28

BIBLIOGRAPHIE: 1. West. J. Surg. Obst. & Gyn., **51**:150, 1943. 2. Am. J. Obst. & Gyn., **46**:259, 1943. 3. Clin. Med. & Surg., **46**:327, 1939. 4. Am. J. Obst. & Gyn., **48**:510, 1944. 5. J.A.M.A., **128**:490, 1945.

Le lait avance!



Il y en a en quantité! Il avance sur des tapis roulants, glisse dans des caisses en carton et s'achemine vers les épiceries . . . C'est le Lait Evaporé Carnation, irradié pour donner une activité vitaminique D de 400 unités internationales par chopine. Les médecins qui préfèrent ce lait de confiance pour la formule des nourrissons peuvent le prescrire avec la certitude que les mères pourront se le procurer. **Qualité d'abord,** quantité ensuite, tel est le principe qui préside à la production du Lait Evaporé Carnation, production qui, pour la première fois depuis des années, est suffisante pour satisfaire une demande insistante.

FAITS "RECONNUS"

Le Lait Evaporé Carnation est un lait particulièrement utile dans l'alimentation des bébés et les régimes spéciaux et légers. Il est:

RAFFINÉ À CHAUD — et forme ainsi des grumeaux fins, doux, floconneux et mous.

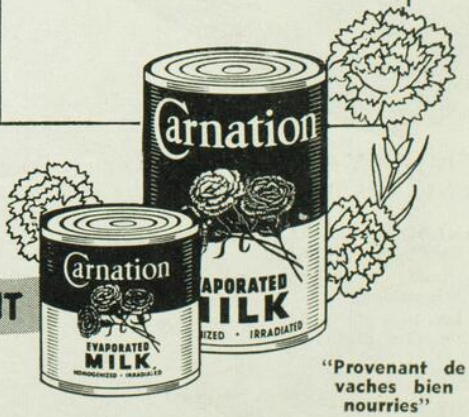
HOMOGÉNÉISÉ — avec du gras de beurre finement divisé qui rend l'assimilation facile.

IRRADIÉ — pour donner une activité vitaminique D de 400 unités internationales par chopine.

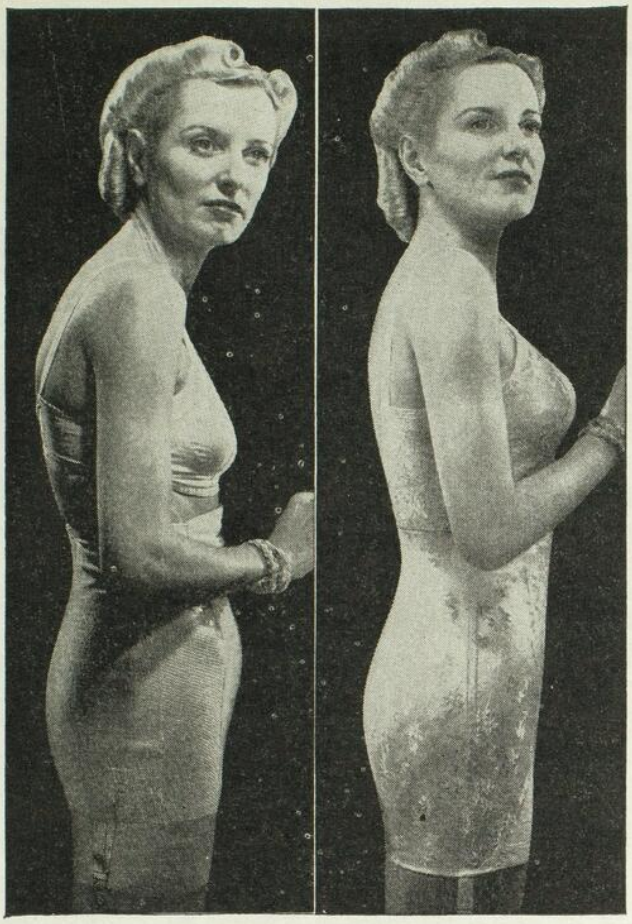
NORMALISÉ — pour assurer une teneur constante en gras et en matières solides totales.

STÉRILISÉ — après avoir été scellé hermétiquement. Ceci le garantit contre la contamination bactérienne et diminue considérablement le risque de réactions allergiques.

le Lait que TOUT MÉDECIN CONNAIT



"Provenant de vaches bien nourries"



dans la Fatigue Chronique

L'attitude de maintien vicieuse contribue fréquemment à causer la fatigue chronique. Le mauvais équilibre du corps affecte l'état physiologique; provoque la tension des muscles et ligaments; dissipe l'énergie musculaire et nerveuse. L'amélioration de l'attitude de maintien soulage ces symptômes.*

Ci-dessus, on voit une femme de taille élancée sans et avec le Support Spencer pour les Seins et le Support Spencer **dessinés individuellement** pour elle, afin d'améliorer son attitude de maintien. Remarquez comment le Spencer redresse les épaules, relève les seins ptosés, retient les organes abdominaux en bonne position, coordonne le support de l'abdomen à celui du dos, afin de rectifier l'inclinaison du bassin.

Chaque Spencer que vous prescrivez est **individuellement dessiné, taillé et fait** pour la patiente ou le patient qui doit le porter.

Pour atteindre une marchande de Supports Spencer, consultez le bottin du téléphone, sous "Corsetière Spencer", ou écrivez-nous directement.

*Goldthwait, J.-E., Brown, L.-Y., Swaim, L.-T. et Kuhns, J.-G., **Body Mechanics in Health and Disease,** 247-248, J.-B. Lippincott Co., Philadelphie, 1937.

Permettez-nous de vous adresser une brochure!

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED.
Rock Island, Québec.
Aux Etats-Unis: Spencer, Incorporated, New Haven, Conn.
En Angleterre: Spencer (Banbury) Limited, Banbury, Oxon.

Veuillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

Nom ..... M.D.

Rue .....

Ville et Province 151-11-48

SUPPORTS *DE DESSIN INDIVIDUEL* SPENCER

pour l'abdomen, le dos et les seins

EXTRAIT HEPATIQUE INJECTABLE

(15 UNITÉS PAR CC.)

POUR LE TRAITEMENT DE L'ANÉMIE PERNICIEUSE

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

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

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

PRÉSENTATION

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

CONNAUGHT MEDICAL RESEARCH LABORATORIES

University of Toronto **Toronto 4, Canada**

sédatif - antispasmodique

ACTION TRIPLE Le Syntronal 'Roche' exerce une action inhibitrice sur les terminaisons nerveuses parasympathiques, abaisse le tonus des fibres musculaires lisses et calme la tension nerveuse et l'angoisse qui accompagnent généralement les états spasmodiques.

Le Syntronal 'Roche est le médicament de choix dans les spasmes de l'appareil digestif et des voies urinaires et dans la dysménorrhée spasmodique. Le Syntronal est présenté en dragées contenant chacune 50 mgm. de Syntropan (phosphate de l'ester 3-diéthylamine-2, 2-diméthylpropylique de l'acide tropique) et 15 mgm. de phénobarbital. Echantillons à la disposition de MM. les médecins. HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE,

SYNTRONAL

'Roche'

Flacons de 30 et 100 dragées

CHOLIBILE

PRINCIPALES INDICATIONS:

Affections du foie et des voies biliaires **(cholécystite,** cholangite non lithiasique, **jaunisse hépatique,** insuffisance hépatique fonctionnelle, cirrhose et **congestion chronique passive du foie).**

FORMULE et POSOLOGIE

CHOLIBILE

Acide Déhydrocholique	0.25 gm.
Cascara Sagrada	0.05 gm.
Thiamine HCl (Vit. B_1)	5 mgm.

par dragée

2 à 4 dragées par jour.

CHOLIBILE (Faible)

Acide Déhydrocholique	0.10 gm.
Cascara Sagrada	0.02 gm.
Thiamine HCl (Vit. B_1)	2 mgm.

par dragée

2 à 6 dragées par jour.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178, Jean-Talon Est, MONTREAL, P. Q.

Prescrivez BISULFA — Présenté à la profession Médicale par notre laboratoire dès 1946.

Dès **1946** le Laboratoire Bio-Chimique présentait à la profession Médicale sous le nom de **"BISULFA"** un nouveau principe de sulfamidothérapie, ayant les avantages suivants:

- **TOXICITÉ MOINDRE**
- **CRISTALLISATION RÉNALE RÉDUITE**
- **EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE MAINTENUE**

AUJOURD'HUI notre Laboratoire vous offre les comprimés **"TRISUL"**, marque désignant trois sulfamidés et ayant les mêmes avantages.

BISULFA
0.50 gm. (7½ grs)
Sulfadiazine ..... 0.25 gm.
Sulfathiazole ..... 0.25 gm.

BISULFA infantile
Comprimés aromatisés
Demi-dose

TRISUL
0.50 gm. (7½ grs)
Sulfadiazine .... 0.1250 gm.
Sulfamerazine .. 0.1250 gm.
Sulfathiazole .. 0.2500 gm.
Citrate de soude 2 grains

TRISUL infantile
Comprimés aromatisés
Demi-dose.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178, Jean-Talon Est, MONTREAL, P. Q.

Prescrivez BISULFA — Présenté à la profession Médicale par notre laboratoire dès 1946.

1 Suppositoire par jour est la médication — unique et suffisante — à employer dans les...

AMYGDALITES aiguës

PHARYNGITES

SUPPOSITOIRES

NEO-LARYNGOBIS

PRESENTATION:

Boites de 2 suppositoires (enfants et adultes)

NEO-LARYNGOBIS a définitivement rendu désuètes et rejeté dans l'ombre les anciennes médications symptomatiques des infections aiguës de la gorge. Dorénavant, il suffit d'un seul suppositoire par jour durant deux jours — exceptionnellement durant trois jours — pour amener une guérison plus rapide, tout en simplifiant les soins donnés au malade.

POSOLOGIE :

Adultes: 1 Suppositoire pour adultes par 24 heures.
Enfants de 6 à 13 ans: 1 Suppositoire pour ENFANTS par 24 h.
Enfants de 2 à 6 ans: ½ Suppositoire pour ENFANTS par 24 h.

LABORATOIRES Lafayette LTÉE

Agents Exclusifs: GRAVET LTÉE, 1410-Wolfe, Montréal

profenil

NOUVEL ANTISPASMODIQUE SYNTHÉTIQUE NON NARCOTIQUE

Pour le soulagement *de la constriction spasmodique*

Un antispasmodique non narcotique.
Efficace dans le soulagement du spasme de la musculature lisse des systèmes circulatoire, gastro-intestinal, biliaire et urinaire.
Pour administration orale: 1 - 2 comprimés de 60 mg. trois fois par jour.
Pour administration parentérale: 1 ampoule de 45 mg. à répéter au besoin.

Documentation sur demande

LABORATOIRES Lafayette LTÉE

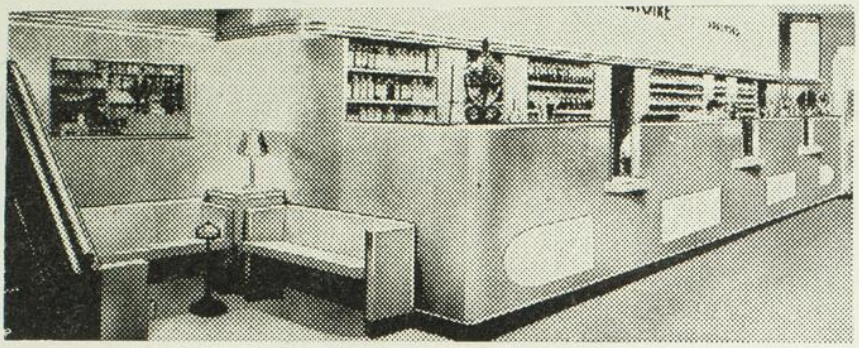
999 Dovercourt Rd., TORONTO, Ont. **1410, rue Wolfe, MONTREAL, Qué.**

Direction du laboratoire

Dr R. GRENIER
Médecin-chirurgien

Mlle LORRAINE VIDAL
Technicienne médicale diplômée

Mlle M. DE BELLEFEUILLE
Garde-malade diplômée de l'hôpital St-Luc



Direction du laboratoire

M. A. SARRAZIN
Pharmacien-chimiste, Bachelier de l'Université de Montréal
Premier prix de Matière médicale et de Travaux pratiques de Chimie

M. LUC CHOQUETTE
Pharmacien-chimiste, Bachelier de l'Université de Montréal
Docteur de l'Université de Paris

LABORATOIRE D'ANALYSES

PHARMACIE SARRAZIN & CHOQUETTE

921 EST, RUE STE-CATHERINE, MONTRÉAL — PLATEAU 9622

Diagnostic de la Grossesse

Recherche du facteur R-H

Notre Laboratoire est sous la direction active et constante du docteur F. Grenier, aidé d'une technicienne et d'une infirmière diplômées. Ce personnel qualifié, disposant d'un équipement des plus modernes, est en mesure d'effectuer des analyses **complètes,** de préparer des **glycémies,** des **hémogrammes,** des **Zondek,** de déterminer le taux de **sédimentation sanguine** ou le **facteur Rh,** ou de rechercher tel bacille dont vous soupçonnez l'existence.

Le jour même, il peut vous fournir les rapports précis et détaillés qui vous sont indispensables pour l'élaboration de certains diagnostics. Voilà un service qui est devenu pratiquement indispensable depuis que les laboratoires des hôpitaux sont en état de perpétuel encombrement.

CYTOLOGIE DU SANG

Numération des globules	Sang analysé
Globules rouges	Hémoglobine
Globules blancs	Valeur globulaire

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophyles	Métamyélocytes juvéniles
Grands mononucléaires	Myélocytes
Lymphocytes	Blastes
Polynucléaires éosinophiles	Hématies nucléées
Polynucléaires basophiles	Plaquettes sanguines
Shilling:	Anisocytose
Bâtonnets (Stab)	Poïkilocytose
	Réticulocytes

EXAMEN CHIMIQUE DU SANG

Urée	Chlorures - sang total
Glycémie	Chlorures - plasma
Sédimentation	Calcium
Hématocrite	Cholestérol total - Esters
Prothrombine	Temps de coagulation
Protéines totales	Temps de saignement
Concentration des sulfa et pénicilline	Rétractilité du caillot
Créatinine	Résistance globulaire
Acide urique	Groupe sanguin (int)
	Facteur Rh

Urine

CARACTERES PHYSIQUES

Volume en 24 hrs	Réaction
Odeur	Densité
Couleur	

EXAMEN MICROSCOPIQUE ET BACTERIOLOGIQUE

Aspect du dépôt	Epithéliums
Sels:	Leucocytes
Phosphates ammon-magnésien	Pus
Phosphates amorphes	Cylindres
Urates	Bactéries
Divers	Cocci
Gl. rouges	Bacilles

CARACTERES CHIMIQUES

Albumine	Pigments biliaires
Dosage	Acétone
Sucre (après défécation)	Acide diacétique
Dosage	Nos de lab.
Urobiline	

EPREUVES FONCTIONNELLES

Calcurie 25 à 35 mgr. %	Albumine de Bence-Jones
Chlorure 7 à 8 gr. %	P. S. P. 40 à 60%
Urobilinogène	

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
- ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
- ŒUVRES DE SANTÉ PUBLIQUE
- PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

LE VACCIN B C G

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

— Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.

— Épreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.

— 3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANS-CUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).

— FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.

— Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.

ALBERT CALMETTE
1863 - 1933

*J. A. BAUDOUIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.
R. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal, Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

ARTICHOBYL EXTRAIT DE FEUILLES FRAÎCHES D'ARTICHAUT.

Maladies du foie. (Action très douce.)

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

AMINOBAINE (AMINOPHYLLINE ET OUABAÏNE).

Insuffisances cardiaques.

4 à 8 dragées par 24 heures.

AMINOPHYL (AMINOPHYLLINE).

Défaillances et algies cardiaques.

1 à 2 dragées 3 à 4 fois par jour.

CIGARETTES ANTIASTHMATIQUES.

Asthme — Rhume des foins — Coryza.

2 à 6 par jour.

DESANXYL

Régulateur de l'équilibre vago-sympathique.

2 à 8 dragées par jour, une demi-heure avant les repas.

PLURIGLANDINE

Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

SULFORAZINE GRANULÉ EFFERVESCENT.

Rhumatismes — Goutte — Antisepsie urinaire.

3 à 6 cuillerées à thé par jour aux repas.

VEINATONE

Affections veineuses.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

J. EDDÉ Limitée

Edifice New Birks, **MONTRÉAL**

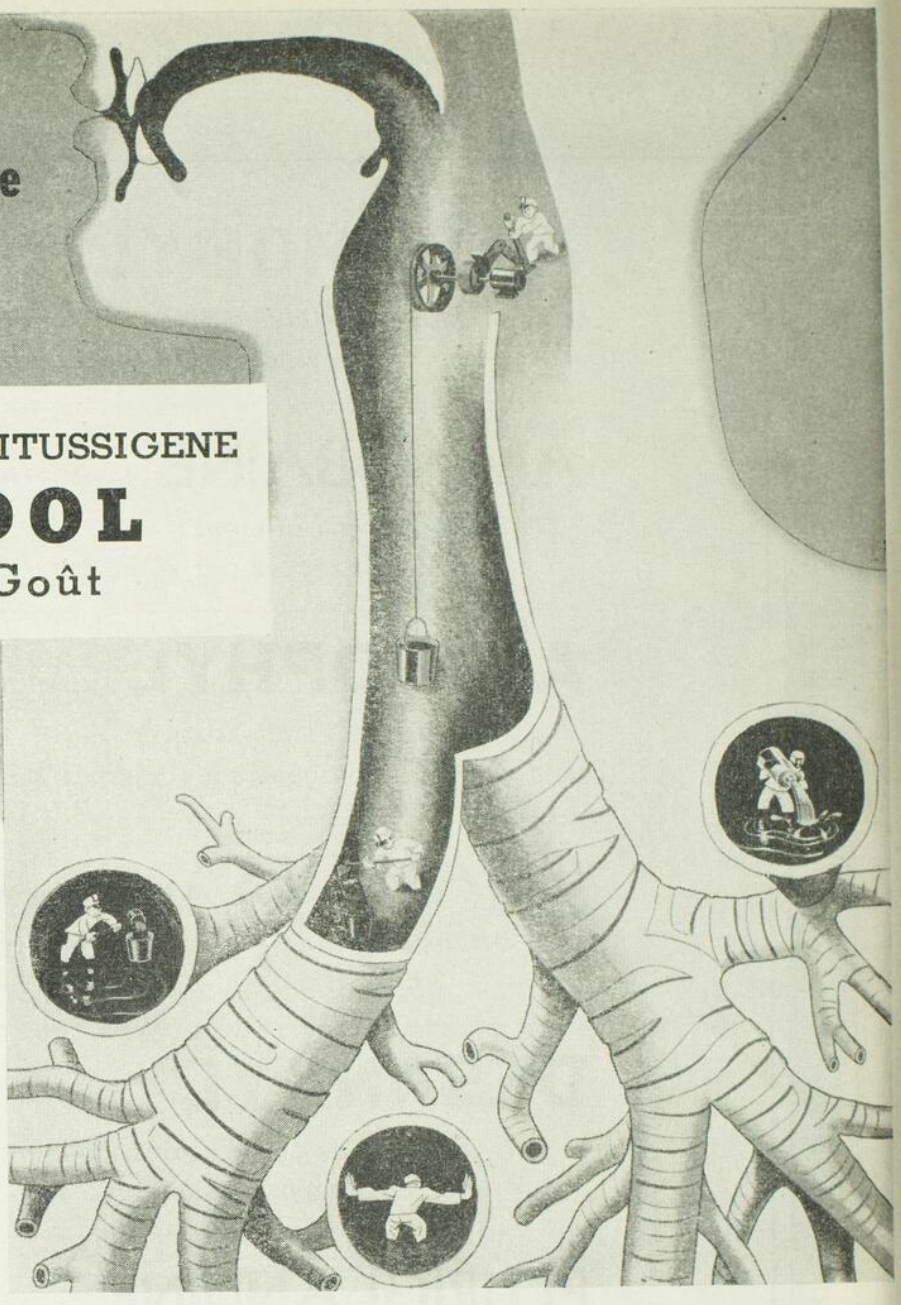
Il y a un *Meilleur* Narcotique pour Enrayer la Toux dans

le *Nouveau* SIROP ANTITUSSIGENE

MERCODOL

Agréable au Goût

se remarquant par



La Mercodinone

Un narcotique amélioré dont l'action antitussigène est supérieure à celle de la codéine et de l'héroïne et qui, pourtant, se caractérise par une absence remarquable d'effets secondaires tels que nausées, constipation, rétention du sputum. Le Mercodinone (bitartrates de dihydrocodéinone) est 6 fois plus puissant (à poids égal) que la codéine.

plus

La Nethamine

un bronchodilatateur pour relâcher les bronchioles.

Le Citrate de Soude

un meilleur expectorant pour liquéfier les sécrétions.

Mercodol *EST D'UN GOÛT SI AGRÉABLE* que vos patients — même les enfants—le prendront toujours sans répugnance. Et, étant compatible avec une grande variété des drogues employées comme thérapie accessoire, Mercodol constitue un véhicule thérapeutique actif, d'un goût exceptionnellement agréable.

DOSE—Adultes, 1 cuillerée à thé; enfants, ¼ à 1 cuillerée à thé. Répétez la dose toutes les trois heures et quand cela est nécessaire pendant la nuit.

Mercodol est en vente dans les pharmacies d'hôpitaux et d'ordonnances, en bouteilles de 16 onces et de 80 onces.

COMPRIMÉS DE MERCODINONE: Comme adjuvant du Mercodol, afin d'augmenter l'effet narcotique, ou prescrits seuls contre la toux épuisante dans les affections pulmonaires graves. Comprimés solubles de 5 mg., en flacons de 100.

"Mercodol," "Mercodinone," et "Nethamine" sont des marques déposées de The Wm. S. Merrell Company

THE WM. S. MERRELL COMPANY
CINCINNATI, U. S. A. • TORONTO, ONT.

MERRELL
Since 1828

PROVEINASE

MIDY

"RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE"

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

2 à 6 comprimés par jour.

LABORATOIRES MIDY - PARIS

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

ANTIGRIPPINE MIDY

MÉDICAMENT COMPLET DE LA GRIPPE

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

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

Indications : Etat grippal.

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

Présentation : Boîte de 12 comprimés.

Laboratoires MIDY, Paris

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

troubles hépatiques

cirrhose
infiltration graisseuse
altération fonctionnelle
hépatite toxique
hépatite infectueuse

methischol

(prononcer mé-tis-col)

Association synergique de METHIONINE, de CHOLINE et d'INOSITOL dans un excipient à base de FOIE et du COMPLEXE VITAMINIQUE B . . . . . substances lipotropes qui facilitent le transfert des lipides provenant du foie vers les dépôts de graisse du corps . . . association destinée à la prophylaxie et au traitement spécifique des affections hépatiques curables.

une cuillerée à soupe ou 3 capsules renferment :

dl-Méthionine . . . . . 333 mgms.
Choline . . . . . 250 mgms.
Inositol . . . . . 166 mgms.
et le complexe vitaminique B provenant de 12 gm. de foie.

Présentation: Capsules, en flacons de 100, 250, 500 et 1000. Sirop, flacons de 16 onces et de 1 gallon.

avantages du **méthischol**

1. trois éléments lipotropes efficaces.
2. complexe vitaminique B du foie.
3. METHIONINE, élément essentiel facilement utilisable.
4. tolérance parfaite, atoxique, commode.

Documentation détaillée et échantillon.

u. s. vitamin corporation
casimir funk labs., inc., (affilié)
250 east 43rd street, new york 17, n.y.

FURONCULOSE
•
ABCÈS
•
ANTHRAX
•
ACNÉ
•
FOLLICULITES
•
ORGELETS
•
OSTÉO-MYÉLITE

Laboratoires Ch. Couturieux, 79, Rue de Tocqueville, Paris.

Les comprimés glutinisés de

GLÉSION

agissent...

dans les cas rebelles de FURONCULOSE et les diverses infections staphylococciques

FORMULE:

Levure de Bière (extrait sec.)	0 gm. 17
Étain colloïdal	0 gm. 07
Extrait sec de bardane	0 gm. 08
Soufre colloïdal	0 gm. 04

TRAITEMENT DE CHOC:

15 à 20 comp. par jour toutes les 4 heures.
Entretien: 4 à 8 par jour.

Agents pour le Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE**, 200, rue Vallée, **MONTRÉAL**

Première réalisation d'un produit détergent qui mousse - remplace le savon - et qui est acide - pH : 2.7 - intolérance aux savons et à l'eau • **DERMACIDE** • a été élaboré en 1932 à l'instigation et sur les conseils du professeur Darier • **DERMACIDE** • réalise le traitement moderne des affections cutanées - dans la plupart des cas son action est complétée par • **VITA-DERMACIDE** • pâte acide-grasse-vitaminée - soluble à l'eau.

LABORATOIRES M. PORCHER — 35, rue des Blancs Manteaux — PARIS

AU CANADA : **LABORATOIRES JEAN OLIVE** — 200, RUE VALLÉE, MONTRÉAL, P. Q.

ANTIPRURITIQUE

ANTISEPTIQUE

Pour calmer l'intolérable

PRURIT-

LE LIQUOR CARBONIS DETERGENS

(Wright's)

— Principe actif de la fraction antiprurigineuse et antiseptique du goudron de houille — agent thérapeutique classique en dermatologie depuis plus de 80 ans en Grande-Bretagne.

"Très utilisé en dermatologie, le goudron, appliqué à bon escient, est si avantageux que l'on peut juger de la compétence du dermatologiste par le succès qu'il obtient de son emploi."

On peut l'employer sous forme de... l'extrait alcoolique connu sous le nom de "Liquor Carbonis Detergens"... ou on peut l'incorporer à des onguents, des pâtes ou des lotions.

J. M. H. Macleod, M.A., F.R.C.P., London.

Se vend dans toutes les pharmacies, en flacons de 3, 8 et 16 onces.

Fabriqué en Grande-Bretagne
par

WRIGHT, LAYMAN AND UMNEY, LTD.

Représentants exclusifs pour le Canada

LAURENTIAN AGENCIES REG'D.

429, rue Saint-Jean-Baptiste, Montréal 1, P. Q.

BIS-KAM-OIL

TRAITEMENT RATIONNEL
des affections gastro-intestinales par le poudrage

DYSPEPSIES
HYPERCHLORHYDRIE
AÉROPHAGIE
CONSTIPATION
OXYURASE

AGENT GÉNÉRAL :
J. EDDÉ Ltée, Montréal.

Laboratoires
du Dr Pierre ROLLAND et DURET & RÉMY
RÉUNIS
ASNIÈRES près PARIS

J. EDDÉ Limitée, Edifice New Birks, **MONTRÉAL,** Agents pour le Canada.

HÉMOSTYL

Sérum hémopoïétique frais de cheval

FLACONS - AMPOULES

Anémies
Convalescences
Hémorragies

1 à 2 ampoules le matin à jeun dans 1/4 de verre d'eau, par voie buccale.

SIROP

Anémies des enfants
Chloro-anémies

1 cuillerée à potage (enfants une cuillerée à café) avant les trois principaux repas.

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

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

MOUVEMENT RYTHMIQUE

C'EST AUSSI LE RYTHME qui compte... en ce qui concerne le fonctionnement des intestins.

L'Agarol suit de près ce principe. C'est une émulsion exceptionnellement stable d'huile minérale médicinale pure, qui ramollit et lubrifie le bol alimentaire. De plus, il fournit une stimulation péristaltique douce, qui résulte de la diffusion uniforme de la phénolphtaléine blanche et pure dans l'émulsion. Il s'ensuit un mouvement rythmique, et une évacuation alvine facile et sans effort.

Un échantillon d'essai d'Agarol vous sera promptement envoyé à titre gracieux, si vous en faites la demande par écrit à notre Service Professionnel.

AGAROL

WILLIAM R. WARNER & CO., LTD., 727 KING ST. WEST, TORONTO, ONT.

DERMOSPLÉNINE

(EXTRAIT DÉSALBUMINÉ AQUEUX DE RATE)

Ampoules de 2 centicubes,
correspondant à 25 grammes de rate fraîche.

Injections intramusculaires profondes
massives – de 3 à 5 ampoules tous les 2 jours

DERMATOSES PRURIGINEUSES

(EN PARTICULIER LES ECZÉMAS AIGUS SUINTANTS)

Laboratoires des Lipides – 14, rue des Minimes, Paris (3e)
Laboratoires Jean Olive – 200, Rue Vallée, Montréal, P.Q.

Pas de thérapeutique complète des...

ANÉMIES, TROUBLES DE LA CROISSANCE ET DE LA MINÉRALISATION, TUBERCULOSES
(modificateur de terrain)

...sans opothérapie splénique

LIPOSPLÉNINE

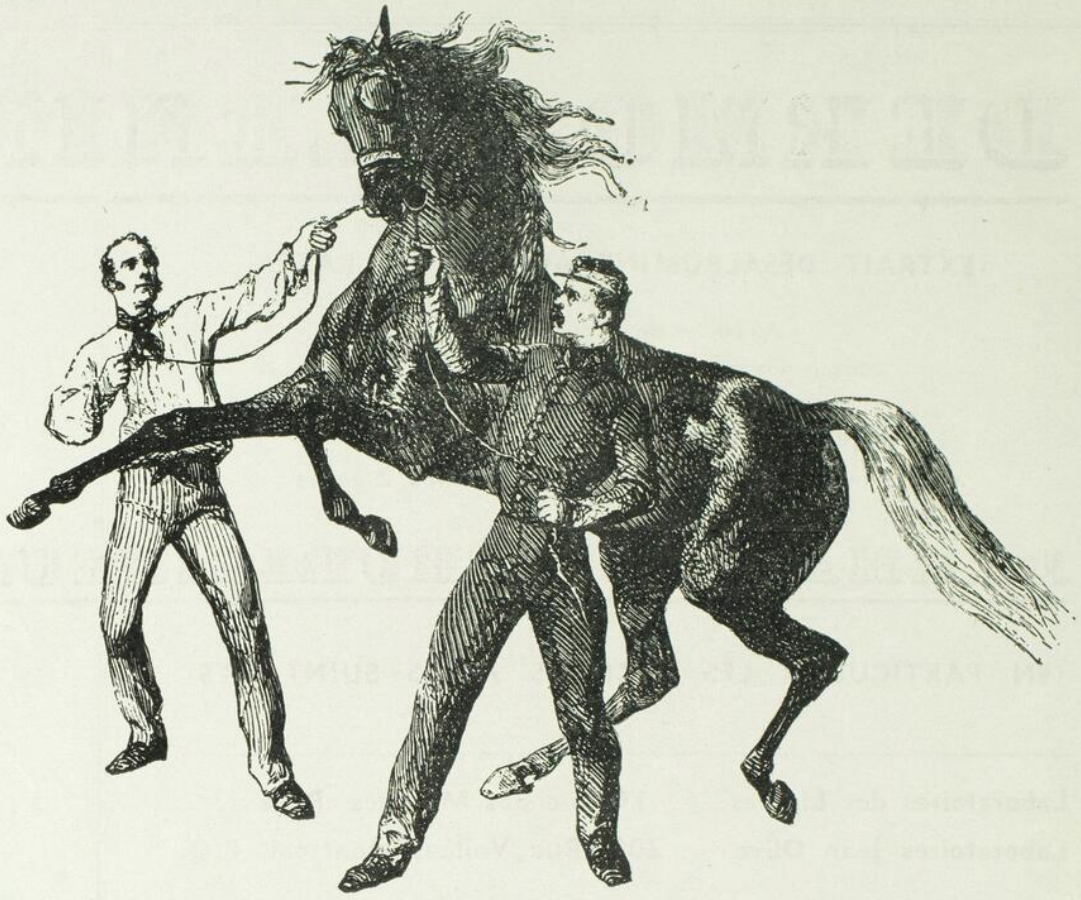
EXTRAIT LIPIDIQUE DE RATE (SOULA)

Ampoules Injectables • Comprimés • Gouttes • Phospho-Calcique Granulé • Sirop

"La rate est à l'élément blanc ce que le foie est aux hématies."

LABORATOIRE DES LIPIDES
14 rue des Minimes, PARIS 3e

LABORATOIRES JEAN OLIVE
200 rue Vallée, MONTRÉAL



● **STOPPER est souvent plus facile à dire qu'à faire**

● **STOPPER** est désormais presqu'aussi facile à faire qu'à dire quand il s'agit d'arrêter une hémorragie. GELFOAM*, éponge de gélatine hémostatique résorbable, arrête rapidement le saignement dans nombreuses variétés de conditions chirurgicales. Le suintement superficiel, le saignement des capillaires et des petites veines, les hémorragies succèdant aux résections cèdent rapidement à son action hémostatique. Découpé ou modelé selon la forme désirée, appliqué ensuite avec ou sans addition de thrombine, le GELFOAM peut être laissé "in situ" où il se résorbe sans causer de réaction.

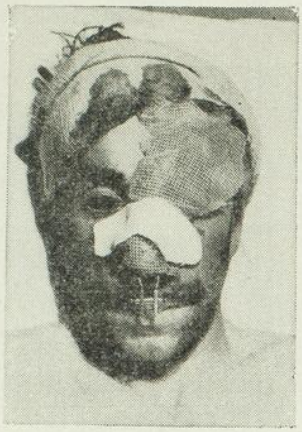
**Nom Dépose*

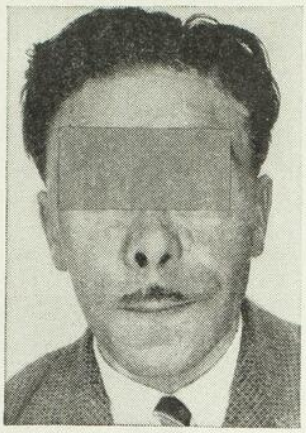
Gelfoam

384, Rue Adélaïde, Ouest

Upjohn
TORONTO, ONTARIO

Médicaments de qualité depuis 1886





BLESSURE TRAVERSANT LE NEZ DE PART EN PART

Greffes cutanées supportées par moulages plastiques avec pansement au Tulle Gras Contention par bandes d'Elastoplast

FICHE MÉDICALE. — Le 18 juillet 1944, le patient a subi une blessure traversant le nez de part en part. L'examen révéla une perte considérable de tissu mou de chaque côté, mais il restait sur l'arête un lambeau continu d'un demi-pouce de large. Les bords de la plaie furent excisés le 28 juillet. On fit ensuite deux moulages plastiques pour soutenir une greffe cutanée, prévenir l'adhérence des surfaces dénudées et assurer la perméabilité des voies nasales. Un lambeau cutané frontal convoyé par un lambeau recourbé dans la région de l'artère temporale gauche fut élevé et, avant suture des lambeaux, des greffes découpées au dermatome furent placées sur le moulage pour réunir les muqueuses. Un pansement au Jelonet fut appliqué, maintenu par bandes d'Elastoplast.

26 août 1944. Section du lambeau frontal.

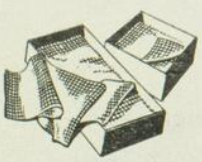
30 novembre 1944. Greffe osseuse au nez.

7 juin 1945. Excision des replis et des cicatrices. Voie aérienne gauche perméable.

13 septembre 1945. Réduction de la largeur de la base du nez. Redressement des saillies charnues.

27 juin 1946. L'examen démontra que toutes les greffes étaient bien prises partout et que les voies nasales étaient complètement perméables.

Ces détails et ces gravures proviennent d'un cas authentique. T. J. Smith & Nephew Ltd., de Hull, Angleterre, ont le privilège de publier cet exemple typique parmi bien d'autres où leurs produits ont été employés avec succès.

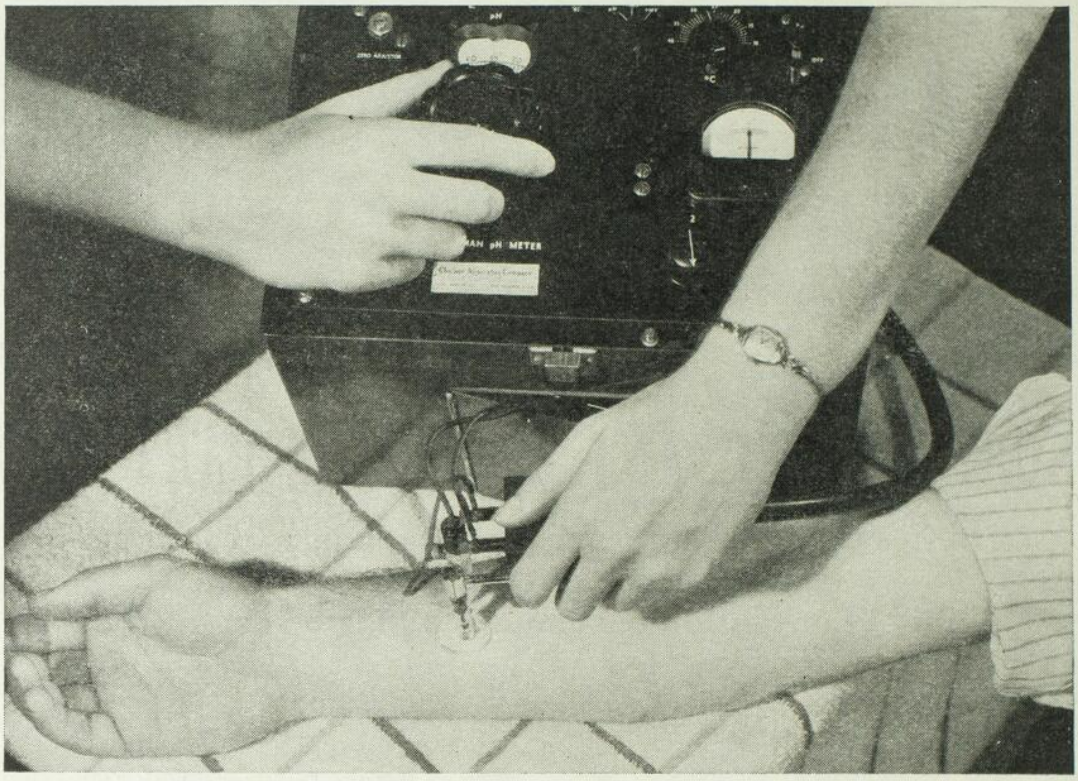


Le Jelonet (tulle gras) est une gaze pour pansements, imprégnée de petrolatum et de Baume du Pérou, à un pour cent. Il est indiqué comme pansement pour les greffes épidermiques et dans le traitement de blessures, de brûlures, etc. Le Jelonet est stérilisé et prêt à servir, il est offert en boites contenant une bande continue de 8 verges ou en 36 morceaux mesurant 3¾" x 3¾".

SMITH & NEPHEW LIMITED

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

Dans le Laboratoire de Recherches sur la Peau de Procter & Gamble: le pH-mètre de Beckman sert à déterminer l'effet du savon sur le pH de la peau.



Les Yeux qui Surveillent cet Instrument

Veillent Effectivement sur la Peau Sensible de Bébé

A L'AIDE du pH-mètre de Beckman et d'autres instruments de précision, les études se poursuivent incessamment dans le Laboratoire de Recherches sur la Peau de Procter & Gamble. C'est ainsi que le choix des ingrédients du Savon Ivory et l'établissement de la formule de fabrication se font sur une base scientifique.

Puis, pour compléter le cycle du contrôle, les laboratoires d'usine de P & G soumettent Ivory à 216 épreuves distinctes au cours de la fabrication . . . pour obtenir la certitude scientifique que **chaque** pain de savon rencontre les exigences sévères établies à la suite de recherches.

Les experts scientifiques contrôlent ainsi constamment la pureté et la douceur pour lesquelles Ivory est célèbre. Un seul souci guide leurs efforts . . . le soin de la peau délicate de Bébé. Car il faut qu'Ivory soit assez pur et assez doux pour les bébés et que son emploi (répété des millions de fois par jour) sur leur peau particulièrement sensible offre toute sécurité.

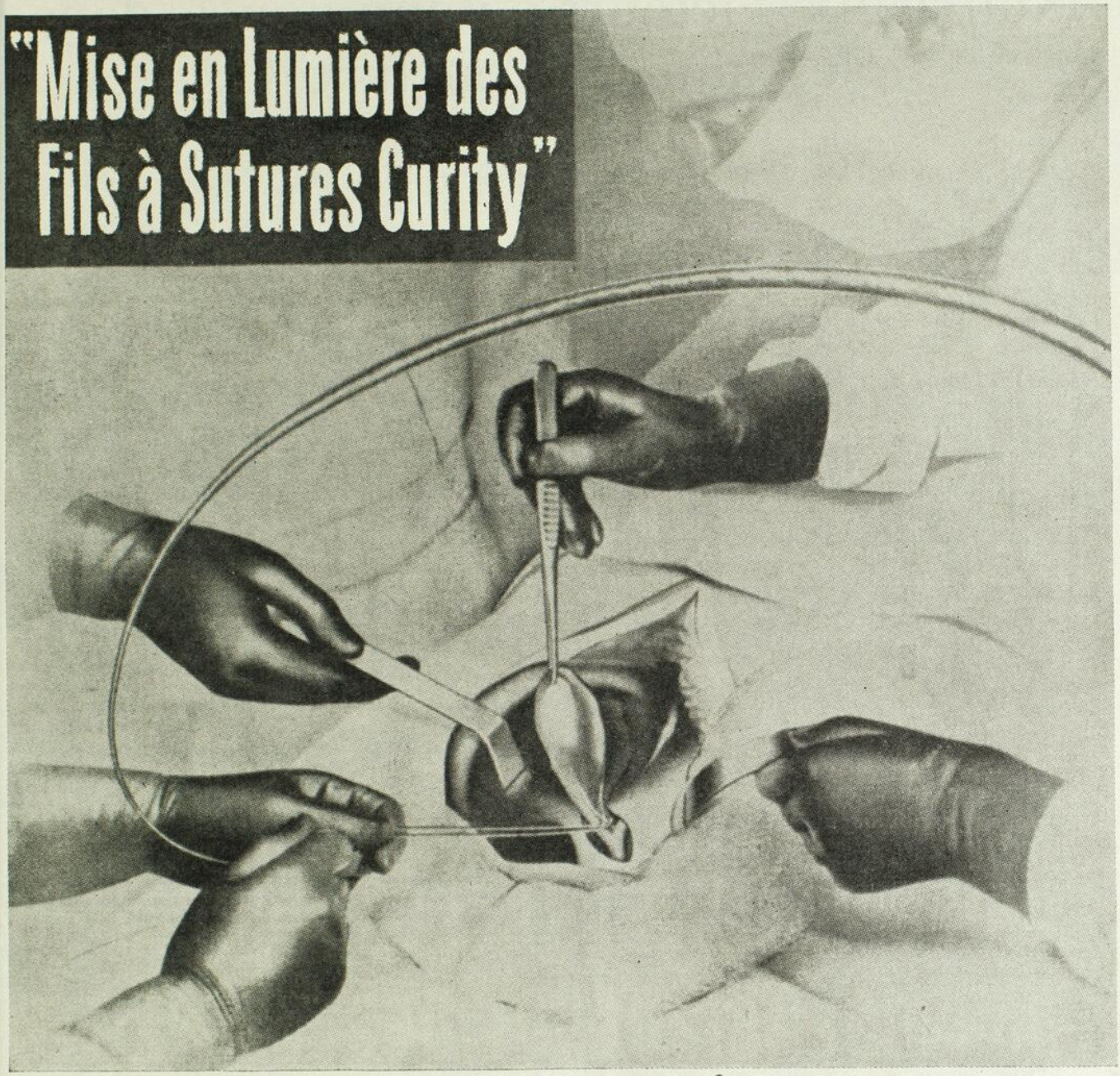
Le soin Ivory de la peau est le plus célèbre au monde!

99 44/100% pur

Il flotte

Fabriqué au Canada

"Mise en Lumière des Fils à Sutures Curity"



Le Catgut Curity offre tous les avantages les plus évidents des bons fils à sutures — douceur, souplesse, résistance à la rupture plus que suffisante, et uniformité. Tout cela peut être constaté au toucher.

Mais le Catgut Curity possède en outre une propriété invisible qui est d'une importance primordiale en chirurgie: c'est celle d'offrir une résorption prévisible. Pour cette raison, vous pouvez ligaturer les plaies avec une efficacité soutenue et une grande marge de sécurité — vous n'avez qu'à employer le fil à sutures Curity de la bonne grosseur et du degré de chromicisation convenable.

La résorption prévisible n'est pas une propriété acquise du jour au lendemain. Elle représente des années de recherches dans les Laboratoires de fils à sutures Curity, sur les propriétés chimiques et physiques du Catgut, et c'est le point culminant des nombreux perfectionnements apportés par Curity au traitement du catgut. C'est pourquoi les Fils à Sutures Curity répondent parfaitement à tous vos besoins. Faites-en l'essai et constatez-le par vous-même.

Un produit de

BAUER & BLACK

Division de la Kendall Company (Canada) Ltd., Toronto, Ontario

Curity
REG. IN CANADA

Nom déposé au Canada

Nouveaux facteurs vitaminiques dans les aliments en boîtes

Au cours des dernières années, beaucoup de chercheurs ont étudié le rôle des nouvelles vitamines B complexes dans l'alimentation des mammifères. Il a été démontré, par des expériences sur des animaux, que la biotine, la pyridoxine et "l'acide folique" étaient essentiels (1).

"L'acide folique" s'est aussi avéré efficace pour le traitement de la sprue et de certaines autres formes d'anémie humaine (2,3).

Bien que le rôle physiologique de ces nouvelles vitamines, et les quantités essentielles à l'homme ne soient pas encore bien définis ou complètement connus, ils le seront probablement dans un avenir rapproché.

En attendant, nour signalons la répartition de ces facteurs vitaminiques dans des aliments.

Le tableau ci-dessous indique dans quelles proportions ces éléments nutritifs se trouvent contenus dans les aliments typiques en boîtes (4).

L'on se propose, dans les recherches futures, d'obtenir des renseignements plus complets sur la valeur de la biotine, de la pyridoxine et de "l'acide folique" contenus dans cette importante catégorie d'aliments.

Teneurs en Pyridoxine, Biotine et "Acide Folique" des Aliments en Boîtes

(*Recalculées sur la base de portions de quatre onces (113 grammes).*)

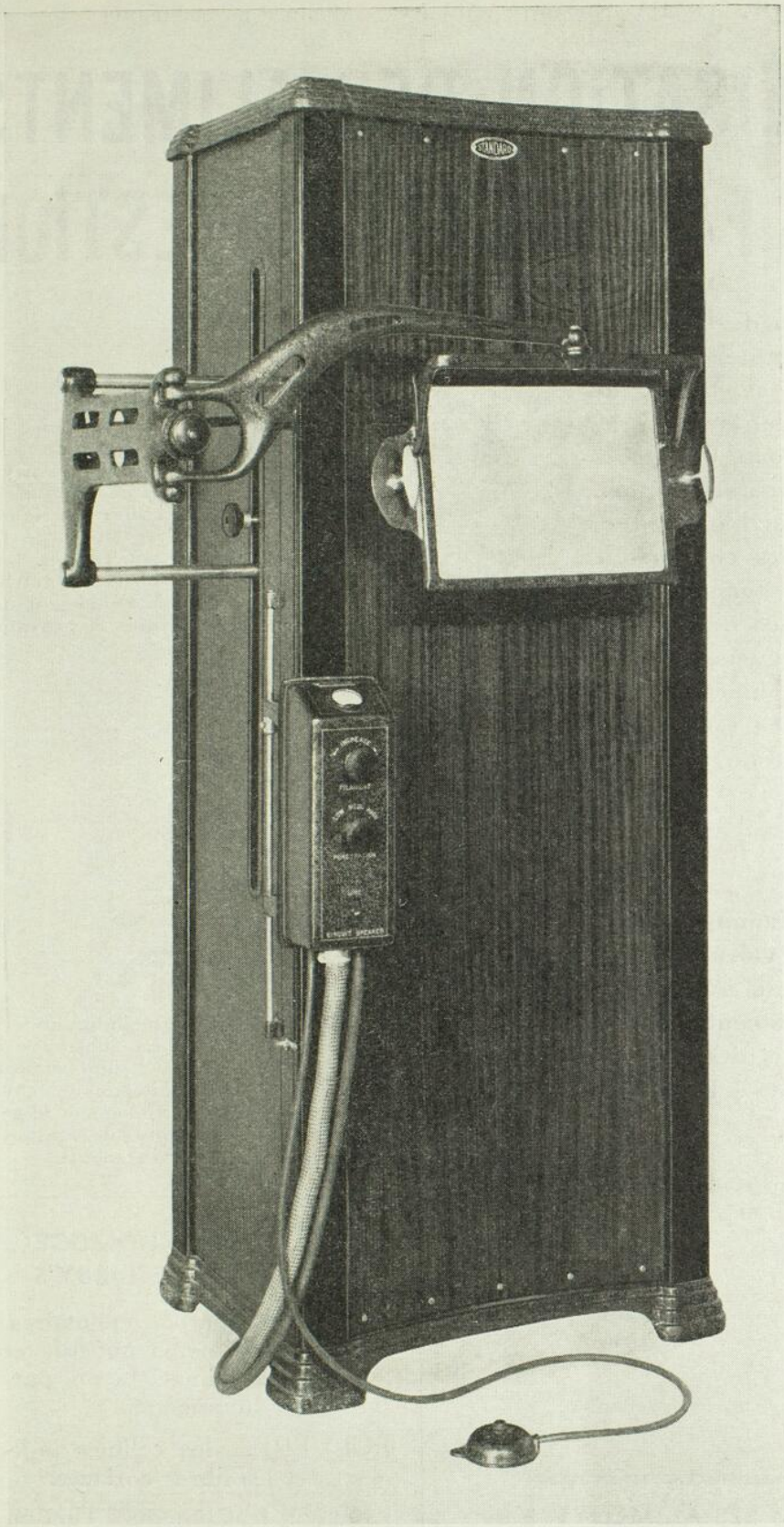
		Pyridoxine	Biotine	"Acide Folique"	
Produits	Nombre d'Echantillons	Moyenne en Microgrammes par Portion	Moyenne en Microgrammes par Portion	Facteur S. Lactis Moyenne en Microgrammes par Portion	Facteur L. Casei. Moyenne en Microgrammes par Portion
Asperges vertes	10	34	1.9	6.6	10.1
Haricots verts	11	36	1.5	3.3	8.7
Carottes	10	25	1.7	1.5	4.6
Blé d'Inde jaune	10	77	2.5	1.9	6.3
Jus de Pamplemousse	11	16	0.3	0.6	1.4
Pêches	9	18	0.2	0.6	1.7
Petits Pois	10	52	2.4	1.9	5.0
Saumon	10	147	11.1	2.9	7.8
Epinards	10	68	2.6	8.4	23.4
Tomates	10	80	2.0	3.0	6.1

(1) Nutrition Reviews *4*,163 (1946)
(2) Nutrition Reviews *4*,11 (1946)
(3) Am. J. Pub. Health *37*,688 (1947)
(4) Journal of Nutrition *31*,347 (1946)

CANCO

AMERICAN CAN COMPANY

KENTVILLE • MONTRÉAL • HAMILTON • TORONTO • WINNIPEG • VANCOUVER



FLUOROSCOPE VERTICAL

Standard

Le fluoroscope le meilleur au prix le plus bas.

Capacité: 10 Milliampères à 88 Kilovoltmax.

Marche sur 110 volts, 60 périodes et ne demande aucune installation électrique spéciale.

Cette unité comprend: un châssis vertical renfermant le tube à rayons X et le transformateur haute-tension; un contrôle; un écran fluoroscopique Patterson B-2 dimensions 12 x 16; un interrupteur à pédale et tous les câbles de connections nécessaires.

Sur demande, nous fournissons un équipement pour orthodiagramme, adapté au fluoroscope.

CANADA LTD

X-CANADA LTD.

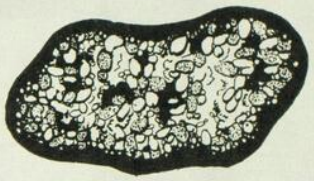
2056 McGILL COLLEGE, MONTREAL LA.3072

L'HOMOGÉNÉISATION DES ALIMENTS POUR BÉBÉS FACILITE LEUR DIGESTION

Le procédé d'homogénéisation de Libby modifie avantageusement la forme matérielle des aliments tamisés et, en en brisant les parois cellulaires pour libérer les éléments nutritifs, il augmente de beaucoup leur digestibilité. Des expériences comparatives, pour déterminer le travail imposé à l'appareil digestif pour digérer les légumes en purée et homogénéisés, indiquent que le temps requis à l'évacuation alvine des légumes est de 86% moins long dans le cas des légumes homogénéisés. Il en résulte que les aliments homogénéisés peuvent être assimilés sans fatigue pour l'appareil digestif délicat du bébé. Les aliments tamisés et homogénéisés de Libby sont bien tolérés, et cela dès l'âge de six semaines.

Les aliments tamisés et homogénéisés Libby pour bébés ont une valeur nutritive remarquable. Un tableau indiquant l'analyse nutritive de ces aliments est à la disposition des pédiatres et des médecins qui en feront la demande à Libby's, Chatham, Ontario.

CELLULE NUTRITIVE AVANT L'HOMOGÉNÉISATION.



A noter que la substance nutritive est emmurée dans une enveloppe de cellulose indigeste que ne brise pas le tamisage. Les sucs gastriques à l'état latent de l'estomac du nourrisson ne peuvent pénétrer la paroi de cellulose, ce qui fait perdre la substance nutritive essentielle. Des aliments non digérés s'engagent dans le gros intestin où ils peuvent fermenter et provoquer des troubles sérieux.

CELLULE NUTRITIVE APRÈS L'HOMOGÉNÉISATION.

A noter que l'enveloppe de cellulose indigeste a été brisée et uniformément dispersée. La substance nutritive a été libérée pour favoriser une digestion rapide. Le danger de troubles intestinaux causés par la fermentation d'aliments partiellement digérés est quasi éliminé, et le bébé reçoit plus de substances nutritives pour la même quantité d'aliments.

Epinards
Carottes
Pois
Pois, carottes, épinards

Betteraves
Courges
Légumes avec boeuf et orge
Légumes avec bacon et orge
Soupe aux légumes
Soupe au foie
Compote de pommes
Pommes et pruneaux
Pommes et abricots
Pêches
Pouding à la cossetarde

SEULS LES ALIMENTS LIBBY'S POUR BÉBÉS SONT HOMOGÉNÉISÉS

LIBBY, McNEILL & LIBBY OF CANADA, LIMITED, CHATHAM, ONTARIO.

LE PROCÉDÉ D'HOMOGÉNÉISATION DE LIBBY'S

BRISE les parois cellulaires, libère les éléments nutritifs et les disperse d'une façon parfaitement homogène.

PULVÉRISE les cellules indigestes et les fibres coriaces.

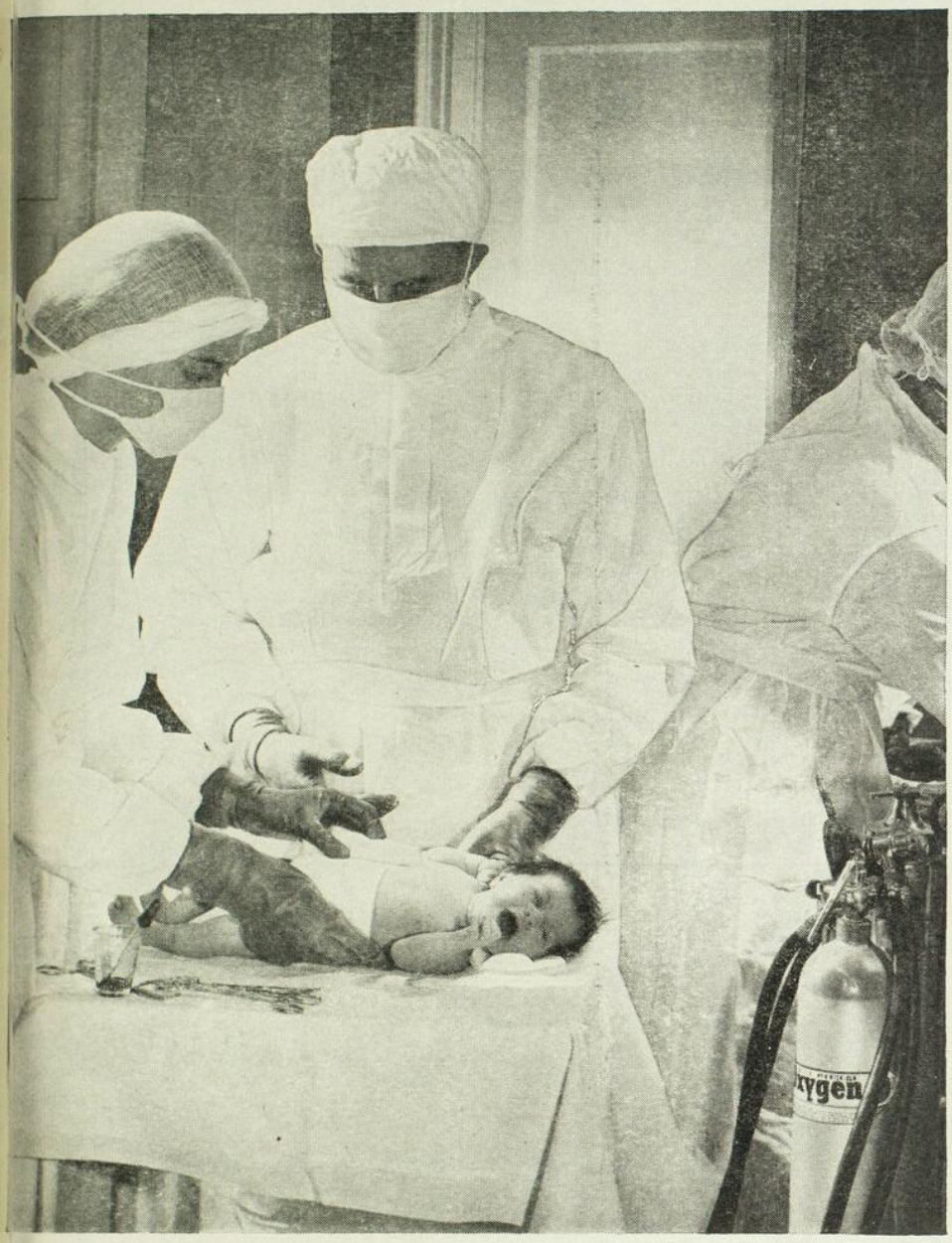
EXPOSE les aliments à l'action des sucs digestifs sur une surface considérablement accrue, et facilite ainsi la digestion.

AUGMENTE la disponibilité de la teneur nutritive, facilitant de la sorte son utilisation.

LMP 7-48

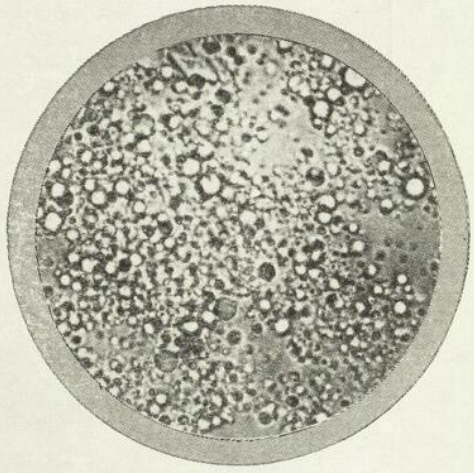
Supérieure pour le soin de la peau des bébés . . .

NOUVELLE LOTION JOHNSON POUR BÉBÉS



OUI, c'est un produit nouveau — mais qui a toutefois été mis à l'épreuve pendant deux ans dans un hôpital connu, sur des centaines de nourrissons. Cette nouvelle Lotion Johnson offre une méthode supérieure et plus sûre pour enrayer ou empêcher l'irritation de l'épiderme chez les bébés.

Les résultats de ce traitement si simple, avec cette lotion onctueuse, blanche et antiseptique, indiquent que celle-ci est très efficace pour aider à éviter la fièvre miliaire ou en diminuer le nombre de cas.



Des globules d'huile de l'ordre du micron (1000x) apparaissent dans une pellicule discontinue de Lotion Johnson pour Bébés.

La Lotion Johnson pour Bébés est une émulsion homogène d'huile minérale pure et d'eau, avec addition d'un antiseptique bénin (hydroxy quinoline). Après l'évaporation de l'eau, une pellicule discontinue (voir la photomicrographie) est laissée sur l'épiderme de l'enfant.

Ceci permet à la sueur de se dégager et à la chaleur de s'échapper normalement par rayonnement, donc danger moindre d'irritation cutanée.

LOTION JOHNSON POUR BÉBÉS

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

GRATIS! Postez ce coupon pour un flacon d'essai!

U.M.-118

Johnson & Johnson Limited,
Division des Produits pour Bébés,
2155, boulevard Pie IX, Montréal.

Veuillez m'envoyer, gratuitement, une bouteille d'essai de la Lotion Johnson pour Bébés.

Nom . . . . . .

Rue . . . . . .

Localité . . . . . **Prov.** . . . . . .

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

FORMULEZ VOTRE DEMANDE MAINTENANT POUR LES EXAMENS DE 1949 !

Les règlements stipulent que toutes les demandes doivent être envoyées quatre mois avant la date de l'examen, c'est-à-dire en juin 1949, mais il est à souhaiter que cette formalité s'accomplisse plus tôt.

Les examens suivants auront lieu en 1949:

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE, ou en MÉDECINE en appuyant sur les spécialités suivantes: dermatologie et syphiligraphie, neurologie et/ou psychiatrie, pédiatrie et radiologie.

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE, ou en CHIRURGIE en appuyant sur les spécialités suivantes: neuro-chirurgie, obstétrique et/ou gynécologie, ophtalmologie, chirurgie orthopédique, otolaryngologie et urologie.

CERTIFICAT dans les spécialités suivantes: anesthésie, dermatologie et syphiligraphie, chirurgie générale, médecine interne, neurologie et/ou psychiatrie, neuro-chirurgie, obstétrique et/ou gynécologie, ophtalmologie, chirurgie orthopédique, otolaryngologie, pédiatrie, pathologie et/ou bactériologie, médecine physique, chirurgie plastique, hygiène, radiologie diagnostique et thérapeutique, chirurgie thoracique et urologie.

Copies des règlements concernant le titre d'Associé et le certificat des examens, de même que des bulletins de demande peuvent être obtenus en s'adressant au:

Secrétaire Honoraire,
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada,
150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

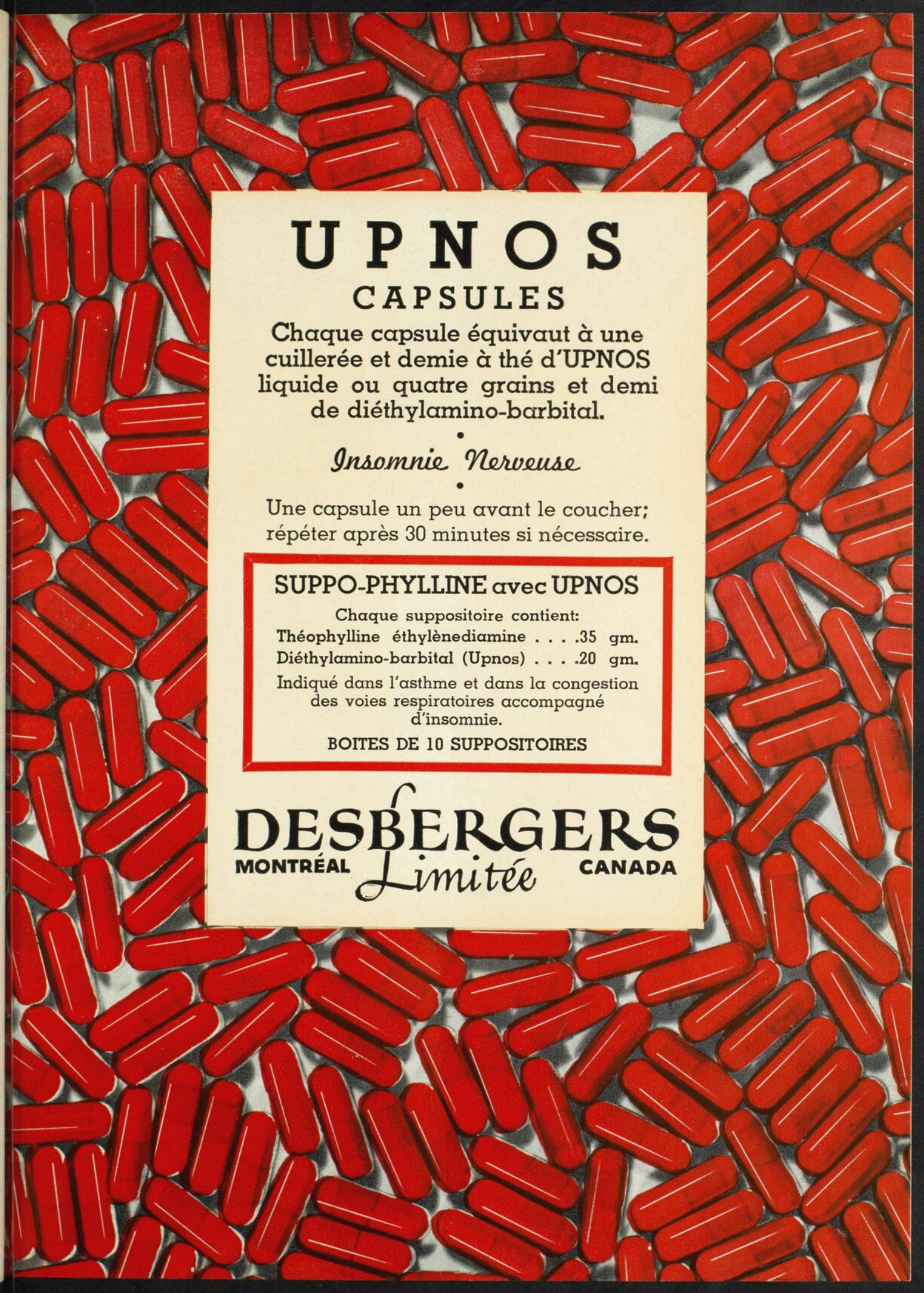
Votre tâche — et la nôtre:

CONSTITUER UNE BASE SOLIDE

Vos soins attentifs donnent aux enfants cette structure osseuse et dentaire saine, si nécessaire à une croissance normale. Nous sommes heureux de prendre une certaine partie de cette responsabilité en vous fournissant le Lait Evaporé Nestlé's — reconnu par le Monde médical comme élément essentiel pour une « ossature robuste ».

Nestlé's Milk Products (Canada) Limited

METROPOLITAN BUILDING, TORONTO



UPNOS

CAPSULES

Chaque capsule équivaut à une cuillerée et demie à thé d'UPNOS liquide ou quatre grains et demi de diéthylamino-barbital.

•

Insomnie Nerveuse

•

Une capsule un peu avant le coucher; répéter après 30 minutes si nécessaire.

SUPPO-PHYLLINE avec UPNOS

Chaque suppositoire contient:

Théophylline éthylènediamine . . . .35 gm.

Diéthylamino-barbital (Upnos) . . . .20 gm.

Indiqué dans l'asthme et dans la congestion des voies respiratoires accompagné d'insomnie.

BOITES DE 10 SUPPOSITOIRES

DESBERGERS

MONTRÉAL *Limitée* CANADA

SUPER-CONCENTRATION DES VITAMINES B ET C

DIABEN

Chaque comprimé contient:

Chlorure de thiamine	15 mg.
Riboflavine	15 mg.
Nicotinamide	30 mg.
Chlorure de pyridoxine	2 mg.
Pantothénate de calcium	10 mg.
Choline	**30 mg.**
Methionine	**50 mg.**
Acide ascorbique	75 mg.

Indications: Débilité générale, états nerveux, fatigue, perte de poids, névrites.

Posologie: Un comprimé après chaque repas

DESBERGERS Limitée
MONTRÉAL CANADA

EFFICACITÉ

Les contrôles complets qui régissent la fabrication de l'Aspirin assurent une efficacité uniforme. En tout, plus de soixante-dix vérifications et essais différents sont faits au cours de la fabrication du mieux connu de tous les analgésiques. La renommée de l'Aspirin, et son acceptation comme *l'analgésique* pour usage à la maison, font l'objet d'une surveillance jalouse. Dans l'une des plus belles usines de produits pharmaceutiques au monde, où l'Aspirin est fabriqué, *l'excellence* est le prototype de qualité.

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

Toujours le même but:

RÉDUIRE LE TAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Par la Qualité de nos Produits

J. J. Joubert LIMITÉE

LA

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est la banque du public aussi bien que la banque des hommes d'affaires.

Le gérant de succursale se tient à votre entière disposition, qu'il s'agisse de dépôts, d'emprunts personnels, de remises, de recouvrements ou de toute question d'ordre financier au sujet de laquelle vous désireriez le consulter.

Actif, environ $380,000,000

536 bureaux au Canada

66 succursales à Montréal

Lunettes

verres ophtalmiques

—o—

Examen de la vue

—o—

ALBANY PHILIE. O.D.

ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES

ET OPTICIENS DIPLÔMÉS

BUREAU CHEZ

Dupuis Frères LIMITÉE

MONTREAL

© The Borden Co. Ltd.

"Bien sûr que je connais un aliment pour bébés, très protéiné et contenant peu de matières grasses!"

s'exclama Elsie, la Vache Borden

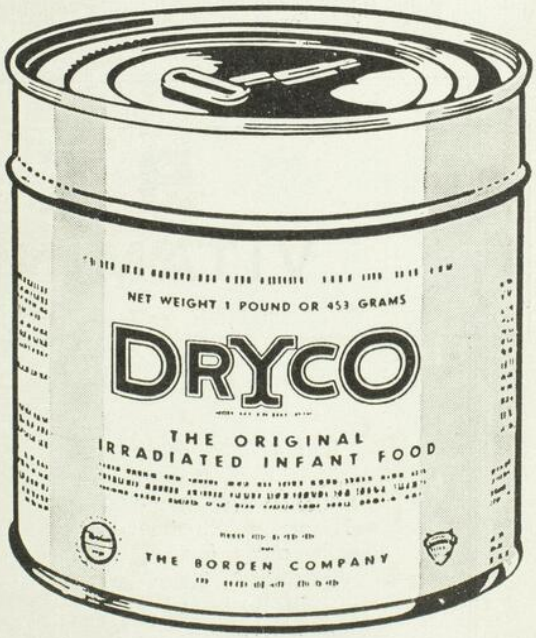
"C'est mon nouveau Dryco amélioré — un aliment à base de lait, scientifiquement flexible, uniquement conçu pour l'alimentation infantile.

"Dryco est fait avec du lait complet de qualité supérieure pulvérisé puis déshydraté et du lait écrémé sans aucune substance non lactée sauf de la provitamine A et de la vitamine D.

"Les formules standards de Dryco fournissent 40% plus de protéines et 50% moins de matières grasses que les formules standards de lait ordinaire, et ont une bonne teneur en vitamines A, B_1, B_2, et D et en sels minéraux importants.

"Dryco se dissout rapidement dans l'eau chaude ou froide. Il peut être employé seul, avec un hydrate de carbone, avec du lait, ou avec du lait et un hydrate de carbone.

"Tous les pharmaciens ont du Dryco ou peuvent s'en procurer".



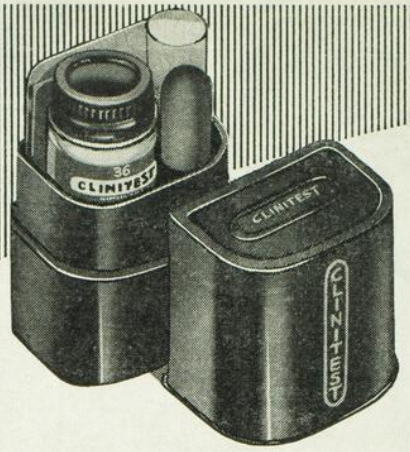
Nouveau DRYCO Amélioré — aliment très protéiné — contenant peu de matières grasses — pour bébés

Aliments Borden's pour Formules

- Mull-Soy—aliment émulsifié, à base de fèves de soya
- Lait Protéiné en Poudre Marque C.M.P.
- Lait à l'Acide Lactique en Poudre C.M.P.
- Lait Evaporé Borden's
- Klim—Lait complet en Poudre

THE BORDEN COMPANY, LIMITED.

Division des Aliments pour Formules — Spadina Crescent, Toronto 4, Ontario



"Une épreuve de présomption, à la fois simple et sûre, d'un usage courant pour le diagnostic du diabète." *

CLINITEST

LA MÉTHODE DE DÉTECTION DU SUCRE URINAIRE, AU MOYEN DE COMPRIMÉS ET SANS CHAUFFAGE

PROCÉDÉ SIMPLE — "Mon expérience du Clinitest m'a convaincu sans l'ombre d'un doute, que cette méthode est la plus simple, au point de vue de la manipulation..."†

PRODUIT SA PROPRE CHALEUR — "Le comprimé-réactif, connu sous le nom de Comprimé Clinitest pour le sucre urinaire... engendre de la chaleur par sa dissolution; ainsi est éliminé le recours à la source de chaleur externe..." *

*Kasper, J. A. et Jeffrey, I. A.: A Simplified Benedict Test of Glycosuria, Amer. J. Clin. Pathology, **14**: 117-21 (nov.) 1944.

†Haid, W. H.: The Use of Screening Tests in the Clinical Laboratory, J. Amer. Med. Tech., **8**: 606-14 (sept.) 1947.

Clinitest — simple, rapide, de format compact, commode — est vendu par l'intermédiaire des sources d'approvisionnement pharmaceutiques et médicales habituelles.

Nous pouvons désormais fournir gratis, sur demande, les cartes d'identité qui assurent la protection de vos diabétiques.

AMES COMPANY OF CANADA, LTD.
1010 Dufferin Street, Toronto 4

BETAGEN

VITAMINE B COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

COMPOSITION

Chaque once contient:
1,000 U. I. de Vitamine B_1
(Chlorure de Thiamine)
1 mgm. de Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B Complexe.
B_3, B_4, B_5 et B_6
Lécithine d'œufs .... 1/16 gr.
Avénine ..... 1/30 gr.

Glycérophosphates
de Sodium ..... 8 grs
de Calcium ..... 4 grs
de Potassium ..... 4 grs
de Strychnine .....1/60 gr.

Tonique et Aliment Nervin

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie

Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.

Déséquilibre nerveux.

La Cie **CANADA DRUG CO.,** *Montréal*

ANTISEPSIE DURABLE

L'antisepsie la plus efficace peut être viciée, surtout en obstétrique, par réinfection avec des organismes pathologiques. Le but, donc, doit être non seulement de détruire les organismes présents, mais de rendre les surfaces traitées intenables à ceux qui, plus tard, pourraient les atteindre.

La protection que procure 'Dettol' est prolongée. A moins d'être lavé ou grossièrement contaminé, 30% de 'Dettol' badigeonné et laissé séché sur la peau intacte, la rend insusceptible à une nouvelle infection du streptocoque pyogènes pendant au moins deux heures.*

**Cette découverte expérimentale (J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. Vol. 40 No. 6) est confirmée en pratique obstétrique depuis plus de 10 ans.*

'DETTOL' L'ANTISEPTIQUE MODERNE

Reckitt & Colman Ltd.
By Appointment
Suppliers of Antiseptics
to H.M. the King.

RECKITT & COLMAN (CANADA) LTD., DIVISION PHARMACEUTIQUE, MONTRÉAL

M21F

PAR MILLIERS . . . LES BÉBÉS ONT RÉAGI AU

Lait "FARMER'S WIFE"

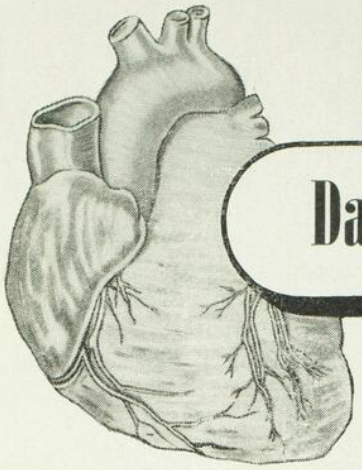
Ecrémé à 50% . . . irradié . . . concentré

Les mamans s'en remettent à leur médecin sur le choix du meilleur lait pour le bébé. Le lait "Farmer's Wife" est déjà avantageusement connu parmi les médecins, les gardes-malades, et dans les hôpitaux comme un lait idéal pour les enfants normaux et les enfants délicats.

C'est pourquoi tant de médecins recommandent "Farmer's Wife". Sa faible proportion de gras le rend plus digestible. Il est une excellente source de Vitamine D: 400 Unités Internationales par pinte reconvertie, ce qui est une plus grande protection contre le rachitisme. Il contribue au développement de bons os et de bonnes dents.

COW & GATE (CANADA) LIMITED
GANANOQUE, ONTARIO

Veuillez écrire pour obtenir de la documentation et une carte-formule.



Dans l'insuffisance cardiaque avec oedème

En présence d'une insuffisance cardiaque avec œdème et congestion du foie, une injection intraveineuse de DECHOLIN SODIUM sera des plus efficaces pour provoquer une diurèse modérée et augmenter considérablement l'action diurétique des mercuriels.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI: Le déhydrocholate de sodium (Decholin Sodium) constitue le seul sel biliaire que l'on peut employer avec sécurité en thérapeutique intraveineuse. Comme diurétique, on injectera 10 cm^3 (2 gm.) de solution de DECHOLIN SODIUM par voie intraveineuse. La même dose peut s'administrer simultanément avec 1 ou 2 cm^3 d'un diurétique mercuriel. La solution des deux produits sera mélangée dans la seringue.

ACCEPTED COUNCIL ON PHARMACY AND CHEMISTRY AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Decholin Sodium

Nom déposé aux Etats-Unis

(DEHYDROCHOLATE DE SODIUM)

AMES COMPANY OF CANADA, LTD. TORONTO 4, Ontario.

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . COQUELUCHE . .

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG CO. MONTREAL

POSTE VACANT

On demande un médecin pour une opération forestière de la compagnie Canadian International Paper, située à Pentecôte, Qué. Doit être bilingue, canadien-français de préférence. Chirurgie générale préférable mais non essentielle, doit cependant pouvoir faire de la pratique générale et la chirurgie d'urgence. Bon salaire garanti en plus des revenus provenant de la pratique privée. Logement disponible. Pour de plus amples informations, prière de s'adresser à

Gérant des Relations Industrielles,
Canadian International Paper Co.,
Edifice Sun Life, Montréal, Qué.

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories Ltd. ..... XXXIX - XL
American Can Co. LXXIV
Ames Company of Canada Ltd. (Clinitest) LXXXIV
Ames Company of Canada, Ltd. (Decholin Sodium) LXXXVI
Anglo-French Drug Co. (Acquisitions nouvelles en thérapeutique) XLII
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ..... XIX - XX
Banque Canadienne Nationale LXXXII
Bauer & Black (Curity) LXXIII
Bayer Co. Ltd. (Aspirin) LXXXI
Borden Co., Ltd., The (Dryco) LXXXIII
Bristol Laboratories of Canada, Ltd. (Flo-Cillin "96") XXXVIII
British Drug Houses (Canada) Ltd., The (Diphenan B.D.H.) XLV
Burroughs Wellcome & Co. ('Dex'n') XV
Burroughs Wellcome & Co. ('Physeptone') XXI
Canada Drug Co. (Betagen) LXXXIV
Canada Drug Co. (Pavéral) LXXXVI
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax) LI
Carnation Company Ltd. (Le lait avance!) LII
Casgrain & Charbonneau Ltée (Asthmagyl) — (Cedraphyl) XXXIV
Casgrain & Charbonneau Ltée (Amyg-Bis) — (Rectocrine) XXXV
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) LXXVIII
Connaught Medical Research Laboratories (Extrait hépatique injectable) LIV
Compagnie Ciba Ltée (Priscol) XXVII
Cow & Gate (Canada) Ltd. (Lait "Farmer's Wife") .. LXXXV
Denver Chemical Manufacturing Company, The (Epreuve "Eclair") XXV
Dohow Chemical Company, The (Auralgan) — (Otosmosan) XXXIII
Eddé, J., Limitée (Artichobyl) — (Aminobaïne) — (Aminophyl) — (Cigarettes antiasthmatiques) — (Desanxyl) — (Pluriglandine) — (Sulforazine) — (Vernatone) LXI
Eddé, J., Limitée (Bis-Kam-Oil) — (Hémostyl) LXVII
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. (Destruction rapide) ..... Première page de la couverture
Frosst, Charles E. & Co. ("Ostoforte") IV
Frosst, Charles E. & Co. ("Orchistérone-M" additionnée de "Beforte") IX
Herdt & Charton, Inc. (Anabile) XLIV
Herdt & Charton, Inc. (Agrippol) XLVI
Herdt & Charton, Inc. (Camirol) XLIX
Hoffmann - La Roche Ltée (Syntronal 'Roche') LV
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Le vaccin BCG) LX
Johnson & Johnson Ltd. (Lotion pour bébés) LXXVII
J. J. Joubert Ltée LXXXII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Cholibile) LVI
Laboratoire Bio-Chimique Inc. ("Bisulfa" — ("Trisul") .. LVII
Laboratoires Désautels (Vitogyl) XXVI
Laboratoires Desbergers-Bismol (Œstrilin) ..... Quatrième page de la couverture

Pages

Laboratoires Desbergers-Bismol ..... LXXIX - LXXX
Laboratoires Grimault (Dilatrane) XXII
Laboratoires Jean Olive (Glésion) — (Dermacide) — (Vita-Dermacide) LXV
Laboratoires Jean Olive (Dermosplénine) — (Liposplénine) LXIX
Laboratoires Lafayette (Néo-Laryngobis) — (Profenil) .. LVIII
Laboratoire Lancet Ltée (Apivène) XXIV
Laboratoires Poulenc Frère (Dycholium) ..... Deuxième page de la couverture
Laurentian Agencies Reg'd. (Liquor Carbonis Detergens) LXVI
Lederle Laboratories (Ledercillin) XVII
Leeming Miles Co., The (Sulfate de benzédrine) XXXVI
Libby, McNeill & Libby of Canada, Ltd. (L'homogénéisation des aliments pour bébés facilite leur digestion) LXXVI
Librairie Beauchemin Limitée L
Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Oleum Percomorphum) ..... Troisième page de la couverture
Merck & Co. Ltd. (Streptomycine) I
Merck & Co. Ltd. (Pyridium) V
Merrell Company, The Wm. S. (Mercodol) LXII
Millet, Roux & Cie (Spasmosédine) XIII
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd. (Constituer une base solide) LXXVIII
Numotizine, Inc. (Numotizine) XXVIII
Pharmacie Sarrazin et Choquette (Diagnostic de la grossesse) LIX
Philie, Albany (Examen de la vue) LXXXII
Procter & Gamble (Ivory) LXXII
Reckitt & Coleman (Canada) Ltd. ('Dettol') LXXXV
Reed & Carnrick (Canada) Ltd. (Méprane) XXX
Rougier Frères (Xantophen) III
Rougier Frères (Digitaline Nativelle) XLI
Sanatorium Prévost XLVIII
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Crémomérazine) — (Crémodiazine) XLVII
Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Scilexol) .. XLIII
Smith & Nephew Ltd. (Jelonet) LXXI
Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) LIII
Squibb, E. R. & Sons of Canada Ltd. (Crysticillin) XI
Upjohn (Gelfoam) LXX
Usines Chimiques du Canada Inc. (Adrésyncaïn) LXXXVII
U. S. Vitamin Corporation (Méthiscol) LXIV
Vichy France (Vichy Célestins) II
Vinant Limitée (Proveinase Midy) — (Antigrippine Midy) LXIII
Vinant Limitée (Spartoval) — (Sparto-Camphre) — (Génisténal) XVI
Vinant Limitée (Pulmo-Bailly) XVIII
Warner & Co. Ltd., William R. (Agarol) LXVIII
Wingate Chemical Co. Ltd., The (Glycinate ferreux MRT) XXIX
Wingate Chemical Co. Ltd., The (D. H. E. 45) XXXVII
Winthrop-Stearns Inc. (Néo-Synéphrine) XXIII
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John ..... XXXI - XXXII
X-Canada Ltd. (Fluoroscope vertical) LXXV

Sal-Iodum Valor

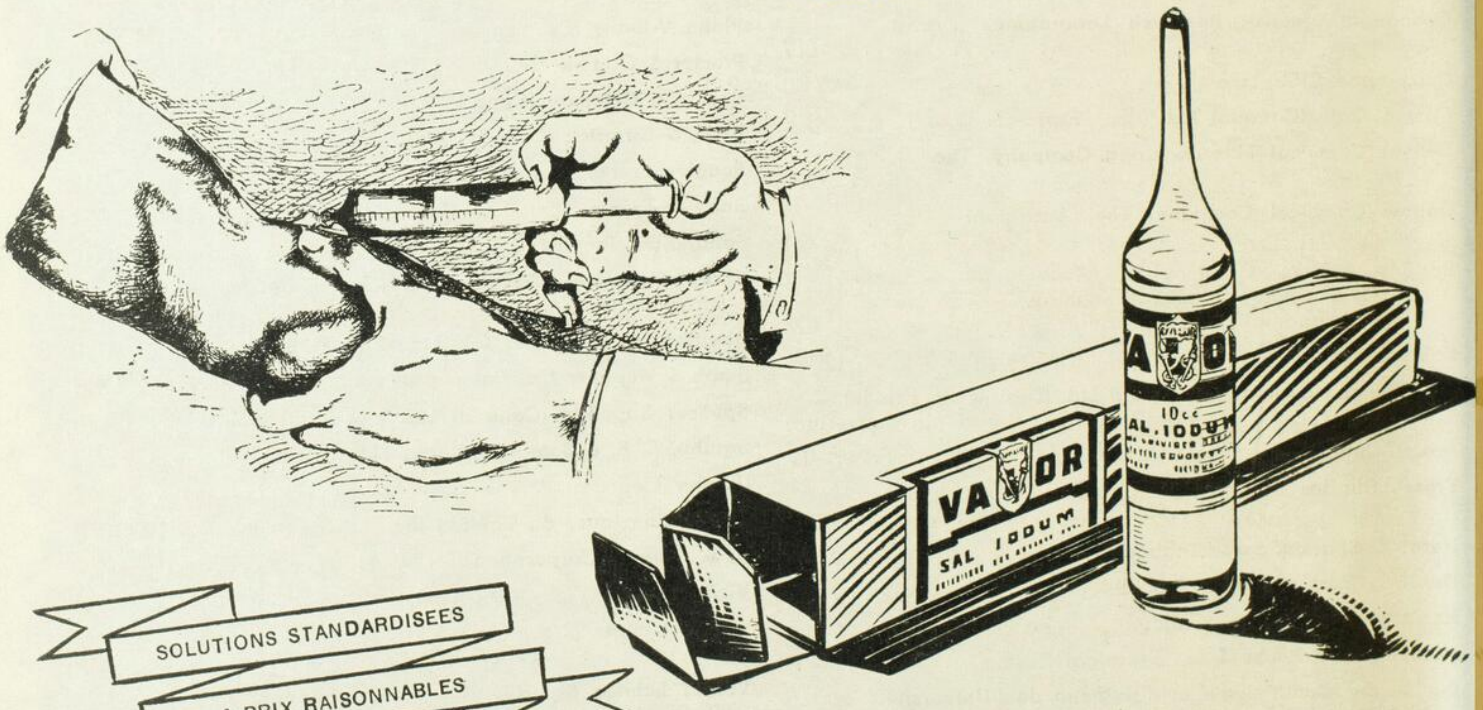
UN SPECIFIQUE DU RHUMATISME

L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.

L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, *les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.*

Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, *dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.*

Posologie: *Une injection* (20 cc.) *peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.*



SOLUTIONS STANDARDISEES

A PRIX RAISONNABLES

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTRÉAL

VALOR

PRINTED IN CANADA 20 IMPRIMÉ AU CANADA

DES CAS SEMBLABLES S'OBSERVENT dans nos CONTRÉES

Le rachitisme grave existe encore — même sous des climats ensoleillés

L'alimentation infantile, si riche aujourd'hui en vitamine D, porte à croire à la disparition du rachitisme. Cependant, le rachitisme, même déformant, se rencontre encore: en sont une preuve irréfutable les trois cas contemporains représentés ci-haut, provenant de trois régions différentes des Etats-Unis. Deux d'entre eux ont toutefois bénéficié de plus que la moyenne d'heures de soleil nécessaire. Ces trois sujets n'ont reçu aucun antirachitique pendant les deux premières années de leur existence. *Il est donc évident que le soleil n'a pas empêché le rachitisme.* Dans d'autres cas de rachitisme, l'huile de foie de morue fut administrée d'une façon insuffisante et seulement durant les mois de l'hiver.

L'OLEUM PERCOMORPHUM

combat le rachitisme d'une façon simple, efficace et économique

Cette puissante source de vitamines A et B naturelles, employée régulièrement dès les premières semaines après la naissance, empêchera non seulement un tel stigmate de rachitisme, illustré ci-dessus, mais encore d'autres vices de conformation apparents du squelette pouvant entraver une bonne santé. Quels sont les parents qui ne seraient pas heureux d'acheter cette protection! Et, cependant, la dose prophylactique moyenne de l'Oleum Percomorphum coûte moins d'un sou par jour. En outre, puisque l'Oleum Percomorphum se mesure en gouttes, il est facile de l'administrer et les nourrissons l'acceptent volontiers. C'est une assurance de l'administration *régulière* de la vitamine D.

UNE NÉCESSITÉ IMPOSÉE PAR LA GUERRE

L'Oleum Percomorphum 50% est maintenant connu sous le nom d'Oleum Percomorphum 50% avec Viostérol. Son efficacité demeure la même, c'est-à-dire qu'il contient 60,000 unités de vitamine A et 8,500 unités de vitamine D par gramme. Il est constitué d'huile de poissons percomorphes, de viostérol et d'huile de foie de poissons, source principale de vitamines A et D. Au moins 50% du contenu de ces vitamines est tiré d'huile de foie de poissons percomorphes (tout particulièrement du "Xiphias gladius", du "Pneumatophorus diego", du "Thunnus thynnus", du "Stereolepis gigas" et autres espèces du même genre).

MEAD JOHNSON & COMPANY OF CANADA Limited, BELLEVILLE, ONT.

ESTROGENES NATURELLES ACTIVES

PAR VOIE BUCCALE

OESTRILIN

DESBERGERS

SIMPLE

ou

avec PHÉNOBARBITAL

INDICATION :

PERTURBATIONS DE LA MÉNOPAUSE

Posologie : Un à trois comprimés par jour.

DESBERGERS Limitée

BIOLOGISTES CHIMISTES PHARMACIENS

MONTRÉAL - - - CANADA