Tome 79 — Numéro 12

MONTRÉAL, DÉCEMBRE 1950

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 — Tél.: LAncaster 9888
Montréal

Le code Lilly

Placer à la disposition de la profession médicale des médicaments de haute qualité.

Contribuer au progrès de la médecine par des recherches scientifiques.

Donner des renseignements sur les préparations aux seules fins professionnelles.

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

vomissements de la grossesse et antihistaminiques

à la suite d'essais cliniques effectués dans ces cas avec le Néo-Antergan et le Phénergan, T. DOUGRAY conclut dans le Br. Med. Journ., 1949, p. 1081, que . . . "IL EST DIFFICILE DE NE PAS ÊTRE IMPRESSIONNÉ PAR LES RÉSULTATS OBTENUS",

on découvrit en 1943 que les TOXÉMIES DE LA GROSSESSE sont probablement dues à une INTOXICATION PAR L'HISTAMINE (Kappller-Adler, R., J. Obst. Gynaec. Brit. Emp., 1943, 50, 177) ;

en conséquence, PLUS L'ANTIHISTAMINIQUE SERA ACTIF MEILLEURS SERONT LES RÉSULTATS.

le NÉO-ANTERGAN est reconnu comme l'un des antihistaminiques les plus actifs et les moins toxiques MAINTENANT sur le marché en comprimés à 25 mg.

là où le Néo-Antergan échoue, nous suggérons l'emploi du PHÉNERGAN, LE plus puissant de tous les antihistaminiques MAINTENANT sur le marché en comprimés à 10 mg.

à la suite de rapports soulignant que la médication est parfois perdue au cours des vomissements, nous avons, LES PREMIERS, PRÉCONISÉ L'ADMINISTRATION RECTALE avec les SUPPOSITOIRES NÉO-ANTERGAN à 50 et à 150 mg. (Beaumont, F. K., Médecin de l'Empress of Canada, Br. Med. J., déc. /49, p. 1472),

dans les vomissements de la grossesse et le mal des transports

Echantillons sur demande

POULENC Limitée **Montréal**

Un extrait de la série des rapports sur le

Cortone

TRADE-MARK

La clef d'une ère nouvelle en science médicale

La récente baisse de prix réduit le coût du traitement au Cortone d'environ 50%

LA RÉPONSE CLINIQUE
dans l'ARTHRITE RHUMATOÏDE
et ses VARIANTES

Au nombre des affections où le Cortone a produit une amélioration clinique marquée, on compte:

L'ARTHRITE RHUMATOÏDE et les affections rhumatismales connexes.

LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

L'ASTHME BRONCHIQUE.

LES MALADIES DE L'OEIL, comprenant l'iritis non spécifique, l'iridocyclite, l'uvéite et l'ophtalmie sympathique.

LES AFFECTIONS CUTANÉES, notamment le pemphigus, l'oedème angioneurotique, la dermatite atopique et la dermatite exfoliatrice, comprenant des cas qui découlent de réactions causées par des médicaments.

CORTONE S'OBTIENT MAINTENANT SANS RESTRICTION — par l'entremise de votre fournisseur habituel de produits pharmaceutiques. Votre pharmacien est prêt à remplir vos ordonnances pour l'usage de cette substance hormonale remarquable dans votre pratique quotidienne.

Le Cortone est produit au Canada dans notre usine de Valleyfield.

MERCK & CO. LIMITED
Chimistes fabricants
Montréal - Toronto - Valleyfield

La réponse du traitement au Cortone se traduit ordinairement dès le début par la diminution de la raideur subjective, soit entre 24 et 48 heures, mais parfois en moins de 6 heures après la dose initiale. Dans nombre de cas, ce symptôme est complètement ou du moins remarquablement soulagé dans l'espace de quelques jours. Puis, la sensibilité et la douleur, provoquées par le mouvement, s'atténuent. Et finalement, le gonflement des articulations diminue rapidement et parfois complètement, bien que dans certains cas le soulagement est moins rapide et incomplet.

Chez nombre de malades, la difformité des tissus mous des genoux et des coudes a disparu en 7 à 10 jours. Une augmentation de la force musculaire a été signalée. Comme on devait s'y attendre, les conditions normales n'ont été rétablies que dans la mesure permise par l'ampleur des modifications pathologiques permanentes pré-existantes.

Ordinairement l'appétit augmente assez rapidement et plusieurs malades ont déclaré que la sensation de fatigue qui accompagne cette affection avait disparu pour faire place à une réelle sensation de bien-être, parfois une heure environ après l'administration initiale du médicament.

Lorsque l'on cesse le traitement au Cortone, les symptômes peuvent réapparaître dans les 24 ou 48 heures et s'aggraver pendant 2 à 4 semaines consécutives. La gravité de la rechute varie et n'a apparemment aucun rapport avec la durée du traitement. Chez certains malades cependant, la majeure partie du soulagement s'est prolongée durant plusieurs semaines et même des mois. Si l'on reprend l'administration du Cortone au moment où les manifestations de l'affection réapparaissent, une rémission rapide se fait de nouveau sentir.

Cortone

TRADE-MARK

**Nom déposé par Merck & Co. Limited pour leur marque de cortisone.*

ACÉTATE
(Acétate de CORTISONE MERCK)
(Acétate de 11-Déhydro-17-hydroxycorticostérone-21)

SOMMAIRE

•

Table alphabétique des matières 1389
Table alphabétique des analyses 1399
Table alphabétique des auteurs 1403

BULLETIN

Roma AMYOT
Nos vœux 1406

• • •

Raoul KOURILSKY, M. BIDERMANN et ETTEDGUI
Etude critique de la primo-infection tuberculeuse. 1408
Armand VOYER
Ulcère peptique gastro-jéjunal après gastrectomie. 1422
J. CHARPY
Essai étio-pathogénique du psoriasis. 1436

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.

ils se querellent pour un rien

mais sur un point ils sont d'accord—

Ce médicament ci est bon

L'Eskacillin a si bon goût que même les jeunes enfants l'apprécient. Mais ce n'est pas le seul avantage: contrairement à beaucoup de mélanges faits avec les sirops de fruit l'Eskacillin maintient sa stabilité pendant une semaine sous réfrigération.

Chaque cuillérée à café d'Eskacillin contient 50,000 unités internationales de pénicilline G potassique—et produit une concentration équivalente à celle obtenue avec un comprimé de 50,000 unités.

Présentation—En flacons de 2 onces liquides (60 cc.) contenant 600,000 unités internationales de pénicilline.

'Eskacillin' *forme orale de pénicilline liquide de goût exceptionnellement agréable.*

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 9

SOMMAIRE

(Suite)

•

RECUEIL DE FAITS

Henri SMITH
Un cas d'embolie veineuse pénicillinique. 1443

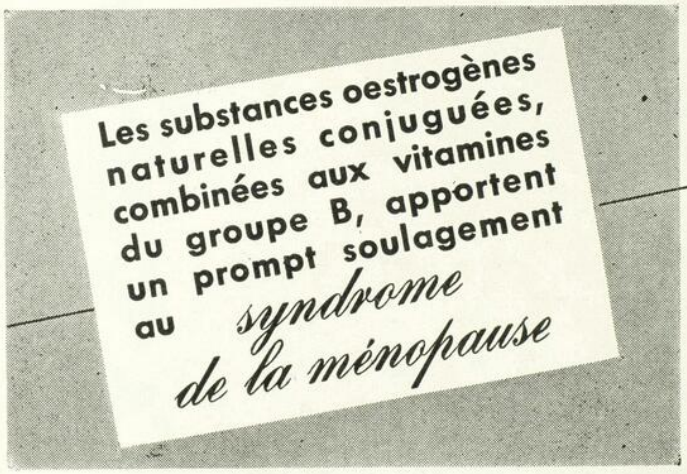
Jacques GAUTHIER
La grossesse ectopique itérative. 1444

Ulysse FORGET
Absence congénitale de l'utérus et des organes annexes. 1448

G. GINGRAS et Kay BRADY
Monoplégie supérieure et prothèse. 1449

Victor POTVIN
Les "abdomens aigus" chirurgicaux. 1451

Jules LAVOIE et Richard FORTIN
Cause exceptionnelle de perforation du rectum. 1455



★ ★

*Sources à consulter

1. Biskind and Biskind, Endocrinology, 31, 109, 1942.
2. Sutton and Ashworth, Arch. Int. Med., 69, 15, 1942.
3. Segaloff and Segaloff, Endocrinology, 34, 346, 1944.
4. Ayre, Am. Jour. Obs. and Gyn., 53, 609, 1947.
5. Hertz, "Recent Progress in Hormone Research", Vol. 2, Academic Press Inc., New-York, N.Y.

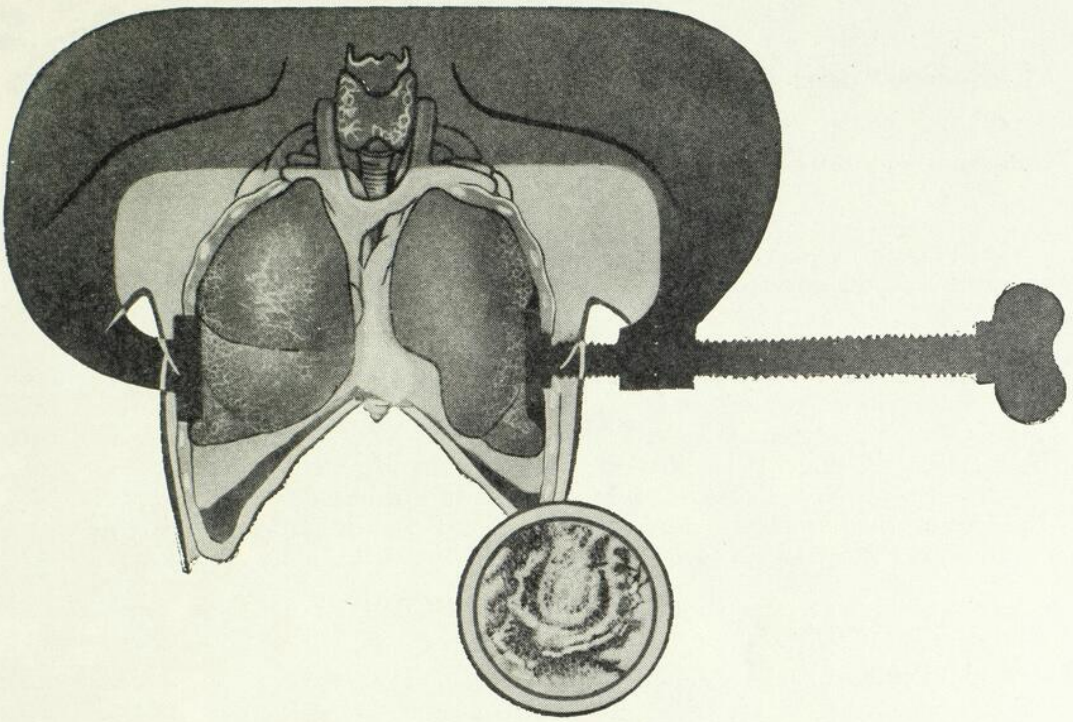
le COMPOSÉ "QUESTRIN"

AMÉLIORE LE MÉTABOLISME DES HORMONES
PROCURE UNE SENSATION DE BIEN-ÊTRE

L'expérience clinique * a positivement démontré que lorsqu'il n'y a pas un apport suffisant de vitamines du groupe B, le foie ne peut opérer efficacement le métabolisme des hormones œstrogènes.
Dans le composé "Questrin", les facteurs du groupe B sont combinés avec les œstrogènes naturels, hydro-solubles, qui sont rapidement absorbés et plus complètement utilisés au cours du métabolisme.
Le composé "Questrin" est actif "per os" et rapidement efficace. Il soulage promptement les manifestations d'insuffisance œstrogénique: symptômes de la ménopause, hémorragie utérine fonctionnelle, vaginite, kraurosis de la vulve, aménorrhée, engorgement des seins après l'accouchement.

Toute documentation désirée vous sera envoyée sans délai.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA



Un anti-asthmatique

dans une solution stabilisée

L'Eupnogène peut être recommandé à titre de tonique cardiaque pour combattre la dyspnée et stimuler la diurèse. Il est particulièrement efficace dans l'asthme, l'emphysème, la bronchite chronique et l'artériosclérose.

Formule

Iodure de caféine	0 gr. 50
Benzoate de soude	0 gr. 08
Teinture de café	0 gr. 25

par cuillerée à thé

EUPNOGÈNE

ROUGIER FRÈRES • 350, RUE LEMOYNE • MONTRÉAL

Spécialités de prescription médicale.

SOMMAIRE

(Suite)

•

REVUE GÉNÉRALE

J. DOUVILLE
"L'héro-scopo" dans la tempête obstétricale en rase campagne. 1457

Gerald KAINE
Traitement moderne des brûlures. 1462

ÉDITORIAL

Jean-Louis LÉGER
Les rayons X au service de l'anatomie. 1465

VARIÉTÉS

XXe Congrès de l'A.M.L.F.C.: séance d'ouverture 1468
Allocution du docteur Hermile Trudel, sec.-trésorier de l'A.M.L.F.C. ... 1468
Allocution du docteur J.-A. Vidal, président du XXe Congrès. 1470
Allocution du docteur D. Marion, directeur de l'Association. 1472
Allocution de Son Excellence Monseigneur Paul-Emile Léger 1474
Allocution du Professeur agrégé Raoul Kourilsky, délégué du Gouvernement Français 1476

CORRESPONDANCE

André PLICHET
Lettre de Paris. 1481

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1881 1485
ANALYSES 1487

MÉDECINE

Le traitement de l'abcès pulmonaire par la pénicilline introduite par ponction intrapleurale (1487). **Réactions neurotoxiques à la dihydrostreptomycine** (1487). **Abcès tuberculeux traité avec succès par aspiration et injection de streptomycine** (1488). **Méningite due à la crysothérapie** (1488). **La moutarde nitrogène dans le traitement du carcinome bronchogénique inopérable** (1488).

PHTISIOLOGIE

Les complications tardives non tuberculeuses des noyaux lymphatiques calcifiés des hiles (1489). **Pathogénie de certaines formes de T. B. extrapulmonaires** (1489). **La tuberculose et les antihistaminiques** (1490).

CHIRURGIE

Le cancer de la portion cervicale et thoracique haute de l'œsophage, opéré en un temps par œsophagectomie et œsophago-gastrostomie cervicale: deux cas (1490).

GYNÉCOLOGIE

Les vasodilatateurs dans le traitement de la dysménorrhée fonctionnelle (1491).

UROLOGIE

Le rein atrophique et l'hypertension (1492). **Néphroptose** (1492).

NEURO-PSYCHIATRIE

Le diagnostic et le traitement moderne de la sciatique (1493). **Signes électro-encéphalographiques des néoformations des hémisphères** (1493).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lésions ressemblant au sarcoïde de Boeck localisées dans les ganglions tributaires d'une région contenant un épithélioma (1495). **Le pronostic des mélanomes (malins) de la peau et de l'œil: une étude de 222 cas** (1495).

SOCIÉTÉS 1497
Société Médicale de Montréal: séance du 2 mai 1950 (1497).
Réunion scientifique du Bureau Médical de l'Hôpital Notre-Dame: séance du 25 mai 1950 (1497).

NÉCROLOGIE 1506

NOUVELLES 1509

REVUE DES LIVRES 1518

UN SIROP CONTRE LA TOUX POUR BÉBÉS et ENFANTS Administration à la Goutte

Les "Gouttes Zéphadon"

L'administration de médicaments au bébé ou à l'enfant que la toux rend nerveux, harassé et irritable peut être une tâche assez difficile, et toute technique tendant à la simplifier devrait être précieuse. À cette fin on présente contre la toux un sirop agréable au goût et dont l'administration peut se faire à la goutte.

Le choix des ingrédients convenant à une telle formule doit faire l'objet d'une certaine discrimination et l'étude des différentes drogues efficaces dans ces cas fait opter en faveur du méthadone et de la scille.

Depuis plusieurs générations les médecins emploient la scille avec succès pour liquéfier les sécrétions bronchiales tenaces. Le méthadone est un analgésique de synthèse et un sédatif relativement nouveau, dont l'action pharmacologique se compare à celle de la morphine. Il a fait l'objet d'une étude approfondie en Allemagne durant la dernière guerre, étude qui a depuis lors été poursuivie minutieusement en Amérique où l'on a prouvé ses propriétés analgésique, sédative et antitussigène. L'on a aussi établi que le méthadone possédait les avantages suivants sur la morphine.

- Milligramme pour milligramme, le méthadone est plus efficace.
- Le méthadone ne tend pas à causer la constipation ni à produire le spasme des muscles lisses.
- Action myotique minime.
- Un excellent analgésique.
- Un narcotique très léger dont la propension à l'accoutumance est presque nulle.
- Le méthadone est un excellent sédatif du centre respiratoire.
- Très grande marge entre la dose efficace et la dose toxique.
- À l'encontre de la morphine, le méthadone est aussi bien toléré chez les jeunes que chez les adultes.

SOURCES À CONSULTER

1. "A comparison of the toxicity of methadon and some related compounds." Hoppe et al, Fed. Proc. Soc. Pharmacol. & Exp. Ther. 7, 1, 228, mars 1948.
2. "On the mechanism of the antitussive action of amidone." Buell et al., Fed. Proc. Soc. Pharmacol. & Exp. Ther. Part 11, vol. 7, p. 208, mars 1948.
3. "Effect of age upon toxicity of methadon." Henderson and Chen, Proc. Soc. Exp. Biol. & Med. 68, 350, juin 1948.
4. "Comparison of Methadone and morphine." Van Dyke, Bull. N.Y. Acad. Med. 25, 152, mars 1949.

EN VENTE CHEZ VOTRE PHARMACIEN VERS LE 10 DÉCEMBRE

Les "GOUTTES ZÉPHADON"

Chaque cc. contient:

méthadone ..... 1.2 mg.

un extrait représentant les constituants actifs de la scille ..... 7.5 mg.

PRÉSENTATION

Flacons de 15 cc., accompagnés du compte-goutte gradué.

POSOLOGIE

BÉBÉS:

de 6 mois à 1 an.. 0.25 cc. (environ 5 gouttes),
de 1 à 2 ans..... 0.5 cc. (environ 10 gouttes),
de 2 à 3 ans..... 0.75 cc. (environ 15 gouttes),
de 3 à 5 ans..... 1.0 cc. (environ 20 gouttes),
toutes les quatre heures.

ENFANTS:

Dose maximum pour enfants de 5 à 10 ans — 2 cc. (½ cuillerée à thé) toutes les quatre heures.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

SULFAMIDES et PÉNICILLINE
en association:
ACCROISSEMENT DES EFFETS THÉRAPEUTIQUES — PLUS DE SÛRETÉ

"Trulfacillin"

Marque de comprimés de trois sulfamides et de pénicilline

Pour Enfants (3-50)

L'action de la pénicilline et des sulfamides en association s'est avérée synergique *in vitro* et *in vivo.* La présence de concentrations minimes de sulfamides augmente considérablement le degré de dilution auquel on peut démontrer l'action inhibitrice de la pénicilline sur les staphylocoques et les streptocoques.

On a observé une action synergique semblable sur certaines bactéries à Gram-négatif. Le résultat d'expérimentations établit que l'inhibition de certains micro-organismes se fait à des concentrations bien moins fortes lorsque les sulfamides et la pénicilline agissent de concert que lorsque ces agents agissent isolément.

Les comprimés Trulfacillin produisent cette activité synergique de la pénicilline et des sulfamides démontrée ci-dessus. Ils possèdent un avantage additionnel: le mélange de sulfamides utilisés — sulfaméthazine, sulfadiazine et sulfamérazine — élimine presque entièrement le danger de lésions rénales par suite de précipitation de cristaux, et diminue considérablement le danger de réactions d'intolérance aux sulfamides.

BIBLIOGRAPHIE

1. "Synergic action of penicillin and sulphonamides."
   Bigger, Lancet, 2, 142, le 29 juillet 1944.
2. "Studies on the effect of penicillin on Gram-negative bacteria. Penicillin-sulfonamide synergy."
   Stewart, J. of Hygiene, 45, 282, août 1947.
3. "The combined effect of penicillin and of sulfonamides in infections with gram-negative organisms."
   El Borolossy and Buttle, J. Ph. & Pharmacol., 2: Nos 2 et 3, 1950.
4. "The synergistic or additive activity of chemotherapeutic compounds."
   Kolmer, Am. J. Med. Sciences, 215, 136, 1948.
5. "Penicillin and sulfadiazine compared with sulfadiazine alone in the treatment of pneumococcic pneumonia."
   Dowling, Hussey, Hirsh and Wilhelm, Ann. Int. Med., 25, 950, 1946.
6. "Combined penicillin and sulfonamide therapy in the treatment of pneumococcic meningitis."
   Waring and Smith, J.A.M.A., 126, 418, 1944.
7. "Sulfathiazole and penicillin in typhoid fever: report of 6 cases."
   McSweeney, Lancet, 2, 114, 1946.
8. "Synergic action of penicillin and sulphathiazole in gonorrhoea."

AVERTISSEMENT

Bien qu'avec l'emploi de Trulfacillin le danger des phénomènes fâcheux généralement associés à la sulfamidothérapie soit grandement réduit, il ne faut pas cesser d'exercer une constante vigilance dans les recherches et le diagnostic de ces phénomènes, tels que l'agranulocytose, la fièvre, les douleurs articulaires, les manifestations cutanées, etc.

Administration chez les Adultes

"TRULFACILLIN" (5-25)

C. T. No 818 Frosst

Sulfaméthazine	0.1 G. (1⅔ gr.)
Sulfadiazine	0.1 G. (1⅔ gr.)
Sulfamérazine	0.1 G. (1⅔ gr.)
Pénicilline-G potassique cristallisée	25,000 U.I.

POSOLOGIE

De un à deux comprimés toutes les quatre heures.

"TRULFACILLIN" POUR ENFANTS (3-50)

C. T. No 819 Frosst

Sulfaméthazine	64 mg. (1 gr.)
Sulfadiazine	64 mg. (1 gr.)
Sulfamérazine	64 mg. (1 gr.)
Pénicilline-G potassique cristallisée	50,000 U.I.

POSOLOGIE

De trois-quarts à un grain de sulfamides par livre de poids corporel par jour (p.e., pour un enfant de 20 livres, un comprimé toutes les quatre heures.)

PRÉSENTATION: flacon de 20 comprimés.

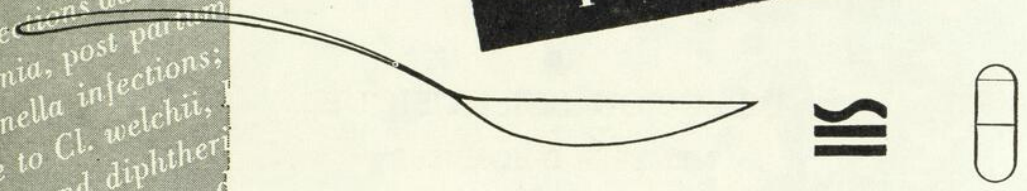
Charles E. Frosst & Co.

TERRABON*

*Marque d'*ELIXIR de TERRAMYCINE

*Marque de fabrique

équivalence



1 petite cuillerée (5 cm.³) de TERRABON* Marque d'Elixir de Terramycine

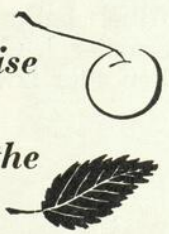
une capsule de 250 mg. de Chlorhydrate de Terramycine

activité

Ce médicament assure une activité antibiotique à large spectre sans devoir forcer ou multiplier les doses administrées.

Les malades qui éprouvent des difficultés à prendre les formes habituelles de médicaments antibiotiques administrés par la bouche accueilleront d'emblée

l'attrayante couleur-cerise
et
la délicieuse saveur cerise-menthe
du
seul antibiotique à large spectre
d'action obtenable sous forme d'elixir



En vente dans les pharmacies qui font les ordonnances en flacons contenant une once fluide.

Pfizer

CHAS. PFIZER & CO., INC. Export Department
81 Maiden Lane, New York 7, N.Y.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Fondée en 1872

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:
Maurice Roch (Genève),
Pasteur Vallery-Radot (Paris);
Edmond Dubé, doyen
Faculté de Médecine, Université de Montréal.
Charles Vézina, doyen
Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.
Pierre Masson, J.-A. Leduc, T. Parizeau, J.-N. Roy (Montréal).

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Pierre Smith

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

BUREAU DE COLLABORATION

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

L'AURÉOMYCINE

dans la brucellose

Le caractère pathologique chronique et la mortalité qui sont la conséquence de la fièvre ondulante, due à l'une des souches de germes brucellas, constituait dans ce pays un problème d'envergure, au double point de vue médico-social et économique. Dorénavant, ces états infectieux réagissent favorablement au traitement par l'Auréomycine.

AUREO-MYCIN

Il est d'autres entités morbides où l'Auréomycine s'est révélée parfaitement efficace et notamment: l'amibiase aiguë, la fièvre africaine par morsure de tique, les infections oculaires à virus ou provoquées par des germes apparentés aux virus, la septicémie à bactéroïdes, la fièvre boutonneuse, la blennorragie, les infections à Gram-positif (y compris celles dépendant des streptocoques, des staphylocoques et des pneumocoques), les infections à Gram-négatif (et notamment celles causées par les germes du groupe coli-aerogenes), le granulome inguinal, les infections à *H. influenzae,* les infections à *Klebsiella pneumoniae,* la lymphogranulomatose inguinale sub-aiguë, la pneumonie primaire atypique, la psittacose, les infections puerpérales, la fièvre Q (fièvre du Queensland), la vérole à rickettsies, la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, les infections post-chirurgicales, l'endocardite végétante pénicillino-résistante, la tularémie et le typhus.

Conditionnement

En capsules:

à 50 mg. Flacons de 25 et de 100 capsules;

à 250 mg. Flacons de 16 et de 100 capsules.

Forme ophtalmique:

Flacon compte-gouttes contenant 25 mg. d'Auréomycine; solution à préparer extemporanément par addition de 5 c.c. d'eau distillée.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION *North American Cyanamid Limited* 7335, boul. Saint-Laurent, Montréal 14, P. Q.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

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

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

Toni-Spasmyl

COMPLEXE NÉVROSTHÉNIQUE — RECONSTITUANT

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE
MONTRÉAL, 18 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.
A.-L. RICHARD,	Ottawa.
J.-A. VIDAL,	Montréal.
J.-B. JOBIN,	Québec.
Pierre SMITH,	Montréal.

•

COMITÉ DU XXe CONGRÈS

J.-A. VIDAL, président.

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

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

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

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE, **Albert PAQUET,** **Charles VEZINA,**
I.-H. LAPOINTE, **Chs-N. DeBLOIS,** **A.-L. RICHARD.**
J.-A. JARRY,

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1950
ARCHAMBAULT, Gérard, 75, boul. St-Joseph, Saint-Jean, P. Q. 1952
BAILLY, Roland, Saint-Pie de Bagot, P. Q. 1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta 1950
BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-E. 1952
BIBAUD, Barthélémi, Valleyfield, P. Q. 1952
BLAIN, Emile, 444 est, rue Sherbrooke, Montréal 1952
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec 1952
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal 1950
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q. 1950
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec. 1952
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1050
DANDURAND, René, 847, rue Cherrier, Montréal 1952
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1950
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1952
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec 1952
DOMINGUE, Albert, Granby. P. Q. 1952
DUBE, Edmond, 6055, rue Saint-Denis, Montréal 1950
GAUTHIER, C.-A. 53½, rue Saint-Louis, Québec 1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. 1950
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. .. 1952
LECOURS, J.-A., 538, avenue King Edward, Ottawa .. 1952
LEMIEUX, J.-R., 17, rue Sainte-Ursule, Québec 1952
MANSEAU, Georges, 1, rue Labrie, St-Eustache, Comté Deux-Montagnes, P. Q. 1952
MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-Etienne-Cartier, Montréal 1952
MICHAUD, R., 170 est, rue Laurier, Ottawa 1950
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. .. 1952
MORRISSETTE, Pierre, Saint-Georges, Beauce, P. Q. 1952
PELLETIER, A., Winchendon, Mass. 1950
PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. .. 1952
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1950
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1950
POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q. 1950
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. 1950
ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté Nicolet, P. Q... 1952
SORMANY, Albert, Edmundston, N.-B. 1950
TANGUAY, Rodolphe, 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

2 FERS AU FEU

En ayant à sa disposition la **NEURO-TRASENTINE 'FORTE'** en plus de la **NEURO-TRASENTINE**, tout médecin qui traite les états spasmodiques peut maintenant en alterner l'emploi au plus grand profit du patient.

Les deux formes combinent, quoique dans des proportions différentes**, la puissante action relâchante de la Trasentine sur le muscle lisse avec l'effet sédatif du phénobarbital. Toutes deux agissent rapidement et sûrement pour soulager la douleur et le malaise. Quand il importe au même degré d'obtenir la sédation et la spasmolyse, la **NEURO-TRASENTINE** est indiquée; quand on désire un effet antispasmodique plus grand sans pour cela accroître la sédation, la **NEURO-TRASENTINE 'FORTE'** s'impose.

NEURO-TRASENTINE

NEURO-TRASENTINE "FORTE"

**Chaque comprimé de NEURO-TRASENTINE contient 20 mg. chacun de Trasentine et de phénobarbital.

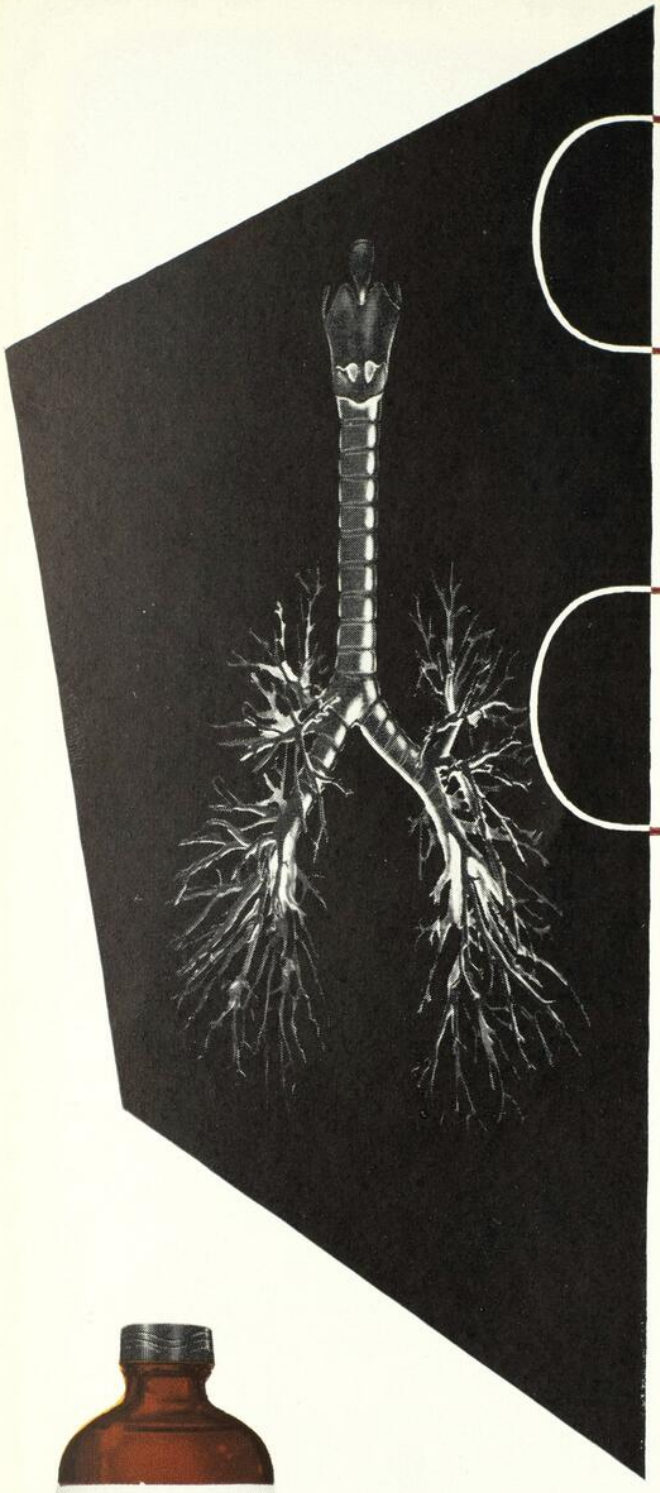
**Chaque comprimé de NEURO-TRASENTINE 'FORTE' contient 50 mg. de Trasentine et 20 mg. de phénobarbital.

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE, MONTRÉAL

*Association phénobarbital-adiphénine "Ciba"

UN CONCEPT MODERNE DE LA

Maîtrise Active de la Toux

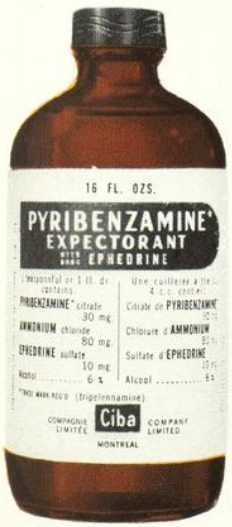


PYRIBENZAMINE EXPECTORANT
a été conçu pour la maîtrise ***active*** *de la toux y compris aussi bien celle d'origine bronchique qu'allergique.*

Chaque once fluide de PYRIBENZAMINE EXPECTORANT contient:

Citrate de Pyribenzamine - -	240 mg.
Sulfate d'Ephédrine - - - -	80 mg.
Chlorure d'Ammonium - - -	640 mg.

La teneur en PYRIBENZAMINE combat l'effet congestif de l'histamine, diminue la sensibilité de la membrane muqueuse et agit d'une façon synergétique avec l'éphédrine pour amener la décongestion de l'arbre respiratoire tout entier. En plus de son efficacité thérapeutique, PYRIBENZAMINE EXPECTORANT possède un goût et une couleur bien appréciés des patients de tout âge.



Pyribenzamine* **EXPECTORANT AVEC ÉPHÉDRINE**

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE MONTRÉAL

*Chlorhydrate de tripelennamine "Ciba"

POURQUOI l'agent de choix est le BEREX... traitement buccal pour l'ARTHRITE et le RHUMATISME

La SALICYLOTHÉRAPIE est *l'unique* traitement éprouvé par le temps que l'on peut employer avec sécurité pour soulager rapidement la douleur et amener une diminution prolongée des symptômes de l'ARTHRITE et du RHUMATISME.

Les autorités médicales s'accordent sur ce point, même si certains produits nouveaux, qui n'ont pas encore subi l'épreuve du temps, ont reçu dernièrement une publicité considérable.

Les médecins canadiens démontrent par l'augmentation constante de leurs ordonnances, que le BEREX est leur produit de choix parmi les salicylates pour le traitement de l'arthrite, du rhumatisme et autres affections analogues.

BEREX a été le premier produit à base de succinate-salicylate mis à la disposition de la profession médicale il y a plusieurs années, après des recherches et des épreuves cliniques démontrant que le succinate de calcium, en combinaison équilibrée avec l'acide salicylique, supprime le danger de toxicité même lorsque des doses massives et prolongées doivent être employées.

BEREX peut être prescrit sans crainte dans toutes les formes d'arthrite et de rhumatisme, pour les raisons suivantes:

- BEREX apporte un soulagement rapide des symptômes douloureux.
- BEREX prévient l'anaphylaxie et l'artérite allergique expérimentale.
- BEREX empêche la formation d'anticorps.
- BEREX peut être administré en doses massives et pendant une période prolongée sans danger de réaction toxique . . . de diminution de la prothrombine ou diathèse hémorragique.
- BEREX est facile à administrer, sous forme de comprimés commodes.
- BEREX est peu coûteux.

Votre pharmacien peut remplir vos ordonnances pour Berex, en flacons de 100 comprimés et en format économique de 500 comprimés à l'usage des institutions.

Documentation sur le Berex envoyée sur demande.

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

Vasoconstriction
associée à la
thérapeutique antibiotique dans la

NEO-SYNEPHRINE

(marque de la phényléphrine)

avec

PÉNICILLINE CRISTALLISÉE

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

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

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

NEO-SYNEPHRINE

avec

PÉNICILLINE CRISTALLISÉE

Stable - Plein rendement

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

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

443 Sandwich Street — Windsor, Ontario.

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

454M

Prolongement de l'Activité dans

Angine de Poitrine,
Thrombose des Coronaires,
Sclérose des Coronaires,
Décompensation Cardiaque,
Asthme Cardiaque et Bronchique,
Status Asthmaticus

assuré par son action
Vaso-dilatatrice et Diurétique.

COROPHYLLIN

(Aminophylline M&M)

est un vasodilatateur et un diurétique de première valeur. La sécrétion rénale, stimulée par son emploi, amène une diurèse massive. Le relâchement du spasme des artères coronaires produit une diminution de la douleur. Son action dilatatrice puissante sur les petites bronches et les bronchioles provoque le relâchement de la musculature bronchique et améliore la respiration. Corophyllin est aussi présentée en association avec les barbituriques pour la commodité de la prescription.

M&M Pharmaceutiques

Mowatt & Moore Ltd
PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX
MONTREAL

Dans les états cardiaques et bronchiques, l'expérience clinique a reconnu l'efficacité de l'administration de Corophyllin par voie rectale (suppositoires).

LES SUPPOSITOIRES SONT:—

COROPHYLLIN—Adultes (No 2879)
Corophyllin (Aminophylline M&M) 7½ grs.
COROPHYLLIN —Enfants (No 3038)
Corophyllin (Aminophylline M&M) 3¾ grs.
HYPNOMIN—Adultes (No 2941)
Corophyllin (Aminophylline M&M) 7½ grs.
Pentobarbital sodique ..... 1½ grs.
HYPNOMIN—Enfants (No 2940)
Corophyllin (Aminophylline M&M) 3¾ grs.
Pentobarbital sodique ..... ¾ gr.

Les comprimés glutinisés trouvent leur indication dans les cas où il est préférable d'éviter l'action des sucs gastriques et d'obtenir une action retardée.

COROPHYLLIN 1½ grs. E.C.T. 3046
COROPHYLLIN 3 grs. E.C.T. 2914

Ces préparations d'Aminophylline en association, éprouvées par l'expérience sont aussi présentées pour la commodité de la prescription.

DIG-AMINOPHYLLINE ....(C.T. 2183)
Aminophylline ..... 1½ grs.
Phénobarbital ..... 1¼ grs.
Digitale poudre B.P. ..... ¾ gr.
PHEN-AMINOPHYLLINE (C.T. 2130)
Aminophylline ..... 1½ grs.
Phénobarbital ..... ¼ gr.

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

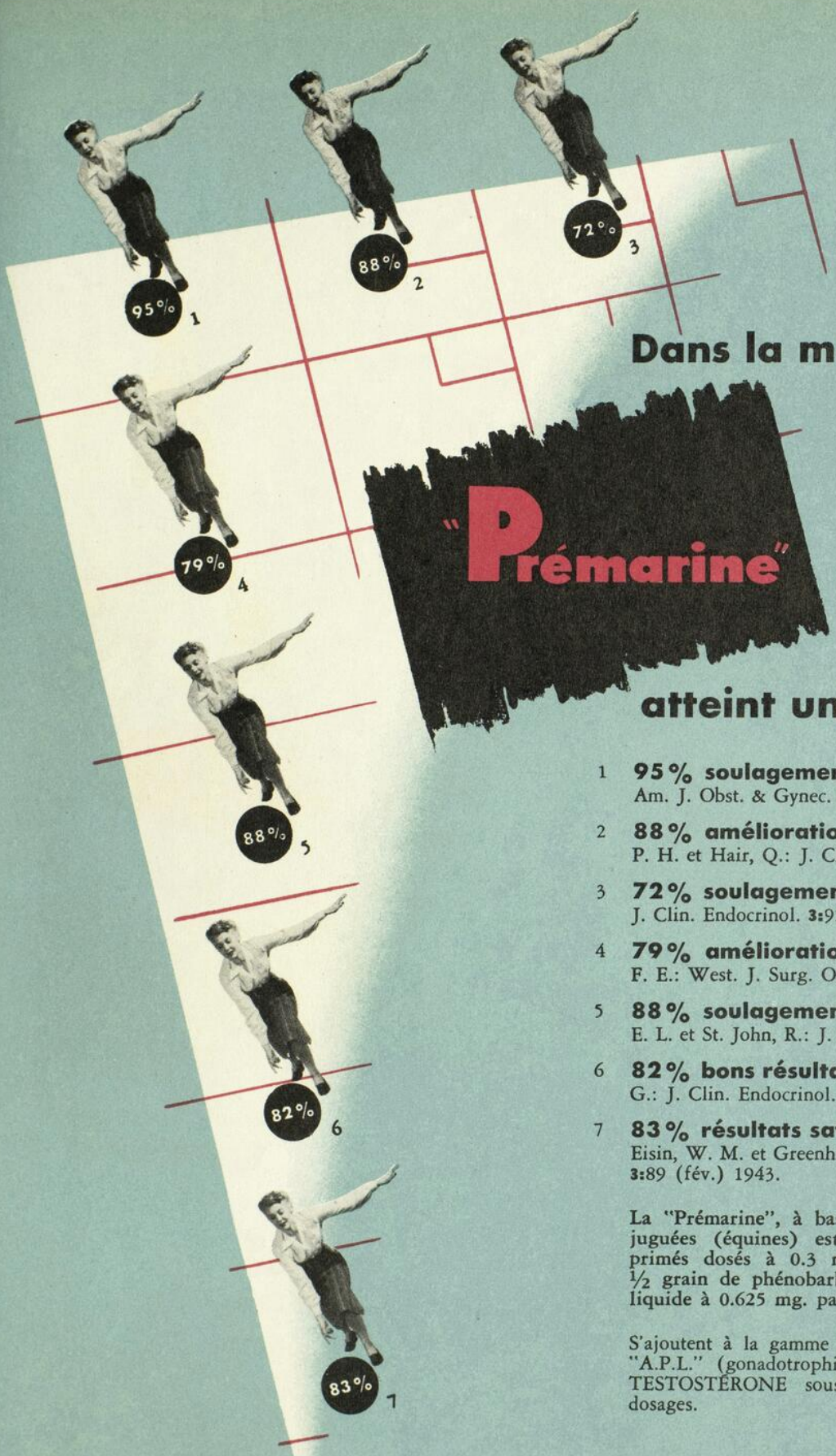
Dragées de Génisténal (0.035 d'éthylphénylmalonylurée et 0.015 de spartéine).

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



Dans la ménopause

"Prémarine"

atteint une haute moyenne

1 **95% soulagement complet** — Perloff, W. H.: Am. J. Obst. & Gynec. **58:**684 (oct.) 1949.

2 **88% amélioration symptomatique** — Fried, P. H. et Hair, Q.: J. Clin. Endocrinol.**3:**512 (sept.) 1943.

3 **72% soulagement complet** — Gray, L. A.: J. Clin. Endocrinol. **3:**92 (fév.) 1943.

4 **79% amélioration satisfaisante** — Harding, F. E.: West. J. Surg. Obst. & Gynec.: **52:**31 (janv.) 1944.

5 **88% soulagement complet** — Sevringhaus, E. L. et St. John, R.: J. Clin. Endocrinol. **3:**98 (fév.) 1943.

6 **82% bons résultats** — Glass, S. J. et Rosenblum, G.: J. Clin. Endocrinol. **3:**95 (fév.) 1943.

7 **83% résultats satisfaisants** — Freed, S. C., Eisin, W. M. et Greenhill, J. P.: J. Clin. Endocrinol. **3:**89 (fév.) 1943.

La "Prémarine", à base de substances oestrogènes conjuguées (équines) est présentée sous forme de comprimés dosés à 0.3 mg., 0.625 mg. (simple ou avec ½ grain de phénobarbital), 1.25 mg. et 2.5 mg. et en liquide à 0.625 mg. par cuillerée à thé.

S'ajoutent à la gamme des préparations endocrines Ayerst: "A.P.L." (gonadotrophine choriale), PROGESTÉRONE et TESTOSTÉRONE sous différentes formes et à divers dosages.

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens

Montréal, Canada

25e Ayerst ANNIVERSAIRE

Nouvelles préparations vitaminées miscibles à l'eau

Augmentent l'absorption et la rétention

chez les
nourrissons et
les enfants

"Alphamette" Aqueux No 929

Une goutte contient approximativement:

Vitamine A	1,000 U.I.
Vitamine D	500 U.I.

Dose journalière conseillée: 2 gouttes.

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

Gouttes "Supplavite" No 931

10 gouttes (0.6 cc.) représentent approximativement:

Vitamine A	5,000 U.I.
Vitamine D	2,400 U.I.
Acide ascorbique	50 mg.
Thiamine	1.5 mg.
Riboflavine	1 mg.
Niacinamide	20 mg.
Pyridoxine	1 mg.
d-pantothénate de calcium	5 mg.
Tocophérols naturels mixtes (antioxydant)	2 mg.

Dose journalière conseillée: 5 à 10 gouttes.

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

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens

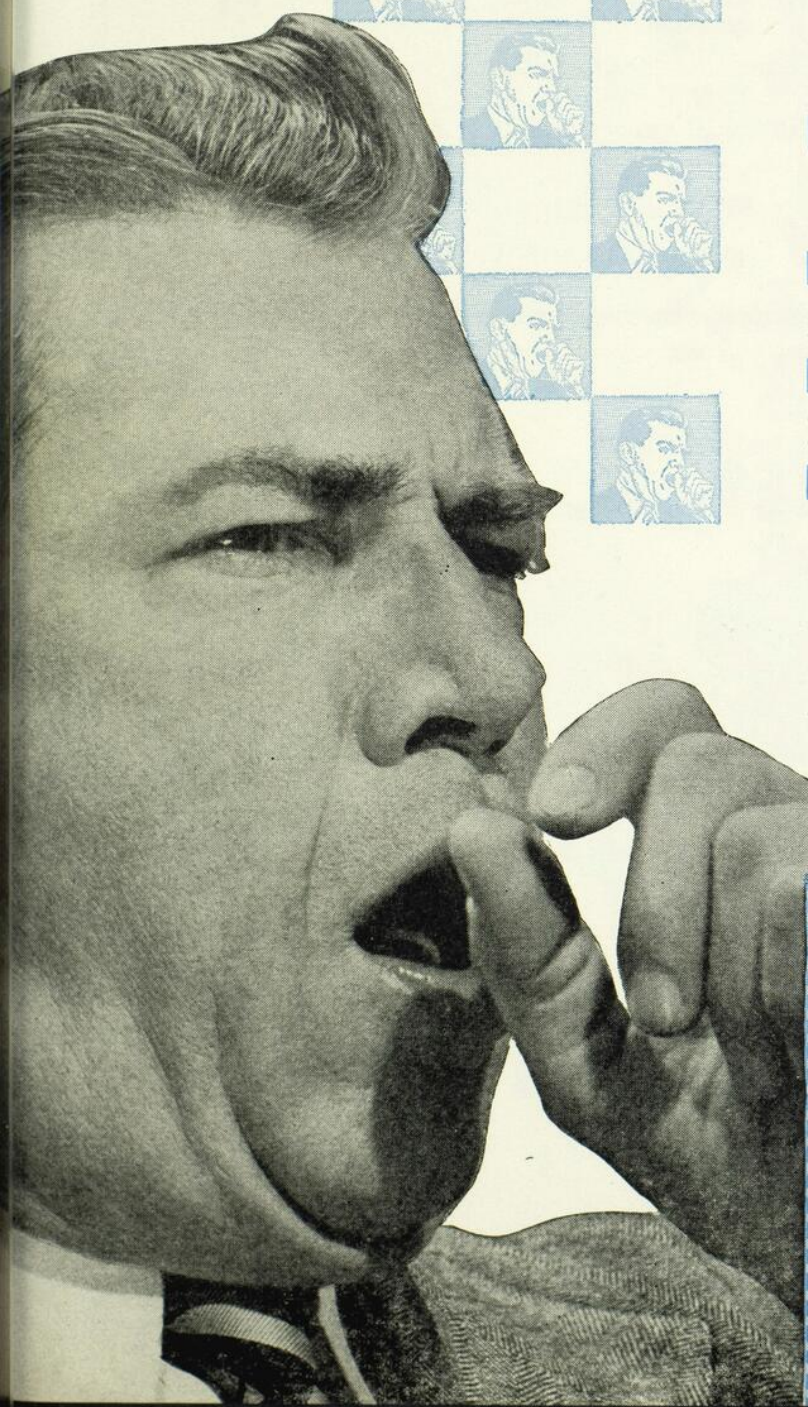
Montréal, Canada

25e Ayerst ANNIVERSAIRE

selon tous les critères cliniques

un traitement antitoux

meilleur et plus rationnel



Dans le Robitussin 'Robin', le gaïacolate de glycéryl, (qui, d'après les rapports, est celui des expectorants qui exerce l'action la plus intense et la plus prolongée[1,4]), a été associé à la désoxyéphédrine, (qui a pour but de relâcher les bronchioles[3] et d'améliorer l'humeur et la sensation de bien-être du malade[2]), dans un excipient sirupeux aromatique. Ainsi, par un heureux contraste avec l'ancienne méthode empirique, le Robitussin est éminemment rationnel et efficace, tout en n'étant ni toxique ni narcotique. Il aide à rendre l'expectoration plus facile et plus libre et soulage la toux sèche et irritante.

INDICATIONS: Cas aigus de rhumes de cerveau et de poitrine, bronchite, laryngite, trachéite, pharyngite, coqueluche, grippe, rougeole, etc.; sert aussi de palliatif dans la toux des tuberculeux, la sinusite paranasale chronique, la toux des fumeurs.

COMPOSITION: Dans chaque 5 cm³ (une cuillerée à thé) d'un sirop aromatique au goût agréable: 100 mg. de gaïacolate de glycéryl et 1 mg. de chlorhydrate de désoxyéphédrine.

POSOLOGIE: Enfants: Une demi à une cuillerée à thé selon l'âge, trois fois par jour ou plus souvent. Adultes: Une ou deux cuillerées à thé au besoin, toutes les deux ou trois heures.

BIBLIOGRAPHIE:

1. Connell, W. F. et al.: Canadian M.A.J., 42:220, 1940.
2. Foltz, E. E. et al.: J. Lab. & Clin. Med., 28:603, 1943.
3. Novelli, A. and Tainter, M. L.: J. Pharmacol., 77:324, 1943.
4. Perry, W. F. and Boyd, E. M.: J. Pharmacol. Exper. Therap., 73:65, 1941.

A. H. ROBINS CO., INC., RICHMOND 20, VIRGINIA
Produits pharmaceutiques de qualité depuis 1878

Agents pour le Canada:

THE LEEMING MILES CO., LTD.
1 ouest, rue Notre Dame, Montréal, P.Q.

Pour faciliter une toux bienfaisante
... pour minimiser une toux nuisible

℞ Robitussin®

Robins

GENOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

Maladie de Parkinson

Composition: Bromhydrate de Génoscopolamine.

Propriétés: Les mêmes que celles de la Scopolamine, sans en avoir les inconvénients. Sa toxicité est environ 200 fois plus faible que celle de la Scopolamine.

Indications: Maladie de Parkinson, Paralysie agitante, Syndromes post-encéphalitiques.

Posologie: De 2 à 6 granules, ou de 20 à 60 gouttes par jour, prises en deux à trois fois dans la journée, de préférence entre les repas. Commencer par la dose minimum, et augmenter progressivement pour s'en tenir à la dose utile.
L'injection sous-cutanée d'une ampoule de 1 mgr. donne des résultats plus rapides, mais n'est pas souvent nécessaire.

Présentation: Granules au ½ mgr., flacon de 60 granules.
Gouttes, solution à 1.5 p. 1000, flacon de 20 cc.
Ampoules dosées à 1 mgr., 10 amp. de 1 cc.

Laboratoires AMIDO — PARIS

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

SUPPOSITOIRES E. G. I.

Composition : Eucalyptol, Gaïacol, Iode.

Propriétés : Antiseptique broncho-pulmonaire des voies respiratoires.

Indications : Grippe, Bronchite, Pneumonie, Broncho-Pneumonie, Coqueluche, Catarrhe, Dilatation des bronches.

Posologie : Adultes, 1 à 5 par jour.
Enfants et Bébés, 1 à 3 par jour.

Présentation : Formats : Adultes, Enfants, Bébés.
Boîtes de 12 suppositoires.

Laboratoires Adrian & Cie, Paris

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

"Voies respiratoires supérieures"—

aspergum *offre un soulagement*

Pour les rhumes de l'enfance, les maux de gorge, et les autres états fébriles ou douloureux, Aspergum fournit l'acide acétylsalicylique *sous forme de gomme à mâcher,* aromatisée, facile à prendre.

La médication analgésique et antithermique est rapidement absorbée, atteint la circulation sanguine rapidement, produisant un bien-être général, et une baisse de la température chez l'enfant.

Idéal pour les cas d'amygdalectomie, Aspergum offre un soulagement immédiat de la douleur, permet une alimentation normale plus rapide et hâte la convalescence.

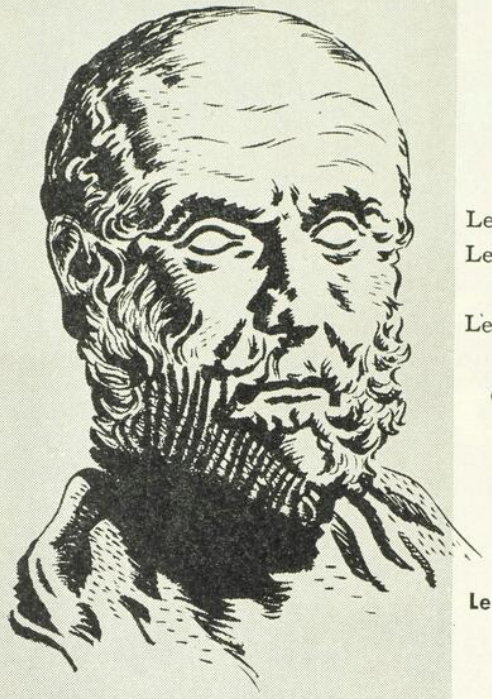
Exactement 3½ grains d'acide acétylsalicylique par comprimé. Présentation et dosage uniques pour les besoins de l'enfant. Préconisé selon les principes de l'éthique professionnelle.

WHITE LABORATORIES OF CANADA LTD.,
64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ontario.

La Thérapie Moderne

et

Le plus ancien problème en médecine!



Le plus ancien problème en médecine est bien l'anémie hypochrome.
Le traitement actuel de prédilection en médecine est le GLYCINATE FERREUX-MRT.
Le GLYCINATE FERREUX-MRT est la combinaison de fer ferreux[1], et de glycine génératrice de porphyrine[2, 3]. Cette préparation, éprouvée par le temps, est présentée sous une forme qui offre des quantités considérables de fer assimilable essentiel à la régénération de l'hémoglobine, PLUS l'action spécifique de la glycine. L'action redoublée de cette préparation moderne favorise la régénération rapide de l'hémoglobine sans aucune irritation ou malaise gastrique.

Le GLYCINATE FERREUX-MRT est présenté sous deux formes faciles à administrer.

CAPSULES DE GLYCINATE FERREUX-MRT.

Glycinate ferreux en suspension dans une huile comestible, conçu pour traverser l'estomac sans provoquer de réaction, et favoriser une absorption efficace.
Chaque capsule contient: 160 mg. de glycinate ferreux (dans l'huile) équivalant à 25 mg. de fer ferreux.
Posologie: Deux capsules par jour, ou plus, au moment des repas.

ELIXIR DE GLYCINATE FERREUX-MRT.

Dépourvu de sucre. Non-astringent. Idéal pour ajouter au lait ou à l'Elixir du Complexe Vitaminique "B"-MRT.
Chaque cuillerée à thé (5 c.c.) contient: 183 mg. de glycinate ferreux et de glycine équivalant à 50 mg. de fer ferreux et 10 mg. de glycine libre.
Posologie: Bébés — 20 gouttes dans la formule quotidienne. Enfants et adultes — une cuillerée à thé par jour, ou plus, après les repas.

THE WINGATE CHEMICAL CO. LTD.
MONTREAL

Note: **Le Glycinate Ferreux n'étant pas encore disponible dans tout le Canada, nous serons heureux d'envoyer des renseignements complets et des échantillons sur votre demande.**

MRT

GLYCINATE FERREUX

BIBLIOGRAPHIE:
1. J.A.M.A. 21 avril, 1945 (éditorial).
2. Shemin, D. & Rittenberg, D.: J. Biol. Chem. 159-567, ibid, 166:621, 1946.
3. Altman, K. I. et al.: J. Biol. Chem. 176:319, 1948.

double idéal dans le diabète

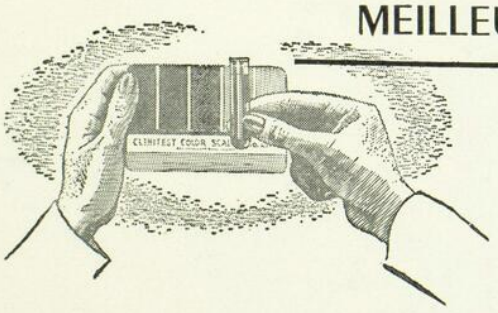
DIAGNOSTIC PRÉCOCE

"Le cabinet du médecin est le centre de dépistage par excellence."[1] Ce moyen de généraliser le diagnostic précoce ne vaudra que si *chaque examen de routine de chacun des patients comporte une analyse des urines.* Cette analyse de routine est à son tour plus pratique pour le médecin qui emploie "les comprimés réactifs *Clinitest*" (Marque déposée). L'épreuve est facile, rapide, complète par elle-même. (Nul besoin de chaleur extérieure.) Elle fournit le résultat sur le champ.

CLINITEST

COMPRIMÉS RÉACTIFS pour déceler le sucre dans l'urine

MEILLEUR CONTRÔLE



"Généralement, seul le diabétique bien contrôlé peut s'attendre à vivre une vie normale et sans dégénérescence prématurée de ses artères."[2] Ici aussi, l'expérience recommande l'emploi de *Clinitest.* Le nécessaire *Clinitest* (Marque déposée) pour la recherche du sucre dans l'urine se glisse dans la poche. Il permet au patient de faire, sous l'orientation du médecin, des vérifications quotidiennes, d'une façon simple, précise et commode. C'est une garantie pratique de la coopération du patient sans laquelle le médecin ne peut exercer un contrôle adéquat.

Clinitest, marque déposée.

Bibliographie: (1) Wilkerson, H. L. C.: New York State J. Med., **49**-2945 (15 déc.) 1949. (2) Sweeney, J. S.: Texas State J. Med., **45**-623 (sept.) 1949.

AMES COMPANY, INC. • ELKHART, INDIANA
AMES COMPANY OF CANADA, LTD., TORONTO

MIDALGAN MIDY

CONTRE LA DOULEUR

	BAUME	**AMPOULES**
Composition :	Histamine. Nicotate de Méthyl. Salicylate de Glycol. Capsicine.	Histamine. Histidine.
Propriétés :	Révulsif. Vaso-Dilatateur. Décontracturant.	Anti-Algique. Désensibilisant.
Indications :	Douleurs d'origine rhumatismale, musculaire, nerveuse ou vasculaire.	Toutes les algies et allergies, rhumatisme, asthme, urticaire, etc.
Mode d'emploi :	Simple friction.	Injections intradermiques.
Présentation :	Tube de 45 gr.	Boîte de 6 amp. 1 cc.

Laboratoires MIDY, Paris

Agents pour le Canada : **VINANT Limitée**, 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.**

Le "PAS DE" a son importance

On peut comparer de puissants agents thérapeutiques à une épée à deux tranchants — d'un côté l'efficacité clinique, de l'autre un degré variable de toxicité. CHLOROMYCETIN est une puissante épée, mais elle n'a qu'un seul tranchant. Elle exerce un effet antibiotique remarquable sur une grande variété d'infections (dont plusieurs ne sont pas affectées par la pénicilline, la streptomycine ou les sulfamidés). De plus, elle est extraordinairement bien tolérée. On a publié des rapports qui soulignent son inocuité relative.

"PAS DE **réactions indésirables** chez ceux de nos malades à qui nous avons administré du chloramphenicol."

Smadel, J. E.: J.A.M.A. *142*: 315, 1950 (discussion)

"PAS DE **traces d'irritation rénale . . .** Aucune défectuosité de la fonction rénale . . . Pas de changement dans le nombre des hématies et des leucocytes . . . il n'y eut pas non plus d'ictère . . . On n'enregistra pas de fièvre médicamenteuse . . . Les réactions secondaires furent légères et rares."

Hewitt, W. L. et Williams, B., Jr.: New England J. Med. *242*: 119, 1950

"PAS DE **réactions de toxicité** ou de signes d'intolérance au cours de nos observations."

Payne, E. H.; Knaudt, J. A., et Palacios, S.: J. Trop. Med. & Hyg. *51*: 68, 1948

"PAS DE **symptômes ou de syndromes de toxicité** pouvant être attribués à la drogue."

Ley, H. L., Jr.; Smadel, J. E., et Crocker, T.: Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. *68*: 9, 1948.

CHLOROMYCETIN®

CHLORAMPHENICOL, PARKE-DAVIS

CHLOROMYCETIN administré par voie buccale est efficace dans les infections des voies urinaires, les pneumonies primaires bactériennes et atypiques, la fièvre ondulante aiguë, la fièvre typhoïde, d'autres fièvres intestinales causées par des salmonellae, la dysenterie (bacille de Shiga), la méningite cérébro-spinale des Rocheuses, le typhus exanthématique, le typhus tropical, le granulome inguinal et la lymphogranulomatose inguinale subaiguë.

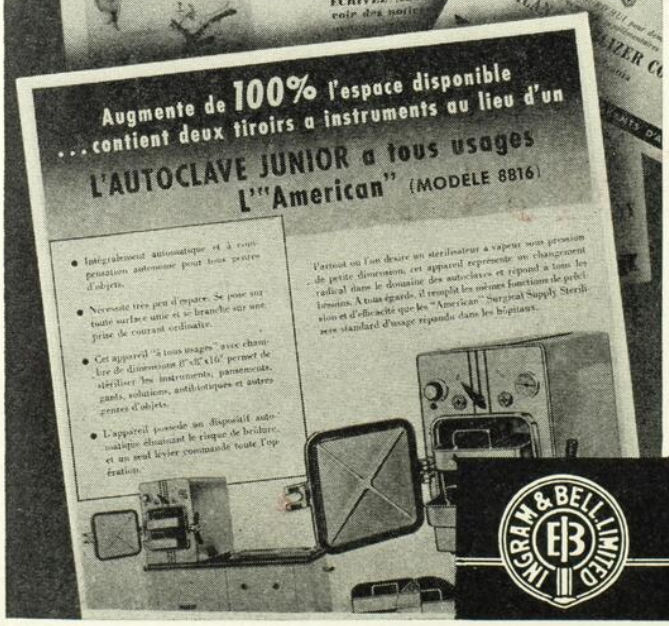
Présentation:
CHLOROMYCETIN est offert en Kapseals de 0.25 gm. (250 mg.) et en capsules de 50 mg.

PARKE, DAVIS & COMPANY

MEDICAMENTA VERA P & CO.

EXIGEZ le fonctionnement supérieur propre au matériel "*American*"

Caractéristiques hardies du dessin et de la construction, l'accomplissement du savoir-faire technique . . . exécution et opération précises, l'oeuvre d'ouvriers expérimentés . . . sûreté du fonctionnement, le résultat de la supériorité des matériaux et des méthodes de production. Au point de vue *économique*, le matériel "American" assure de plus longues périodes d'un service éminemment satisfaisant. Au point de vue *clinique*, chaque unité est conçue pour aider le chirurgien à atteindre pleinement son objectif.



STÉRILISATEURS CHIRURGICAUX
pour tous les besoins de l'hôpital, offrant en exclusivité le Contrôle Cyclomatique.

TABLES CHIRURGICALES
opérations majeures ou d'importance secondaire, obstétrique, orthopédie, chirurgie thoracique.

LUMIÈRES CHIRURGICALES
majeures, mineures, obstétriques, d'urgence, germicides.

APPAREILS SPÉCIAUX
unités de laboratoire pour formules de lait, meubles en acier inoxydable, chaises d'invalides, lits à bassin automatique, matelas à points de compression alternatifs, ozonateurs.

Écrivez dès maintenant pour plus de renseignements

AMERICAN STERILIZER COMPANY
Erie, Pennsylvanie

Représentée au Canada par
INGRAM & BELL LIMITED
TORONTO
MONTRÉAL · WINNIPEG · CALGARY · VANCOUVER

INEDIT!

Wyeth
Marque Déposée

MINULES

CAPSULES MINERO-VITAMINIQUES WYETH

FER

CALCIUM

OUTRE

LES VITAMINES

Composition d'une capsule:

Gluconate ferreux	5 grains
Phosphate bicalcique	2 grains
Thiamine	1 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacinamide	10 mg.
Acide ascorbique	25 mg.
Vitamine A	2000 U.I.
Vitamine D	500 U.I.

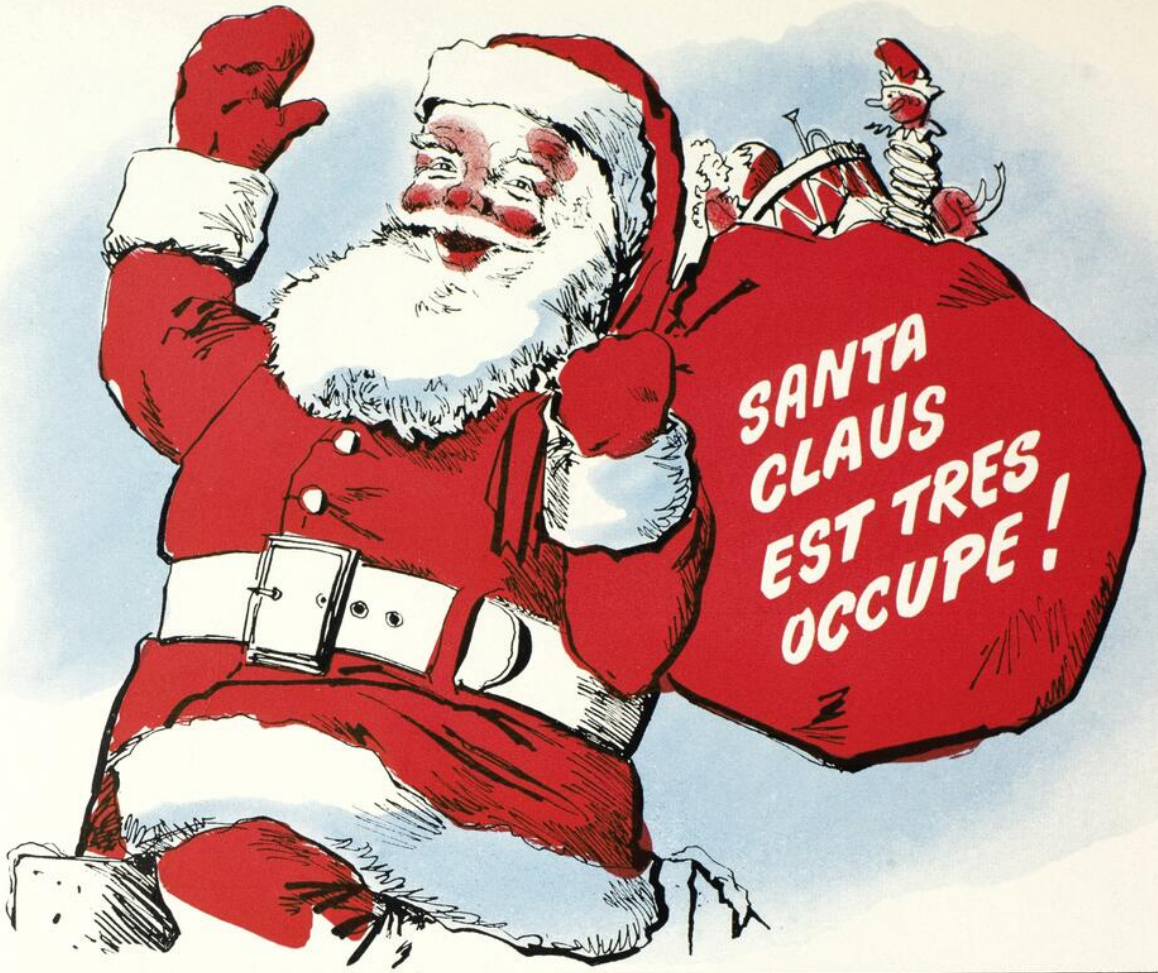
Posologie: Une capsule trois fois par jour, ou suivant l'ordonnance du médecin.

LES MINULES SONT PARTICULIEREMENT RECOMMANDEES PENDANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

MINULES

FLACONS DE 100 ET DE 1000 MINULES

Wyeth
Marque Déposée



. . . la petite Madame aussi!

Il n'est pourtant pas le seul à être sur les dents. La petite Madame qui s'occupe des mioches, fait le magasinage, prépare les repas et voit aux mille et un détails d'un ménage impeccablement tenu, a sa tâche encore plus compliquée durant le temps des fêtes.

Les innombrables problèmes qui sont le lot d'une ménagère accomplie peuvent causer chez elle des ravages redoutables. Pour tenir tête à la situation, il faut des nerfs d'acier. Pourtant, même une "femme de fer" peut se sentir à bout et lorsqu'il en est ainsi, on doit parfois incriminer un manque de fer dans le sang. Les spécialistes en nutrition de l'Université Cornell estimaient récemment que, pour maintenir un juste équilibre, une femme doit pouvoir trouver, dans son alimentation, un minimum de 10 à 11 milligrammes de fer. Or, un régime riche en fer n'est pas facile à réaliser. Aussi quand l'anémie sidéroprive vient saper la résistance de la femme et épuiser son énergie nerveuse, est-il logique de s'adresser aux Plastules Hématinic qui peuvent faire merveille pour lui rendre un bien-être normal.

PLASTULES

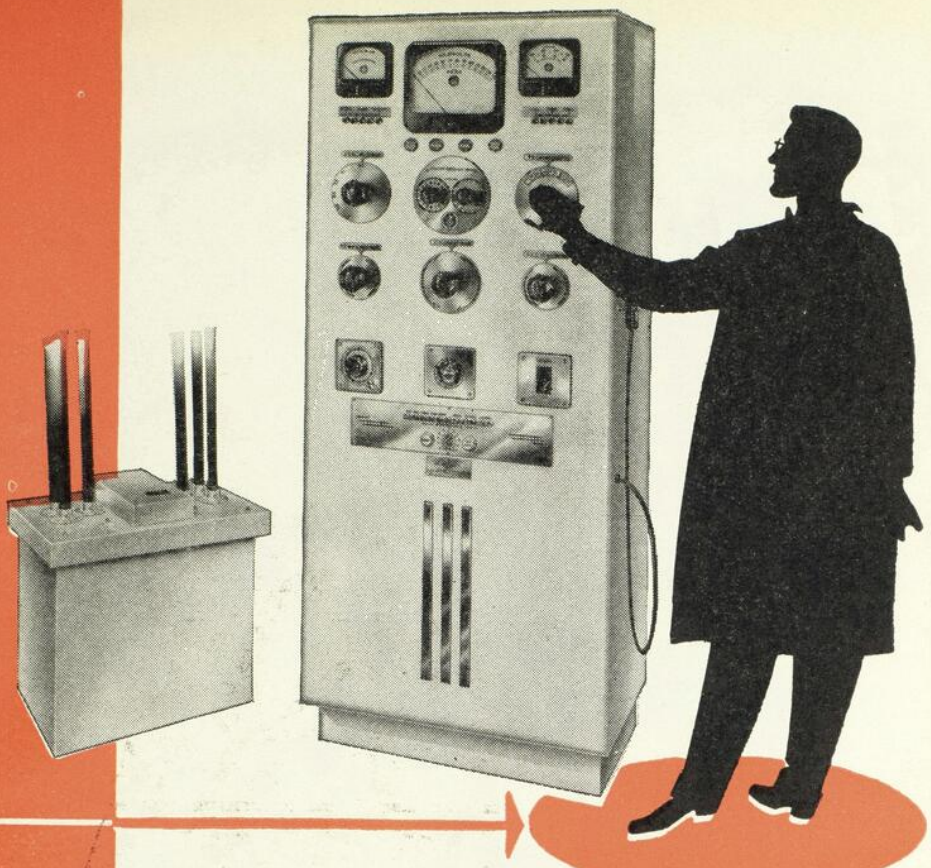
HEMATINIC

SIMPLES • AU FOIE • A L'ACIDE FOLIQUE

Wyeth
Marque Déposée

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED • WALKERVILLE, ONTARIO

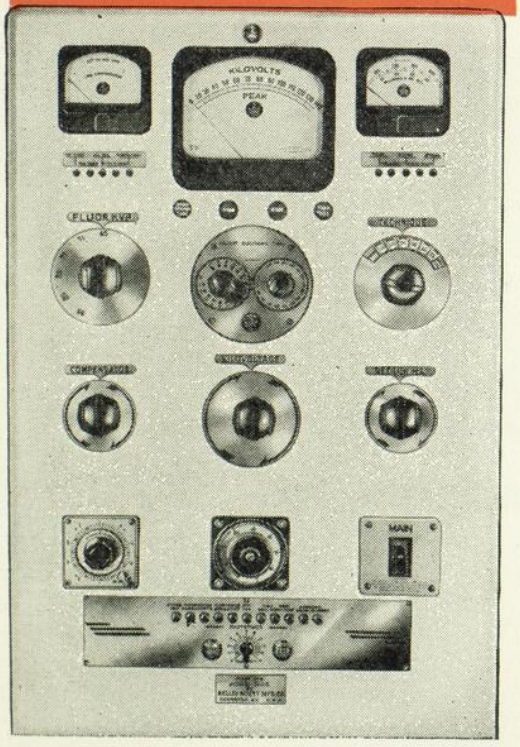
DANS CETTE POSITION



toutes les manettes de contrôle sont à votre portée

Le NOUVEAU KELEKET vertical 500 MA Multicron

125 K.V. à 500 M.A. — 140 K.V. à 10 M.A.



PREMIER à réussir le choix automatique de la technique et le contrôle précis du kilovoltage, quel que soit le milliampérage.

PREMIER à réussir les kilovoltages élevés . . . 125 kilovolts *exactement* pour techniques radiographiques quel que soit le milliampérage.

Dans un service de radiologie moderne, l'acquisition du nouveau Keleket 500 M.A. Multicron est la garantie d'un service efficace et rapide pour les patients.

Avec le nouveau chronomètre de contact Keleket Thyr-x électronique et, si désiré, le nouveau PHOTO-TIMER KELEKET, vous pouvez automatiquement obtenir un film de densité optima quel que soit l'organe à radiographier.

Sur demande, on vous fera parvenir des descriptions sur tout détail qui pourrait vous intéresser.

Voyez notre représentant ou écrivez directement à n'importe quelle succursale de X-Ray and Radium Industries Limited.

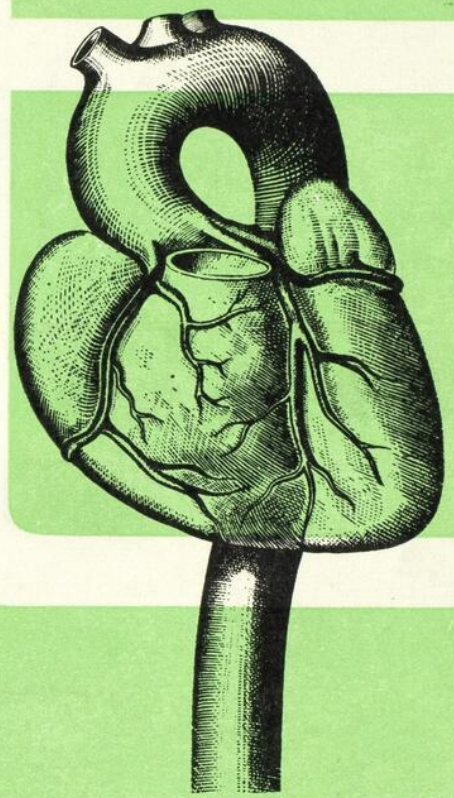
Seuls distributeurs des appareils et accessoires Sanborn et des appareils à diathermie Raytheon.

X-ray AND Radium INDUSTRIES LIMITED

261 Davenport Road — Toronto 5

MONCTON - QUÉBEC - MONTRÉAL - WINNIPEG - CALGARY - RÉGINA - EDMONTON - VANCOUVER

ENFIN LE VOICI.....



VERILOID*

Un produit de Riker Research

Un puissant alcaloide, extrait du Veratrum viride—standardisé biologiquement pour une action hypotensive chez les mammifères—un principe actif pour le traitement de l'hypertension sous toutes ses formes, que l'on ne pouvait se procurer avant aujourd'hui.

*NOM DÉPOSÉ DE RIKER LABORATORIES, INC.

DANS TOUTES LES FORMES DE L'HYPERTENSION

un nouveau traitement plus efficace

Des recherches pharmacologiques poursuivies pendant trois ans, comprenant plus de 2000 expériences individuelles sur des mammifères, et des études cliniques comportant l'administration ininterrompue pendant un an à un grand nombre de patients, ont établi la valeur thérapeutique du Veriloid.* Ainsi la réussite d'avoir isolé les principes hypotenseurs de Veratrum viride a fourni une contribution remarquable au traitement de l'hypertension.

● **UN MÉDICAMENT ENTIÈREMENT NOUVEAU.** L'usage de Veriloid rend disponible pour la première fois les principes hypotenseurs du Veratrum viride, obtenus par un procédé exclusif d'extraction qui élimine toute matière inerte et les alcaloides moins désirables. Une fois fini, le produit ne représente qu'un faible pourcentage du poids du médicament brut d'où il est dérivé.

● **UN PRINCIPE HYPOTENSEUR FIABLE.** L'action pharmacologique de Veriloid est connue et fiable. Le médicament exerce une action sélective de vasodilatation des petits vaisseaux, amenant ainsi une chute de la tension artérielle.

● **EFFICACITÉ UNIFORME.** La standardisation biologique du produit pur sur des chiens, *chez lesquels la chute de la pression artérielle est utilisée comme point de repère,* assure une constance absolue de l'activité pharmacologique.

● **EFFET CLINIQUE RAPIDE ET PROLONGÉ.** Bien qu'un dosage individuel soit essentiel pour un effet thérapeutique maximum, la dose moyenne de Veriloid (2.0 mg. à 5.0 mg. trois ou quatre fois par jour après chaque repas et au coucher) produit dans la plupart des cas une baisse soutenue de la pression artérielle. La détermination du dosage est décrite au complet en page 7 de la brochure intitulée: "Veriloid in the Management of the Hypertensive Patient." *Il est préférable que le médecin lise cette brochure avant de prescrire Veriloid; de cette façon, le meilleur résultat possible sera obtenu.*

Veriloid peut être obtenu sur prescription seulement, dans toute les pharmacies, en flacons de 100 comprimés rayés, de 1.0 mg. chacun.

***BIBLIOGRAPHIE**

Wilkins, R. W.; Stanton, J. R., and Freis, E. D.: Essential Hypertension, Therapeutic Trial of Veriloid, a New Extract of Veratrum Viride, Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 72:302 (Nov.) 1949.

Wilkins, R. W.: Veratrum Viride and Essential Hypertension, New England J. Med. 242:535 (Apr. 6) 1950.

Bauer, R. O.; Maison, G. L., and Stutzman, J. W.: Acute Toxicity of Veriloid for Some Laboratory Animals, Federation Proc. 9:257 (Mar.) 1950.

Maison, G. L., and Stutzman, J. W.: Bioassay Method for Derivatives of Veratrum Viride, Federation Proc. 9:299 (Mar.) 1950.

Stearnes, N. S.: Action of Veriloid Upon the Isolated Mammalian Heart, Federation Proc. 9:319 (Mar.) 1950.

Stutzman, J. W., and Maison, G. L.: Hypotensive Action of Veriloid, an Extract of Veratrum Viride, Federation Proc. 9:318 (Mar.) 1950.

Stutzman, J. W.; Maison, G. L., and Kusserow, G. W.: Veriloid, a New Hypotensive Extract of Veratrum Viride, Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 71:725 (Sept.) 1949.

RIKER PHARMACEUTICAL CO., LTD.

68 BROADVIEW AVENUE

TORONTO 8, ONTARIO

Arrête la toux déchirante...

mais garde le réflexe tussigène

MERCODOL apporte un soulagement rapide et approprié sans nuire au réflexe tussigène requis pour garder libres les passages de la gorge et les bronchioles.

Cette ordonnance, complète et agréable au goût, contient un narcotique[1] antitussigène *sélectif* qui ne nuit aucunement au réflexe tussigène . . . un bronchodilatateur[2] efficace pour le relâchement des bronchioles obstrués . . . un expectorant[3] qui liquéfie les sécrétions. Ne cause pas de nausées, constipation, rétention de sputum ou stimulation cardiovasculaire ou nerveuse.

MERCODOL*

LE SIROP ANTITUSSIGÈNE QUI ENRAYE LA TOUX—GARDE LE RÉFLEXE TUSSIGÈNE

Une commande spéciale pour narcotique est exigée

MERCODOL avec **DECAPRYN®**
pour le rhume à réaction allergique spécifique

Merrell 1828
CINCINNATI • U.S.A.

Succursaie Canadienne: 44 Osler Street, Toronto 9, Ontario

30 cc. contiennent:

[1]Mercodinone*	10.0 mg.
[2]Chlorhydrate de Nethamine*	0.1 Gm.
[3]Citrate de Soude	1.2 Gm.

*Marque Déposée

C'est pour mieux vous aider à venir en aide aux bébés que

LES FAMEUSES PURÉES GERBER

sont maintenant préparées au Canada

NOUS vous avons présenté D'ABORD les 3 bouillies Gerber.

MAINTENANT, nous vous offrons une grande variété de purées de fruits et de légumes, des soupes purées et des desserts en purée, tous prêts à servir.

NOUS SOMMES PERSUADÉS COMME VOUS que les bébés sont notre capital le plus prometteur. Et nous savons quel rôle important vous échoit, celui d'inculquer aux mamans le souci de toujours mieux nourrir leurs bébés. C'est pourquoi, afin de vous aider, nous fabriquons maintenant dans notre usine canadienne, à Niagara Falls, un bel assortiment de purées.

22 ANNÉES D'EXPÉRIENCE DANS L'ALIMENTATION des bébés américains garantissent chaque boîte de purée Gerber que nous préparons. Notre expérience nous a permis d'élaborer une méthode exclusive, la MÉTHODE DES 2 GARANTIES.

1—Elle assure aux aliments leur saveur naturelle et pulvérise toutes les particules de ces aliments.

2—Elle conserve à la nourriture le maximum possible de sa valeur nutritive.

Pour échantillons gratuits de nos trois bouillies et **dépliant** sur l'analyse des aliments servis aux bébés, écrire à Gerber-Ogilvie Baby Foods, Ltd., Niagara Falls, Canada.

NOUS NOUS OCCUPONS UNIQUEMENT DE L'ALIMENTATION DES BÉBÉS.

Gerber's

Nourritures pour bébés

Présentation de la Nouvelle Pommade

Antiphlogistine

RUB A-535

Une nouvelle pommade émolliente et analgésique dans un excipient spécial, conçu pour faciliter l'action rapide des médicaments. Mise au point et préparée par les fabricants de l'Antiphlogistine bien connue.

L'ANTIPHLOGISTINE RUB A-535 a été parfaitement éprouvée en clinique de même que dans plus de 6,000 foyers. Elle a été préparée pour le soulagement symptomatique des douleurs et des malaises causés par:

Rhumes de poitrine, arthrites, rhumatismes,
névrites, foulures, douleurs musculaires
et maux de tête.

RUB A-535 renferme quatre ingrédients actifs: camphre, menthol, huile d'eucalyptus, salicylate de méthyle.

RUB A-535 stimule la circulation locale, apporte une chaleur bienfaisante par la production d'une hyperémie dans les régions où on l'applique.

RUB A-535 est offerte sous forme d'une pommade émolliente et analgésique dans un excipient genre nouveau, qui favorise l'absorption et facilite une meilleure activité des médicaments.

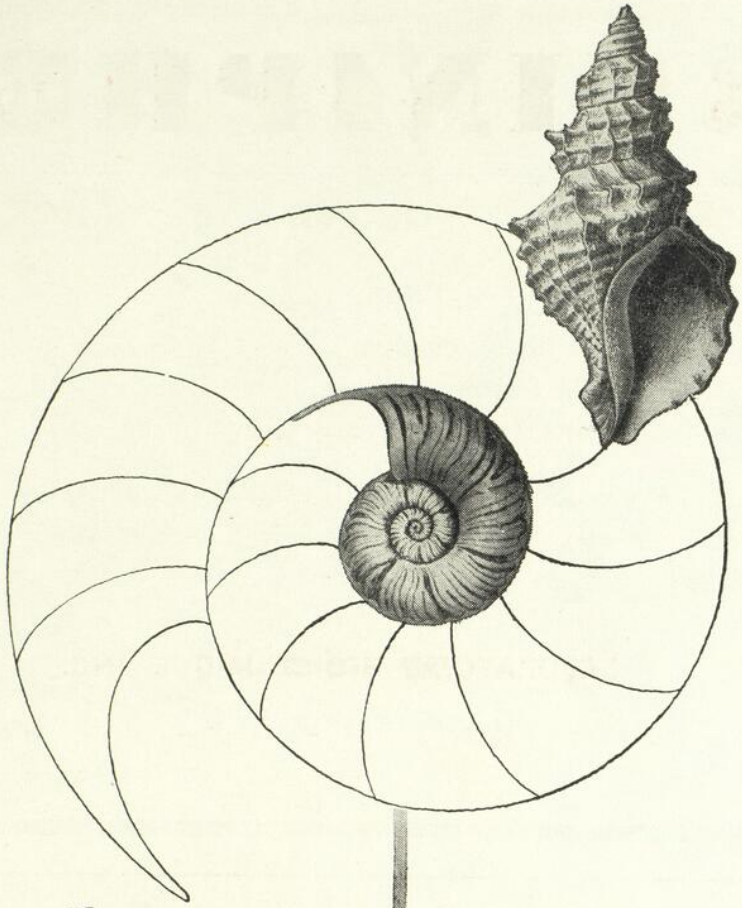
RUB A-535 s'emploie aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Cette pommade, d'une blancheur parfaite, ne graisse pas, ne tache pas et possède une odeur agréable et rafraîchissante.

RUB A-535 peut être utilisée après des traitements par diathermie, rayons infra-rouges, bains de chaleur et autres formes de physiothérapie. Elle est particulièrement appropriée au traitement à la maison, entre les visites au médecin.

IL NOUS FERAIT PLAISIR DE VOUS ENVOYER, À TITRE GRACIEUX, UN TUBE ORIGINAL DE 2 ONCES DE RUB A-535 POUR EN FAIRE L'ESSAI.

Ecrivez au Dépt. U-2

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., MONTRÉAL 1, P. Q.



Protection...

Tout comme la coquille du nautilus le protège contre les périls ambiants, ainsi

le **Gelusil***, associant un hydroxyde d'aluminium inerte, spécialement préparé au trisilicate de magnésium, protège les régions enflammées ou ulcérées de la muqueuse gastrique contre les effets nuisibles du suc gastrique acide. Gelusil* est une préparation de goût agréable... un adsorbant antiacide efficace.

Le **Gelusil*** procure un soulagement rapide et prolongé dans les cas d'hyperacidité gastrique et son efficacité est particulièrement remarquable lorsqu'on l'emploie comme adjuvant dans le traitement médical de l'ulcère de l'estomac ou du duodénum.

Le **Gelusil*** s'obtient sous forme de comprimés d'un goût agréable.

Comprimés — enveloppés séparément dans de la cellophane — boîtes de 50, 100 et 1,000. Aussi en flacons de 500.

William R. Warner & Co. Ltd.
727 King St. West, Toronto, Ontario

Comprimés

Gelusil* 'Warner'

*Nom déposé

RHINIPHEN

CORYZA GRIPPE MIGRAINE

Chaque comprimé renferme:

Acide Acétylsalicylique	5 grains
Chlor. de Désoxéphédrine	0.625 mg.
Ménadione (Vit. K)	0.25 mg.

Dans les affections ci-dessus, lorsqu'il existe de la fièvre, 2 comprimés en une seule prise, suivie d'un comprimé toutes les quatre heures en cas de besoin. Dans les autres cas, 1 à 4 comprimés par jour.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est, rue Jean-Talon, - - Montréal 10

Qu'ils en contiennent

2 avec BISULFA

ou

3 avec TRISUL

les polysulfamidés de "Bio-Chimique" vous garantissent une

- **Toxicité réduite**
- **Cristallisation rénale réduite**
- **Efficacité thérapeutique intégrale**

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est, rue Jean-Talon, - - Montréal 10

NT PAR RAYMON PRATS

mais un seul cadeau comptait vraiment...

Une vie nouvelle et heureuse

pour l'enfant atteint du Petit Mal

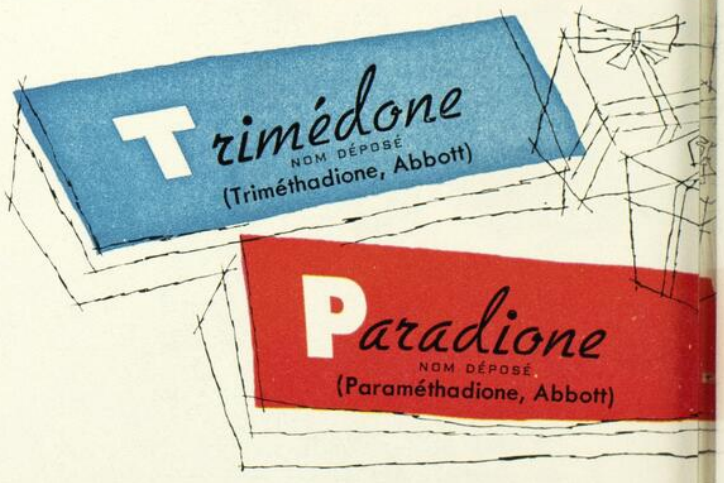
UNE VIE LIBRE des entraves de crises fréquentes. Elle est maintenant possible pour une proportion élevée des victimes du *petit mal*—et c'est grâce à deux drogues qui étaient inconnues il y a à peine quelques années. Ce sont la TRIMEDONE et son homologue la PARADIONE, produits résultant des recherches étendues et continues poursuivies par Abbott pour découvrir des antiépileptiques efficaces.

Peu de temps après l'introduction de la TRIMEDONE en 1946, on l'a désignée comme étant "nettement la drogue de choix dans le traitement de la triade du *petit mal*."[1] C'est là une affirmation bien catégorique, mais elle était basée sur de fortes preuves. Des 166 malades traités par la TRIMEDONE dans cette étude, 83 pour cent ont vu leur état s'améliorer. Certains d'entre eux furent débarrassés complètement de leurs crises, et le demeurèrent longtemps après la cessation du traitement.

Puis, vers la fin de 1949, après trois ans d'essais cliniques la PARADIONE s'avéra un anticonvulsif tout aussi efficace. Bien que son action remarquable soit semblable à celle de la TRIMEDONE, la PARADIONE a donné les résultats recherchés dans bien des cas où l'absence de réponse ou l'intolérance rendait impraticable le traitement par la TRIMEDONE. La valeur de ces deux drogues pour enrayer les symptômes du *petit mal*, les secousses cloniques et les crises acinétiques est clairement établie.

VOYEZ TOUTEFOIS LA LITTERATURE avant d'administrer la TRIMEDONE et la PARADIONE, car il y a certaines précautions à prendre. Laboratoires Abbott Limitée, Montréal 9.

Abbott



1. Lennox, W. G. (1947), J. Amer. Med. Assn., 134: 138, May 10.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 78:

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

Cancer du corps utérin. Considérations sur le (Jacques Blagdon) 752

Cancer du moignon gastrique. Gastrectomie pour ulcus et (Ch. Debray, M. Roux, R. Chevillotte, S. Ségal) 6

Cancer du rectum. Le (J.-René Roux) 1151

Cancer du sein. Critique des données actuelles et esquisse d'une classification pratique. Le (Germain Pinsonneault et Albert Jutras) .. 1131

Cancer du sein. Le (Edouard Desjardins) .. 908

Cancer. Notre cause commune contre le (Hon. Paul Martin) 555

Cancer primitif de la plèvre chez l'enfant. Le (Paul Giraud, René Bernard et Jean Coignet) 1254

Cardiaques. La réadaptation des (Pierre Marion) 266

Cardiologie. Nouveautés en (Paul David) 279

Carie dentaire. Nutrition et. — Interprétation du rôle de l'alimentation dans la pathogénie de la carie dentaire. (H. Simonnet) 500

Carte de santé. L'émission de la (Ad. Groulx) 172

Castration ovarienne bi-latérale pour métastases néoplasiques douloureuses. Trois cas de (P. Smith et Gérard Duprat) 256

Cervicites en clientèle. Le traitement des (Léonide Reid) 1043

Chaire de cancérologie à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris. Une (Roma Amyot) 450

Chloromycétine. Auréomycine et (Henri Charbonneau) 1033

Chloromycétine dans le traitement de la fièvre typhoïde de l'enfant. La (G. Mouriquand, N. Boulez et Mme Miloutinowitch) 1250

Choroïdite guttata. (Claude Monfette) 652

Cinquante ans de médecine et de santé publique. 675

Collagénopathie sclérodermique. Application de nouvelles méthodes et de nouveaux concepts à l'étude de la (Guido Bassi) 623

Comité médical conjoint France-Canada constitué. 370

Congrès:

A propos du prochain congrès. (B.-G. Bégin) 239

Cinquième Congrès International du Cancer. (Origène Dufresne) 1182

Le XXe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. .. 1113

Le XXe Congrès des Médecins de Langue Française du Canada et l'Hygiène publique. (Ad. Groulx) 498

Le XXe Congrès et le programme des spécialités. (Jean-Louis Pilon) 868

Le XXe Congrès: programme scientifique préliminaire. (Pierre Smith) 865

Le programme scientifique du XXe Congrès. Vue d'ensemble (Pierre Smith) 367

L'esprit du XXe Congrès des Médecins de Langue Française du Canada (Pierre Smith) 237

XXe Congrès de l'A.M.L.F.C. Allocutions des docteurs Hermile Trudel, J.-A. Vidal, D. Marion, R. Kourilsky, de Mgr Paul-Emile Léger. 1468

Message du Président du XXe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada (J.-A. Vidal) 987

Programme du XXe Congrès. (Pierre Smith) 988

Quatrième congrès des médecins catholiques (Rome). (Léon Gérin-Lajoie) 75, 182

Vingt-septième congrès français de médecine (Genève) 61

Convulsions et poussée dentaire. (Charles-H. Trudeau) 810

Coqueluche. Vaccination contre la variole et immunisation contre la diphtérie et la (G. Charest) 1056

Cortisone. A propos d'A.C.T.H. et C. et leur application en rhumatologie. (Jacques Durivage) 878

Criminologie, science profondément humanisante. La (Roma Amyot) 125

Cubitale. Paralysie c. tardive secondaire à un traumatisme du coude. (Roma Amyot) 14

Correspondance:

Lettres de Paris. (André Plichet) 59, 298, 561, 1070,

D

Dégénérescence hépato-lenticulaire. Le syndrome neurologique et hépatique de la (Roma Amyot) 372

Déontologie médicale universelle. Code de (Léon Gérin-Lajoie) 1047

Dermite atopique par un antihistaminique. Echec du traitement de la (A. Marin, J.-P. Foisy, G. Leclerc) 381

Diarrhées du nourrisson. La farine de caroube dans le traitement des (De la Broquerie Fortier) 241

Diarrhée épidémique des nouveau-nés. (Esdras Autotte) 270

Diarrhées spécifiques de l'enfant. Etude bactériologique des (Maurice Saint-Martin) .. 405

Diphtérie et la coqueluche. Vaccination contre la variole et immunisation contre la (G. Charest) 1056

Discours prononcé à la séance inaugurale du XXVIIème congrès français de médecine, tenu à Genève, les 29, 30 septembre et 1er octobre 1949, par le professeur M. Roch, président. (M. Roch) 52

Discours prononcé au dîner annuel de la section de Québec de l'Association Médicale Canadienne et des étudiants en médecine de l'Université Laval. (L'hon. Paul Martin) 911

Diurétiques. Les (Fernand Séguin) 550

E

Editoriaux:

A propos du diagnostic de la toxoplasmose. (Paul Letondal) 31

Biopsie et cancer de la peau. (Henri Smith) 553

Cinquième congrès international du cancer. (Origène Dufresne) 1182

Code de déontologie médicale universelle. (Léon Gérin-Lajoie) 1047

La chirurgie du pancréas. (Pierre Smith) .. 429

Le beau rôle de la pédiatrie. (Roma Amyot) 1311

Le cancer du sein. (Edouard Desjardins) .. 908

Le ministre fédéral de la Santé et le praticien. (Roma Amyot) 661

Les analeptiques. (Roger-R. Dufresne) .. 169

Les rayons X au service de l'anatomie. (J.-L. Léger) 1465

L'examen des artéritiques. (Maurice Gervais) 660

Nouveautés en cardiologie. (Paul David) .. 279

Valeur des médications nouvelles dans l'otite externe. (V. Latraverse) 778

E. E. G. en pédiatrie. Indications de l' (J. Panet-Raymond) 1302

Enseignement de la médecine. A propos de l' (Edouard Desjardins) 3

Enseignement. Propos sur l' (Edouard Desjardins) 495

Epaule. Luxation récidivante de l' (Edgar Lépine et Raymond Langevin) 750

Epidémies d'autrefois. Les (Ad. Groulx) 558

Epilepsie jacksonienne causée par une malformation hypertrophique de la pie-mère. Un cas d' (Paul-H. Crevier) 1023

Estomac. Le malade qui se plaint de son (Saint-Jean Desrosiers) 1163

Estomac. Volvulus de l' (Lucien Julien) 537

Estrogénique. Etude biologique d'un complexe e. actif par voie buccale. (Christian Champy) 523

Exercice de la médecine. Rôle prépondérant du praticien. Suggestions concernant l' (Roma Amyot) 1117

Exophtalmie. (Jean Lapointe et Fernand Croisetière) 638

F

Fièvre des foins approche. L'herbe à poux est en train de se ranger en bataille; détruisons-la avant qu'elle fasse pleuvoir sur nous ses pollens. Le temps de la (Roméo Mondello) 1058

G

Gastrectomie pour ulcus et cancer du moignon gastrique. (Ch. Debray, M. Roux, R. Chevillotte, S. Ségal) 6

Goitre infantile. (Réal Doré) 396

Goutte. Pathogénie de la (François Françon) 1173

Grossesse. Contrôle du poids, de la diète et de l'équilibre osmotique durant la (Jacques-N. Gagnon) 808

Grossesse et tuberculose. (Gérard Léonard) .. 765

Grossesse ectopique itérative. La (Jacques Gauthier) 1444

H

Hématome sous-dural chez l'enfant. Le traitement de l' (Claude Bertrand) 1274

Hémorragies rectales. A propos d' (Roland Gareau) 1021

Hernioplasties avec gaze de tantalum. (Dominique Gaudry) 658

"Hero-scopo" dans la tempête obstétricale en rase campagne. (J. Douville) 1457

Histoire de la médecine dans la Nouvelle-France — l'alkermès et le kermès minéral. (Gabriel Nadeau) 924

Hommes et mondes chirurgicaux de Paris. (Antonio Lecours) 43

Hôpital Sainte-Justine. Un grand hôpital pour enfants: l' (J.-Alcide Martel) 1356

Hydronéphroses à symptomatologie gastro-intestinale. Les (Jean-Paul Bourque et J.-P. Brault) 761

Hygiène de l'enfance au Service de Santé de Montréal: son histoire et son programme actuel. La division de l' (Ad. Groulx) 1323

Hygiène publique. Le progrès de l' (Hon. Paul Martin) 34

Hypertendus. Le fond de l'œil des (Roland Cloutier) 769

I

Intestin. Le malade qui vient consulter, se plaignant de son (Jean LeSage) 1154

Intubation. Avantages et désavantages de l' (Jacques Lambert) 427

K

Kystes intrathoraciques chez l'enfant (d'origine: 1. digestive; 2. branchiale). Deux (Edouard-D. Gagnon) 1280

L

Lactarium de l'Ecole de puériculture de la Faculté de Médecine de Paris. Le (Donat Lapointe) 1313

Lait à la campagne et en ville. (A.-J.-G. Houde) 1061

Livres reçus 122, 612

Lutembacher. Un cas de maladie de (Léon Lebel et Ghislaine Gilbert) 902

M

Malformations congénitales des voies digestives dans la première enfance. Etude radiologique des (Arthur-F. Vallée) 1308

Médecin de famille et le progrès de la santé. Le (Hon. Paul Martin) 663

Médecine et chirurgie pratiques:

Contrôle du poids, de la diète et de l'équilibre osmotique durant la grossesse. (Jacques-N. Gagnon) 808

Convulsions et poussée dentaire. (Charles-H. Trudeau) 810

L'insulinothérapie est le traitement actuel le prédilection dans la schizophrénie. 301

Le Conteben contre la tuberculose. 301

Les crampes musculaires des femmes enceintes. 302

Le Cortisone et l'A.C.T.H. dans l'arthrite rhumatoïde. 302

Chorée de Sydenham. 302

La maladie de Dupuytren. 302

Succinate de sodium dans l'intoxication barbiturique aiguë.

Extrait de muscle de bœuf dans l'anémie pernicieuse.

Seins périodiquement douloureux.

Contre la crise de migraine. 812

La lobotomie transorbitaire. 190

La cortisone d'origine végétale. 191

La méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine intraventriculaire. 190

La peste. (Georges Blanc) 190

L'électro-encéphalographie découvre des formes larvées de l'épilepsie. 101

Le syndrome de Ménière: syndrome de carence vitaminique. 190

Méningite pneumococcique guérie par la pénicilline. 191

Médecine française d'hier et d'aujourd'hui au Canada. La (Antonio Lecours) 792

Médecins de langue française. Demande de .. 369

Métastases néoplasiques douloureuses. Trois cas de castration ovarienne bi-latérale pour (P. Smith et Gérard Duprat) 256

Mononucléose infectieuse. Considérations à propos d'un cas de (Henri Charbonneau) .. 1273

Monoplégie supérieure et prothèse. (G. Gingras et Kay Brady) 1449

"Mors aut vita". (Urgel Gariépy) 797

Mortalité infantile dans la province de Québec. La (Paul Parrot) 1317

Mortalité infantile. Pédiatrie. Médecine sociale. (Albert Guilbeault) 285

Myélome décalcifiant ou maladie de Kahler. Un cas de (Roméo Boucher et Mlle Claude Laprade) 529

N

Nécrologie:

Authier, le docteur J.-H. 1508

Barabé, le docteur Alphonse 840

Bernard, le docteur Jean-Marie. (Maurice Gervais) 208

Bernier, le docteur Alphonse. (Louis Bernard) 957

Caron, le docteur Thomas 209

Carreau, le docteur Armand 1508

Cliche, le docteur Ernest 208

Cypihot, le docteur Hector 240

Daviault, le docteur Stanislas (Maurice Gervais) 1508

Delage, le docteur Charles 1508

Desrochers, le docteur Emile (Roma Amyot) 591

Doray, le docteur Raymond 840

Dussault, le docteur Ernest-Alfred 840

Faribault, le docteur J.-H. 208

Fauteux, le docteur Mercier (Edouard Desjardins) 1506

Gosselin, le docteur Henri 840

Hébert, le docteur Pierre 840

Landry, le docteur Philippe 209

Lapointe, le docteur Arthur 209

Lavigne, le docteur L.-F. 1508

Lemieux, le docteur J.-P.-C. 209

Lessard, le docteur Arthur (Albert LeSage) 1217

Millette, le docteur P. 1508

Mousseau, le docteur J.-O. 209

Ostiguy, le docteur Paul 1508

Paquette, le docteur Azarie 840

Pellerin, le docteur Jean-Marie 840
Perrin, le docteur Louis-Georges 1508
Saint-Germain, le docteur J.-E. 1508
Seers, le docteur Léopold 1508
Smith, le docteur Harry P. 209
Trudeau, le docteur Arthur 209
Nouveau-nés. Diarrhée épidémique des (Esdras Autotte) 270
Nouvelles:
102, 210, 325, 465, 593, 705, 841, 959, 1083, 1219, 1384, 1510.

O

O. M. S. Réalisations et projets de l' (Roma Amyot) 737
Organo-dynamisme en psychiatrie. L' (François Cloutier) 277
Otite externe. Valeur des médications nouvelles dans l' (V. Latraverse) 778

P

Pancréas. La chirurgie du (Pierre Smith) .. 429
Paralysies congénitales et hygiène mentale. (J. Chs Miller et Ant. Blais) 1289
P. A. S.: historique, étude clinique et expérimentale à l'hôpital du Sacré-Cœur. (J.-P. Paquette, R. Laurier, J.-P. Milot et Maurice Doray) 509
Pédiatrie canadienne d'expression française ? Existe-t-il une (Paul Letondal) 1243
Pédiatre. La formation du (De la Broquerie Fortier) 1347
Pédiatrie. Le beau rôle de la (Roma Amyot) 1311
Pénicillinique. Un cas d'embolie veineuse (Henri Smith) 1443
Péritonite aiguë. Contribution au traitement postopératoire de la (Rosaire Lauzer) .. 18
Peste. La (Georges Blanc) 189
Plexus brachial. Traitement direct et traitement indirect. Lésions traumatiques du (Paul Vigneau) 386
Poliomyélite, maladie infectieuse ou trouble du métabolisme? La (W. J. McCormick) 739
Poliomyélite. Médecine physique et (G. Gingras et Kay Brady) 1017
Posologie infantile. Conceptions françaises actuelles sur la (René Fabre) 439
Praticien et les spécialistes. Le (Alphonse Bernier) 175
Praticien et l'Université. Le (J.-Roméo Pépin) 287
Praticien. La semaine du — 1950 (Wilfrid Leblond) 674
Praticien. Le (Roma Amyot) 617
Praticien. Le ministre fédéral de la Santé et le (Roma Amyot) 661
Praticiens. Les spécialités et les médecins .. 239
Prématurité: problème d'hygiène publique. La (Bertrand Primeau) 1338
Pression artérielle. La (G.-E. Cartier) 546
Progrès de l'organisation hospitalière. (H. G. Hughes) 916
Psoriasis. Essai étio-pathogénique du (J. Charpy) ..... 1120 et 1436
Psychiatrie à la neuro-chirurgie par la neurologie. De la (Roma Amyot) 892
Psychologie moderne au service de la pédiatrie. La (J.-E.-Alexandre Marcotte) 1331
Pylore. Sténose hypertrophique du (Edmond Dubé) 1262

R

Radiographie pulmonaire à domicile. La (Gérard Leclaire) 274
Rayons X au service de l'anatomie. Les (J.-L. Léger) 1465
Rectum. Cause exceptionnelle de perforation du (J. Lavoie et R. Fortin) 1455
Rédacteur en chef. Rapport du (Roma Amyot) 294
Réhabilitation. Médecine physique et (Gustave Gingras et Maurice Mongeau) 873
Revue des livres:
114, 230, 346, 480, 600, 720, 856, 974, 1094, 1228, 1519.
Royaume de Maître Gaster. Le (Roger-R. Dufresne) 1064

S

Salubrité dans les endroits de villégiature. La (L.-P. Cabana) 789
Santé. Pour le progrès de la (Hon. Paul Martin) 283
Sarcome fibroblastique du grand épiploon. Le (J.-René Roux) 886
Service de Santé de Montréal. L'organisation actuelle du (Ad. Groulx) 668
Service de Santé de Montréal. L'organisation actuelle du (Ad. Groulx) 785
Service de Santé et la nutrition. Le — L'hygiène mentale au Service de Santé. (Ad. Groulx) 37
Sociétés:
L'Association des Médecins canadiens en France, 16 mars 1950 836
Journée Médicale à Shawinigan, 27 mai 1950. 837
Réunions scientifiques des Internes de l'hôpital Notre-Dame. Séances des 11, 18 et 25 octobre 1949. 101

Réunion scientifique du Bureau médical de l'Enfant-Jésus (Québec):

Séance du 11 février 1950:

Sarcome secondaire du poumon. (H. Laliberté et M. Turcotte) 589

Réunion scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame:

Séance du 27 septembre 1949:

A propos d'un kyste pseudo-mucineux d'origine brennérienne accompagné d'une hyperplasie de la muqueuse utérine. (Roland Simard et Simon Lauzé) 96

Cas d'invagination intestinale. (Esdras Autotte) 97

Nouvel appareil à pression positive pour usage post-trachétomique. — Démonstration. (V. Latraverse) 99

Leucoplasie et cancer. (Adrien Lambert) 99

Séance du 27 octobre 1949:

Séminome ou dysgerminome de l'ovaire avec métastases tardives intrathoraciques. (J. Prévost et R. Chénier) 200

Fistule gastro-jéjuno-colique. (Frs Archambault et R. Dufresne) 203

A propos du symposium neuroradiologicum. (J.-Louis Léger) 205

Rœntgenthérapie intravaginale du cancer utérin. (Paul Brodeur) 206

Séance du 22 décembre 1949:

Un cas de nanisme. (C.-E. Grignon et J. Grignon) 576

Méningite aiguë. (Un cas). (André MacKay et R. Lapointe) 578

Grossesse et occlusion intestinale. (C.-A. Attendu) 581

Angine toxique. (Esdras Autotte) 583

Syndrome oculo-glandulaire de Parinaud. (Jules Brault et R. Charbonneau) 584

Maladie d'Addison à début inusité. (Ch.-E. Grignon et J. Grignon) 586

Séance du 24 novembre 1949:

Syndrome de Pancoast. (J. Prévost, A. Parenteau et R. Jolicœur) 823

Vitamine E dans le traitement des maladies cardio-vasculaires. (Paul David et J. Fourcand) 827

Un cas de thrombo-phlébite sous-cutanée abdominale. (René Grignon) 830

Echec du traitement de la dermite atopique par un antihistaminique. (A. Marin, J.-P. Foisy et G. Leclerc) 831

Céphalée allergique. (C. Bertrand et J. Léger) 833

Un cas de giardiase. (Jean Piette) 834

Amyotrophie familiale de la première enfance type Werdnig Hoffmann. (Albert Guilbeault) 835

Séance du 26 janvier 1950:

Diagnostic d'élimination. (Jean Tremblay) 948

Artériographies cérébrales. (Jean-Louis Léger) 951

Ophtalmoplégie par anévrysme carotidien. (Roma Amyot) 952

Traitement du zona par la protamide. (Georges Leclerc) 954

Séance du 20 avril 1950:

Traitement chirurgical de la sténose mitrale. Commissurotomie. (E.-D. Gagnon et Paul David) 1212

Cancer muco-érosif de l'estomac. (Laurent Archambault) 1213

Neuro-syphilis vasculaire avec liquide céphalo-rachidien négatif ou hémiplégie droite chez un cas de syphilis latente ancienne. (Roma Amyot et Georges Leclerc) 1215

Séance du 25 mai 1950:

Prothèses artificielles chez des enucléés. (Roland Cloutier) 1497

Recherche et dosage des protides. (Etude de quelques causes d'erreurs) (Paul Riopel) 1499

Un cas de shock. (G.-A. Cloutier) 1501

Sténose pylorique et ulcères gastriques récents. (R. Dufresne, R. Grignon, R. Gélinas et Y. Rouleau) 1503

La grossesse ectopique itérative. (Jacques Gauthier) 1503

Diabète et grossesse. (D. Marion, A. Guilbeault, A. Gratton et F. Joncas) 1504

Société de Gastro-Entérologie de Montréal:

Séance du 30 mars 1950:

Un cas de polypose gastrique. (Roland Gareau) 822

Un cas de pancréatite œdémateuse traitée par la novocaïne intraveineuse. (Ronald Dupuis) 822

Un cas d'ulcère géant de la petite courbure guéri. (Roger-R. Dufresne) 822

Un cas de cancer d'estomac avec métastases osseuses. (Yves Chaput) 823

La Société Médicale de Montréal:

Séance du 10 octobre 1949:

Mortalité chez l'enfant d'âge scolaire. (Antoine Valois) 92

Contrôle des maladies contagieuses à l'école. (G. Charest) 92

Autres aspects des problèmes de santé de l'écolier. (B. Primeau) 92

Séances du 8 novembre 1949:

Les maladies lymphocytaires traitées par le gaz moutarde. (Eug. Balangero) 93

Quelques cas de chirurgie chez le nourrisson. (Lucien Julien) 93

Un grand brûlé. (G.-O. Landry) 93

Constipation chez les enfants. (Gérard Joncas) 93

Chirurgie cardiaque. (Mercier Fauteux) .. 93

Diagnostic précoce du cancer utérin (technique de "Surface biopsy"). (Pierre Rabil) 93

Séance du 22 novembre 1949:

Traitement médical du goitre. (C.-E. Grignon) 199

Traitement chirurgical du goitre. (Réal Doré) 199

Traitement radiothérapique du goitre. (Origène Dufresne) 199

Séance du 6 décembre 1949:

Lichen. (Roland Blais) 314

Nouveau traitement du psoriasis. (Roland Blais) 314

Résultats tardifs de deux cas de néphropexie. (J.-P. Bourque) 315

Diverticules pharyngo-œsophagiens. Diverticules de Zenker. (J. Bruneau et G. Parenteau) 315

Les traitements de l'asthme. (Gérard Casgrain). 315

Un cas de tumeur de vessie: traitement chirurgical. (Jean Charbonneau) 315

Un cas d'infantilisme génito-statural. (Paul Dumas). 316

Trois cas d'énucléation avec prothèse de Cutler. (Frs Henry et C. Monfette) .. 316

La radiothérapie de contact. Principes — Démonstration. (A. Jutras, C.-A. Langlois et J.-P. Jean) 316

Varices œsophagiennes et gastriques. Syndromes radiologiques. (A. Jutras et M. Longtin) 318

Persistance d'une portion notable de membranes pupillaires bilatérales chez une fillette de deux ans et demi. (Roland Lapointe) 319

Embolie artérielle. (Léon Lebel et G. Mignault) 319

Médiastino-péricardite. (R. Lefebvre et P. Marion) 319

Péricardite constrictive. (R. Lefebvre et P. Marion) 320

Un cas d'iléite de colite segmentaire (Maladie de Crohn). (Charles Lefrançois) 322

Tumeurs du bassinet. (J.-P. Legault) 322

Un cas de nanisme rénal. (P. Letendre) .. 322

Un cas d'hémorragie intracérébrale opéré. (André Parenteau) 324

Séance du 7 février 1950:

Un cas de tumeur présacrée. (R. Grondin et René Roux) 574

A propos de vitamine B_{12}. (Léopold Morissette) 574

Les fistules ano-rectales. (Réginald et Paul Archambault) 574

Un cas de division palatine. (Gérard Hébert) 574

Considérations sur la thrombose coronarienne et l'emploi du Dicoumarol. (P. Marion) 574

Séance du 21 février 1950:

Le rôle des carences en vitamines dans la production des anomalies de développement. (A. Giroud) 575

Quelques aspects de la distribution des soins médicaux. (Jules Gilbert) 575

Séance du 7 mars 1950:

Quelques conditions associées rencontrées au cours du traitement du diabète. (L.-H. Gariépy, A. Gratton et F. Joncas) 685

Cancer du côlon droit simulant l'appendicite sub-aiguë chez un homme de 30 ans: confrontation anatomo-radiologique. (Yves Chaput) 685

Cancer du pôle supérieur de l'estomac. (René Rolland) 685

Syndrome de Sheehan chez une diabétique. (C.-E. Grignon, J. Grignon et P. Dontigny) 685

Tétanie post-thyroïdectomie. (C.-E. Grignon, J. Grignon et P. Dontigny) 686

Un cas de thyrotoxicose et gigantisme. (C.-E. Grignon, J. Grignon et P. Dontigny) 686

Traitement médico-chirurgical du goitre. (C.-E. Grignon, R. Grignon et J. Grignon) 686

Péritonéoscopies. (A. Mackay) 686

Un cas d'adénome du col utérin et d'arthrite rhumatoïde. (E. Ménard) 686

Céphalée allergique. (Jacques Léger) .. 686

L'asthme non allergique. (Jacques Léger) 687

Lymphosarcome. (L. Morissette) 687
Pleurésie à éosinophiles. (B. Baillargeon) 687
Cancer du poumon (carcinome bronchique) 687
Tumeurs thoraciques. 688
Maladies cardio-vasculaires chirurgicales. 691
(J. Prévost, P. Brodeur, P. David, E.-D. Gagnon, V. Latraverse, J. Léger, J.-L. Léger, S. Lauzé, A. MacKay, Claire-G. MacKay, P.-M. Ricard, L.-C. Simard).
Gastrectomie totale abdomino-thoracique. (C.-E. Hébert, F. Archambault, E.-D. Gagnon, R. Rolland, R. Décarie, M. Lamoureux, B. Laforest) 691
Gastrectomie d'urgence. (R. Dufresne, F. Archambault et M. Lamoureux) 693
Ulcères perforants post-gastro-entérostomie. (R. Dufresne et F. Archambault) 693
Ulcère gastrique perforé et cloisonné. (R. Dufresne et M. Lamoureux) 693
Ulcère du bulbe et cancer d'estomac associé. (Roland Décarie) 693
Luxations récidivantes de l'épaule. (M. Lamoureux) 693
A propos de la migration des calculs. (L. Bergeron) 693
Chirurgie réparatrice et reconstructive. (G.-E. Cloutier) 693
Cas de nécrose aseptique post-traumatique.) (R. Grignon et J. Phaneuf) 693
Hernie diaphragmatique. (R. Grignon et J. Phaneuf) 693
Paralysie de la jambe post-phlébitique. (R. Grignon et J. Phaneuf) 694
Thrombose de la veine axillaire. (Luc Lafortune) 694
Fractures du col fémoral et fractures intertrochantériennes. (L. Archambault) 694
Tendance actuelle du traitement des fractures. Fracture de la diaphyse fémorale. (J. Tremblay et L.-R. Dionne) 694
Fractures de la diaphyse des os de la Jambe. (R. Champoux) 694
Fixation intra-médullaire des fractures récentes. (G.-R. Boileau) 694
Tumeurs cérébrales et médullaires. (C. Bertrand et B. Meloche) 695
Lésions vasculaires cérébrales. (C. Bertrand et B. Meloche) 696
Lésions vertébrales. (C. Bertrand et B. Meloche) 696
Nécessité de maintenir les voies respiratoires supérieures libres. (L. Lamoureux et ses assistants) 696
L'anesthésie rachidienne. Démonstration des solutions hypo-iso-hyperbares. (L. Lamoureux et coll.) 697
L'anesthésie régionale. (L. Lamoureux et coll.) 697
Dossiers et statistiques en anesthésie. (L. Lamoureux et ses assistants) 697
Les vomissements mécaniques du nourrisson. (Albert Guilbeault) 697
Les pleurésies purulentes. (E. Autotte) .. 697
Hypothrepsie et athrepsie du nourrisson. (Présentation de cas.) (Norbert Vézina) 697
Convulsions chez l'enfant. (C. Léonard) 697
Cataractes congénitales. (C. Léonard) .. 697
Mongolisme et crétinisme. (Gilles Huard) 697
Tétralogie de Fallot. (J. Piette et P. David) 698
Persistance du canal artériel. (J. Piette et P. David) 698
Dermatoses diverses. (A. Marin, F.-L. Boulais, A. Lambert, J.-P. Foisy et G. Leclerc) 698
Echec du traitement de la dermite atopique par un antihistaminique. (A. Marin, J.-P. Foisy et G. Leclerc) 698
Syphilis cardiovasculaire avec anévrysme aortique et anévrysme de la sous-clavière gauche. (A. Marin, J.-P. Foisy et Paul David) 698
Traitement du zona par la "Protamide". (Georges Leclerc) 699
Lupus érythémateux. (F.-L. Boulais) .. 699
Neurosyphilis asymptomatique avec L.-C.-R. groupe 1. (Geo. Leclerc) 699
Hernie discale lombaire. Algie lombo-sacrée. (Roma Amyot) 699
Neurosyphilis — Méningo-myélite. Paralysie générale probable associée. (R. (Amyot) 700
Hémiplégie gauche. Syndrome de lésion tumorale intra-crânienne. Ramollissement cérébral par thrombose carotidienne. (R. Amyot) 700
Hernies discales lombaires multiples. Sciatique droite. (R. Amyot) 700
Exentération avec ou sans greffe cutanée. 700
Strabisme. Indications et résultats opératoires. 700
Cataracte. 700
Glaucome scléro-iridectomie. Dacryosystorhinostomie. — Technique modifiée de Dupuy-Dutemps. 700

Rétinite pigmentaire. Lawrence Moon-Biedl. — Névrite rétro-bulbaire familiale. (Maladie de Leber). 701

Corps étrangers intra-oculaire. Technique de localisation précise. 701

Fond de l'œil — Hypertension — Diabète. (J. Brault, A. Godin, L. Gélinas, R. Cloutier et R. Charbonneau) 701

Otorrhée muco-purulente aiguë guérie par la chloromycétine. 701

Evidement mastoïdien par voie endaurale. 701

Fistule rétro-auriculaire post-opératoire ancienne. 701

Traitement radical de la pansinusite associée à la polypose nasale ou à un épithélioma papillaire ethmoïdal. 702

Nouveau procédé de soutien de l'orbite après ablation du maxillaire supérieur et de l'ethmoïde pour épithélioma spinocellulaire. 702

Traitement chirurgical du cancer du larynx. 702

Instruments nouveaux. 703
(Jules Brahy, V. Latraverse et Paul Guertin.)

Hystérographies comme aide-diagnostic dans les hémorragies utérines. (L. Gérin-Lajoie, L.-A. Magnan, R. Simard et J. Gauthier) 703

Fibrome libre en dégénérescence kystique et nécrotique. (Roland Simard) 703

Les diagnostics différentiels en urologie. (Paul Bourgeois, L. Sylvestre, L.-E. Fournier et J.-P. Ethier) 703

Artériographies cérébrales. (Jean-Louis Léger) 703

Prolapsus transpylorique de la muqueuse gastrique. (Jean Michon et Jules Laberge) 703

Rœntgenthérapie intravaginale dans le cancer utérin. (Paul Brodeur) 704

Tests de sensibilité aux antibiotiques. (A. Bertrand) 704

Microculture sur lames du bacille de Koch dans le plasma humain pour déterminer la streptomycino-résistance. (André Leduc) 704

La Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec:

Séance du 18 septembre 1949:

Cancer du cardia. Traitement chirurgical par voie endothoracique. (Sept observations). (François Roy) 94

Anesthésie en pédiatrie. (Fernando Hudon et A. Jacques) 94

Séance du 30 septembre 1949:

L'alcoolisme chronique et ses traitements. (Lionel-H. Lemieux) 94

Traitement du vertige de Ménières. Emploi des antihistaminiques.) (Charles-A. Martin et A. Beaudry) 95

Séance du 4 novembre 1949:

Présentation de classification d'interprétations radiologiques des pneumoconioses. (Jules Gosselin) 95

Fistulation bronchique d'un abcès pottique dorsal. (J.-P. Roger et M. Beaulieu) 95

Dilatations bronchiques des lobes supérieurs. (Roland Desmeules) 95

Séance du 3 février 1950:

Encéphalite non suppurée avec dissociation albumino-citologique. (G. Desrochers, A. Pelletier et L. Bourgoin) .. 575

Leuco-encéphalite. (Alph. Pelletier et Jean Delage) 575

Rupture spontanée du cœur. (G.-H. Larue et Yves Rouleau) 576

Obésité post-encéphalopathique. (J.-C. Miller et A. Blais) 576

Séance du 3 mars 1950:

Revue des cas d'arthrite depuis juillet 1949. (Jean Rousseau et C. Delisle) .. 1210

La Maladie d'Alhers-Schonberg. (Ostéopétrose — ostéomarmoréose). (S. Leblond, P.-E. Côté et R. Pichette) .. 1210

Confusions mentales. (C.-Chs Miller) .. 1210

Deux cas d'hématémèse grave. (J.-L. Petitclerc et G. Marceau) 1211

Séance du 14 avril 1950:

Considérations sur l'acide para-aminosalicylique en tuberculose pulmonaire. (C.-H. Dorval) 1211

Application de divers traitements de la tuberculose pulmonaire. (R. Desmeules, R. Dion et L. Montminy) 1211

Streptomycino-résistance et corollaire thérapeutique. (M. Giroux) 1211

Soins de santé au Canada et l'avenir. Les (Hon. Paul Martin) 1050

Sous le règne du médecin. (Roger Duhamel) 1195

Spécialisation vs la pratique médicale. Où allons-nous? La (L.-F. Dubé) 47

Sténose mitrale. Commissurotomie. Traitement chirurgical de la (E.-D. Gagnon et Paul David) 1142

Stérilité chez la femme. Quelques considérations sur le facteur tubaire dans le problème de la (Samuel Letendre) 132
Stérilité. Le facteur ovarien en (Roland Simard) 142
Stérilité masculine. Aspect endocrinien de la (Paul Dumas) 127
Streptomycine en tuberculose. La (Ruben Laurier) 1169
Streptomycine. Traitement de l'invasion tuberculeuse du nourrisson par la (Robert Debré, P. Mozicconacci, H.-E. Brissaud, S. Kaplan et G. Bouveau) 1246
Subventions fédérales d'hygiène. Quelques faits au sujet des 781
Sympathiques. A propos des infiltrations (Maurice Gervais) 24
Syncopes. Les (Léon Lebel et Gérard Migneault) 653
Syphilis congénitale. Quelques notes concernant La (Albéric Marin) 1285

T

Thyréoglosse. La fistule (René Grignon) 28
Toux qui persiste. Une (Paul Dufault) 261
Toxoplasmose. A propos du diagnostic de la (Paul Letondal) 31
Toxoplasmose infantile. La (Roland Thibodeau) 1294
Trois hommes, trois théories, trois erreurs ? (Louis-Félix Dubé) 929
Tuberculeuse. Etude critique de la primo-infection (R. Kourilsky et coll.) 1408
Tuberculeuse. Traitement de l'invasion t. du nourrisson par la streptomycine. (Robert Debré, P. Mozicconacci, H.-E. Brissaud, S. Kaplan et G. Bouveau) 1246
Tuberculose. Dépistage en série de la (Philippe Landry) 1184
Tuberculose. Dépistage systématique de la (G. Jarry) 1011
Tuberculose. Grossesse et (Gérard Léonard) 765
Tuberculose. La recherche du bacille de Koch, élément essentiel du diagnostic, de la conduite du traitement et de la guérison de la (Maurice Saint-Martin) 999
Tuberculose. La streptomycine en (Ruben Laurier) 1169
Tuberculose pulmonaire, osseuse et génitale. (J. Prévost et F. Lafleur) 144
Typhoïde. La chloromycétine dans le traitement de la fièvre t. de l'enfant. (G. Mouriquand, N. Boulez et Mme Miloutinowitch) 1250

U

Ulcère peptique gastro-jéjunal après gastrectomie. (Armand Voyer) 1422
Ulcère gastrique perforé chez un nouveau-né avec survie. (Jean-Louis Léger, Paul-M. Ricard, Claude Léonard et Jean Piette) 1277
Ulcères gastro-duodénaux. Opothérapie nerveuse et (Pierre Grobon) 1177
Ulcus. Gastrectomie pour u. et cancer du moignon gastrique. (Ch. Debray, M. Roux, R. Chevillotte, S. Ségal) 6
"Union Médicale du Canada" en 1881. L' 80, 192, 303, 452, 564, 677, 813, 939, 1073, 1202, 1485.
Union Médicale du Canada? Pourquoi L' (R. Amyot) 51
Urèthre avec calcul chez la femme. Diverticule de l' (Paul Labbé, John Fisher et Antoine Pettigrew) 647
Urologie. L'examen clinique en (Jean Charbonneau) 417
Utérus et des organes annexes. Absence congénitale de l' (Ulysse Forget) 1448

V

Vaccination antidiphtérique. Mémoire sur la (Gaston Lapierre) 1265
Variations sur un thème de Maurice Chevalier. (René Guénette) 933
Variole et immunisation contre la diphtérie et la coqueluche. Vaccination contre la (G. Charest) 1056
Veine cave supérieure. Syndrome de la (Paul David et J. Gratton) 257
Vésicule biliaire. Absence congénitale de la (Paul Labbé et Antoine Pettigrew) 896

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANALYSES

A

Abcès tuberculeux traité avec succès par aspiration et injection de streptomycine. 1488

Abcès pulmonaire par la pénicilline introduite par ponction intrapleurale. Le traitement de l' 1487

Abcès pulmonaires aigus et chroniques. Le traitement médical des 817

Acide para-amino-salicylique. Réactions fébriles à l' 816

ACTH. Résultats de la thérapeutique par l' .. 680

Actinomycose pulmonaire. L' 1205

Adénite sub-aiguë bénigne de nature inconnue. Sur une épidémie familiale d' 1361

Adénopathies par griffes du chat. Nouveau cas d' 1361

Adénopathies régionales sub-aiguës et spontanément curables avec intradermoréaction et lésions ganglionnaires particulières. Sur une 1361

Alimentation et santé 1366

Aliments. Le besoin d'a. exprimé par le nourrisson. 1364

Allergie bactérienne, étiologie fréquente de l'asthme infantile, surtout de la première enfance. L' 1362

Anévrismes. Le traitement chirurgical des .. 309

Angiocardiographie chez l'enfant. Contribution à l'étude de l' 1370

Anorexie chez les tuberculeux. L'insuline dans le traitement de l' — Une technique modifiée 568

Appendicite aiguë: facteurs contribuant au déclin de la mortalité durant une période de vingt ans. L' 1208

Artère vertébrale. Angiographie percutanée de l' 1208

Athrepsie du nourrisson. Recherches sur l'opothérapie thymique dans l' 1363

Arthrite rhumatoïde. Les effets du pregnenolone dans l' 1074

Arythmies cardiaques. L'emploi de la quinidine dans le traitement des 1207

Asphyxie fatale causée par la rupture intratrachéale d'un ganglion tuberculeux. L' 1077

Asthénie neuro-circulatoire. L' 944

Asthmatique. Le traitement de l'état de mal .. 1362

Asthme infantile, surtout de la première enfance. L'allergie bactérienne, étiologie fréquente de l' 1362

Asthme (syndrome de Loeffler). Foyers de nécrose disséminés avec éosinophilie et artérite dans un cas d' 1079

Auréomycine. L'action de l'a. sur la flore bactérienne du tractus intestinal de l'homme: contribution à la préparation préopératoire 569

B

BAL dans le traitement des empoisonnements par l'arsenic, le mercure et autres poisons métalliques. L'utilisation du 82

Barbituriques. Traitement de choix dans l'empoisonnement par les 1075

B.C.G. La vaccination sous-cutanée et cutanée par le 194

B.C.G. Une épreuve nouvelle et pratique de cuti-réaction au B.C.G. pour déceler l'allergie tuberculeuse totale 946

Benadryl contre les crampes nocturnes des membres inférieurs. Le 816

Bronchectasie apicale. La 1077

Bronchiques. Etude expérimentale d'anastomoses 1207

C

Cancer de la portion cervicale et thoracique haute de l'œsophage, opéré en un temps par œsophagectomie et œsophago-gastrostomie cervicale: deux cas. 1490

Cancer et tabac 943

Carbone. Anoxie par le monoxyde de 942

Carcinome du poumon. Analyse clinique et étude de 502 cas de 1204

Carcinome bronchogénique inopérable. La moutarde nitrogène dans le traitement du 1488

Cardiaque. Etude statistique de 500 autopsies de sujets morts d'une hypertension artérielle ou d'une affection c. dans les services hospitaliers parisiens. 305

Cardiaques congénitales. Diagnostic des maladies c. c. les plus fréquentes. 307

Cathétérisme du cœur et l'étude des gaz respiratoires dans les cardiopathies congénitales. Le 1364

Cétostéroïdes. L'interprétation clinique des dosages urinaires des 17- 1204

Chirurgie thoracique en pédiatrie. 1376

Chloromycétine dans le traitement de la fièvre typhoïde. La 1076

Choanes. Atrésie congénitale des 197

Cholédocotomie. Le drainage biliaire après c. selon le procédé de Voelcker modifié. 458

Cholédoque: observation. Dilatation kystique du 310

Coarctation de l'aorte durant la première enfance. La 1370
Collagène. Pathologie de la "maladie vasculaire diffuse" ou maladie de 814
Coqueluche chez le jeune enfant. La 1363
Coqueluche par le chloramphenicol. Traitement de la 312
Coqueluche. Valeur de la rœntgenthérapie dans le traitement de la 1382
Corps étrangers non-opaques: cause d'hémoptysie et de suppuration pulmonaire fréquente chez les enfants. Les 194
Coxa-vara. Le traitement du c.-v. de l'adolescence. Etude des résultats de 42 cas. 457
Crampes nocturnes des membres inférieurs. Le benadryl contre les 816
Cranioténoses. Classification des 1380
Dermatomyosite 945
Diabète juvénile. 193
Diverticule de Meckel, cause de moelena chez l'enfant. Hémorragie d'un 1374
Duodénale. Obstruction d. d'origine extrinsèque chez le nourrisson. 1376
Dyslexie chez les enfants. 683
Dysménorrhée fonctionnelle. Les vasodilatateurs dans le traitement de la 1491

E

Electro-cardiogramme normal et pathologique. Nouvelles bases d'interprétation de l' 86
Electro-cardiographiques dans un cas de syndrome de Wernicke. Changements 88
Electro-choc: une mise au point. L' 89
Electro-encéphalographiques des néoformations des hémisphères. Signes 1493
Embolie artérielle des membres. L' 1078
Encéphalite et mononucléose infectieuse. 1378
Epitrochlée. Traumatisme de l' 683
Erythème noueux, L' 943

F

Fièvre des foins. La pyribenzamine en instillation nasale pour le soulagement de la 311
Fièvre typhoïde. La chloromycétine dans le traitement de la 1076
Foie. Etudes électrophorétiques des maladies du 566
Foie. La biopsie aspiratrice du f. par voie transthoracique. 82

G

Gastrectomie totale pour tout cancer opérable de l'estomac. La 818
Glomérulonéphrose: une manifestation morphologique de l'ischémie du cortex rénal dans l'oligurie toxique et la néphrose du néphron distal. 573
Goitres toxiques. Traitement des g. t. par l'iode radio-actif. 679
Golgi. La nature de l'appareil de 313
Griffes du chat. La maladie des 1361
Griffures du chat Un nouveau cas de polyadénopathie sub-aiguë paraissant consécutive à des 1361

H

Hématome sous-dural calcifié. 1380
Hémochromatose exogène par suite de transfusions multiples. 1074
Hépatique. Pronostic et traitement de l'insuffisance 456
Hépatostéatose massive. Fibrose kystique du pancréas et 1368
Hernie de l'hiatus. 1205
Hernie inguinale chez l'enfant. Traitement de la 1376
Hernie inguinale chez le nourrisson et l'enfant. Le traitement de la 1374
Hypertension artérielle. Etude statistique de 500 autopsies de sujets morts d'une h. a. ou d'une affection cardiaque dans les services hospitaliers parisiens. 305
Hypertension. Le rein atrophique et l' 1492

I

Intolérance chez les enfants. Les réactions d' 1366
Iode radio-actif. Traitement des goitres toxiques par l' 679

L

Loeffler. Syndrome de 1080
Loeffler. Syndrome de L., infiltrations pulmonaires et éosinophilie périphérique. 1206
Loeffler. Syndrome de — Périartérite noueuse. 1205
Looser-Milkman. Syndrome de L.-M. avec neurofibromatose et décalcification généralisée du squelette. 567
Lymphatiques calcifiés des hiles. Les complications tardives non tuberculeuses des noyaux 1489

M

Mastoïdectomie radicale modifiée. Indications et technique. Mastoïdectomie type Bondy. 195
Meckel. Hémorragie d'un diverticule de M., cause de moelena. 1374
Médiastinite aiguë suppurée après perforation traumatique de l'œsophage chez un enfant de 28 mois. Intervention. Guérison. 1378

Mégacôlon chez l'enfant. Le traitement sélectif du 1372
Mélanomes (malins) de la peau et de l'œil: une étude de 222 cas. Le pronostic des . . . 1495
Mélanomes. Une orientation nouvelle de l'histogénèse et de la signification clinique des naevi et des 460
Méningite due à la crysothérapie. 1488
Microscopie électronique des tissus. 1) Tissu normal. 2) Tissu néoplasique. Notes sur la 462
Mongolien issu de mère mongolienne. 1360
Monoxyde de carbone. Anoxie par le 942
Mouvements volontaires et involontaires. Sur les 90
Myasthénie d'Erb-Goldflam très sévère chez une jeune fille. Enervation sinu-carotidienne bilatérale (5e cas publié). Guérison clinique en 6 mois et développement simultané d'une tumeur médiastinale. 819
Myasthénie grave. Rapport du thymus et de la 1076
Myasthénie grave. Tumeur kystique de la région du thymus et 815
Myocardite interstitielle à la suite de l'emploi clinique et expérimental des sulfamidés. 1208
Myxœdémateuse. Folie 571

N

Naevi pigmentaires: facteurs d'âge et de localisation. L'histoire nouvelle des 461
Naevi. Une orientation nouvelle de l'histogénèse et de la signification clinique des n. et des mélanomes. 460
Néo-synéphrine dans l'anesthésie et le choc. Le chlorhydrate de 462
Néphroptose. 1492
Néphrose lipoïdique chez deux jumeaux univitellins. 1361
Noyaux d'ossification du membre inférieur chez l'enfant jusqu'à deux ans. 1382

O

Otosclérose et grossesse. 311

P

Pancréas. La fibro-cystique du 90
Pancréas. La pseudo-hypertrophie graisseuse du p. avec absence du parenchyme exocrine. .. 313
Pancréatectomie partielle. La 457
P.A.S. et tuberculose pulmonaire: étude clinique. 944
P.A.S. Traitement de la tuberculose intestinale par le 942
Pédo-psychiatrique. Contribution p. à l'étude d'un groupe d'enfants issus de parents tuberculeux. 1358
Périartérite noueuse. 1205
Pneumonie à Friedlander 817
Pneumothorax spontané compliquant un pneumopéritoine artificiel. Un 1077
Pneumothorax spontané — étude de 105 cas. Le 814
Polypose recto-colique familiale. 460
Ponction biopsie du foie dans les tuberculoses miliaires. La 1074
Psychiatrie devant le surréalisme. La 684

Q

Quinidine dans le traitement des arythmies cardiaques. L'emploi de la 1207

S

Sarcoïde de Boeck localisées dans les ganglions tributaires d'une région contenant un épithélioma. Lésions ressemblant au 1495
Sarcoïdose. 941
Sciatique. Le diagnostic et le traitement moderne de la 1493
Shock pleural. Le 1078
Sous-nitrate de bismuth. Cyanose par intoxication après absorption buccale de 1368
Sphincter d'Oddi. Analyse de 70 observations nouvelles recueillies de 12-7-45 au 7-5-49. Maladie du 459
Stéatorrhée. Sur un cas de s. infantile, accompagnée de troubles respiratoires graves. Guérison par un régime pauvre en graisses et par l'emploi de ferments pancréatiques. 195
Sténose hypertrophique du pylore du nourrisson Les indications du traitement médical et du traitement chirurgical de la 1378
Sténose hpertrophique du pylore du nourrisson traitée médicalement. Etude de 300 cas de 1370
Streptomycine dans la tuberculose méningée. La 942
Streptomycine dans le traitement des tuberculoses pulmonaires et extra-pleurales. Un demi-gramme de 682
Streptomycine. Le traitement des nausées et des vomissements consécutifs aux injections de s. par les antihistaminiques de synthèse. 83
Streptomycino-résistance du bacille tuberculeux mesurée "in vitro" correspond-elle à une réalité clinique. Est-elle définitivement acquise? La 681
Streptomycino-résistance. L'apparition de la s.-r. aux bacilles tuberculeux dans la T. B. pulmonaire caverneuse. 682
Streptomycine. Réactions neurotoxiques à la dihydro- 1487
Sulfathiazole. Mort au cours du traitement de 1075
Surrénal. Rôle du cortex s. et des gonades dans le contrôle de la distribution des poils sexuels. 572
Syphilis congénitale. La 1358

T

Tabac. L'influence du t. sur l'apparition d'un ulcère peptique. 305
Technique modifiée. L'insuline dans le traitement de l'anorexie chez les tuberculeux. Une 568
Tétanos après application d'un appareil plâtré chez l'enfant. A propos de deux cas de .. 1380
Thymus et myasthénie grave. Tumeur kystique de la région du 815
Thymus humain en principe actif. Essais d'évaluation de la teneur du 1359
Thymus humain en principe actif. Essais d'évaluation de la teneur du 1360
Thymus. Rapport du t. et de la myasthénie grave. 1076
Tuberculeuse. L'analyse de l'infection t. depuis la naissance jusqu'au vieil âge. Relation avec la tuberculose clinique et la mortalité par tuberculose. 1207
Tuberculeuses. Etude sur 510 observations de cavernes t. du poumon chez l'enfant. 455
Tuberculeuses. Les complications tardives non t. des ganglions hilaires calcifiés. 455
T. B. extrapulmonaires. Pathogénie de certaines formes de 1489
Tuberculose avec le conteben. Etat actuel de la chimiothérapie en 454
Tuberculose et carcinome du poumon 1077
Tuberculose et les antihistaminiques. 1490
Tuberculose expérimentale. La streptomycine et l'acide para-amino-salicylique (P.A.S.) dans la 307
Tuberculose incipiens chez les adultes de plus de 40 ans. 84
Tuberculose intestinale. Traitement de la t. i. par le P.A.S. 942
Tuberculose. Les étudiants en médecine et la 1077
Tuberculose. L'Organisation Mondiale de la Santé et la 943
Tuberculoses miliaires. La ponction biopsie du foie dans les 1074
Tuberculose pulmonaire chronique. De l'emploi de l'acide para-amino-salicylique dans la .. 83
Tuberculose pulmonaire chronique. Empyème, complication de la 85
Tuberculose pulmonaire débutant chez des sujets âgés de plus de 40 ans. La 681
Tuberculose pulmonaire des lobes inférieurs. La 682
Tuberculose pulmonaire. Etat de l'inflammation pulmonaire non tuberculeuse sur la 567
Tuberculose pulmonaire: étude clinique. P.A.S. et 944
Tuberculose pulmonaire. La thoracoplastie dans le traitement de la t. p. Une analyse des résultats 5 à 26 ans après l'opération. 193
Tuberculose pulmonaire. Lavage des bronches dans la 84
Tuberculose pulmonaire. Quatre-vingt-dix cas de t. p. traités par la streptomycine et le pneumothorax combinés. 83
Tuberculose. Valeur comparée des valeurs de culture et d'inoculation pour le diagnostic de la 820

U

Ulcère gastro-duodénal. Remarques sur la conduite à tenir dans les cas d' 570
Ulcère peptique de l'œsophage avec hémorragie profuse, contrôlée avec l'oxycel 457
Ulcère peptique. L'influence du tabac sur l'apparition d'un 305

V

Veine-cave supérieure: revue de la littérature et rapport de deux cas personnels. Obstruction de la 308
Ventriculomastoïdostomie: technique et observations. La 1380
Vitamine B_{12}. Traitement de l'anémie pernicieuse par la 193

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

A

AMYOT, Roma, 14, 51, 125, 190, 294, 301, 302, 346, 372, 450, 591, 617, 661, 722, 737, 756, 812, 856, 892, 1113, 1117, 1311, 1406.

ARCHAMBAULT, Paul-René, 82, 83, 193, 194, 305, 307, 567, 681, 682, 814, 817, 913, 942, 1074, 1076, 1077, 1078, 1204, 1205, 1207, 1208, 1487, 1488, 1489, 1490.

AUTOTTE, Esdras **270**

B

BARIL, Edmond 1359, 1363
BASSI, Guido **623**
BEGIN, B.-G. **239**
BELISLE, Maurice 566, 679
BERNARD, Louis 957
BERNARD, René **1254**
BLANC, Georges **189**
BERNIER, Alphonse **175**
BERTRAND, A. 820, **1028**
BERTRAND, Claude **1274,** 1380
BISSON, Christophe 1378, 1380
BLAGDON, Jacques **752**
BLAIS, Ant. **1289**
BONNIER, Maurice **1299**
BOUCHER, Roméo **529**
BOULANGER, J.-B. 89, 90
BOULEZ, N. **1250**
BOURQUE, Jean-Paul **761**
BOUVEAU, G. **1246**
BRADY, Kay **1017, 1449**
BRAULT, J.-P. **761**
BRISSAUD, H.-E. **1246**

C

CABANA, L.-P. **789**
CANTERO, A. 456, 457, 462
CARTIER, G.-E. **546**
CASGRAIN, Gérard **1306,** 1362
CHAMPY, Christian **523**
CHARBONNEAU, Henri **1033, 1273**
CHARBONNEAU, Jean **417**
CHAREST, G. **1056**
CHARLAND, Richard-A. 194, 195, 197, 311
CHARPY, J. **1120, 1436**
CHEVILLOTTE, R. **6**
CLOUTIER, François **277**
CLOUTIER, Roland **769**
COIGNET, Jean **1254**
COLLIN, Pierre-Paul 1372
COMEAU, Maurice ..... 816, 817, 942, 943, 1074, 1075, 1488, 1489.
CREVIER, Paul-H. **1023, 1094**
CROISETIERE, Fernand **638**

D

DARGIS, Jean 683
DAVID, Paul .. 82, 88, **257, 279,** 305, 308, **1142**
DEBRAY, Ch. **6**
DEBRE, Robert **1246**
DESJARDINS, Edouard .. **3, 495, 863, 908, 1506**
DESMARAIS, Bernard 454
DESROSIERS, Saint-Jean **1163**
DION, Yvan 1374
DIONNE, J. **22**
DIONNE, Paul **230**
DORAY, Maurice 83, 84, 454, 455, **509,** 681, 942, 944.
DORE, Réal **396**
DOUVILLE, J. **1457**
DUBE, Edmond **1262**
DUBE, L.-F. **47, 929**
DUFAULT, Paul **261**
DUFRESNE. Origène **1182**
DUFRESNE, Roger-R. **169, 1064**
DUHAMEL, Roger **1191**
DUMAS, Paul **127**
DUPRAT, Gérard **256**
DURIVAGE, Jacques **878**

F

FABRE, René **439**
FISHER, John **647**
FOISY, J.-P. **381**
FORGET, Ulysse **1448**
FORTE, Lionel **978**
FORTIER, De la Broqeurie **241, 1347**
FORTIN, R. **1455**
FRANCON, François **1173**

G

GAGNON, E.-D. **1142, 1280**
GAGNON, Jacques-N. **808**

GAREAU, J.-Roger 567, 572, 573, 814, 815, 819, 941, 945, 1075, 1076, 1079, 1080, 1205, 1206, 1208.
GAREAU, Roland **1021**
GARIEPY, Urgel **443, 797**
GAUDRY, Dominique **658**
GAUTHIER, Jacques **1444**
GERIN-LAJOIE, Léon **61, 182, 1047**
GERVAIS, Maurice 24, 208, 309, 457, 570, **600,** 660, 818, 1078. **1508.**
GILBERT, Ghislaine **902**
GINGRAS, Gustave **873, 1017, 1449**
GIRARD, Armand-E. 1358
GIRAUD, Paul **1254**
GRATTON, J. **257,** 307
GRIGNON, Jean **419**
GRIGNON, René **28**
GROBON, Pierre **1177**
GROULX, Ad. ... **37, 172, 432, 498, 558, 668, 785, 1323,**
GUENETTE, René **933**
GUILBEAULT, Albert **285**

H

HAMEL, Pierre-Claude 1376
HOOD, A. J. G. **1061**
HUGHES, H. G. **916**

J

JARRY, Gaétan **1011**
JOHNSON, Reginald 86
JULIEN, Lucien **537**
JUTRAS, Albert **1131**

K

KAINE, G. **1462**
KAPLAN, S. **1246**
KOURILSKY, Raoul **1408**

L

LABBE, Paul **647, 896**
LABOUCEUR, Paule **856**
LAFLEUR, F. **144**
LAFOND, Guy 457, 683
LAMARRE, Léo 83, 84
LAMBERT, Jacques **427**
LANDRY, Philippe **1184**
LANGEVIN, Raymond **750**
LAPIERRE, Gaston **1265**
LAPOINTE, Donat **1313**
LAPOINTE, Jean **638**
LAPRADE, Claude **529**
LARIVIERE, Paul 684, **974**
LARIVIERE, Paul-M. **635**
LATRAVERSE, V. **414, 778**
LAURIER, R. **509, 1169**
LAUZE, Simon **250,** 313, 460, 461, 1495
LAUZER, Rosaire **18,** 310, 458, 1490
LAVOIE, Jules **1455**
LEBEAU, René 462
LEBEL, Léon **653, 902**
LEBLANC, Loyola 1363
LEBLOND, Wilfrid **435, 674**
LECLAIRE, Gérard **274**
LECLERC, G. **381**
LECOURS, Antonio **43, 792**
LEFEBVRE, René .. 1204, 1207, 1491, 1492, 1493
LEGER, Jean-Louis **774,** 1208, **1277, 1465**
LEONARD, Claude **1277**
LEONARD, Gérard **765**
LEPINE, Charles 455, 568
LEPINE, Edgar **750**
LESAGE, Albert **1217**
LESAGE, Jean **1154**
LETENDRE, Samuel **132**
LETONDAL, Paul **31,** 90, 195, **1243**
LEVEILLE, Antonio 1364, 1370
LONGPRE, Daniel **1269,** 1358, 1366

M

MARCIL, Bernard **978**
MARCOTTE, J.-E.-Alexandre **1331**
MARCOUX, Guy 817
MARIN, A. **381, 1285**
MARION, Pierre **266**
MARTEL, J.-Alcide **1356,** 1360
MARTIN, Hon. Paul 34, 283, 555, 663, 911, 1050
McCORMICK, W. J. **739**
MELOCHE, Bernard-H. 1376, 1378, 1380
MIGNEAULT, Gérard **653**
MILLER, J.-Chs **1289**
MILOT, J.-P. **509**
MILOUTINOWITCH, Mme **1250**
MONDELLO, Roméo **1058**
MONFETTE, Claude **652**
MONGEAU, Maurice **873**
MORIN, Gaspard 1366, 1368
MORISSETTE, Léopold **534**
MOURIQUAND, G. **1250**
MOZICCONACCI, P. **1246**

N

NADEAU, Gabriel 924

O

ODINET, Jacques 1353

P

PANET-RAYMOND, J. 1302
PAQUETTE, J.-P. 509, 720
PARROT, Paul 1317
PEPIN, J.-Roméo 287
PETTIGREW, Antoine 647, 896
PIETTE, Jean 1277
PILON, Jean-Louis 868
PINSONNEAULT, Germain 1131
PLICHET, André 59, 298, 561, 1070, 1481
POTVIN Victor 1451
PREVOST, J. 22, 144
PREVOST, Yves 1370
PRIMEAU, Bertrand 1388
POIRIER, René 85
PRUD'HOMME, Jean 193

R

REID, Léonide 1043
RICARD, Paul-M. 1277
ROBILLARD, Gaston 1374
ROCH, M. 52
ROUX, J.-René 886, 1151
ROUX, M. 6
ROYER, Albert 1361

S

SAINT-MARTIN, Maurice 405, 999
SEGAL, S. 6
SEGUIN, Fernand 424, 550
SIMARD, Roland 142
SIMONNET, H. 500
SMITH, Henri 533, 1443
SMITH, Pierre 237, 256, 367, 429, 459, 460, 569, 570, 865, 988, 1148.
STARKEY, Hugh 1038

T

TETREAULT, Ernest 571, 944
THERRIEN, Emile 680
THIBAUDEAU, Roland 1294, 1361, 1370
TRUDEAU, Charles-H. 810

V

VALLEE, Arthur-F. 1308
VASQUEZ, J. 1493
VEZINA, Norbert 312
VIDAL, J.-A. 987
VIGNEAU, Paul 386
VOYER, Armand 1422

BULLETIN

NOS VŒUX

Encore quelques jours et nous entrerons dans la seconde moitié du siècle. Notre planète en a vu bien d'autres; mais à nous dont l'existence a la durée d'un instant, ces termes prennent une importance ou plutôt une résonnance qui impressionne et fait paraître au front des plis qui expriment la perplexité et la réflexion. Réflexion et perplexité bien plus de surface que pénétrante: l'esprit, affrontant le problème du temps et l'inexorable phénomène de notre usure et de notre anéantissement matériel, ne peut qu'ergoter, se perdre dans des considérations et des hypothèses tenant plus du jeu que de la pénétration, même ébauchée, de ce mystère.

L'immensité du temps (pour employer ce vocable arbitraire qui ne définit rien de ce qu'on voudrait exprimer) et celle de l'espace dépassent notre entendement et nous écrasent de leur poids infini.

Cependant que le calendrier nous avertit un beau jour que l'année est terminée. Et pourtant ce jour de la fin paraît si proche de celui qui fut le commencement! Avec les ans, autant on s'aggripe à la vie, autant cet intervalle entre le début et la fin d'une année se raccourcit. Le temps fuit; il nous fuira bientôt.

Et ce sont les souhaits à offrir. Oh! certes, ce n'est pas le déplaisir de cet agréable office qui porterait à ces réflexions; ce n'est pas non plus l'absence ou la paucité de sujets de vœux à présenter à nos lecteurs, à nos collègues.

Nous pourrions volontiers choisir deux suggestions récemment proposées à la profession par la « Canadian Medical Association » dans un de ses feuillets mensuels: « En Devoir ».

A vrai dire, nous souhaitons que notre profession, soit par l'action de ses groupements et de ses sociétés, soit encore mieux par l'influence agissante de chacun de ses membres, éclaire et renseigne le public sur les avantages d'une médecine non étatisée, peut-être aidée par l'Etat, mais ne comportant aucun élément de contrainte sur la population non plus que sur la profession médicale; d'une médecine librement acceptée et librement exercée.

Aucune initiative ne serait plus opportune; aucune ne serait plus efficiente, que si la profession montrait sa sincérité et sa conviction, en une telle campagne, bien plus par les gestes et la conduite de ses membres auprès de sa clientèle et de son milieu social, que par des paroles et des discours que contredirait une attitude malséante. Cela implique un zèle attentif et consciencieux, un esprit de charité, un esprit scientifique et éclairé au service des malades. Cela oblige aussi à de la mesure et à de la souplesse dans les honoraires professionnels que « des individus en marge de la société » haussent excessivement, causant de la sorte un préjudice intolérable à toute la profession.

Nous souhaitons aussi que la profession encourage, même organise et soutienne des entreprises d'assurance-maladie à contribution forfaitaire et volontaire. Cette politique paraît être, à tous les esprits sérieux qui se sont occupés d'économie médicale, la seule mesure apte à éviter l'étatisation de la médecine et conséquemment son avilissement au détriment de la population et de la profession. Nos vœux sont donc que nos collègues canadiens veillent à la survivance du libre exercice de la médecine tout en s'organisant de façon à rendre leurs offices accessibles à toutes les classes de la société.

Quoi encore? Les mots d'usage, conventionnels dans leur forme, mais moins formalistes quand ils expriment de réels sentiments.

A nos directeurs, à nos collaborateurs, à nos annonceurs, nous exprimons les souhaits les plus sincères de Bonne et Heureuse Année. Que le bien-être de leurs parents, de leurs amis et de leurs semblables soit le premier motif de leurs pensées et de leurs actions. Qu'ils contribuent ainsi au bonheur des hommes, et ils porteront en eux-mêmes une joie réelle, durable, la seule qui vaille sur cette terre ridée par le temps et usée par la ronde de ses habitants exigeants et capricieux.

Roma AMYOT.

ÉTUDE CRITIQUE DE LA PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE

Professeur Raoul KOURILSKY, M. BIDERMANN et ETTEDGUI.

I. — RAPPEL HISTORIQUE.

Quelles que soient les conceptions des différentes écoles concernant le cycle évolutif de la tuberculose humaine et le sort lointain du bacille de Koch dans l'organisme, la doctrine des cliniciens paraît bien fixée, quant au mécanisme de la primo-infection tuberculeuse.

Les bacilles de Koch, contenus dans les gouttelettes de PFLÜGGE, projetées par les secousses de toux des malades bacillifères et aspirées dans les conduits respiratoires, vont coloniser dans un groupe d'alvéoles, de préférence dans les lobes inférieurs, principalement à droite. Un foyer d'alvéolite exsudative se forme, conformément à ce qui se passe lors de l'inoculation expérimentale chez le cobaye; les bactéries gagnent les ganglions satellites homologues, péri, interbronchiques et intertrachéobronchiques. Dès lors, se trouve réalisé l'ensemble anatomique, connu sous le nom de « complexe primaire », comportant le chancre d'inoculation et les adénopathies satellites qui constituent la lésion essentielle de la primo-infection tuberculeuse.

Cette conception, patiemment élaborée, est basée principalement sur les travaux de PARROT qui, dès 1876, formulait la loi dite des « adénopathies similaires », établissant que, chaque fois qu'un ganglion bronchique était le siège d'une lésion tuberculeuse, on trouvait simultanément un nodule tuberculeux dans le poumon homologue; et, surtout, sur le travail mémorable de Küss, en 1898, intitulé: « SUR L'HÉRÉDITÉ HUMAINE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE », Küss démontra qu'il pouvait retrouver, chez des sujets morts de tuberculose aiguë ou avancée, dans les lobes inférieurs, le foyer initial de la primo-infection, sous forme d'un nodule unique, arrondi, bien limité, souvent enkysté, renfermant une matière caséeuse dure ou molle, ou calcifiée. Les remarquables recherches nécropsiques de GHON, d'ALBRECHT ont confirmé ces constatations. D'autre part, les ganglions hilaires correspondant au foyer présentent des signes histologiques de « moindre maturation », en comparaison avec la lésion parenchymateuse et seraient, de ce fait, *postérieurs* au foyer alvéolaire.

Lorsque les cliniciens purent explorer les malades atteints de primo-infection tuberculeuse, au moyen de l'appareil radiologique, ils retrouvèrent le « complexe primaire », sous forme d'une localisation ganglionnaire importante et d'un foyer pulmonaire généralement en éventail, à point de départ hilaire — image considérée comme caractéristique de la primo-infection tuberculeuse.

II. — MÉTHODES DE RECHERCHE.

Telles sont les idées reçues avec lesquelles nous avons commencé l'étude clinique et radiologique méthodique de la primo-infection tuberculeuse, en utilisant la tomographie comme procédé d'exploration essentiel.

71 observations d'enfants, d'adolescents et surtout de jeunes adultes ont été ainsi recueillies — l'âge variant de 3 à 25 ans.

Seuls ont été retenus les cas indiscutables; ceux dans lesquels il a été possible d'être le témoin du virage de la cuti-réaction et de la négativité des cuti-réactions préalables; de fixer aussi précisément que possible la date de contage et sa modalité. Beaucoup de cas, pourtant considérés comme certains pour les besoins de la clinique courante, ont, de ce fait, été écartés. Cette recherche a été rendue possible par la diffusion, maintenant générale en FRANCE, des explorations systématiques de l'allergie tuberculeuse, à l'école, dans les colonies de vacances, dans tous les emplois publics; des examens périodiques de santé, effectués par la SÉCURITÉ SOCIALE.

Tous les malades ont été radiographiés, à plusieurs reprises, de face et de profil, au cours de l'évolution de leur maladie et tomographiés; la formule sanguine et la vitesse de sédimentation étant contrôlées simultanément.

III. — RÉSULTATS DES RECHERCHES RADIOLOGIQUES.

A) Les résultats ont été les suivants: sur 71 cas, *24*, soit 33,8% des malades, n'ont présenté, au cours de leur évolution, que des images radiographiques d'intumescence ganglionnaire de l'arbre trachéo-bronchique, sans qu'aucune image parenchymateuse n'ait existé simultanément ou soit apparue par la suite.

Le contrôle pratiqué, au début, de 10 en 10 jours, puis tous les mois, a été poursuivi durant *plusieurs années* ensuite (3 à 5 ans).

Nous insistons sur cette proportion *relativement élevée de primo-infections, dont la traduction radiologique est purement* ganglionnaire.

La mise en évidence des ganglions demande, du reste, des précautions importantes: le groupe intertrachéobronchique est, en effet, masqué par les organes du médiastin et ne peut être vu sur les radiographies de face et, même, sur les tomographies frontales. Ce n'est que lorsqu'ils ont atteint un certain volume qu'ils repoussent, *à droite* seulement, la bronche souche et la font émerger de derrière l'opacité auriculaire. Sur les coupes situées à 9 et 11 cm., de la paroi postérieure, on constate alors une image en « marche d'escalier », assez raide, apparaissant en dedans de la clarté de l'axe bronchique droit. A gauche, cette modification est marquée par l'opacité cardiaque. De profil aussi — sauf en tomographie — les ganglions intertrachéobronchiques sont difficiles à mettre en évidence.

Quant aux autres ganglions — seuls, sur tomographies frontales, les ganglions interbronchiques inférieur et moyen, sont difficilement visibles parce qu'ils sont dissimulés derrière le relief cardiovasculaire; et le ganglion péribronchique supérieur est masqué par l'aorte et l'artère pulmonaire.

Sur les radiographies normales, il est fréquent que les ganglions soient rigoureusement invisibles, alors que la tomographie les décèle.

D'autre part, même lorsqu'il paraît ne pas y avoir de ganglions sur les radiographies et même sur les tomographies de face, il est fréquent que les ganglions intertrachéobronchiques soient visibles sur les tomographies de profil.

La topographie générale des adénopathies est donnée ci-dessous: ce sont les ganglions interbronchiques qui sont le plus souvent pris et deux fois plus à droite qu'à gauche. Dans cette fréquence relative, les conditions topographiques de visibilité jouent un rôle prédominant.

TABLEAU I

PRIMO-INFECTIONS PUREMENT GANGLIONNAIRES.

Topographie des ganglions.

	Droit	*Gauche*
Ganglions paratrachéaux	1	1
Ganglions interbronchiques	22	10
Ganglions intertrachéobronchiques	3	—
Ganglions pré-aortiques	1	—
TOTAL	27	11

B) En regard de ces 24 cas, 47, *soit 66,1%, présentaient simultanément une image parenchymateuse et une image ganglionnaire.*

Précisons que nous ne considérons pas comme image ganglionnaire quelques « arborisations hilaires », lorsqu'elles ne s'accompagnent ni de taches isolées ou confluentes, ni de diminution de transparence, aussi légère soit-elle. La tomographie montre, en effet, dans de tels cas, un dessin bronchique accusé, comme celui qu'on observe au cours des infections catarrhales saisonnières.

De fait, la bronchoscopie montre un *épaississement* des éperons lobaires ou de division secondaire, avec *œdème* ou légère télangiectasie. Récusant toute classification fondée sur des considérations pathogéniques, tels que « infiltrats tardifs, précoces, tertiaires, épituberculoses, etc... » nous avons fait une classification purement topographique et morphologique des images parenchymateuses vraies

avec les catégories groupées dans le tableau suivant:

Tableau II

Primo-infection tuberculeuse.
Aspect radiologique des images parenchymateuses.

No	*Types*	*Nombre*	*Pourcentage*
I	Nodules isolés	7	14,8
II	Images scissurales, avec ou sans nodules périscissuraux	7	14,8
III	Dissémination nodulaire non systématisée	2	4,2
IV	Image de dissémination multinodulaire localisée à un segment ou à un lobe	14	29,6
V	Opacités homogènes localisées à un segment ou à un lobe	14	29,6
VI	Halo péri-hilaire	3	6,3
	Total	47	

C) Une première remarque s'impose: *le complexe gangliopulmonaire classique,* composé d'une opacité homogène floue associée à une image ganglionnaire, se localiserait dans la catégorie V et ne *correspond, par conséquent, qu'à 29,6% des cas,* 30% en comptant les 3 cas de halo périhilaire. Encore, parmi ces opacités homogènes, faut-il remarquer que la plupart correspondent à des segments et à des lobes qui ne sont pas péri-hilaires.

Il n'y a donc aucun doute que les conceptions radiologiques qui ont cours, quant à la primo-infection, doivent être revisées, lorsqu'on constate que les images *multiples* (dissémination nodulaire) localisées à un segment ou à un lobe, ou voisines d'une scissure, groupent 48,6% des cas.

D) Si, d'un autre côté, (Tableau III) nous étudions la topographie des lésions, une autre surprise nous attend: en accord avec les récents travaux français de Canetti, nous constatons que les lobes supérieurs, à eux seuls, réunissent la majorité globale des localisations, 16 cas! alors que les lobes inférieurs ne sont intéressés que dans 6 cas. Dans le lobe supérieur, ce sont les segments apicaux et antérieurs, des 2 côtés, qui sont intéressés et l'axillaire droit.

La fréquence de l'atteinte du lobe moyen et de son homologue gauche, la lingula est nette: 16 cas dont 11 à droite.

Tableau III

Primo-infection tuberculeuse.
Topographie segmentaire des images parenchymateuses.

Lobes		*Segments*	*Nombre*	*Total*	*%*
Poumon droit	Lobe supérieur	Segment apical	3		
		Segment antérieur	2		
		Segment postérieur			
		Segment axillaire	2		
		Totalité du lobe	1	8	17
	Lobe moyen	Segment Post. Ext.	3		
		Segment Ant. Int.	2		
		Totalité du lobe	6	11	23,4
	Lobe inférieur	Segment apical			
		Segment antérieur	5		
		Segment Ext.			
		Segment Post.		5	10,6
		Topographie juxta-scissurale	7	7	14,8
Poumon gauche	Lobe supérieur	Segment apical	2		
		Segment antérieur	4		
		Segment Post.	1		
		Segment Ext.			
		Totalité des segments	1	8	17
	Lingula	Segment supérieur	1		
		Segment inférieur	4	5	10,6
	Lobe inférieur	Segment apical			
		Segment antérieur	1	1	2,1
Images bilatérales			2	2	4,2

E) Quant aux ganglions, (Tableau IV) ils sont loin d'être toujours exactement satellites. Le plus souvent, ils siègent à droite (38 sur 47). Souvent, aussi, les ganglions sont bilatéraux, malgré l'unilatéralité (11 fois sur 47). Cette

conclusion est, du reste, conforme à ce que permettait de prévoir l'anatomie des lymphatiques (ROUVIÈRE).

TABLEAU IV

PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE.

Topographie ganglionnaire des primo-infections avec image parenchymateuse.

			Localisation	*Nombre*	*Total*
Ganglions interbronchiques	Droit		Supérieur	3	
			Moyen	33	38
			Inférieur	2	
	Gauche		Supérieur	5	
			Moyen	12	17
			Inférieur		
Ganglions paratrachéaux	Droit			8	
	Gauche			1	
Ganglions intertrachéobronchiques				8	8
Ganglions bilatéraux				11	11

Par la tomographie et la bronchoscopie.

groupe initialement tuméfié a considérablement régressé ainsi que l'image pulmonaire; ou, encore des récidives d'intumescence ganglionnaire, après une période de régression constante et régulière. Enfin, on peut constater l'apparition d'images pulmonaires succédant à des tuméfactions purement ganglionnaires.

IV. — INTERPRÉTATION DES IMAGES RADIOLOGIQUES PARENCHYMATEUSES.

Il était de toute nécessité, pour interpréter ces faits, de vérifier l'état des bronches, ce qui fut fait systématiquement.

Dans 13 cas sur 47, la présence d'*une fistule bronchique ganglionnaire* fut découverte: cette fréquence (29,7% des cas) confirme les travaux

TABLEAU V

PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE.

Siège des fistules par rapport à la topographie des images parenchymateuses.

No	*Noms*	*Image parenchymateuse*	*Siège des fistules*
1	Al., Chérif	Lobe moyen	Segment intermédiaire
2	Car., Colette	Seg. Post. Ext. lobe moyen	Paroi int. bronche souche droite
3	Mar., Antoine	Lobe moyen	Paroi ant. lobe inférieur droite
4	Our, J.	Lobe moyen	Paroi int. souche droite
5	Rou., Roger	Lobe moyen	Paroi int. bronche souche droite
6	Sow.	Lobe moyen	Segment intermédiaire
7	Des., René	Lobe supérieur gauche	Lobaire supérieur gauche
8	Nad., Georges	Lobe inférieur gauche	Paroi Ant. Int. lob. inf. gauche
9	Gil., Antoinette	Lobe inférieur gauche	Paroi ext., lobe inf. gauche
10	Lab., Huguette	Nodules disséminés dans les deux poumons	Segment intermédiaire droit
11	Pin., Andrée	Lobe supérieur gauche et dissémination bilatérale	Eperon trachéal
12	Mai., Ginette	Segment post. ext., lobe moyen	Face ant. bronche lob. sup. droite
13	Fel., Andrée	Lobe supérieur gauche halo péri-hilaire	Bord sup. lob. supérieur gauche

TOTAL		
13 fistules vérifiées se répartissant ainsi:	Eperon trachéal	1
	Bronche souche droite	3
	Lobaire sup. droite	1
	Lobaire inf. droite	1
	Segment intermédiaire	2
	Lobaire sup. gauche	2
	Lobaire inf. gauche	2

On peut voir, du reste, les ganglions se prendre à des stades successifs dans le temps et à des intervalles éloignés (6 mois) alors que le

de DUFOURT en FRANCE, des auteurs britanniques, américains, hongrois et turcs et nos observations personnelles antérieures éta-

blissant la fréquence de la fistule ganglionnaire, considérée autrefois comme exceptionnelle.

Il existe, du reste, un *parallélisme incontestable entre l'emplacement de la fistule et la topographie des images pulmonaires* (Tableau V).

Or, *ces fistules peuvent accompagner tous les types radiologiques décrits et ne sont l'apanage d'aucun d'entre eux*: (Tableau VI) nodules isolés; multiples; dans un segment ou dans les deux poumons, opacification homogène d'un lobe, halo péri-hilaire. Toutes se sont accompagnées d'une élimination de bacilles de Koch, soit au tubage, soit après la bronchoscopie, dans les 4 ou 5 jours qui suivent, comme Max Fourestier l'a montré dans notre Service.

Tableau VI

Primo-infection tuberculeuse.

Aspect radiologique des images parenchymateuses dans les fistules.

No	*Types*	*Nombre*	*Pourcentage %*
I	Nodules isolés	3	11,1
II	Nodules multiples disséminés dans un segment ou dans un lobe	12	44,4
III	Nodules disséminés sans systématisation dans les deux poumons	2	7,4
IV	Image d'opacification homogène segmentaire ou lobaire	7	25
V	Halo péri-hilaire	3	11,1
	Total	27	

Cependant, la comparaison minutieuse des images des autres cas avec celles des fistules vraies et les images récemment données par divers auteurs, montre que la fréquence des fistules est plus forte encore. La stéréotypie est si parfaite que l'on peut, dans 14 cas, *présumer la fistule*, soit qu'il y ait eu élimination bacillaire isolée, coïncidant avec une image analogue, soit que l'évolution ait ultérieurement montré la même dissémination.

Il faut toujours se souvenir qu'il n'est pas toujours possible de déceler la fistule au bronchoscope. Parmi ces 14 cas, les uns n'ont pas été bronchoscopés parce que le malade ou la famille s'y opposait; les autres l'ont été. On a constaté alors une modification importante de la bronche (œdème, inflammation) sans que la fistule elle-même ait été effectivement découverte. Il s'agit des états « pré-fistuleux » décrits par les auteurs anglais. Hutchinson et Graham, sur 28 observations, ont trouvé 17 fistules, soit 60,7% et 9 état préfistuleux.

Tableau VII

Primo-infection tuberculeuse.

Topographie des images fistulaires.

			Nombre	*Total*	*%*
Poumon droit	Lobe supérieur	Segment axillaire	2		
		Segment antérieur	1		
		Segment postérieur			
		Segment axilaire			
		Totalité du lobe	1	4	14,8
	Lobe moyen	Segment post. ext.	3		
		Segment ant. int.	1		
		Totalité du lobe	4	8	29,6
	Lobe inférieur	Segment apical			
		Segment antérieur	4		
		Segment postérieur			
		Segment externe			
		Segment interne		4	14,8
	Lobe supérieur	Segment apical	3		
		Segment antérieur	3		
		Segment postérieur			
		Segment extérieur			
		Totalité des segments	1		
		Lingula			
		Segment supérieur	1	8	29,6
	Lobe inférieur	Segment apical			
		Segment antérieur	2		
		Segment extérieur			
		Segment postérieur			
		Segment interne		2	7,4
Dissémination bilatérale non systématisée			2	2	7,4

De toute façon, il faut ajouter, aux 13 cas démontrés, 14 dans lesquels la fistule était « probable » et, en tous les cas, dans lesquels il existait *une modification de la bronche.*

Il faut noter (tableau VII) la fréquence de la topographie des images fistulaires dans le lobe moyen (29,6%) et dans le lobe supérieur gauche (29,6). Il faut, d'autre part, constater que dans 44% des cas, elles donnent lieu à des nodules disséminés; dans 25% de cas, seulement, s'accompagnent d'une image homogène segmentaire, lobaire ou périhilaire.

Il existe donc, dans 57,4% des cas, un rapport étroit entre les images (de types différents) constatées en liaison avec l'image ganglionnaire et l'atteinte de la bronche.

Or, celle-ci est due — qu'il y ait fistule ouverte ou probable — à une réaction bronchique autour d'un ganglion contigu à la bronche.

Par conséquent, 57,4% des images parenchymateuses ne peuvent être considérés comme traduisant une infection du poumon existant préalablement à l'adénopathie, dite théoriquement satellite de l'image.

Quant aux autres images parenchymateuses, elles sont sans rapport avec une atteinte bronchique fistulaire; mais elles ne peuvent être considérées uniformément comme des infiltrations banales. Après une étude minutieuse de leur condition d'apparition et de leur évolution, nous pensons que certaines relèvent de deux mécanismes différents:

1) *un mécanisme obstructif sans fistule* lorsqu'il existe une opacité segmentaire topographique précise.
2) *un mécanisme catarrhal* lié à un œdème inflammatoire bronchique diffus démontrable après bronchoscopie, lorsqu'il existe des images floues, périhilaires ou touffues intra-parenchymateuses (8 cas). Tous deux sont en rapport avec la présence de ganglions juxta-bronchiques. 12 images rentrent dans ces deux catégories probables.

Il resterait donc une *minorité de 30% de cas où l'image parenchymateuse n'a, apparemment, aucun rapport avec une intumescence ganglionnaire bronchique ou avec une réaction de la bronche.*

V. — CONCLUSIONS GÉNÉRALES DE L'ÉTUDE RADIO-TOMOGRAPHIQUE, BRONCHOSCOPIQUE ET CLINIQUE.

Dans le poumon, comme dans le reste de l'organisme, la tuberculose, à son début, se présente, en premier lieu, comme une *maladie du système lymphatique.*

En effet, dans tous les cas sans exception, les ganglions sont pris: ganglions inter, péribronchiques et intertrachéobronchiques et avec une fréquence jusqu'ici insoupçonnée (66%), des accidents bronchiques apparaissent qui traduisent, eux-mêmes, la réaction bronchique à des ganglions visibles ou invisibles, par nos moyens d'exploration.

Pour déceler les premiers, la radio-tomographie est un bon moyen d'exploration à droite; elle est plus difficile pour le côté gauche qui est tout aussi souvent pris.

Corrélativement à cette évolution essentiellement ganglionnaire, l'étude clinique minutieuse — généralement négligée par les phtisiologues — montre la fréquence de l'atteinte générale du système hémolymphatique: la tuméfaction de la rate est fréquente, les adénopathies cervicales et de la base du cou manquent rarement.

Dans ⅓ des cas, la maladie infectieuse s'arrête au stade de tuméfaction ganglionnaire. Les ganglions régressent et se calcifient lentement. Ce processus de régression doit être suivi avec le contrôle de la vitesse de sédimentation et est *beaucoup plus lent* que les radiographies ne le laisseraient supposer.

La bronchoscopie permet de détecter des signes résiduels de la maladie ganglionnaire, de nombreux mois après la régression des signes cliniques et radiologiques.

Pendant tout ce temps, les adénopathies diminuent et constituent un réservoir de bacilles, susceptibles d'essaimage dans le voisinage ou à distance, ou de généralisation. Un

long repos doit être exigé. Il constitue la meilleure prophylaxie contre les récidives et les reprises évolutives. Les délais se chiffrent par mois et l'immobilisation doit être beaucoup plus rigoureuse qu'on ne l'exige habituellement.

Dans les 2/3 des cas, la tuméfaction ganglionnaire s'accompagne de localisations pulmonaires décelables aux rayons X. *Dans la majorité de ceux-ci (70%), ces localisations résultent de complications intraparenchymateuses dont l'organe conducteur est la bronche.*

L'état inflammatoire d'un ganglion provoque des troubles de ventilation dans la bronche au carrefour de laquelle il siège ainsi que des troubles circulatoires inflammatoires et secrétoires de cette bronche. Cet état se traduit par un catarrhe localisé avec légères modifications radiologiques du parenchyme. Mais, si le ganglion augmente et subit la nécrose caséeuse, l'extension de son processus à la bronche produit des opacifications étendues de son territoire de ventilation. Ces opacifications traduisent un processus généralement bénin, malgré leur étendue.

La fistulisation de ces masses caséeuses dans les bronches est remarquablement fréquente (plus de la moitié des cas) et ajoute, aux troubles précédemment décrits, un ensemencement des alvéoles. Elle s'accompagne d'une élimination pauci-bacillaire à l'extérieur; elle échappe quelquefois à l'examen endoscopique, surtout lorsqu'elle intéresse des ganglions secondaires.

Les « splénopneumonies », les « épituberculoses » de la primo-infection paraissent être étroitement liées à des phénomènes analogues, mais avec une diffusion et une manifestation fluxionnaire très étendue.

Dans la minorité des cas, existent, avec les ganglions, des localisations parenchymateuses nodulaires uniques ou multiples, que rien ne permet de rattacher à des atteintes bronchiques, mais des observations précises nous ont permis de constater que ces atteintes peuvent être *postérieures à l'atteinte ganglionnaire et non simultanées.*

VI. — Conséquences nosologiques et pathogéniques.

Une conclusion s'impose d'emblée: alors que, hâtivement et un peu naïvement, lorsqu'on y réfléchit bien — les cliniciens découvrant, grâce à l'exploration radiologique chez les sujets atteints de primo-infection, la juxtaposition de lésions ganglionnaires et pulmonaires — avaient identifié les secondes comme représentant le chancre d'inoculation et les premières comme l'adénopathie satellite — l'étude minutieuse des faits, sur le seul terrain tomographique et avec les moyens d'exploration les plus précis, montre qu'il en est tout autrement: *les images parenchymateuses étant le plus souvent la conséquence et non la cause des lésions ganglionnaires.*

Inversement, l'existence d'une lésion pulmonaire décelable radiologiquement, si minime soit-elle, n'est pas nécessaire à la constitution d'une *adénopathie* dans les territoires interbronchiques et intertrachéobronchique.

Enfin, la chronologie: image parenchymateuse précédant le ganglion est souvent inexacte, l'inverse ayant lieu dans la grande majorité des cas étudiés.

Il n'y a aucun doute qu'il faille dorénavant s'abstenir, de façon absolue, de calquer la description radiologique sur la conception du chancre d'inoculation avec adénopathie satellite; de parler de chancres « géants » (alors que ceux-ci résultent, en réalité, de fistules bronchiques compliquées de caséification d'une fraction du parenchyme infecté); de chancres « multiples » (alors qu'on sait que des fistules bronchiques peuvent produire des lésions multi ou paucibacillaires, localisées à un segment ou disséminées).

Cette terminologie doit disparaître car elle est interprétative et l'interprétation est inexacte.

Elle doit laisser place à une nomenclature strictement topographique et descriptive.

Mais ces faits constituent un tel renversement des conceptions acquises que l'on doit aller plus loin encore et se demander si la con-

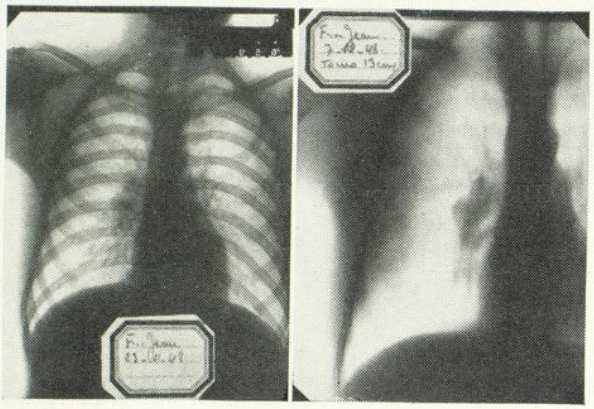


Fig. 1, 2. — Primo-infection ganglionnaire pure. Pas de chancre d'inoculation visible.

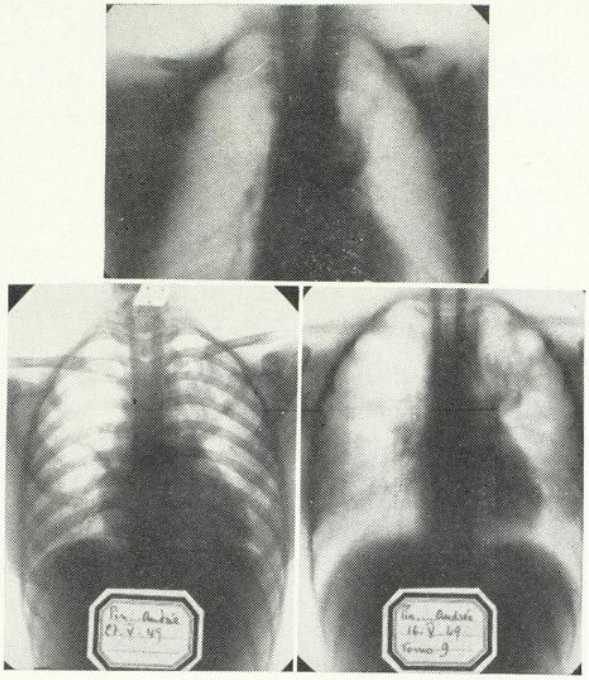


Fig. 6. — Nodule isolé. Fistule.
Fig. 7, 8. — Nodules disséminés dans un segment. Fistule.

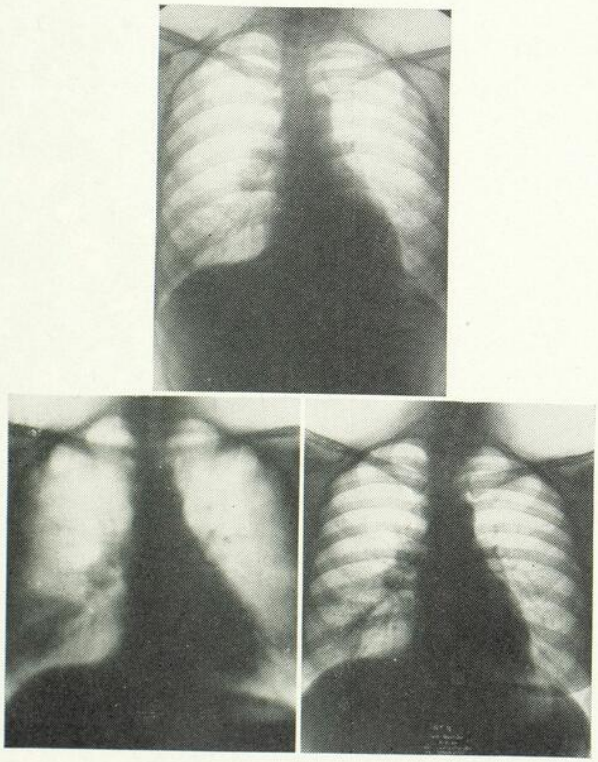


Fig. 3, 4, 5. — Apparition et régression d'une image parenchymateuse consécutivement à une tuméfaction ganglionnaire initiale.

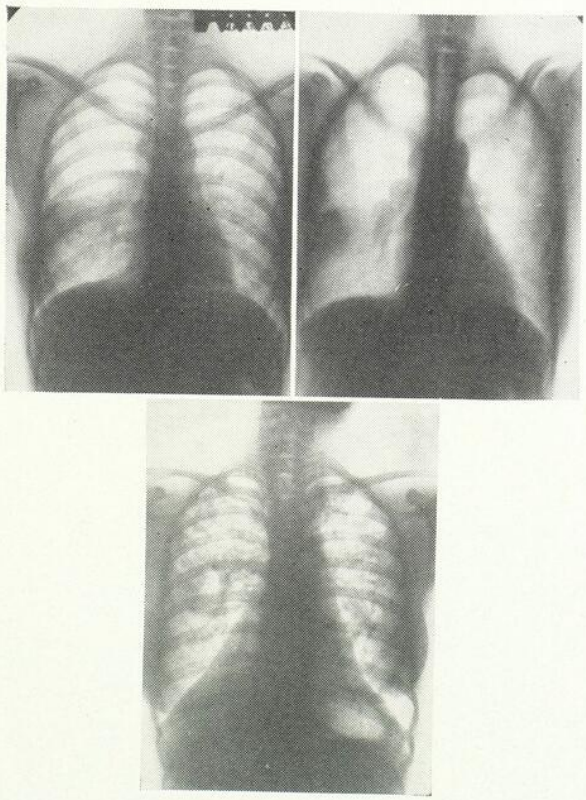


Fig. 9, 10. — Opacité homogène d'un segment. Fistule.
Fig. 11. — Dissémination nodulaire bilatérale. Fistule.

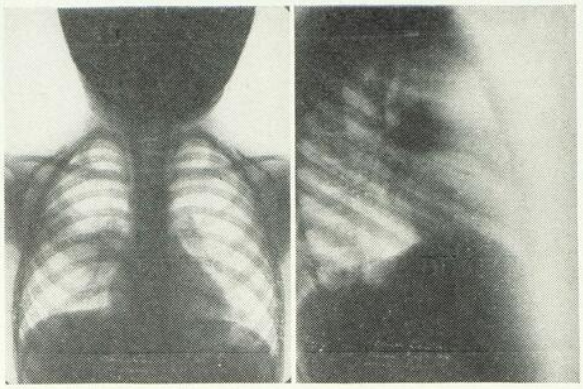


Fig. 12, 13. — Opacité homogène juxta-scissurale. Fistule.

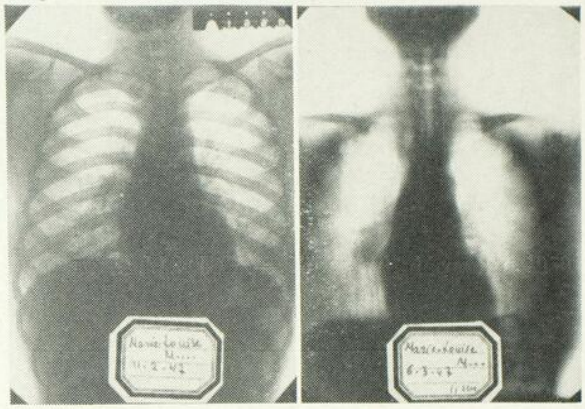


Fig. 14, 15. — Halo périhilaire. Fistule.

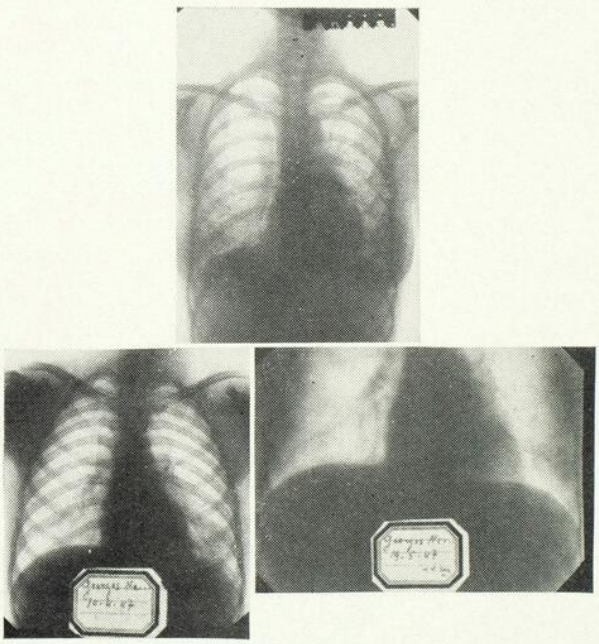


Fig. 15. — Début à atélectasie gauche. Fistule.
Fig. 17, 18. — Infiltrat discret du lobe inférieur gauche. Fistule.

ception biologique, qui a servi de base à leur interprétation en clinique, est elle-même valable dans tous ses éléments — l'inoculation du bacille de Koch par les voies respiratoires étant suivie de chancre d'inoculation et d'une adénopathie satellite.

Il est évident que les signes radiologiques seuls n'autorisent pas à mettre en doute le chancre d'inoculation. S'il existe, dans ⅓ des cas, une adénopathie radiologiquement isolée, il ne s'ensuit pas qu'il n'existe pas de nodules de primo-inoculation: les examens sont imparfaits et peuvent ne pas l'avoir décelée, même avec des tomographies en coupe. Tout ce qu'on peut dire, c'est que le chancre est, en tous les cas, de dimension si restreinte, qu'on le décèle avec difficulté aux rayons X.

Il faut bien admettre, d'autre part, que les preuves anatomiques de l'existence du chancre sont des preuves « à posteriori », recueillies à l'autopsie.

Il est incontestable que l'on recontre, sur des sujets décédés de tuberculose pulmonaire, grave ou généralisée, un nodule très ancien, semi-calcifié ou calcifié, entouré d'une coque fibreuse et qui est contemporain de l'infection primaire. Comment savoir s'il représente effectivement la lésion primaire? ou si, au contraire, il représente une inoculation secondaire à une intumescence ganglionnaire initiale, soit par fistule, soit par dissémination sanguine intrapulmonaire ou, même, par bloquage lymphatique rétrograde?

Il faut également admettre que c'est par analyse stricte, sans preuve précise que l'on dit que le ganglion est satellite du chancre qui le précède. On s'appuie, en général, sur l'argument développé par KÜSS, ALBRECHT ou GHON, que le foyer pulmonaire est anatomiquement en état de « maturation » plus avancée que le foyer ganglionnaire. Mais rien ne prouve la similitude et le parallélisme d'évolution de la tuberculose dans des tissus différents: en l'occurence le poumon et le tissu lymphatique; et ce, d'autant plus qu'à des adénopathies considérables peuvent correspondre des lésions pulmonaires minimes et qu'il est évident qu'un gros ganglion tuberculeux évolue plus lentement vers la résorption et la calcification, que de petits foyers pulmonaires, sans que ces derniers soient, pour cela, plus anciens. Du reste, la streptomycine réalise, dans ses effets comparatifs, des dissociations du même ordre, l'infiltration pulmonaire se résorbant plus rapidement que l'inflammation ganglionnaire.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que la coexistence de ganglions tuberculeux et d'une localisation pulmonaire tuberculeuse a été rencontrée avec une certaine fréquence: c'est par analogie avec l'expérimentation que cette constatation a été transformée en la conception du chancre d'inoculation avec son adénopathie satellite.

Mais, d'un autre côté, même à l'autopsie de sujets morts avec des bacilles de Koch dans les ganglions mésentériques, E. PROSPERT n'a pas trouvé de localisation pulmonaire, dans 3 cas qui présentaient des adénopathies trachéobronchiques simultanées; de même, à l'autopsie de malades atteints de tuberculose osteo-articulaire, le « chancre » manque souvent.

Le terrain expérimental, d'autre part, lui-même, n'est pas inaccessible à la critique.

Il faut se souvenir que NOCARD et ROSSIGNOL après l'injection directe de bacilles de Koch dans la trachée des bovins, n'observent pas de lésions pulmonaires, mais des granulations autour du traumatisme et un infarcissement général des ganglions rétropharyngés, bronchiques et œsophagiens. Des nodules crus analogues au chancre d'inoculation ont été obtenus par ARMAND DELILLE, en 1936, sur les singes, mais par l'inoculation trans-pariétale. Or celle-ci est très différente des inoculations spontanées dans l'espèce humaine. TROISIER et Mlle SIEFFERLIN, en 1939, décèlent, trois minutes après l'installation narinaire de bacilles de Koch, la présence de ceux-ci dans les poumons de singe, du côté instillé et un mois ou deux mois après la présence d'un « complexe ganglio-pulmonaire », mais les autres viscères sont en même temps infectés, la chronologie entre la lésion pulmonaire et ganglionnaire n'est pas

étudiée; la première pouvant être contemporaine de la phase de dissémination.

Lorsqu'on injecte le bacille par d'autres voies (COULAUD 1933), chez le lapin, on obtient une localisation pulmonaire typique, presque toujours unique, après inoculation sous-cutanée, intraveineuse, digestive, oculaire et vaginale, de bacilles peu virulents. Elle siège dans le lobe inférieur droit avec adénopathie caséeuse médiastinale et se comporte comme un chancre d'inoculation; la même lésion ne peut pas être reproduite par inoculation intratrachéale directe.

En fait, tout ce que l'expérience autorise à dire c'est que:

1) quelle que soit la voie d'inoculation extra-pulmonaire ou bronchique, l'appareil respiratoire se trouve atteint.
2) les ganglions sont toujours infectés, leur évidence variant avec leur topographie différente suivant les espèces.
3) le poumon est souvent pris d'une façon concomitante — généralement par une lésion unique, arrondie, à tendance caséifiante centrale; mais aussi par des lésions multiples ou de type différent.

La succession de la lésion pulmonaire et du chancre n'est par prouvée de façon probante; on la déduit par analogie avec l'inoculation sous-cutanée et c'est par analogie aussi que l'on affirme l'identité du foyer pulmonaire, basal unique, constaté anatomiquement, avec le chancre d'inoculation.

Or, les constatations cliniques et radiologiques démontrent que les localisations pulmonaires cliniquement décelables manquent dans ⅓ des cas et sont consécutives à l'atteinte ganglionnaire dans 40% des autres.

CHABAULT (1946) s'étonnait déjà de ce que — depuis les perfectionnements de l'exploration radiologique et la généralisation des examens systématiques — on n'ait pas signalé la succession dans le temps du chancre d'inoculation, puis l'apparition de l'adénopathie hilaire, alors qu'il a constaté dans deux cas la chronologie contraire. COUVE, AUDUBERT et BARON (1949), observant en millieu préventorial, signalent des faits analogues chez des enfants de moins de 6 ans.

D'autre part, notre collaborateur MAX FOURESTIER, au cours de 4 500 vaccinations d'enfants par le B.C.G., constate dans 12 cas des adénopathies médiastinales, bénignes, régressives et transitoires, sans aucune autre adénopathie et sans réaction pulmonaire concomitante après inoculation intra-dermique.

De quelque côté qu'on aborde la question, du point de vue clinique, il nous paraît acquis:

1) que la réaction ganglionnaire bronchique et médiastinale est constante dans la primo-infection.
2) que la réaction pulmonaire concomitante n'est pas obligatoire.
3) qu'elle est le plus souvent consécutive et non préalable à la tuméfaction ganglionnaire.

Ces considérations se rapprochent donc de celles qu'une étude critique de l'expérimentation permet de déduire.

Comment dès lors les faits doivent-ils s'interpréter?

VII. — VERS UNE DOCTRINE PLUS EXACTE DE LA PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE DU POUMON.

Il faut pour comprendre les faits anatomiques en revenir à la connaissance (MILLER-POLICART) des conditions de la circulation lymphatique dans le poumon.

Que les bactéries parviennent dans l'alvéole par voie bronchique ou par voie sanguine — si, comme c'est le plus souvent le cas en clinique humaine, elles y arrivent en petites quantités — elles sont reprises par les formations lymphatiques juxta-alvéolaires et transportées par le circuit lymphatique jusqu'aux ganglions interbronchiques à tous les échelons. Ce transit est plus facile lorsque les bactéries ne quittent pas la voie sanguine, que si elles doivent être reprises dans l'alvéole par les phagocytes pour être réintroduites dans le circuit lymphatique.

Ce transit, qui doit se renouveler chez

l'homme à plusieurs reprises au cours de la primo-contamination, entraîne deux conséquences:

1) Normalement les bactéries parviennent automatiquement aux ganglions, même si elles ne s'arrêtent pas dans un réseau alvéolaire.

2) Au cours du transit, il peut arriver qu'en un point quelconque, elles se trouvent bloquées dans un réduit alvéolaire et y provoquent une alvéolite. Celle-ci évoluera, ou vers la résorption progressive (dont les produits aboutiront encore au ganglion correspondant), ou vers la nécrose limitée.

Dans les deux cas, un nodule sera constitué; *il sera contemporain de l'infection ganglionnaire, mais non obligatoirement antécédent.*

Il faut bien se persuader que, dans l'infection humaine, *il s'agit non pas d'inoculation massive comme dans l'expérimentation animale,* mais presque toujours d'*infection paucibacillaire.* Or, nous avons montré avec ONG-SIAN-GWAN, que dans ces conditions, en inoculation sous-cutanée, le chancre ulcéreux manquait.

D'autre part, les alvéolites localisées peuvent ne pas être décelables aux rayons X chez l'homme et ne se révéler que tardivement, à posteriori par la calcification. Elles peuvent acquérir au contraire un développement notable, mais tout paraît indiquer que ce dernier cas est rare. C'est le ganglion qui s'hypertrophie de préférence, du fait de la réaction particulière du tissu lymphatique; l'alvéolite restant limitée.

Par contre, lorsque le ganglion a atteint un certain volume au contact d'une bronche, des réactions parenchymateuses importantes se produisent, du fait des répercussions alvéolaires de l'appareil nerveux et circulatoire inclus dans la péribronche. Ces réactions sont beaucoup plus étendues et diffuses que la localisation alvéolaire initiale: ce sont celles que l'examen clinique et radiologique décèle le plus souvent.

Cette description qui est en accord avec la clinique; avec les résultats réels de l'expérimentation; avec l'anatomie et la physiologie; elle nous paraît serrer de beaucoup plus près la vérité, que la conception trop simple du chancre d'inoculation.

VIII. — LE MODE D'INFECTION DU POUMON.

La modification que nous apportons implique une dernière conséquence: *c'est que le mode d'infection du poumon ne saurait être limité même chez l'homme à la voie bronchique.*

C'est rouvrir la querelle qui durant trente ans a divisé les médecins, d'une part — les vétérinaires et les expérimentateurs, d'autre part. Il est cependant nécessaire de le faire.

Il est indiscutable en effet que, chez l'homme, des contaminations par voie digestive ont été observées, avec des signes cliniques et radiologiques identiques à ceux de la primo-infection habituelle. CALMETTE a démontré que les bactéries passent dans la lymphe après le repas et sont retrouvées dans le canal thoracique, d'où elles gagnent les veines jusqu'au cœur droit, puis vont ensuite au poumon par voie artérielle pulmonaire.

Or, dans deux de nos observations, la contamination s'est faite, à coup sûr, par une autre voie que la voie respiratoire. Dans un premier cas, un enfant de trois ans ingère du lait cru, avarié et est atteint quelques heures après d'une gastro-entérite qui faillit être mortelle. A ce moment, l'intradermo-réaction est négative. Trois semaines après, l'enfant reste pâle et l'intradermo-réaction commence à virer. La radiographie décèle l'apparition d'une image ganglionnaire avec halo périhilaire. Toutes les recherches concernant l'entourage sont négatives. Une primo-infection grave se développe alors et durera des mois. L'observation fut recueillie en 1944. Sans doute, on peut objecter qu'il peut y avoir un simultanéité, que l'enfant a été contaminé ailleurs, mais quand on connaît les conditions de recueil et de préparation du lait à cette époque, l'inoculation digestive paraît difficile à récuser.

Le contrôle bactériologique du lait n'a pu être fait. Mais plusieurs enfants dans le même lieu ont été contaminés de la même façon, avec le même lait, les mêmes symptômes de gastro-entérite aiguë: plusieurs sont morts, deux ont été par la suite atteints de primo-infection dans les mêmes délais.

La seconde observation concerne une enfant de quatre ans, parfaitement suivie, qui présenta une primo-infection sévère avec fistule bronchique, dont l'origine reste mystérieuse. Toutes les enquêtes étant négatives, jusqu'au jour (un an après) ou chez l'une de ses tantes fut découverte une tuberculose rénale. Or, un mois ½ avant la primo-infection, l'enfant avait été envoyé en vacances chez cette tante, qui avait pris l'habitude de la faire coucher dans son lit. Le linge de toilette était commun. Il est clair qu'ici la contamination aérienne n'a jas joué.

Par contre la contamination orale, *par les doigts* introduits dans la bouche, comme le font si souvent les enfants, paraît hautement probable.

Nous pourrions citer bien d'autres observations dont les suivantes: un phtisiologue se blesse au cours de l'autopsie d'un tuberculeux, présente un panari banal qui est incisé et *guérit*. Mais l'adénopathie axillaire secondaire à la lymphangite initiale, persiste trois semaines plus tard. Un mois après, l'examen radiologique montre une localisation pulmonaire du *lobe supérieur* droit, du même côté que l'inoculation.

Le transfert s'est fait ici par voie lymphatique puis sanguine. Nous possédons une observation analogue chez un préposé aux autopsies dans un hôpital parisien.

Nous reviendrons sur d'autres observations tout aussi suggestives, notre but étant simplement de démontrer que le dogme de la contamination par inhalation n'est pas intangible, non plus que la doctrine du chancre d'inoculation pulmonaire avec son ganglion satellite, qui lui a servi de support essentiel.

Même l'inoculation par empoussiérage des animaux d'expérience n'est pas une preuve absolue de la pénétration exclusive par voie bronchique: Küss lui-même en 1922 a montré avec l'acide stannique, que les quantités de poussière *dégluties* représentent 80% à 85% des quantités totales et atteignent 90, 96% lorsqu'il s'agit de poussière en suspension très fine.

L'étude clinique minutieuse et bien interprétée conduit donc à une conception plus précise des faits: le poumon peut être atteint par n'importe quelle voie; la voie aérienne est la plus plausible, encore doit-elle être plus minutieusement analysée. Il nous paraît difficile que les particules pénètrent jusqu'aux alvéoles dans les conditions habituelles en suivant les bronches, alors qu'elles sont enrobées dans un mucus lourd. Il paraît plus probable qu'elles sont au contraire déposées autour des narines et de la bouche, puis acheminées par le pharynx et dégluties par les mouvements automatiques.

Il paraît certain que la contamination orale, *digitale* chez les enfants, chez les adultes qui entourent les tuberculeux ignorés et ne se lavent pas les mains, est éminemment dangereuse.

Nous développerons ces faits ultérieurement; mais d'ores et déjà, la primo-infection chez l'homme apparaît, à la lumière de nos recherches, sous un jour bien différent des conceptions habituellement reçues.

BIBLIOGRAPHIE

CALMETTE: *L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et les animaux,* (Masson, 1928).

E. PROSPERT: *Soc. Biologie,* **91**: 552, 1924.

NOCARD et ROSSIGNOL: *Rapport à la Société de médecine vétérinaire pratique,* 1901.

COULAUD: « Lésions bronchiques obtenues chez le lapin par inhalation de bacilles morts ». *Revue de la Tuberculose,* **14**: 1-2, 1950.
« Recherches expérimentales sur le chancre d'inoculation pulmonaire du lapin ». *Revue de la Tuberculose,* 4ème série 1: 8, (octobre) 1933.

Armand DELILLE: *Soc. de Pédiatrie,* novembre 1936.

PARROT: *Soc. de Biologie,* Paris 1876 — 28 — 308.

HERVOUET: *Thèse de Paris,* 1887.

KUSS: *Thèse de Paris,* 1898.

ALBRECHT: *Frankf. Zeit-Path,* 1907. Wiener Klinishe Wochenschrft.

GHON: 1 vol. chez Urban, Berlin, 1912. *American Review of Tuberculosis,* juillet 1923.

GHON et WINTERNITZ: *Zeitsch. fin Tuberk.,* mai 1924.

GHON et KUDLICH et WINTERNITZ: *Zeitsch. fin Tuberk.,* mai 1925.

DEBRE et PERRAULT: *Annales de Médecine,* octobre 1935.

TROISIER et SIEFFERLEN: Académie de Médecine, 14 février 1939.

COUTENIN: Edition française, 1882.

CHABAUD: *Revue de la Tuberculose,* 1946 No 3-4.

COUVE, AUDIBERT et BARON: *Revue de la Tuberculose,* 1949 No 5-6.

ULCÈRE PEPTIQUE GASTRO-JÉJUNAL APRÈS GASTRECTOMIE [1]

Armand VOYER (Magog).

Cette affection, plutôt rare, occupe une place très importante dans la chirurgie de l'ulcère gastrique, parce qu'elle en constitue sa principale complication et, par ricochet, un des grands reproches que l'on puisse faire à la gastrectomie à l'heure actuelle.

Nous allons étudier successivement sa fréquence, son étiologie et son traitement.

FRÉQUENCE

Il est classique d'admettre que la fréquence de l'ulcère peptique gastro-jéjunal après gastrectomie est de 1 à 3%, tandis qu'elle est de 5 à 10% après gastro-entérostomie.

Demirleau relève à l'hôpital de Tunis un cas d'ulcère récidivant chez les uns (gastrectomisés) contre douze chez les autres.

En réalité, cette fréquence est bien difficile à évaluer, ce qui fait dire à Pfeiffer que la récidive après gastro-entérostomie varie, suivant les auteurs, de 2 à 30%.

En 1926, Birgfel en rapporte 55 cas; en 1927, Nystrom: 62; en 1930, Starlinger publie une statistique importante bien connue portant sur 25 647 gastrectomies faites par 89 chirurgiens, avec 173 ulcus post-opératoires, soit un pourcentage de 0,6 environ. Finsterer en 1936, rapporte un pourcentage de 2 à 4. Une statistique argentine, datant de 1936, relève un total de 36 ulcères peptiques sur 238 cas (15%). Dans la thèse de Moreno-Tinagero, en 1937, il est rapporté les observations inédites de 10 cas d'ulcères jéjunaux survenus après gastrectomies larges (0,7%). En 1946, R. de Vernejoul, sur 3 000 gastrectomies exécutées la plupart suivant la technique de Finsterer, quelques-unes suivant la méthode de Péan, a observé 8 cas d'ulcères peptiques contrôlés par une nouvelle intervention (0,26%). De 1919 à 1947, Pauchet et Luquet ont pratiqué 1 200 gastrectomies avec 6 récidives, soit 0,5%. Demirleau, sur près de 1 000 gastrectomies des deux tiers, a eu un cas d'ulcère peptique; Santy a eu un insuccès sur 200 anastomoses duodéno-gastriques avec exérèse très large de l'estomac. Carajod, sur 250 gastrectomies des deux tiers, a eu 2 récidives.

Aux Etats-Unis, Fallis et Warren prétendent que la fréquence varie de 0,5 à 10%. St. John et Harvey, sur 373 gastrectomies, ont eu 2 cas d'ulcères récidivants prouvés par réintervention et 3 cas possibles, soit 0,5 à 1.4%. Ransom: 4 cas sur 138 gastrectomies, soit 3%; Schoemaker, qui fait le Péan ou le Billroth I modifié, a eu 2 échecs sur 102 gastrectomies durant les années de guerre.

Sureda est intervenu dans 96 ulcères peptiques, dont 17 secondaires à la gastrectomie. Charrier déclare que sur 42 cas d'ulcères peptiques après gastrectomies rapportés en France en 1946, dont 17 opérés par lui et provenant de diverses sources, 6 seulement étaient consécutifs à des gastrectomies bien faites.

Dans la gastrectomie avec conservation du pylore, Finsterer, en 1930, a eu 6% de récidives sur 90 cas; Denk, en 1931, 4,3% sur 398 cas; et Monsaingeon, 5,6% sur 365 cas (cas rapportés dans sa thèse).

La gastro-duodénectomie large enlevant les deux tiers de la petite courbure, le pylore et l'ulcus duodénal, avec anastomose terminolatérale de l'estomac dans l'intestin grêle, assurant une évacuation complète, fournit moins que 1% de récidives.

Certes, beaucoup diront que ces statistiques n'ont qu'une valeur relative, les malades qui recommencent à souffrir ne retournent pas toujours voir le chirurgien qui les a opérés et échappent ainsi à sa statistique. Le chirurgien réintervient souvent pour la même raison chez

1. Travail du Service de chirurgie de l'hôpital Bichat, sous la direction du docteur Jean Charrier.

des malades qu'il n'a pas opérés la première fois et les mauvais cas ainsi recueillis viennent grever ses pourcentages. D'ailleurs un opéré qui ne va pas, revient généralement une ou deux fois revoir son chirurgien et ce n'est que lorsque ce dernier lui propose une nouvelle intervention qu'il se dérobe.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie véritable de l'ulcère gastro-jéjunal est inconnue au même titre que celle de l'ulcère gastro-duodénal. Il y a cependant certains facteurs qui l'accompagnent d'une façon assez constante pour les considérer comme des *causes*, de valeur toutefois très inégale.

1° — *Sexe.*

La femme n'est atteinte qu'exceptionnellement (Charrier: 1 sur 79; Paolucci: 4 sur 75; Santy: 1 sur 62).

Cette disproportion est due, d'une part, chez la femme à la rareté des ulcères gastro-duodénaux et à la moindre fréquence de l'ulcère duodénal ou juxtapylorique (si on le compare à l'ulcère de la petite courbure), d'autre part, chez les deux sexes, à la plus grande fréquence de l'ulcère duodénal ou juxtapylorique comme lésion primitive dans les cas d'ulcère peptique post-opératoire.

2° — *Age.*

Ces ulcères se voient, comme les autres, vers la quarantaine surtout et les âges extrêmes sont, pour Balfour, 15 et 74 ans. Cependant Fallis mentionne, dans ses statistiques, que la moitié de ses cas sont au-dessous de 35 ans et que 2 seulement sont au-dessus de 55 ans.

3° — *Race.*

Les Méditerranéens et les Orientaux ont une prédisposition pour l'ulcère post-opératoire et c'est habituellement chez eux que l'on rencontre les formes les plus extensives et réeidivantes.

4° — *Hygiène.*

L'habitude de vie, le travail, la nourriture, le boire et le tabac ne sont pas des facteurs négligeables dans l'étiologie de l'ulcère peptique (Pfeiffer, Hillemand, Dauwe).

Voici l'avis de Santy: « Je crois pouvoir affirmer que l'éthylisme et l'intempérance alimentaire sous toutes ses formes jouent un rôle certain dans la genèse de l'ulcère peptique. Ces différents éléments figurent dans la presque totalité des observations étudiées, sauf de rares exceptions ».

5° — *Terrain.*

Les patients qui font un ulcère jéjunal sont des « fabricants d'ulcères »; ils font partie d'un groupe spécial où le premier ulcère a été particulièrement sévère et réfractaire au traitement médical, où le dossier révèle une histoire de complications graves et menaçantes telles qu'hémorragies massives ou perforation en péritoine libre. L'ulcère se rencontre chez les adultes plutôt jeunes, chétifs et nerveux (Pfeiffer), sujets d'autre part souvent favorables à l'artérite, la thrombo-angéite, le déséquilibre du système vaso-moteur.

Fallis a remarqué que le tiers des opérés pour ulcère gastro-jéjunal avaient eu antérieurement une perforation d'ulcère gastro-duodénal. En outre, il arrive assez souvent qu'un patient, souffrant d'ulcère post-opératoire perforé, présente dans ses antécédents une histoire de perforation d'ulcus gastro-duodénal. Les perforations multiples d'ulcères gastro-duodénaux sont relativement rares; par contre, les ulcères gastro-jéjunaux sont plus sujets aux perforations répétées. Il semble donc que certains individus présentent, non seulement une tendance à l'ulcération, mais aussi une tendance à la perforation.

De son côté, Demirleau se demande avec Blondin, si un premier ulcère peptique ne constitue pas une sensibilisation aux récidives.

L'importance de l'*hyperchlorhydrie* comme facteur étiologique, est admise en général. Et le fait que les ulcères post-opératoires sont rarement rencontrés chez les chlorhydriques normaux milite en faveur de cette opinion; on ne les voit guère chez les gastrectomisés d'ulcère gastrique ou de cancer d'estomac et on

ne les rencontre presque jamais sur l'anse afférente, à cause de la présence du contenu duodénal fortement alcalin. D'ailleurs la supériorité de la gastrectomie sur la gastro-entérostomie dans le traitement chirurgical de l'ulcus duodénal repose essentiellement sur ce principe que la résection large diminue considérablement l'acidité gastrique.

Toutefois, selon Blondin, 30% des gastrectomies conservent une acidité gastrique, ce qui joue un rôle important dans les récidives.

Certains malades ont un potentiel ulcéreux élevé; ils font des ulcères à répétition, sans qu'on ne puisse jamais arriver à en rompre le cycle: c'est à leur affection que convient alors le terme de « maladie ulcéreuse ». Pourquoi ces malades agissent-ils ainsi? Nous n'en avons pas d'explication pathogénique satisfaisante. Quand on opère un patient, la maladie ulcéreuse n'est pas pour autant guérie et l'opéré reste sujet à des troubles humoraux qui peuvent se traduire cliniquement par une nouvelle ulcération.

6° — *Passe gastrique.*

A) *Lésion initiale.*

L'ulcère jéjunal est plus fréquent chez ceux qui étaient porteurs d'un ulcus pyloro-duodénal que chez ceux qui présentaient un ulcère de la petite courbure (Balfour: 130 contre 9; Charrier: 59 contre 5; Santy: 58 contre 2).

L'ulcère post-opératoire est rare dans les cas de gastrite, de sténose pylorique, et exceptionnel dans le cancer.

B) *Intervention première.*

Erreurs de tactique ou de technique.

La nature de la première opération joue un rôle capital dans l'étiologie de l'ulcère peptique. M. Charrier insiste à maintes reprises sur ce facteur important: « Les mauvais résultats de la chirurgie de l'ulcère sont dus, le plus souvent, à la prise d'un mauvais départ; dans cette chirurgie de l'ulcère, il faut faire large et bien, d'emblée ». Et d'ailleurs: « L'opération primaire insuffisante ou incorrecte, déclenche la cascade des récidives et des complications et crée le terrain ulcéreux; en chirurgie gastrique, il ne faut pas manquer le premier temps ».

Et maintenant, passons aux diverses interventions, aux erreurs de tactique ou de technique responsables des fâcheuses récidives.

a) Les interventions qui laissent persister la sécrétion acido-gastrique sont:

1°) les *pylorectomies* qui évoluent fatalement vers l'ulcère peptique;

2°) les *gastrectomies étroites* ou en d'autres termes trop basses, où la résection gastrique est inférieure aux deux tiers.

Si la résection est trop petite, elle provoque presque sûrement l'ulcère récidivant (Charrier, Moutier, Buck, Hollender).

Chez certains malades, tant qu'il existe un peu de la petite courbure, il reste de l'hormone antrale, et tant qu'il reste un fragment de muqueuse fundique, il y a acidité.

b) Les interventions qui ne font pas disparaître le point de départ du réflexe acido-sécrétoire: *Gastrectomies larges pour exclusion (de l'U.D.) pylore restant.*

Si les opinions sont à peu près unanimes pour pousser la résection très haut vers la gauche, il n'en est pas de même sur l'étendue que cette résection doit porter du côté du duodénum.

Von Haberer est d'avis que la cause de l'ulcère peptique gastro-jéjunal est le pylore conservé bien qu'exclu, le qualifiant de « fabrique d'acidité ». « Le mode d'action de la muqueuse pylorique restante se ferait accessoirement par voie hormonale et habituellement par voie réflexe ce qui explique que même un petit fragment de muqueuse pylorique, abandonné du côté du segment exclu, suffirait à provoquer la sécrétion ».

Hillemand conseille de faire passer la résection non seulement en aval du pylore, mais le plus loin possible sur le duodénum. Il se fonde sur l'analogie histologique de la portion duodénale située entre le pylore et la grande caroncule et la région antro-pylorique dont on connaît la fonction sécrétoire sur les

glandes du fondus. N'existerait-il pas une hormone duodénale comme il existe une hormone antro-pylorique?

c) *Gastrectomies avec anastomose en Y ou avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire.*

Ce sont des opérations qui dérivent les sucs duodénaux pancréatiques en aval de l'anastomose gastro-jéjunale, privent ainsi l'estomac de leur action alcaline et neutralisante et donnent un pourcentage élevé de récidives: 100% dans l'anastomose en Y et 30 à 100% dans la jéjuno-jéjunostomie complémentaire.

M. Charrier qualifie cette dernière d'opération néfaste qui transforme une gastrectomie normale en gastrectomie en Y, opération définitivement rejetée comme génératrice d'ulcère peptique jéjunal.

d) *Gastrectomies avec mauvaises anastomoses.*

1° — Les opérations qui laissent dans l'estomac un cul-de-sac de stase, telles que les gastrectomies avec bouche non déclive ou rétrécie, les torsions ou inversions ou coudure de l'anse efférente.

2° — les anastomoses à anse jéjunale afférente trop longue: opération qui entrave le drainage.

Sureda souligne qu'une anse longue est fréquente dans les interventions pour ulcère jéjunal.

A la Clinique de Wangensteen, Lannin a pratiqué sur différents chiens des anastomoses gastro-intestinales sur toute la longueur de l'intestin grêle, à partir de l'anse courte jéjunale, et il a conclu que la fréquence de l'ulcère anastomotique croît avec chaque centimètre d'anse afférente. D'ailleurs, c'est un fait établi que la susceptibilité de la muqueuse intestinale aux sécrétions gastriques augmente proportionnellement à sa distance du pylore.

Que penser des divers types d'anastomoses employées pour rétablir le transit gastro-intestinal?

Le Péan.

Il laisse le malade dans les conditions où s'est produit le premier ulcère; les mêmes réflexes acidogènes, à point de départ duodénal, peuvent jouer. Pour peu que la partie restante de l'estomac sécrète de l'acide, l'accident initial réapparaîtra, car la disposition anatomique n'est pas changée.

Lambling et Soullard, sur les 6 échecs qu'ils ont eus, 5 étaient des Péan. Hillemand et Lambling rejettent le Péan comme une intervention entraînant la gêne de l'évacuation et des troubles de dystonie duodénale.

Dans le Polya-Reichel et l'Hofmeister-Finsterer, le duodénum n'est plus en contact avec le chyme gastrique, d'où impossibilité de réapparition de l'ulcus duodénal; l'ulcère peptique de la bouche ou de l'anse afférente est rare, parce que les sécrétions biliaire et pancréatique qui y passent contrecarrent l'action nocive du chyme gastrique supposé qu'il y ait encore acidité.

Le Polya-Reichel.

Dans le Polya-Reichel, l'anastomose se fait sur toute la hauteur de la tranche gastrique, de sorte que la bouche est fréquemment trop large, bien que certains prétendent qu'il se forme une néo-sphincter, et alors nous assistons au « dumping syndrome » qui survient après les repas, surtout le petit déjeuner, et qui est caractérisé par les malaises suivants d'une durée de dix à soixante minutes: nausées intenses, faiblesse, sensation de chaleur généralisée, diaphorèse, palpitations, parfois borborygme, diarrhée et vomissements; le repas de baryum montre qu'il y a reflux du contenu gastrique dans l'anse afférente.

A la clinique Mayo, Custer a rencontré 28 cas de « dumping syndrome » à forme sérieuse dans 500 résections faites selon la technique Polya-Reichel.

Hofmeister-Finsterer.

C'est une anastomose à anse courte après section oblique de l'estomac et fixation des lèvres de la brèche mésocolique au moignon gastrique, anastomose dans la partie toute déclive de la tranche gastrique, sur une largeur

de 3 travers de doigt, laissant ainsi une raquette sur laquelle on fixe l'anse afférente par deux points de suspension (procédé à éperon).

Roscoe Graham utilise cette technique de même que Lahey qui dit: « Le type d'anastomose Hofmeister-Finsterer, avec points de suspension sur l'anse afférente, retient les aliments d'une façon beaucoup plus prolongée que l'anastomose type Polya ».

Au Congrès de Gastro-Entérologie de Lausanne, en 1948, Charrier expose les avantages de l'Hofmeister-Finsterer sur le Polya-Reichel en ces termes: « L'évacuation gastrique est moins brutale, l'inondation jéjunale est moins brusque, la résection de la petite courbure peut être plus large et, en compensation, on peut être plus économe sur la grande, réalisant au maximum les conditions de la bonne gastrectomie, anacidité, suppression des zones ulcérophiles et réflectogènes, conservation d'un estomac réduit au tiers vidangé au point déclive et sans stase ».

e) *Gastrectomies avec suites compliquées.*

Si le malade a été opéré en pleine poussée ulcéreuse, des troubles de stase gastrique, favorisant les récidives, apparaissent rapidement: régurgitations ou vomissements, gêne, douleur et tension épigastrique, donc mauvaise évacuation causée par l'œdème et la sténose temporaire de la bouche, la péristomite et la péritonite plastique subaiguë au niveau de l'anastomose. Ces symptômes sont plus ou moins accusés selon la virulence du processus infectieux ulcéreux.

f) *Suture simple dans la perforation.*

L'ulcère gastrique ou duodénal perforé requiert, autant que possible, la gastrectomie d'emblée, car la gastrectomie après suture fournit un chiffre élevé de récidives.

g) *Matériel de suture non résorbable, clamps traumatisants.*

Sur 120 gastrectomisés suturés à la soie, neuf ont présenté de la stomite ou gastrite, ou des petits foyers de suppuration pariétale, mais pas d'ulcère peptique (C. Auguste).

Delore, Gabrielle et Luquet sont d'opinion que le matériel de suture joue un rôle peu important dans la formation de la nouvelle ulcération. Toutefois Moutier souligne que Bucsch de la Clinique Mayo avait observé fréquemment des fils non résorbables au fond d'ulcères gastro-jéjunaux.

Fergusson a fait des anastomoses gastro-jéjunales sur le lapin et maintes fois il a constaté une ulcération de la bouche suturée à la soie, sans jamais en rencontrer lors des sutures au catgut.

Il faut, en outre, que les clamps ne soient que modérément serrés si l'on veut éviter tout traumatisme sérieux pouvant être le point de départ d'un ulcère peptique.

h) *Absence de régime post-opératoire.*

Pfeiffer affirme que l'ulcère jéjunal survient souvent après des gastrectomies demeurées sans surveillance compétente.

L'opéré doit être suivi au moins un an par un médecin compétent (Haak).

TRAITEMENT

Devant le problème de l'ulcère jéjunal quelle attitude prendre? La réponse appartient indubitablement au chirurgien.

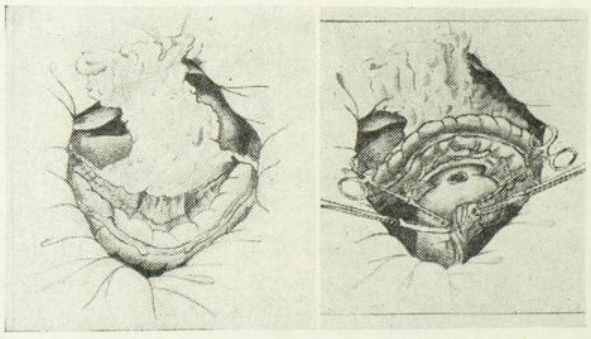


Fig. 1. — Après libération des adhérences pariétales, décollement coloépiploïque; l'ulcère est ici antérieur et on distingue les adhérences entre la zone ulcéreuse et le mésocôlon.

Fig. 2. — Les faces supérieure et inférieure du mésocôlon ont été dégagées jusqu'à l'anastomose; on voit l'ulcère perforé et le tracé de la résection du grêle (les clamps inférieurs sont souples).

A) *Prophylactique.*

En présence de tout ulcère que l'on se propose de traiter chirurgicalement, il faut donc pratiquer une intervention qui mette, autant que possible, le malade à l'abri de l'ulcère récidivant. Ce chapitre découle en grande partie de ce que nous avons dit précédemment en analysant les facteurs que nous croyions susceptibles de jouer un rôle dans la genèse de l'ulcère. Nous décrirons donc les qualités essentielles d'une bonne gastrectomie.

a) *Gastrectomie large avec anse afférente courte.*

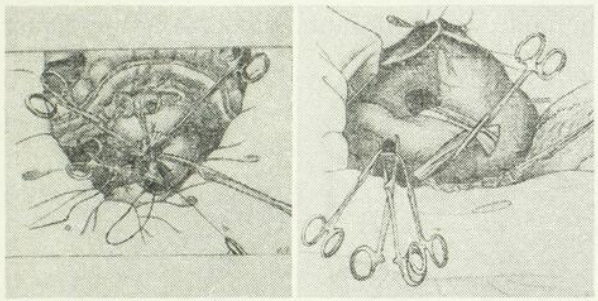


Fig. 3. — Résection de l'anse grêle et anastomose termino-terminale en trois plans.

Fig. 4. — La bouche anastomotique est repassée dans l'étage sus-mésocolique et le duodénum libéré.

La gastrectomie doit être haute; il faut se rendre compte de visu de la longueur de l'estomac restant. Ce n'est pas ce qu'on enlève qui est important à considérer, c'est ce qui reste. Une petite résection peut être une résection haute et une large résection peut être une résection basse. Tout dépend de la longueur de l'estomac essentiellement variable.

Il est raisonnable toutefois de considérer la résection des deux tiers comme un minimum; il y a intérêt à les dépasser chaque fois que le patient peut être considéré comme un candidat particulièrement désigné pour faire un ulcère jéjunal en raison du siège de son ulcère (bulbe ou pylore) et de la gravité exceptionnelle des accidents antérieurs.

L'efficacité de la gastrectomie pour ulcère croît en même temps que l'étendue de la résection gastrique, même si le chirurgien dépasse les deux tiers, limite habituellement considérée comme suffisante.

« Devant le spectre de l'ulcère post-opératoire, il faut s'acheminer vers les grandes résections jusqu'à la généralisation de la subtotale, que personne ne pourrait déterminer et qui n'est que la plus grande résection atteinte par l'habileté de chaque opérateur en fonction d'une mortalité opératoire qu'il estime raisonnable », nous dit Sureda.

En face d'une résection trop large, il y a bien la menace du syndrome de « petit estomac », mais c'est un ennui beaucoup moins sérieux et d'ailleurs inconstant que la perspective d'une récidive.

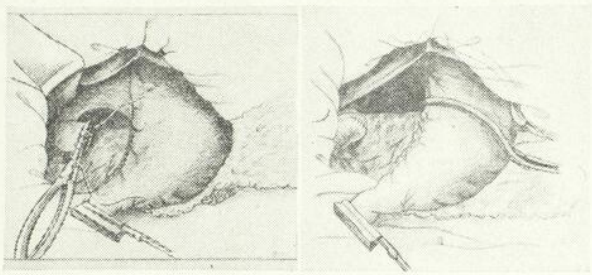


Fig. 5. — Fermeture du duodénum sectionné; pince et protecteur de J. Gosset sur la tranche de section du duodénum du côté de l'estomac.

Fig. 6. — Libération haute de la petite courbure au-dessus de la crosse de la coronaire stomachique qui est liée.

b) *Gastrectomie large sans exclusion.*

Van Haberer a pratiqué l'exclusion dans 6% des cas, Garcia-Moran dans 7% et Wangensteen dans 20% et il est vrai que Luquet et Desplas ont bien dit qu'il faut couper le duodénum dans sa première portion libre, sans s'inquiéter de la lésion qui est enlevée ou reste en place suivant son siège et que jamais aucun ennui n'a été signalé; cependant, des diverses opinions relevées depuis 1947, il ressort que la résection duodénale doit être poussée plus ou moins loin vers la droite suivant les chirurgiens, et que le pylore doit être enlevé, ainsi que la lésion, si possible.

Si l'on est contraint de pratiquer l'exclusion, *il faut enlever au moins le pylore et une partie du bulbe en amont de l'ulcère* pour faire disparaître la zone réflectogène.

Si l'ulcus duodénal est adhérent au cholédoque, Lahey conseille d'introduire dans le cholédoque un drain en T dont la branche inférieure pénètre dans le duodénum; ainsi on peut toujours répérer le siège de l'ampoule de Vater et les rapports de l'ulcus avec le cholédoque, ce qui est, dans les cas très difficiles un procédé de grande valeur.

Si, comme le recommande Bancroft, la présence de tissu fibreux autour d'ulcères duodénaux multiples ou l'existence d'un trajet fistuleux entre un ulcère de la paroi postérieure du duodénum et le cholédoque provoque une réaction périduodénale telle qu'il sera impossible ou téméraire de pratiquer la mobilisation du duodénum, on pourra alors avoir recours au procédé suivant:

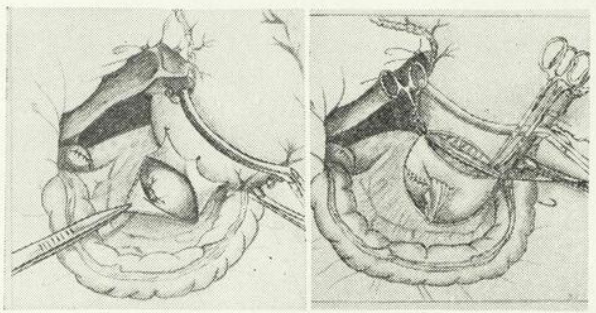


Fig. 7. — La lèvre gauche de la brèche du mésocôlon est suturée à la face postérieure de l'estomac très haut.

Fig. 8. — Le jéjunum en aval de l'anastomose de résection est fixé sur la face postérieure de l'estomac à l'union du quart supérieur et des trois quarts inférieurs; incision musculo-séreuse et pincement des vaisseaux de la sous-muqueuse.

Manœuvre de Bancroft. — Section de l'antre à 4 ou 5 centimètres en amont du pylore, dissection de toute la muqueuse antrale jusqu'au sphincter pylorique, pince courbe sur le sommet du cône, ligature, section, surjet sur le bout ligaturé, deux bourses dans la séro-musculaire de l'antre et invagination de l'antre par deux surjets; si le moignon n'est pas très solide par suite de l'œdème de la paroi et que l'on redoute une fistule, on peut l'extrapéritoniser en le fixant au péritoine pariétal de l'incision abdominale.

c) *Gastrectomie large sans jéjuno-jéjunostomie complémentaire ni anastomose en Y.*

Cette intervention est le corollaire de ce que nous avons dit au paragraphe c) de B) Intervention première, erreurs de tactique ou de technique.

d) *Gastrectomie large déclive, avec anastomose Hofmeister-Finsterer et sutures type Robineau.*

Nous en décrirons la technique plus loin dans le traitement de l'ulcère peptique gastro-jéjunal constitué.

e) *Gastrectomie large aseptique, avec traitement adéquat et surveillance prolongée.*

Il ne faut pas opérer en pleine poussée inflammatoire et il faut évidemment pratiquer l'intervention d'une façon aussi aseptique que possible en protégeant la grande cavité par de grands champs introduits après la recherche de la première anse jéjunale.

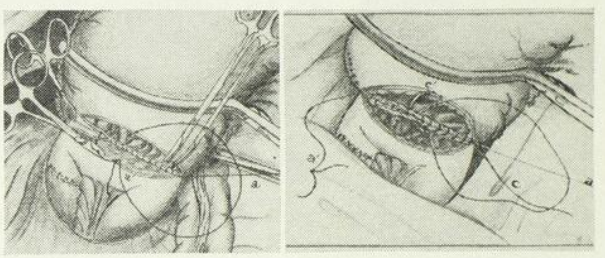


Fig. 9. — Premier surjet postérieur musculo-séreux.

Fig. 10. — Deuxième surjet postérieur muco-muqueux; on trace la partie supérieure de l'incision gastrique postérieure (croix); on pince les vaisseaux; on incise la muqueuse et on lie les vaisseaux.

Dans les jours qui suivent l'opération, si les suites sont compliquées, on doit corriger la rétention temporaire due à l'œdème, l'infection locale et l'atonie musculaire par l'aspiration continue et l'emploi de pénicilline, de dihydrostreptomycine et de sulfamidés. Et lorsque la perméabilité s'est rétablie, veiller sur l'alimentation.

Comme nous le disions au chapitre de l'étiologie, le malade doit être sous surveillance compétente pour une période d'un an au minimum.

B) *Traitement de l'ulcère peptique gastro-jéjunal constitué.*

1er cas. — La première opération a été mauvaise.

Si la première intervention a été vicieuse, faire une gastrectomie large enlevant en un seul bloc, les trois-quarts de l'estomac, la bouche anastomotique portant ou non l'ulcère avec le segment de jéjunum adjacent, ulcéré ou non, suturé bout à bout du grêle rétablissant l'anatomie normale, anastomose gastro-jéjunale type Hofmeister-Finsterer, ablation du pylore, d'un moignon trop grand du duodénum et de l'ulcère s'ils existent encore; s'il y a une anastomose en Y ou à anse longue ou une jéjuno-jéjunostomie complémentaire, reconstituer le jéjunum normal et faire une anastomose à anse courte.

Ces malades ont été opérés itérativement, de sorte que l'intervention est difficile et longue, et l'étendue des adhérences est telle que certains opérateurs abandonnent la partie faute de ne pouvoir libérer les lésions: blocs inflammatoires péri-ulcéreux parfois énormes, englobant la bouche anastomotique et adhérant aux organes voisins. La dissection de proche en proche est souvent pénible et dangereuse. De plus, c'est un malade que vous n'avez pas opéré habituellement vous-même et il faut comprendre ce qu'a fait le chirurgien précédent, ce qui demande du temps et de l'adresse.

Si la résection plus haute est possible, il est cependant parfois difficile d'abaisser le moignon gastrique, surtout chez les sujets à thorax étroit et c'est un travail en profondeur à bout de doigts sous les fausses côtes.

Cette opération judicieusement effectuée, donne toutefois des résultats satisfaisants puisqu'elle procure une guérison définitive dans 85% des cas.

1) *Préparation.*

Equilibre des protides, réhydratation et rechloruration; ne pas opérer en période de crise aiguë révélée par la douleur, la fièvre et la leucocytose; vaccination polyvalente, vérification du résultat de la vaccination par l'étude de la leucocytose; nettoyer le côlon complètement, parce que l'ulcère peut être adhérent au côlon et pendant sa libération, il peut être ouvert par mégarde.

2) *Anesthésie.*

Soit générale en circuit fermé avec ou sans intubation intratrachéale, soit rachidienne entre les 1ère et 2e vertèbres lombaires avec une solution de nupercaïne hypobare faite lentement et à la demande.

Charrier, Fallis et Lahey recommandent cette dernière anesthésie.

3) *Technique de l'exérèse d'un ulcère peptique gastro-jéjunal avec gastrectomie complémentaire.*

Je décrirai la technique suivie dans le service de M. le docteur Jean Charrier, à l'Hôpital Bichat de Paris, où j'ai eu l'occasion de faire un stage tout récemment.

Les figures jointes à ce travail sont les croquis des dessins originaux de l'article de MM. les docteurs J. Charrier et J. Loygue: « Ulcères peptiques post-opératoires » publié en 1948 par l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 18, rue Séguier, Paris (6e). Elles ne peuvent être ni reproduites ni publiées.

Premier temps. — Libération des adhérences. Inventaire. Libération de la bouche. — La paroi sera ouverte avec prudence, car elle est doublée du côlon, de l'estomac et du foie presque toujours adhérents; libérer le foie en suivant son bord inférieur et aussi la vésicule si nécessaire; sectionner au milieu le ligament falciforme, libérer la face inférieure du foie pour exposer l'estomac et libérer le grand épiploon s'il existe encore. Nous aurons alors un bloc formé par le grand épiploon (s'il existe), le côlon transverse, le moignon gastrique, la bouche et le jéjunum; protéger la cavité abdominale par quatre champs, examiner le moignon gastrique, le libérer vers le haut, voir s'il reste un moignon pyloro-duodénal et s'attaquer à la bouche. Pratiquer d'emblée le décollement côlo-épiploïque (s'il n'a pas été fait antérieurement) pour dégager ensuite la face

supérieure du méso-côlon jusqu'à l'anastomose puis la face inférieure de même. Il faut séparer la bouche du méso au point le plus souple de son pourtour et introduire l'index dans la brèche pour faire le dégagement sur toute la circonférence *en ménageant l'arcade de Riolan*; si l'ulcère est ouvert, il faut le fermer par un surjet. La bouche est, du fait, libérée.

Deuxième temps. — Résection de l'anse grêle avec anastomose termino-terminale. — En trois plans, dont au moins le muqueux au catgut. Le fragment du grêle attenant à l'estomac est repassé dans l'étage sus-mésocolique et s'il y a lieu:

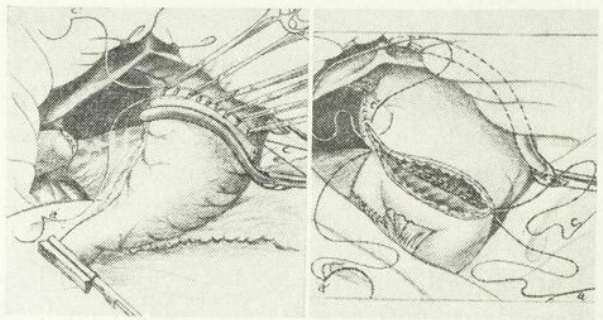


Fig. 11. — L'estomac est rabattu et l'incision antérieure séro-musculaire tracée.

Fig. 12. — On achève la résection gastrique et on ferme la queue de la raquette par un aller et retour.

Troisième temps. — Ablation du moignon pyloro-duodénal. — Section et fermeture du duodénum par écrasement: enlever le pylore, le bulbe et la partie anciennement ulcérée du duodénum; après mise en place de l'écraseur, mener un surjet perforant au lin par-dessus le clamp et nouer les deux extrémités, compléter l'enfouissement par deux surjets au lin séro-séreux.

Quatrième temps. — Gastrectomie très large des trois-quarts. — Pour rendre l'estomac anacide, avec anastomose Hofmeister-Finsterer, type Robineau.

Libération haute de la petite courbure, au-dessus de la crosse de la coronaire stomachique qui est liée; un clamp souple est appliqué sur l'estomac en amont de la future section et si le moignon gastrique est long, un autre est placé à environ 5 centimètres en aval du premier; la lèvre gauche de la brèche du méso-côlon est suturée à la face postérieure de l'estomac, assez haut. Le jéjunum, en aval de l'anastomose termino-terminale, est fixé sous faible tension à un point situé sur la face postérieure de l'estomac, à 3 travers de doigt de la grande courbure et à 1 centimètre en aval de la lèvre mésocolique: pour cela, on saisit le jéjunum avec une pince de Chaput, sur son bord libre, et on l'amène au contact de la face postérieure de l'estomac; on fixe de la même façon le jéjunum à la grande courbure. La séreuse et la musculeuse sont incisées sur l'estomac et le jéjunum, à l'endroit de la future bouche; les vaisseaux de la sous-muqueuse sont pincés; on fait le premier surjet postérieur séro-musculaire bord à bord (aa'); les muqueuses sont incisées et le contenu gastrique aspiré. On ligature les vaisseaux de la sous-muqueuse et on fait alors le deuxième surjet postérieur muco-muqueux, peu serré, au catgut 00 et à l'aiguille demi-cercle sertie (cc'). Puis, on s'apprête à pratiquer la fermeture de la queue de la raquette: pour cela, on continue l'incision musculo-séreuse jusqu'à la petite courbure; les vaisseaux de la sous-muqueuse sont pincés et la muqueuse incisée; rabattant l'estomac et faisant de même sur la face antérieure, on achève la résection gastrique et on ligature les vaisseaux. On ferme la queue de la raquette par un aller et retour au catgut *c'* (muqueuse à l'aller, séro-musculeuse au retour); le surjet *c* ferme la muqueuse antérieure de la bouche de bas en haut et rejoint la suture de la raquette; le surjet *a* unit les séro-musculeuses bord à bord et rejoint le fil superficiel *a'* à l'angle supérieur de la bouche. Trois ou quatre points enfouissent la queue de la raquette, deux points de suspension de l'anse afférente sont fixés à l'estomac en chargeant le jéjunum à deux reprises (points de suspension de Finsterer) et pour terminer on suture la lèvre droite de la brèche méso-colique à la face antérieure de l'estomac à 1 centimètre en amont de l'anastomose.

Si la largeur du moignon gastrique n'est que de 6 ou 7 centimètres, on peut se contenter

d'une gastrectomie type Polya.

Le rétablissement de la continuité se fait donc par une gastro-jéjunostomie terminolatérale; l'anastomose doit être directe, sans cul-de-sac de stase, sans coudure de l'anse efférente et les fils de suture en matériel résorbable (catgut à résorption lente).

Bloc inflammatoire adhérentiel.

S'il existe un bloc inflammatoire adhérentiel où l'on craint de rencontrer des difficultés trop grandes pour une intervention radicale, on pourra mettre le segment sus-jacent au repos en pratiquant une jéjunostomie temporaire avec alimentation par la méthode d'Evy (calme les douleurs et remonte l'état général); on permettra ainsi aux lésions de « se refroidir », de cicatriser même, pour pratiquer au bout de quelques semaines une opération radicale.

Fistule gastro-jéjuno-colique.

Les petites sont traitées par la fermeture du côlon et la résection de l'estomac et du jéjunum; les larges par la résection gastrique, colique et jéjunale. Etant donnée la gravité de cette opération chez des cachectiques, il est préférable de pratiquer dans un premier temps un anus sous-angulo-colique droit pour dériver les matières et rendre plus facilement opérables des lésions qui ont intérêt à être mises en sommeil. Plus tard, on pourra donc faire la résection d'une partie du côlon transverse ainsi que celle de l'estomac et du jéjunum dans de meilleures conditions sur une bouche désinfectée.

Perforation.

Dans la perforation en péritoine libre, on ne pratiquera que la suture, laissant l'opération complète pour plus tard, car ces malades sont, en général, dans un état de dénutrition sérieux. Un bon moyen de les remettre en meilleur état est de pratiquer une jéjunostomie temporaire avec alimentation permanente comme ci-dessus.

Suites et complications post-opératoires.

Les suites opératoires sont fonction de l'hémostase et des sutures; diète hydrique pendant dix-huit heures seulement.

Les complications post-opératoires sont rares chez les sujets bien préparés. La plus fréquente est la sténose temporaire par œdème de la bouche; elle cède à la diète, glace, sérum et belladone. Si elle ne disparaît pas, il faut pratiquer une jéjunostomie sous-jacente temporaire. Les complications pulmonaires sont exceptionnelles si l'on a recours à l'anesthésie rachidienne ou à une anesthésie générale en

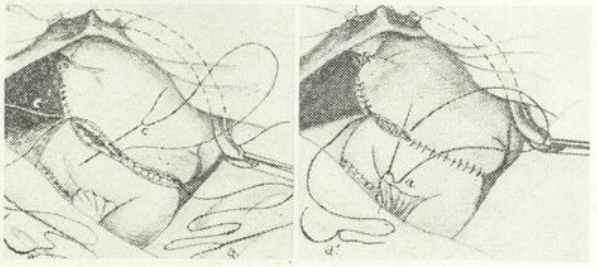


Fig. 13. — Le surjet muco-muqueux antérieur sera bientôt terminé.
Fig. 14. — Le surjet séro-musculaire rejoint le fil superficiel a' à l'angle supérieur de la bouche.

circuit fermés avec ou sans intubation intrarachidienne, si l'on choisit le moment de l'opération et si l'on vaccine le malade; enfin, elles sont facilement traitables par les antibiotiques.

Régime post-opératoire.

Prescrire des repas petits et nombreux; supprimer les acides, l'alcool et le tabac. Etudier l'action des sucres sur l'éclosion d'un dumping syndrome.

2e cas. — La première opération a été bonne.

Si la première gastrectomie a été suffisante, il faut étudier l'acidité gastrique.

1°) Si l'acidité est notable, on pourra faire une gastrectomie sub-totale avec des risques toutefois de récidives; quelques-uns conseillent la gastrectomie totale grevée d'une certaine mortalité, variable suivant les opérateurs.

2°) Si l'acidité est faible ou nulle, nous aurons deux moyens à notre disposition: la double vagotomie et la gastrectomie totale.

Double vagotomie ou opération de Dragstedt.

Il est préférable de la pratiquer par voie abdominale: résection de 3 centimètres des pneumogastriques droit et gauche, au niveau de la partie inférieure de l'œsophage thoracique abaissé et de l'œsophage abdominal. Les résultats sont bons tant sur la diminution de l'acidité gastrique que sur la disparition des douleurs et des signes radiologiques, mais elle n'est pas sans inconvénients; elle cause parfois de la dilatation gastrique, des troubles diarrhéiques et cardiaques.

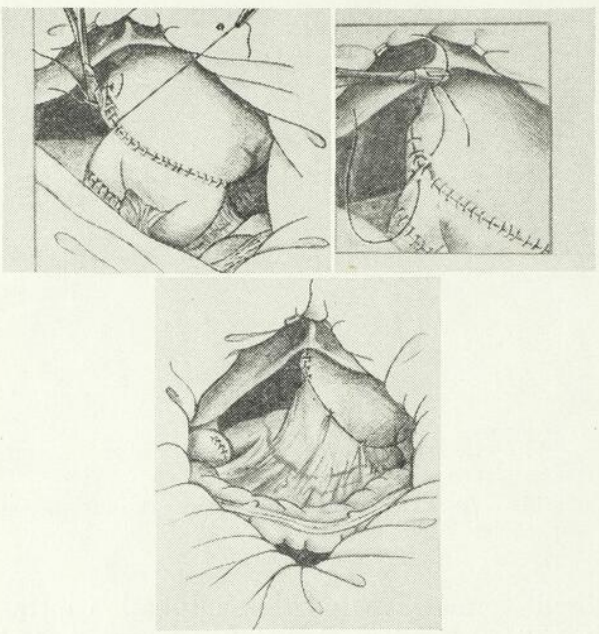


Fig. 15. — Quelques points enfouissent la queue de la raquette.
Fig. 16. — Points de suspension de Finsterer.
Fig. 17. — Fixation de la lèvre droite du mésocôlon à la face antérieure de l'estomac.

Dragstedt, Woodward et Bigelow ont récemment observé, par des études biologiques sur le chien, que la sécrétion gastrique se répartit *grosso modo,* comme suit: 40% après excitation du vague, 40% après stimulation de l'antre et 20% après stimulation de l'intestin.

Au Congrès de Lausanne, en 1948, à propos du traitement de l'ulcère peptique gastro-jéjunal, 10 cas de Dragstedt ont été rapportés avec 8 succès, et à l'Académie de Chirurgie de Paris, 9 succès ont été rapportés, ce qui fait 17 succès sur 19 cas.

Dragstedt affirmait, en octobre 1949, qu'il n'avait pas eu un échec ou une récidive dans les ulcères duodénaux traités par double vagotomie complète; il a eu des insuccès après vagotomie incomplète, chez des patients où une réponse positive de la sécrétion gastrique à l'hypoglycémie insulinique a été obtenue sur des épreuves répétées et où l'hypersécrétion nocturne n'a pas été réduite. Et plus loin, il dit ceci: « Il est clair que la pathogénie de l'ulcère gastro-jéjunal est la même que celle de l'ulcus duodénal; la résection de l'antre ne prévenant pas l'ulcère, il est évident qu'il y a là un facteur nerveux plus important que les autres facteurs et une telle conclusion s'impose du fait de la réponse favorable de ces ulcères à la vagotomie. Nous sommes maintenant convaincus que la vagotomie empêche l'apparition de l'ulcère gastro-jéjunal ».

Dragstedt a traité avec succès 14 ulcères gastro-jéjunaux; la mortalité de la vagotomie est basse, car sur 160 ulcères duodénaux opérés par cette méthode, il n'a eu qu'une mort de dilatation gastrique et de broncho-pneumonie secondaire à l'aspiration du contenu gastrique. Depuis il fait l'aspiration continue pendant trois ou quatre jours ou jusqu'à résidu de 200 centimètres cubes.

Beaucoup d'auteurs américains sont d'avis que le Dragstedt est indiqué comme traitement préventif et comme traitement curatif de l'ulcère post-opératoire; nous n'en mentionnerons que quelques-uns.

« La plus grande indication de la vagotomie selon notre expérience est l'ulcère marginal ou récidivant. » (Gardiner)

« Théoriquement, la gastrectomie subtotale avec vagotomie bilatérale devrait diminuer l'incidence de l'ulcère jéjunal. » (Colp)

« La vagotomie procure de fait une protection définitive contre l'ulcère.» (Wangensteen)

Contre-indications de la double vagotomie.

1°) Etats diarrhéiques.

2°) Etats sympathicotoniques (hyperthyroïdisme).

3°) Les cas où une atonie post-opératoire ou la manipulation avec le tube de Wangensteen peut être nuisible (hématémèse).

4°) Les lésons intrathoraciques intéressant les pneumogastriques (adhérences pleurales, médiastinales des parties inférieures).

Gastrectomie totale.

La gastrectomie totale est une opération grave même entre des mains expertes.

Finsterer, de 1941 à 1946, a fait 52 gastrectomies totales avec une mortalité de 43%.

R. de Vernejoul a rapporté, en 1948, 10 morts sur 39 gastrectomies totales, soit 26%; de ce nombre les 5 opérés pour ulcère récidivant ont survécu.

Lahey, en juin 1949, nous affirme que 115 gastrectomies totales ont été pratiquées à sa clinique; dans les 48 premiers cas, la mortalité a été de 40%; dans les 67 derniers, de 13,6%. A son avis, le cancer seul relève de la gastrectomie totale.

F. d'Allaines estime que l'ulcère jéjunal sur moignon court requiert la gastrectomie totale et que l'anémie hypochrome consécutive, péril plus théorique que réel, est facilement réduite par le traitement hépato-ferrique.

Si, en voulant faire un Dragstedt par voie abdominale, les adhérences barrent la route à l'abord de l'œsophage inférieur, il y a lieu de faire une jéjunostomie temporaire de mise au repos, pour envisager, après amélioration suffisante, une gastrectomie totale indispensable (Hepp).

Traitement médical.

Il n'est que palliatif: médicaments antigéniques en injection intraveineuse (staprolysat ou lactoclase).

CONCLUSIONS

1°) Les ulcères duodénaux sont dans la grande majorité des cas de lésion primitive.

2°) Le pourcentage des cas d'ulcères gastro-jéjunaux après gastrectomie large bien faite ne s'élève pas à 1%. Il importe donc de bien débuter dans la chirurgie de l'ulcère: c'est de la première opération que dépendra souvent le sort lointain de ces malades.

3°) En présence d'un ulcère gastrique ou duodénal perforé, il faut, autant que possible, pratiquer la gastrectomie d'emblée, car la gastrectomie effectuée dans un deuxième temps est responsable de fréquentes récidives.

4°) L'ulcère post-opératoire survient la plupart du temps chez des sujets ayant subi une gastrectomie trop étroite ou en Y ou complétée par une jéjuno-jéjunostomie ou après une résection-exclusion le pylore restant. Le traitement de l'ulcère peptique gastro-jéjunal étant essentiellement chirurgical, on est autorisé à réintervenir en dehors d'une poussée ulcéreuse pour pratiquer une gastrectomie itérative haute et déclive avec fils résorbables; enlevant le pylore s'il avait été conservé et faisant disparaître les mauvaises anastomoses si elles existent.

5°) Si malgré cela l'ulcère récidive (maladie ulcéreuse), il faut recourir soit à la gastrectomie totale, soit de préférence à la double vagotomie.

6°) Dans les cas graves (bloc inflammatoire adhérentiel, ulcère gastro-jéjunal perforé et suturé) la jéjunostomie envisagée comme intervention palliative d'attente permettra de réintervenir après mise au repos du segment sus-jacent et relèvement de l'état général.

Pour la même raison, les cas de fistule gastro-jéjuno-colique bénéficieront grandement d'un anus sous-angulo-colique droit préalable.

7°) On ne saurait trop insister, en terminant, sur la nécessité de prescrire à ces malades un régime post-opératoire convenant à leur nouvel état qui requiert d'ailleurs une surveillance compétente et prolongée.

BIBLIOGRAPHIE

A. ADRIANOPOULOS: « Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. » *Thèse Paris,* 1937.

A. ALLEN et WELCH: « Gastrectomie subtotale pour ulcère duodénal. » *Ann. Surg.,* **124**: 688-706 (octobre) 1946.

C. AUGUSTE et J. PARIS: « Rôle des sutures. » *Arch. Mal. App. Dig.* **35**: 1946.

F. W. BANCROFT et P. A. WADE: « Traitement chirurgical de l'abdomen. » 1947, 554-556 et 592-600.

P. BANZET: A propos de la communication de S. Blondin: « Ulcère peptique après gastrectomie. » *Mém. Acad. Chir.,* **71**: 466-467, 1945.

BASTIEN: « Perforation d'un ulcus peptique post-opératoire après gastrectomie pour ulcus pylorique. Gastro-jéjunectomie large; guérison. » *Lille Chir.,* **1**: 63, 1946.

S. BLONDIN: « Ulcère peptique après gastrectomie. Cinq observations. » *Acad. Chir.,* **71**: 462-46 , 1945.

G. BROHEE: « Le traitement de l'ulcus gastro-duodénal. Synthèse chirurgicale. *Congrès de Gastro-Entérologie,* Lausanne, 291-300, 1948.

CHAMPENOIS: « A propos de 12 cas d'ulcères peptiques après gastrectomie. *Thèse Paris,* 1947.

J. CHARRIER: « Résultats éloignés du traitement chirurgical de 64 ulcéreux de l'estomac. » Soc. de Gastro-Entérol. de Paris, *in Arch. Mal. App. Dig.,* **21**: (décembre) 1931.

J. CHARRIER: « Deux pylorectomies limitées pour ulcus pyloro-duodénaux suivies à brève échéance d'ulcus peptiques sur les bouches d'anastomoses. » Rapport de M. le Pr. A. Gosset, Soc. Chir., séance du 4 mai 1932, *in B. M. Acad. Chir.* **58**: 716 1932.

J. CHARRIER: « Etiologie et traitement de l'ulcère peptique gastro-jéjunal post-opératoire. » *Bull. gén. Thérapeutique,* **185**: 148, 1934.

J. CHARRIER: « Complications portant sur les anastomoses gastro-intestinales pour ulcères gastro-duodénaux. Leur traitement chirurgical. » *Science Méd. Pratique,* 1er juillet 1934, no 13, p. 428.

J. CHARRIER: « L'avenir des malades opérés pour ulcères peptiques gastro-jéjunaux, d'après 28 cas opérés (avec le docteur J. Baumann). » *Arch. Mal. App. Dig.,* **25**: 337 (avril) 1935.

J. CHARRIER: « La jéjunostomie utilisée comme traitement des troubles du transit alimentaire après gastrectomie. » *Arch. Mal. App. Dig.,* **25**: 288 (mai) 1935.

J. CHARRIER: « L'ulcère peptique post-opératoire gastro-jéjunal. » *Documentaire Méd.,* janv. 1936.

J. CHARRIER: « Ulcère peptique gastro-jéjunal après gastrectomie. » *Mém. Acad. Chir.,* **72**: 550 (4 décembre) 1946.

J. CHARRIER: « Données récentes sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de l'ulcère peptique gastro-jéjunal post-opératoire. » *Presse Méd.,* supp. au numéro 21, du 7 avril 1948.

J. CHARRIER: « Pathogénie de l'ulcère peptique. » *Les entretiens de Bichat,* 1948.

J. CHARRIER: « Double vagotomie dans le traitement de l'ulcère peptique. » *Les entretiens de Bichat,* 1948.

J. CHARRIER: « Considérations sur les échecs du traitement médico-chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. » *Congrès de Gastro-Entérologie* Lausanne, 1948, pp. 316-324.

J. CHARRIER et J. LOYGUE: « Ulcères peptiques post-opératoires. » Extrait de l'*Encyclopédie Médico-chirurgicale,* septembre 1948, 2e édit.

CUSTER, BUTT et WAUGH: « Dumping syndrome. » *Ann. Surg.,* **123**: 410, 1946.

F. DAUWE: « Traitement de l'ulcère gastro-duodénal. » *Congrès de Gastro-Entérologie,* Lausanne, 1948, pp. 24-36.

F. DAUWE: « Synthèse des rapports sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux. » *Congrès de Gastro-Entérologie,* Lausanne, 1948, pp. 309-316.

E. DELANNOY: « Ulcères peptiques après gastrectomie. » *Mém. Acad. Chir.,* **72**: 383, 1946.

X. DELORE et H. GABRIELLE: « Considérations générales sur les ulcères peptiques post-opératoires ou ulcères récidivants et leur traitement. » *Presse Méd.,* **45**: 1259-1260 (septembre) 1937.

DEMIRLEAU: « Sept cas d'ulcères peptiques après gastrectomie. » *Mém. Acad. Chir.,* **72**: 501 (novembre) 1946.

B. DESPLATS: « A propos des ulcères peptiques gastro-jéjunaux. » *Mém. Acad. Chir.,* **72**: 383-385, 1946.

L. R. DRAGSTEDT, CAMP et FRITZ: « Récidives d'ulcère gastrique après vagotomie complète. » *Ann. Surg.,* **130**: 843-853 (octobre) 1949.

FALLIS et WARREN: « Traitement chirurgical de l'ulcère jéjunal. » *Am. J. Surg.,* **72**: 4-11, 1946.

F. GALLART-MONES: « Indications opératoires des ulcères gastro-duodénaux. » *Congrès de Gastro-Entérologie,* Lausanne, 1948, pp. 55-62.

F. GALLART-MONES: « Considérations sur les échecs du traitement médico-chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. » *Congrès de Gastro-Entérologie,* Lausanne, 1948, pp. 300-309.

GARDINER et HART: « Le traitement chirurgical de l'ulcère. » *Ann. Surg.,* **127**: 1948.

A. GOSSET et J. CHARRIER: « Gastrectomies pour ulcère peptique », *in Techniques Chirurgicales,* Masson, édit., Paris, 1936.

Roscoe GRAHAM: « A propos de la communication de Allen et Welch. Gastrectomie subtotale pour ulcère duodénal. » *Ann. Surg.*, **124**: (oct.) 1946.

A. HAAK: « Etude du traitement des ulcères gastro-duodénaux. » *Congrès de Gastro-Entérologie,* Lausanne, 1948, pp. 274-280.

J. HEPP: « A propos du traitement des ulcères peptiques après gastrectomie. » *Mém. Acad. Chir.*, **72**: 300 (mai) 1946.

P. HILLEMAND, E. GILBRIN, R. VIGUIE et J. TOULET: « A propos des échecs du traitement des ulcères gastro-duodénaux. » *Congrès de Gastro-Entérologie,* Lausanne, 1948, pp. 1-24.

P. HILLEMAND et J. TOULET: « A propos du traitement des ulcères gastro-duodénaux. » *Congrès de Gastro-Entérologie,* Lausanne, 1948, pp. 324-336.

F. H. LAHEY: « A propos de la communication de Allen et Welch: Gastrectomie subtotale pour ulcère duodénal. » *Ann. Surg.*, **124**: (oct.) 1946.

F. H. LAHEY: « Gastrectomie totale. » *Surg. Clin. North Amer.*, **29**: 749-765 (juin) 1949.

B. G. LANNIN: « Evaluation d'une opération satisfaisante pour ulcère. » *Ann. Surg.*, **121**: 712-742, 1945.

J. LOYGUE: « Contribution à l'étude des fistules duodénales après gastrectomies pour ulcères. » *Thèse Paris,* 1947.

G. LUQUET: « Ulcus peptique chez les gastrectomisés. » *La Pratique Chir. Illustrée,* **24**: 111, 1941.

S. F. MARSHALL: « Résection gastrique partielle pour ulcère peptique. » *Surg. Clin. North Am.*, **29**: 767-777 (juin) 1949.

A. MONSAINGEON: « Les gastrectomies laissant l'ulcère en place. » *Thèse Paris,* 1939.

MORENO-TINAGERO: « Les ulcères peptiques après gastrectomie. » *Thèse Paris,* 1937.

F. MOUTIER: « Fautes et insuccès dans la thérapeutique médico-chirurgicale de l'ulcère gastro-duodénal. » *Congrès de Gastro-Entérologie,* Lausanne, 1948, pp. 3-10.

D. B. PFEIFFER: « Ulcère gastro-jéjunal. » — Bancroft et Wade: *Traitement chirurgical de l'abdomen,* 1947, pp. 592-600.

J. PUIG-SUREDA: « Traitement chirurgical de l'ulcus post-opératoire dans le néo-stoma. » *Congrès de Gastro-Entérologie,* Lausanne, 1948, pp. 78-83.

RANSOM: « Gastrectomie subtotale pour ulcère gastrique; étude des résultats. » *Ann. Surg.*, **126**: 1947.

P. SANTY, R. CHATTOT et J. CLERT: « Les conditions d'apparition de l'ulcère peptique post-opératoire à propos de 62 observations personnelles. » *Lyon Chir.*, **41**: 138-142, 1946.

P. SANTY et M. LATARJET: « A propos des ulcères peptiques après gastrectomie. » *Lyon Chir.*, **40**: 402-403, 1944.

J. SHOEMAKER: « Gastrectomie partielle durant les années de guerre. » *Surg., Gyn. and Obst.*, **88**: (avril) 1949.

ST. JOHN, HARVEY, FERRERET et SENGSTAKEN: « Résultats de la gastrectomie subtotale dans les ulcères gastro-duodénaux. » *Ann. Surg.*, **128**: 3-15, 1948.

R. de VERNEJOUL: « Ulcère peptique après gastrectomie large. Gastrectomie totale. » *Mém. Acad. Chir.*, **71**: 429, 1946.

R. de VERNEJOUL: « A propos de 39 observations de gastrectomie totale. » *Lyon Chir.*, **43**: 17, 1948.

O. H. WANGENSTEEN: « A propos de la communication de L. R. Dragstedt, Camp et Fritz: Récidives d'ulcère gastrique après vagotomie complète. » *Ann. Surg.* **130**: (octobre) 1949.

ESSAI ÉTIO-PATHOGÉNIQUE DU PSORIASIS[1]

J. CHARPY,
Professeur à la Chaire de Dermatologie,
Faculté de Médecine de Marseille.

Le schéma pathogénique, qui constitue la conclusion des 3 notes précédentes, soulève un grand nombre de questions, dont nous examinons ci-après les plus importantes:

1° — La pathogénie proposée ne rend pas directement compte du fait, retenu par nous précédemment, que *le quotient respiratoire mesuré chez les psoriasiques après un repas de glucides est au dessous de l'unité.* Faut-il donc penser que le trouble glucidique affecte non seulement la formation d'extra-glucose à partir des protides, mais également la dégradation et la combustion des hydrates de carbone d'origine alimentaire, comme chez les diabétiques?

Cette hypothèse, que j'avais longtemps retenue, ne rend pas compte des faits observés d'autre part.

En réalité, la mesure du quotient respiratoire, dans ces conditions, n'a pas la valeur absolue qu'on lui attribuait autrefois classiquement: elle n'aurait cette signification que si l'on était sûr que les glucides absorbés sont utilisés quantitativement, et à l'exclusion de tout autre combustible, au moment de l'épreuve. Rien ne permet d'affirmer cela. Au contraire, les acquisitions physiologiques les plus récentes ont démontré que, chez le sujet normal, 30% environ des glucides absorbés sont convertis en graisses (Schonheimer et Stetten), et qu'une autre fraction est transformée en protides sous l'influence de l'hypophyse et du corps thyroïde.

Dans le psoriasis, où l'organisme s'évertue de diverses manières à préserver au maximum son combustible des cas d'urgence, le glucose, dont le ravitaillement n'est plus assuré normalement, les glucides alimentaires sont, comme tout l'indique, stockés en plus ou moins grandes proportions dans les réserves lacunaires cutanées et particulièrement dans le sous-sol des lésions psoriasiques = le quotient respiratoire bas répond tout simplement à une utilisation cellulaire préférentielle de lipides, ou même, en ce qui concerne la peau, de protides.

2° — Nous n'avons fait qu'indiquer, sans y insister, les incidences des troubles protido-glucidiques *sur le métabolisme des graisses.* Ceci ne veut pas dire que les troubles lipidiques soient moins importants que les autres.

Au contraire, nous retiendrons: la fréquence de l'hyperlipidémie et de l'hypercholestérolémie; la liaison intime des variations des lipides et des protides (Sartory, Ruffschmitt et Meyer); mais aussi le parallélisme habituel entre l'hyperglycémie et l'hyperlipidémie ou l'hypercholestérolémie.

Deseaux insiste, à juste titre, sur la « *lipophilie cutanée* », qui, pour lui, rend compte parfois de l'hypercholestérolémie, mais surtout des réponses anormales aux épreuves de surcharge en cholestérol. A la vérité, toute inflammation de la peau (eczéma, dermatite expérimentale, ...) entraîne une surcharge cutanée en lipides et en cholestérol. Dans la lésion psoriasique, où nous avons vu que le métabolisme oxydatif était augmenté dans des proportions beaucoup plus importantes que dans toute autre inflammation, si aiguë soit-elle, *il n'est pas étonnant de trouver une infiltration lipidique d'une exceptionnelle intensité.* Mais ce qui est vraiment caractéristique du psoriasis, c'est que dans les épreuves de surcharge humorale en cholestérol ou en lipides (Bürger, Hals, Marquardt), comme dans les épreuves à l'histamine (Manganotti), le foyer psoriasique se comporte comme un élément préférentiel de stockage des divers lipides.

1. Voir « L'Union Médicale du Canada », octobre 1950, p. 1120.

Il se passe donc pour les lipides, ce que nous avions déjà noté pour les glucides et pour les protides: la lipophilie cutanée, sur laquelle Grütz en particulier avait voulu bâtir une théorie exclusive et complète du psoriasis, n'est qu'un aspect du problème, elle s'accompagne constamment d'une « glucophilie » et même d'une « protidophilie » intenses et importantes. *Le foyer psoriasique doit être considéré comme une réserve et une usine métabolique, intervenant sur les différents types de métabolites.*

En ce qui concerne l'utilisation des lipides dans le foyer psoriasique, on est tenté de faire un rapprochement avec ce qui se passe dans la zone fasciculée de la corticosurrénale en période d'activité. Les méthodes spéciales de coloration des graisses montrent des aspects histologiques singulièrement voisins. On peut même se demander si la lésion psoriasique n'est pas capable de synthétiser des II oxycorticostéroïdes ou des substances d'action analogue. Cette hypothèse ne pourra guère se vérifier que par des dosages comparés des II oxycorticostéroïdes urinaires chez des psoriasiques observés au début et en cours d'éruption. La richesse du métabolisme oxydatif de l'épiderme psoriasique, et son abondance en cholestérol, en lipides et en glucides sont en faveur de cette hypothèse.

On sait, en effet, que certains stéroïdes, en particulier les hormones génitales, sont synthétisés dans l'organisme à partir du cholestérol. Mais les II oxycorticostéroïdes se différencient des autres stéroïdes par leur richesse en O, qui leur confère d'ailleurs leurs propriétés métaboliques: ainsi les androgènes contiennent 2 atomes d'O, la désoxycorticostérone 3, les II oxycorticostéroïdes 4 ou même 5 dans le cas de la cortisone (composé E de Kendall). Quelle que soit la base de la synthèse de ces II oxycorticostéroïdes dans l'organisme, cholestérol ou ses dérivés, acides biliaires, ou encore produits d'origine glucidique, l'intensité respiratoire de la cellule malpighienne du foyer psoriasique réalise bien a priori les conditions nécessaires à leur élaboration. Cette hypothèse, si elle se trouvait vérifiée, apporterait donc une notion du plus haut intérêt, à savoir *que la peau, dans certaines circonstances, serait susceptible de remplacer la corticosurrénale, dans certaines de ses fonctions: telle serait la véritable signification de l'éruption psoriasique.* Je pense, pour ma part, que ce point de vue est très vraisemblable.

Il nous reste à préciser, si possible, *les facteurs de l'hyperlipidémie* fréquemment rencontrée dans le psoriasis:

a) Les épreuves de surcharge montrent que le débordement dans le milieu humoral des lipides stockés dans les lésions cutanées ne constitue qu'un facteur accessoire, et qui ne joue que dans des circonstances particulières.

b) La surcharge lipidique habituelle d'origine alimentaire intervient sans doute pour un petit nombre de malades, qui sont des boulimiques et des surnourris.

c) Il n'est pas impossible que cette hyperlipidémie soit en partie due à un excès des conversions de glucides en lipides. Ces conversions sont sous le contrôle de l'insuline, ce qui semble paradoxal. Mais le paradoxe n'est qu'apparent: l'action insulinienne réduite, que nous avons notée, est d'origine hypophysaire: il s'agit d'un blocage des phénomènes de dégradation des glucides, en particulier au niveau du chaînon hexo-kinase. Il est possible que le pancréas réagisse à ce frein hypophysaire en augmentant sa sécrétion insulinienne, d'où une conversion accrue de glucides en lipides, qui, à son tour, peut commander en partie l'accroissement du catabolisme de ces lipides.

d) En effet, *le facteur le plus important d'hyperlipidémie dans le psoriasis est l'accroissement du catabolisme des lipides.* C'est essentiellement une manifestation d'*hyperpituitarisme*, qui détermine d'autre part de l'hyperglycémie. Toutefois les variations fonctionnelles de la cortico-surrénale elle-même interviennent dans ce catabolisme des graisses. Mais de quelle façon? dans quel sens et dans quelles proportions? C'est ce que les connais-

sances actuelles ne nous permettent pas de comprendre.

Il serait intéressant de savoir si le foie est infiltré de lipides dans le psoriasis. Je n'ai pu recueillir aucune donnée à ce sujet. On sait qu'expérimentalement, l'infiltration graisseuse du foie n'est possible qu'en présence de cortico-surrénale, qui augmente les graisses neutres hépatiques sans influencer les phospholipides, mais les faits sont, en réalité, très complexes; dans certaines circonstances, il semble que la cortico-surrénale soit susceptible d'augmenter au contraire les graisses de réserve, aux dépens des graisses hépatiques. A cet égard, la cortisone a une action inverse de la II dihydrocorticostérone. La prépondérance fonctionnelle de l'un ou l'autre de ces II oxycorticostéroïdes est peut-être l'élément déterminant du sens de la déviation. Dans ce problème compliqué, il faut signaler l'*influence favorable évidente des facteurs lipotropiques dans la thérapeutique du psoriasis*: à cet égard, les résultats les meilleurs sont obtenus avec l'*inositol*, qui déplace non seulement les lipides mais aussi le cholestérol, ou mieux encore avec un mélange de choline, d'inositol et d'extrait pancréatique.

3° — *Le syndrome neuro-endocrinien* qui précède et accompagne l'éruption psoriasique fait intervenir, nous l'avons vu, divers mécanismes et diverses glandes, dont les réponses sont régies par des équilibres.

L'élément central du syndrome c'est l'inhibition ou l'arrêt du système S.N. → corticostimuline (A.C.T.H.) → II oxycorticostéroïdes (fonction protido-glucidique).

J'ai apporté des preuves indirectes de ce fait. Les preuves directes ne peuvent être données que par *les dosages urinaires d'II oxycorticostéroïdes*, que je n'ai pu faire que dans un cas. Mais il est essentiel de comprendre que *ces recherches n'auront de valeur que si elles sont pratiquées, chez les psoriasiques, tout au début d'une poussée, et avant que le développement de celle-ci ait fait jouer son effet correctement*: on peut prévoir que dans les éruptions bien épanouies, les chiffres se rapprocheront de la normale.

— Bien entendu, il ne s'agit pas d'une insuffisance anatomique, soit de l'hypophyse, soit de la surrénale, mais d'une baisse fonctionnelle. Les épreuves de jeûne nous l'ont déjà indiqué. *L'épreuve de Thorn (injection de 25 mg. d'A.C.T.H.)* amène chez les psoriasiques, comme chez les individus normaux, une chute des lymphocytes et des éosinophiles, et une élévation de l'excrétion urinaire de l'acide urique. *La même épreuve, faite par perfusion intraveineuse d'adrénaline, donne par contre des résultats parfois discordants.* Ceci s'inscrit en faveur d'une intégrité de la cortico-surrénale, et d'un manque de réceptivité ou de réponse de l'hypophyse.

L'inhibition de la fonction protido-glucidique s'accompagne-t-elle d'une modification fonctionnelle des autres hormones corticosurrénales? La désoxycorticostérone (DOCA) ne dépend que très accessoirement de la corticostimuline; mais d'autre part, comme y insiste Lichtwitz, il y a du point de vue du métabolisme chlorosodique antagonisme entre les II oxycorticostéroïdes et la DOCA. Le manque de ceux-là entraîne peut-être parfois dans le psoriasis une prépondérance de celle-ci, d'où la rétention chlorée signalée par certains auteurs (Gaucher, Desmoulières), qui se termine à la fin des poussées par une débacle urinaire. Rappelons enfin que l'administration prolongée de DOCA permet de réaliser une sommation de la fonction protido-glucidique assoupie, notion dont nous verrons l'intérêt du point de vue thérapeutique.

Le problème des androgènes, et de la lutéinostimuline qui les commande, est complexe et diffère chez l'homme et chez la femme. Il sera utile de l'explorer par le dosage des 17 cétostéroïdes.

Dans le bilan hypophysaire, à la baisse de fonction de la corticotrophine s'oppose, nous l'avons vu, l'augmentation des hormones métaboliques, d'où les signes d'allure diabétique, l'augmentation des albumines plasmatiques, le catabolisme accru des lipides.

Les variations des autres stimulines semblent moins importantes et susceptibles de se faire dans des sens opposés: j'ai déjà signalé la possibilité d'une hyperthyroïdie réactionnelle du début des poussées, mais qui ne s'exprime cliniquement que chez un petit nombre de sujets. Il est banal enfin de rappeler que les étapes de la vie génitale chez la femme, par le relai hypophysaire, jouent un rôle évident dans le déclenchement et l'évolution des poussées. *En résumé, le schéma endocrinien de base du psoriasis est constitué essentiellement d'un trouble hypophyso-surrénal avec inhibition de la fonction protido-glucidique,* et *plus accessoirement* de divers troubles d'origine hypophysaire. *La maladie clinique, c'est à dire l'éruption, ne survient qu'ensuite;* elle apparaît comme une parade plus ou moins heureuse à ces troubles primitifs. *C'est une maladie déjà corrigée*: et ceci explique l'état général très satisfaisant le plus souvent des psoriasiques.

4° — *Le propre du terrain psoriasique, de la diathèse parakératosique c'est la labilité acquise, ou transmise héréditairement, de ce système neuro-endocrinien relativement simple.*

Mais ce système est susceptible de réagir aux incitations les plus diverses: psychiques, nerveuses, endocriniennes, humorales, digestives, alimentaires, cutanées (mécaniques par exemple), infectieuses ou toxiniennes, etc... d'où la diversité des causes qui pourront apparaître comme responsable de son dérèglement.

Mais surtout le système S.N. → corticostimuline → II oxycorticostéroïdes n'entre en jeu, chez les individus normaux, que d'une manière irrégulière et intermittente, pour parar à des circonstances exceptionnelles ou à des cas d'urgence: jeûne, défense contre le froid, maladie infectieuse, traumatisme, brûlure, etc... Ce sont là des causes de fragilité: on conçoit en effet facilement que la dysfonction pourra s'établir, soit par « assoupissement » de la fonction normale insuffisamment « entraînée » (au sens sportif du mot), soit au contraire, par « épuisement » lorsque les circonstances lui auront demandé un effort excessif ou trop prolongé. *Le psoriasis est essentiellement une maladie d'adaptation, survenant chez des prédisposés.* Mais il n'est pas complètement impossible de le rencontrer, à titre d'épisode, chez des individus normaux soumis à des conditions exceptionnelles.

Ces notions se trouvent illustrées par l'examen des circonstances qui président habituellement au développement de l'éruption psoriasique, et qui permet de distinguer *des formes étio-pathogéniques* tout à fait différentes les unes des autres: je donne ci-dessous une liste très schématique des plus individualisées de ces formes:

a) Beaucoup de psoriasis jeunes et chez des jeunes se caractérisent par *des poussées saisonnières aiguës,* qui séparent des accalmies ou même des blanchiments complets. Une observation attentive de plusieurs années m'a montré que dans un groupe de malades soumis aux mêmes conditions climatiques mais à des régimes alimentaires différents, *les poussées saisonnières se produisent chaque année à la même époque pour tous les éléments du groupe, mais à des dates différentes d'une année à l'autre;* ces dates correspondent, à quelques jours près, *à une variation d'assez grande amplitude de la température moyenne extérieure.* Les poussées semblent donc traduire la difficulté que les malades éprouvent *à régler leur thermogénèse de réchauffement, à passer de l'état de défense contre le chaud à celui de défense contre le froid, à l'automne, et inversement au printemps.* Dans le 1er cas (poussée automnale) la fonction protido-glucidique s'épuise dans l'effort rapide, important et prolongé qui lui est imposé de fabriquer du néoglucose pour développer les calories nécessaires à la thermogénèse de réchauffement. Dans la poussée printanière, la fonction s'assoupit au contraire au moment où le réchauffement extérieur ne lui demande plus d'effort permanent: elle ne répond plus aux légères incitations quotidiennes, qui lui viennent soit de faibles variations thermiques extérieures, soit des courtes périodes de jeûne qui séparent

les repas. Dans ces cas, il s'agit primitivement d'une dysfonction du système cortico-stimuline-II oxycorticostéroïdes, les troubles métaboliques hypophysaires n'apparaissent que comme des réactions secondaires.

Notons enfin qu'en vieillissant, ces psoriasis primitivement à poussées franches, se stabilisent et s'abâtardissent: il se fait un compromis entre la dysfonction protido-glucidique chroniquement renouvelée et l'éruption qui la corrige. D'autres causes de dysfonction interviennent. Finalement l'éruption persiste indéfiniment et n'est plus soumise qu'à des fluctuations limitées.

b) D'autres psoriasiques, à la vérité peu nombreux, se présentent comme étant primitivement *des hypophysaires constitutionnels* (acromégalie fruste — selle turcique élargie...) Le trouble protido-glucidique apparaît chez eux comme secondaire; il constitue, chez des prédisposés, une réaction à l'hyperfonctionnement des hormones somatotropes et en particulier à l'hyperglycémie hypophysaire, mais n'en réalise pas moins les conditions humorales et tissulaires qui permettent l'éruption. Cette éruption, bien que soumise aux mêmes facteurs extérieurs, présente d'emblée une stabilité beaucoup plus grande.

c) Divers déséquilibres endocriniens sont susceptibles de déclencher des psoriasis, par le mécanisme d'une bouffée d'hyperpituitarisme retentissant secondairement sur une fonction protido-glucidique particulièrement fragile. Ainsi en est-il des cas fréquents de *psoriasis féminins*, dont les poussées sont centrées *sur les épisodes de la vie génitale*. Ces cas ressortent de mécanismes complexes et divers, auxquels je consacrerai plus tard une étude spéciale et détaillée.

d) Dans un ordre d'idées différent, on est en droit d'individualiser des *psoriasis d'origine alimentaire*, psoriasis de l'après quarantaine chez des surnourris habituels, chez de gros mangeurs impénitents. Certains de ces psoriasis avaient disparu en France pendant la période d'occupation, qui ont reparu depuis. Il est vraisemblable que la surcharge alimentaire habituelle peut à elle toute seule, à la suite d'une exaltation prolongée des fonctions métaboliques hypophysaires, déterminer par voie de balancement un assoupissement du système corticostimuline-II oxycorticostéroïdes. Chez d'autres malades, assez voisins de ceux-ci, la dysfonction hypophyso-surrénale semble relever d'un mécanisme plus complexe où interviennent précocement, sinon primitivement, *des insuffisances de parenchymes digestifs et en particulier du pancréas et du foie*. Ces cas complexes et intéressants nécessiteront, eux aussi, une étude spéciale.

e) Rappelons enfin les psoriasis manifestement secondaires à des troubles psychiques, *surtout à des émotions*, ou à des affections nerveuses (encéphalites, poliomyélites...)

Tels sont, ramassés dans une liste volontairement restreinte, les principaux types étiopathogéniques du psoriasis. On voit qu'*ils sont tous reliés par le même trouble fondamental de la fonction protido-glucidique.*

5° — *Le psoriasis*, maladie d'adaptation par insuffisance prodito-glucidique, *s'opposerait* donc, dans son déterminisme, à *certaines hypertensions artérielles essentielles*, qui, selon la conception de Selye, seraient des maladies d'adaptation par hyperfonction cortico-surrénale (l'élément tensionnel relevant d'un excès de sécrétion de DOCA) — L'observation clinique semble confirmer ce point de vue: sur un grand nombre de psoriasiques je n'ai jamais rencontré un seul hypertendu vrai. Point de vue très intéressant, car il plaiderait en faveur de l'innocuité, chez les psoriasiques, d'un traitement prolongé par la DOCA.

Le psoriasis s'opposerait aussi, dans certains de ses modes d'expression, au syndrome de Cushing: *les vergetures de Cushing*, signatures cutanées d'un catabolisme protidique exagéré, *seraient les lésions inverses, les négatifs en quelque sorte, des éléments psoriasiques*, qui traduisent au contraire un catabolisme protidique insuffisant. Seule diffère la topographie des lésions, déterminée dans le Cushing par les lignes de moindre résistance

de la peau, dans le psoriasis au contraire par des facteurs vasculaires ou externes.

Pouvons-nous penser que le foyer psoriasique est la conséquence directe du trouble métabolique? C'est poser en réalité plusieurs questions, auxquelles il n'est pas commode de répondre:

On peut imaginer que la lésion psoriasique succède directement et par voie de conséquence aux modifications circulatoires périphériques, à cette atonie des capillaires, sur laquelle insistait Unna, et qui, nous l'avons vu, s'associe à l'hypersympathicotonie artériolaire, elle-même consécutive au trouble glucidique. A ce trouble circulatoire peut s'associer une réaction du système réticulo-endothélial cutané. En faveur d'une pathogénie circulatoire plaident l'aspect de début des lésions psoriasiques, et l'essaimage de ces lésions dans les formes généralisées à éléments multiples.

Mais d'autre part, des facteurs externes mécaniques, traumatiques, irritatifs jouent un rôle dans la localisation des éléments: telle est la signification du signe de Köbner.

Faut-il mettre au nombre de ces facteurs l'attaque directe ou indirecte du revêtement cutané par certains agents animés (micro-organismes, virus, mycéliums) ou par leurs produits diffusibles qui créeraient une excitation psoriasigène? Ce n'est pas impossible. Mais aucune démonstration n'a été apportée que ce mécanisme était habituel. En particulier, la réalité du signe de Köbner enlève toute valeur aux intradermo réactions de Jausion. De même, les résultats favorables, d'ailleurs très inconstants, obtenus par les clasines n'apportent aucune signature de spécificité: comme nous le verrons, l'introduction dans l'organisme, selon certaines modalités, des lysats de protéines ou des extraits d'organes les plus divers, donne les mêmes résultats, tout simplement parce qu'elle crée un syndrome d'alarme non spécifique et qu'elle « somme » la fonction protido-glucidique.

Quant à l'hypothèse; psoriasis maladie infectieuse ou maladie à virus, elle ne s'oppose nullement au mécanisme pathogénique que nous venons d'exposer: encore faudrait-il en apporter des preuves.

*
* *

Conclusion

Le psoriasis nous apparaît comme une « maladie d'adaptation » survenant, chez des prédisposés, dans diverses circonstances, et en particulier à l'occasion des variations saisonnières de la température moyenne extérieure. Il est caractérisé primitivement par une inhibition de la fonction protido-glucidique. Le développement de l'éruption apporte à ce trouble primitif une correction relative, compatible avec le maintien d'un bon état général. On peut retenir comme hypothèse vraisemblable que le métabolisme oxydatif des efflorescences psoriasiques permet la formation de substances voisines au point de vue fonctionnel des II oxycorticostéroïdes.

Dans une note qui paraîtra ultérieurement, nous examinerons le problème thérapeutique du psoriasis et nous montrerons que les solutions correctes de ce problème ne consistent pas à apporter artificiellement aux malades les substances hormonales qu'ils ne secrètent pas; mais, au contraire, à stimuler par des moyens appropriés la fonction protido-glucidique inhibée, puis à l'entraîner comme on entraîne un sportif.

BIBLIOGRAPHIE

H. W. BARBER: *Brit. J. Derm. Syph.*, **42**: 500, 1930.
IXe Cong. Int. Dermat., **11**: 655, 1935.
Proc. Roy. Soc. Med., **31**: 705.
Practitioner, **156**: 341, 1946.
Brit. Med. Journ., 28 janvier 1950.

J. CHARPY: *Bull. Soc. Fr. Dermat*, séance Lyon, 19 avril 1945.
Ann. Dermat. Syph., (mars-avril) 1945, nos. 3-4, 107.
Bull. Soc. Fr. Derm. (novembre-décembre) 1949, no 5, 460.
La Presse Médicale, (18 mars) no 17, p. 283, 1950.

CHIALE: *Giorn. Ital. di Derm. e Syfilol.*, (octobre) p. 1209, 1933.

Giorn. Ital. di Derm. e Syfilol, (février) **75**: 341, 1934.

DESAUX, GOIFFON et PRETET: *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,* 50, 1940.

FERRARI: *Il Dermosif,* (11 novembre) p. 605, 1932.

GESLER, GANZ et FISCHER: Cité par Darier *in Nouvelle Prat. Dermat.,* **1**: 157.

Th. GRUNEBERG: *Arch. F. derm. u. Syph.,* **168**: 133, 1933.
Arch. F. derm. u. Syph., **170**: 1, 1935.
Arch. F. derm. u. Syph., **175**: 638-661, 1937.

GRUTZ: IXe Congrès Internat. Dermat. Budapest, **11**: 652.

HURIEZ et LEBORGNE: *Paris Méd.,* (7 février) no 5, p. 53, 1946.

JOLTRAIN: *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,* (juillet) no 7, 1051-1061, 1936.

KISSMEYER, S. CHROM et JACOBSEN: IXe Congrès Intern. Derm. Budapest, **1**: 282, 1935. **2**: 169, 1935.

MACHEBOEUF: *Exp. ann. Bioch. Méd.,* (5e série) p. 71-104, 1945. Masson.

MANGANOTTI: *Il Dermosif,* **14**: 613, 1939.

MARQUARDT: *Derm. Wochensch.,* **99**: 1475, 1934.

NANTA et BAZEX: *Ann. Derm. Syph.,* nos 7-8, 206-221, 1943.

PULAY: *Bull. Soc. Fr. Derm.,* (juillet) no 7, 1508-1522, 1936.

RAVAUT, BITH et DUCOURTIOUX: *Bull. Soc. Derm. Syph.,* p. 99, 1926.

Jun. RIEHL: *Arch. f. Derm. Syph.,* **177**: 252, 1936.

REISS: *Derm. Wchschr.,* **105**: 1418, 1937.
Arch. Dermat. et Syph., **59**: 78-85, 1949.

SARTORY, HUFFSCHMIDT et MEYER: *Bull. Acad. Med.,* **119**: 333-342.

H. SELYE: *Endocrinology,* **21**: 169, 1937.
J. Endocrinol., **1**: 208, 1939.
Ann. Endocrinol., **7**: no 5 et 6, 1946.

G. W. THORN, L. L. ENGEL et R. A. LEWIS: *Science,* **94**: 348, 1941.

TOURAINE: *Bull. Soc. Fr. Derm.,* (8 janvier), p. 33, 1942.

VENTURI: *Il Dermosif,* (13 juin) p. 335, 1938.

RECUEIL DE FAITS

UN CAS D'EMBOLIE VEINEUSE PÉNICILLINIQUE

Henri SMITH,
Chef du Service de Dermato-syphiligraphie de l'Hôpital Général de Verdun (Montréal).

Au cours d'une injection intrafessière de pénicilline en suspension huileuse, il peut arriver que le médicament destiné au muscle pénètre dans une petite veine. Il en résulte une embolie qui peut avoir des conséquences plus ou moins graves.

Cet accident de la pénicillinothérapie est relativement rare. Personnellement, le cas qui fait l'objet du présent article est le seul que nous ayons jamais vu.

Observation.

Yvon M..., âgé de 11 mois, est admis dans le service de pédiatrie de l'hôpital Général de Verdun le 28 novembre 1949 pour une éruption cutanée douloureuse et étendue.

L'affection a débuté 7 jours plus tôt, peu de temps après une injection intrafessière de pénicilline en suspension dans l'huile d'arachide. Nous n'avons aucun détail supplémentaire sur les circonstances d'apparition de la maladie.

A l'examen, que nous faisons à la demande du Dr R. Archambault, nous trouvons une vingtaine de nodosités dermo-hypodermiques disséminées sans ordre sur le tronc et les membres.

Certaines de ces nodosités sont à peine visibles mais la palpation permet de les percevoir facilement. D'autres, plus volumineuses, sont recouvertes d'un épiderme rouge sombre et font une saillie assez marquée sur le tégument. Trois d'entre elles sont nécrosées et ulcérées.

Les nodosités sont douloureuses au toucher. L'enfant est pâle, agité, et il s'alimente difficilement. La température est à 102°F.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants:

Urines: fortes traces d'albumine.
Présence de cylindres granuleux et d'acide urique.

Sang: G. R. 3 500 000
G. B. 12 250
Hémoglobine 60%
Lymphocytes 42%
Monocytes 97%
Hémoculture négative
B. W. négatif

Radiographie pulmonaire: image normale.

Frottis d'une nodosité ulcérée: « présence d'un corps huileux » (Dr Beaulieu)

Biopsie d'une nodosité non ulcérée: « on remarque un épithélium festonné, un derme et un hypoderme où le tissu graisseux est dissocié par des amas polymorphes d'éléments inflammatoires où prédominent les éléments fixes; on y remarque en plus de nombreux capillaires turgescents, congestionnés ». (Dr Beaulieu).

Sous l'effet du traitement, qui est purement symptomatique, la fièvre descend en lysis, les ulcérations se cicatrisent et les nodosités perdent peu à peu de leur sensibilité, tout en diminuant de volume.

Un mois après le début de la maladie l'enfant est en bonne voie de guérison et il peut quitter l'hôpital.

*
* *

Nous croyons que l'injection de pénicilline que le petit malade a reçue dans la fesse une semaine avant que nous le voyions pour la première fois a pénétré accidentellement dans une veine. De là les nodosités à la peau qui ne sont que la traduction clinique de multiples embolies huileuses.

On peut penser un moment à une éruption d'érythème noueux. Mais l'âge du malade, les ulcérations observées au niveau de 3 nodosités et la présence d'un corps huileux que nous révèle le laboratoire s'opposent à ce diagnostic.

Il ne peut s'agir d'embolie artérielle, qui, elle, se présente avec des symptômes tout à fait différents: douleur intense au niveau de l'injection, gonflement de la fesse, dermite livédoïde, etc.

On ne peut retenir non plus le diagnostic de granulomes métastasiques à la suite d'un éléidome: ces tumeurs n'apparaissent que plusieurs mois ou plusieurs années après une injection huileuse.

Quant aux nodosités sub-aiguës et chroniques: érythème induré de Bazin, sarcoïdes, gommes, etc., elles se distinguent de celles observées chez notre malade par leur allure torpide et la lenteur de leur évolution.

Les embolies huileuses observées à la suite d'une injection intrafessière sont souvent la conséquence d'une faute de technique; mais elles peuvent survenir même si on enfonce l'aiguille seule et qu'on s'assure de l'absence complète d'hémorragie avant de procéder à l'injection.

Il peut arriver, par exemple, que l'injection commencée dans le muscle se termine dans un vaisseau sanguin; soit parce que l'opérateur a inconsciemment enfoncé davantage l'aiguille en poussant l'injection, soit par suite d'un léger mouvement du malade au cours de l'opération.

Il n'est même pas besoin que l'injection soit faite directement dans un vaisseau; Barthélemy a montré, à propos des embolies artérielles bismuthiques, qu'elle pouvait y pénétrer secondairement, dans les quelques heures ou jours qui suivent, par un mécanisme mal élucidé. Certains auteurs invoquent une simple paralysie sympathique d'origine réflexe.

Nous devons donc considérer ces embolies pénicilliniques, bismuthiques ou autres comme des accidents imprévisibles; ceci est important au point de vue médico-légal.

LA GROSSESSE ECTOPIQUE ITÉRATIVE[1]

Jacques GAUTHIER,
Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Parmi les syndromes abdominaux rencontrés en gynécologie, un des plus fréquents est celui de la grossesse ectopique, mais la grossesse ectopique itérative est beaucoup plus rare; elle survient dans les 12 à 15% des cas déjà opérés pour grossesse ectopique, tandis que 47% de ces patientes ont des grossesses intra-utérines normales par la suite. Le cas suivant en est un exemple classique.

Observation.

« Madame M.P., 31 ans, secondipare, se présente à la consultation pour douleur abdominale basse intermittente, avec sensation de malaises à la défécation et étourdissements fréquents depuis environ quinze jours — d'après son témoignage, les menstruations sont survenues après quelques jours de retard et elles se prolongent, mais en plus petite quantité que d'ordinaire.

Dans les antécédents, nous retrouvons une salpingo-ovariectomie droite antérieure pour grossesse tubaire rupturée il y a deux ans environ.

L'examen abdominal révèle une douleur à la fosse iliaque gauche, sans défense muscu-

1. Communication à la réunion scientifique du 25 mai 1950, du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame.

laire et, au toucher vaginal, le corps utérin augmente de volume et, bosselé, est refoulé par une masse annexielle gauche peu mobile et douloureuse — le cul-de-sac postérieur est rémittent et très douloureux.

La ponction du cul-de-sac postérieur retire une petite quantité de sang.

L'opération pratiquée vingt-quatre heures plus tard révèle un hermato-salpynx gauche avec caillots sanguins dans le petit bassin. L'hystérectomie totale est pratiquée avec salpingo-ovariectomie gauche car l'utérus est porteur de plusieurs noyaux fibreux. »

*
* *

Primerose fut le premier auteur à décrire ce syndrome et déjà, en 1872, Parry en rapportait 8 cas et, en 1901, Pestalozza 111 cas.

De nos jours, avec la fréquence des interventions abdominales, la grossesse ectopique itérative n'est plus une entité clinique si rare. En effet, les patientes qui ont présenté une grossesse ectopique sont moins fécondes que normalement et elles sont exposées à la répétition de ce syndrome, car l'étiologie du second accident est ordinairement la même en cause. Sampson et Smith prétendent même qu'en présence d'une grossesse ectopique, une intervention majeure devrait être pratiquée pour prévenir toute répétition dans l'autre trompe.

La grossesse ectopique primaire ou itérative présente évidemment les mêmes caractéristiques et en voici un résumé avec quelques constatations personnelles.

Nous pouvons définir la grossesse ectopique, une grossesse où l'œuf se développe en dehors de la cavité utérine. L'œuf fécondé peut s'arrêter en différents points de sa route et ainsi nous aurons soit une grossesse ovarienne, si le développement se fait dans le follicule de De Graaf ou dans le stroma ovarien, soit une grossesse abdominale primaire par chute de l'œuf au moment de la rupture du follicule de De Graaf ou, secondaire par avortement tubo-abdominal, soit une grossesse tubaire par développement de l'œuf dans une portion de la trompe — c'est la variété la plus fréquente — plus de 90% des cas, d'après les auteurs français. Nous devons avouer immédiatement que notre expérience personnelle se limite à cette variété et que les cas présentés plus loin sont tous des cas de grossesses tubaires itératives rupturées ou non.

D'après Novak, la grossesse ectopique survient une fois sur 200 cas de grossesse et au début, elle ne cause que des troubles pelviens vagues, d'où erreur de diagnostic facile avec l'avortement ou la salpingite.

ÉTIOLOGIE

Dans la grossesse tubaire, il y a 2 facteurs en cause: un premier facteur qui retarde ou empêche le passage de l'œuf à la cavité utérine, comme une salpingite chronique, telle que la salpintige folliculaire, ou comme des anomalies congénitales de la trompe, ou encore des occlusions partielles de la trompe par adhérences ou tumeur en dehors de la trompe et un deuxième facteur qui favorise l'implantation de l'œuf dans la muqueuse tubaire; car dans certains cas, des régions typiques d'endomètre ont été retrouvées dans la trompe — ce deuxième facteur est plus rare, mais il est certainement en cause dans certains cas.

PATHOLOGIE

Au point de vue pathologie, nous savons que l'œuf en s'implantant dans la muqueuse tubaire la modifie un peu comme un endomètre gravide et qu'il présente ses deux enveloppes habituelles, le chorion et l'amnios. Quant à la caduque utérine, elle est ici remplacée par la paroi tubaire qui n'est pas préparée à cette fonction, d'où cause d'accident futur. En effet au contact du chorion, les tissus maternels deviennent très vasculaires et présentent de véritables villosités qui s'enchevêtrent avec les villosités choriales. Par la suite ces villosités choriales pénètrent comme des vrilles dans la paroi tubaire et dans ses vaisseaux et comme elles sont mal nourries, elles s'atrophient et se rétractent, d'où hémorragies par les vaisseaux maternels entre la paroi tubaire et l'œuf.

Ces hémorragies amènent la terminaison de la grossesse tubaire, sous trois éventualités: 1° — c'est l'avortement tubaire par décollement de l'œuf et passage de celui-ci dans la cavité abdominale par le pavillon de la trompe et, ici, il se produit une hématocèle pelvienne plus ou moins considérable et même parfois une inondation péritonéale; 2° — c'est l'hématosalpynx, lorsque que le pavillon de la trompe est obturé et que l'épanchement intra-tubaire se fait par poussées successives et alors nous rencontrons un kyste hématique plus ou moins volumineux; 3° — c'est la rupture tubaire avec soit le syndrome classique de l'inondation péritonéale, soit l'hématocèle pelvienne si l'hémorragie est moins considérable.

DIAGNOSTIC

Nous devons l'étudier avant et après la rupture tubaire.

AVANT LA RUPTURE

Les deux symptômes habituels sont l'irrégularité menstruelle et les douleurs abdominales. L'irrégularité mentruelle se manifeste soit par un retard des règles, soit par une arrivée prématurée des règles — ce sont des règles qui sont modifiées dans leur qualité, leur quantité, leur apparition et leur durée.

Quant à la douleur, elle se manifeste sous forme de crampe abdominale, avec irradiations lointaines surtout — elle est plus ou moins forte et apparaît avec un rythme irrégulier.

A l'examen de la patiente, l'abdomen est ordinairement souple et seule la palpation profonde provoque une douleur — le col est fermé, peu ramolli — le corps utérin est augmenté de volume, ramolli — le toucher du cul-de-sac latéral révèle alors une petite masse annexielle, douloureuse.

Ce sont ordinairement les seuls signes rencontrés et alors le diagnostic n'est pas facile. Nous pouvons nous aider par la réaction de Friedman qui est alors positive, et par une numération globulaire qui montre une légère leucocytose. — Certains auteurs ont préconisé un curetage biopsie, mais il est de peu de valeur, car l'endomètre présente alors un aspect décidual sans villosités choriales et il y a surtout danger d'interrompre une grossesse normale.

APRÈS LA RUPTURE

Nous retrouvons d'abord les deux symptômes mentionnés plus haut, l'irrégularité menstruelle et la douleur.

La douleur est ici très vive et ordinairement est accompagnée de lipothymie. Nous avons tous les symptômes d'hémorragies graves; pâleur des téguments, sueurs froides, vertiges, pouls filant, chute de la T.A.

Ceci c'est le grand drame de rupture tubaire et inondation péritonéale massive mais très souvent ces symptômes sont moins prononcés et entrent dans l'ordre après quelque temps et alors nous avons affaire à l'hématocèle pelvienne qui se constitue par poussées successives et c'est ordinairement à ce stade que nous voyons les patientes.

A ce moment, l'interrogatoire révèle des crises abdominales répétées, avec lipothymie ou simplement, tendance à la lipothymie, des écoulements sanguins irréguliers. A l'examen, nous trouvons une patiente plus ou moins pâle, un abdomen douloureux à la palpation, mais toujours sans défense musculaire, et le toucher vaginal nous révèle un symptôme qui, à mon sens, est le plus important, c'est une douleur exquise du cul-de-sac postérieur, ou cri du Douglas, qui traduit invariablement la présence de sang dans l'espace rétro-utérin. Il y a deux autres symptômes mentionnés par la plupart des auteurs: le premier est le signe de Cullen qui a décrit une teinte bleu-noir de la région ombilicale dans les cas d'épanchements sanguins de l'abdomen et le deuxième, c'est la douleur tardive élevée — c'est une douleur qui se manifeste aux régions sus-ombilicales quelques heures après la crise initiale — elle serait causée par l'irritation du nerf phrénique. Il y a un autre moyen de diagnostic qui, à mon sens, peut nous fournir beaucoup plus de renseignements que ces deux derniers signes, c'est la ponction du cul-de-sac postérieur qui ramènera une quantité plus ou moins consi-

dérable de sang dans les cas d'épanchement sanguin intrapéritonéal. Après cette revue rapide des symptômes classiques de la grossesse tubaire, nous nous permettrons de vous exposer nos constatations sur 10 cas de ce syndrome abdominal que nous avons eu l'occasion de traiter depuis environ deux ans.

L'âge de ces patientes a varié de 22 à 44 ans, avec la majorité dans la troisième décade. Deux de ces patientes présentaient un hématosalpynx et ici la réaction de Friedman fut positive dans un cas et négative dans l'autre. Les autres présentaient une hématocèle pelvienne et une seule de ces dernières, le syndrome classique d'inondation péritonéale massive et brutale d'emblée avec une chute globulaire à 1 300 000 globules rouges. La réaction de Friedman fut positive dans la moitié de ces derniers cas. Les globules rouges ont varié avec les cas de 1 300 000 à 3 500 000 et l'anémie était aussi considérable pour les cas d'hématosalpynx que pour ceux d'hématocèles pelviennes.

Une seule de ces patientes avait une leucocytose à 26 000 globules blancs et la leucocytose s'établissait entre 10 et 13 000 globules blancs pour les autres patientes.

La sédimentation globulaire (méthode de Cutler), n'a jamais dépassé 20 millimètres en 60 minutes. Quant aux symptômes subjectifs, toutes ces patientes accusaient des douleurs abdominales sous forme de crampes — chez deux patientes, nous avons retrouvé une aménorrhée d'un mois ou plus et chez les 8 autres, c'était plutôt des règles avancées ou des irrégularités quant à la quantité et à la durée.

A l'examen, aucune de ces patientes ne présentait de défense musculaire, mais le toucher vaginal nous a révélé la douleur exquise du Douglas chez huit patientes, et la ponction de ce cul-de-sac a ramené du sang chez ces huit patientes.

Conclusions.

1. — Nous avons traité dix cas de grossesse ectopique itérative qui se sont présentés avec des symptômes variés.

2. — Aucune de ces patientes ne présentait tous les signes classiques.

3. — Le diagnostic fut posé en se basant: a) surtout sur l'irrégularité menstruelle et non sur le retard des règles; b) sur la sensibilité exquise du cul-de-sac de Douglas; c) sur la ponction du cul-de-sac postérieur.

Nous continuerons à employer les méthodes de laboratoires, telles que la réaction de Friedman et autres, car elles éclairent souvent les cas obscurs, mais nous croyons qu'ordinairement un interrogatoire détaillé de l'histoire menstruelle antérieure à la crise et un examen vaginal attentif peuvent faire poser ce diagnostic de grossesse ectopique et par suite la guérison de ce syndrome abdominal si tragique lorsqu'il est méconnu.

ABSENCE CONGÉNITALE DE L'UTÉRUS ET DES ORGANES ANNEXES

Présentation d'une malade.

Ulysse FORGET (Warren, R. I.).

Un relevé de la littérature médicale depuis 1900 jusqu'à 1949 inclusivement, démontre qu'on a publié 80 cas d'absence congénitale de l'utérus avec ou sans absence de l'un ou de tous les organes annexes. Sur ce nombre, il n'y eut que neuf malades chez qui l'utérus et les organes annexes étaient absents. Cette compilation fut faite par Madame David C. DeJong, bibliothécaire de la Rhode Island Medical Society. Le cas présent est celui d'une jeune fille de 24 ans.

Observation

Histoire de famille. — Les grands-parents paternels sont morts à l'âge de 82 ans. Ils ont eu 12 enfants. Du côté maternel, le grand-père est mort à l'âge de 75 ans, des suites d'une gangrène d'un pied. La grand'mère est morte à l'âge de 65 ans. Leur famille comptait six enfants. Le père est un alcoolique chronique. Il est âgé de 68 ans et travaille comme journalier. La mère est âgée de 69 ans et a travaillé à l'usine toute sa vie, tout en élevant ses enfants. Ils sont relativement en bonne santé tous les deux. Ils ont eu 21 enfants. Douze sont morts en bas âge: onze sont morts de « convulsions » et un est mort des complications de la rougeole. La famille actuelle se compose de neuf enfants: cinq filles et quatre garçons. Parmi les filles deux ont des enfants et deux sont sans enfant. L'une des filles possède des talents très limités, mais elle peut tout de même gagner sa vie à l'usine. Le cadet des garçons est un microcéphale. il ne peut pas avoir d'emploi régulier.

Histoire personnelle. — Mlle I.Y. est une jeune fille de 24 ans. Son intelligence est à peu près celle de la moyenne de la population. Elle a fait sa dixième année scolaire. Elle avait alors 16 ans et elle quitta l'école pour entrer à l'usine. Sa santé fut toujours bonne, exception faite d'une aménorrhée persistante, pour laquelle je fut consulté en 1942. Ce qui me frappa surtout chez cette patiente, c'est l'apparence infantile de son physique. Elle

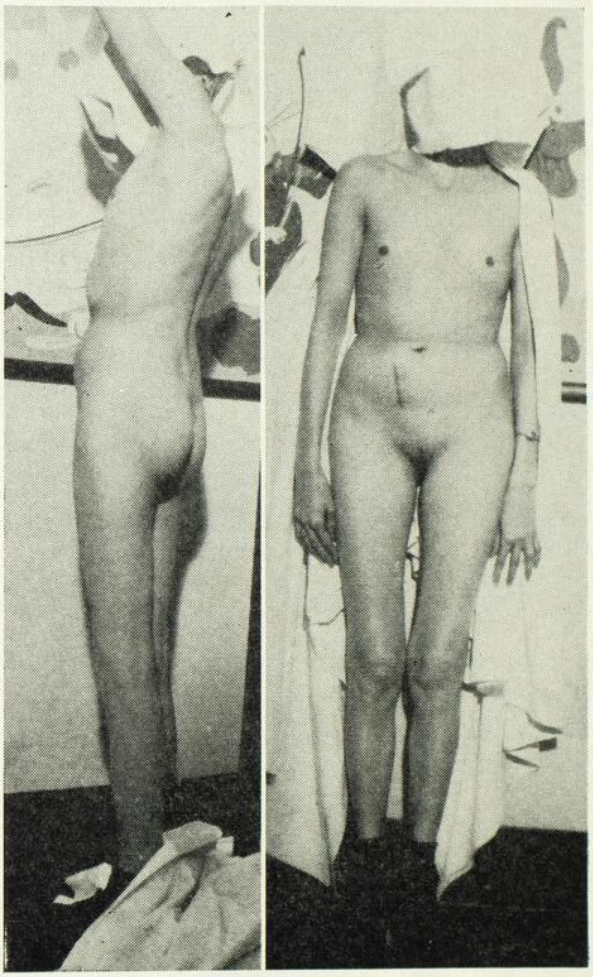


Fig. 1. — Absence congénitale de l'utérus et des organes annexes: vue de profil.
Fig. 2. — Absence congénitale de l'utérus et des organes annexes: vue de face.

avait alors 17 ans, et voici les différentes mesures de son corps: poids, 78 livres; taille, 59 pouces; poitrine, 27 pouces; ceinture, 25 pouces; hanches, 29 pouces. Elle avait des seins rudimentaires et une absence complète de poils

aux aisselles et au pubis. L'examen vaginal ne fut pas fait. Elle eut comme traitement, 15 injections d'Antuitrin-S de Parke-Davis et 10 injections de Progesterone (Upjohn) sans aucun résultat.

En mars 1950, je suis appelé d'urgence pour la voir. Cette fois, elle souffre d'une douleur aiguë à la fosse iliaque droite avec vomissements et élévation des globules blancs. C'est une crise d'appendicite, et il faut opérer. L'intervention chirurgicale nous donne un appendice œdématié. Une fois l'opération terminée, nous en profitons pour faire une exploration du bassin. Ce dernier est libre et il n'y a aucune trace d'organes génitaux internes. C'est à peine s'il y a une petite bande fibreuse qui pourrait être un vestige des ligaments larges. Donc, absence complète de l'utérus, des ovaires et des trompes. Les organes externes ne présentent aucun caractère d'organes mâles. La vulve est petite, mais normale d'apparence. Le vagin est aussi petit; ses parois sont un peu épaisses et luisantes comme du tissu fibreux. La convalescence fut normale.

Je présente deux photographies de cette patiente afin de bien montrer son aspect physique. Quand elle reprit son travail, deux mois après l'opération, les mesures de son corps étaient comme suit: poids, 85 livres; taille, 59 pouces; poitrine, 31 pouces; ceinture, 25 pouces; hanches, 29 pouces. Ce qui diffère peu des mesures prises il y a huit ans.

La présentation de cette malade me fut possible, grâce à la coopération de Madame David C. DeJong, de Providence, R. I., et celle du docteur William Boudreau, chirurgien de Fall River, Mass.

MONOPLÉGIE SUPÉRIEURE ET PROTHÈSE

G. GINGRAS et **Kay BRADY**,
Section de physiatrie, hôpital Pasteur (Montréal).

Partant du principe: « qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil », les auteurs de cet article n'ont nullement l'intention de réclamer un droit d'auteur. Il s'agit tout simplement de présenter au public médical une prothèse qui présente certains avantages et qui ne semble pas avoir été utilisée jusqu'à date, du moins au Canada.

Nous avons dessein d'employer cet appareil, avec certaines modifications, dans les hémiplégies, les diplégies traumatiques, certains cas de sclérose en plaque ou de lésions périphériques nerveuses. Jusqu'à présent, nous avons observé, chez les cas présentant une monoplégie ou parésie supérieure, l'emploi d'un appareil (airplaine splint) qui maintient le bras en abduction, le coude fléchi et l'avant-bras en pronation. Cet appareil a l'avantage de maintenir l'équilibre vertébral, mais il a le don d'être extrêmement disgracieux et il nous semble presqu'impossible que le patient puisse réintégrer la société, poursuivre ses activités ou obtenir de l'emploi, affublé d'un appareil aussi embarrassant.

Observation.

Le cas que nous présentons (J.G.Q., 9 ans) fut admis à l'hôpital Pasteur au cours de la récente épidémie de poliomyélite.

A l'admission nous constatons une diplégie supérieure, une parésie des intercostaux et des abdominaux et une monoparésie inférieure droite. Le malade a été hospitalisé cinq mois, au cours desquels il a été soumis à un programme de rééducation musculaire intense. Tout est entré graduellement dans l'ordre, sauf une monoparésie supérieure droite qui semble définitive. Il existe cependant un résidu de contraction au niveau du fléchisseur du carpe, des extenseurs des doigts et du fléchisseur du pouce. Nous insistons sur le terme parésie à cause des contractions résiduelles que nous avons notées plus haut.

Après consultation avec le prothésiste, nous avons recommandé un appareil très simple fait de deux gouttières métalliques recouvertes de cuir et placées à angle droit. La gouttière verticale reçoit la région tricipitale alors que l'horizontale soutient la face postérieure de l'avant-bras. Le coude est donc fléchi à 90°

L'appareil est maintenu en place au moyen de courroies semi-élastiques. L'une s'insère sur le bord interne de la gouttière de l'avant-bras,

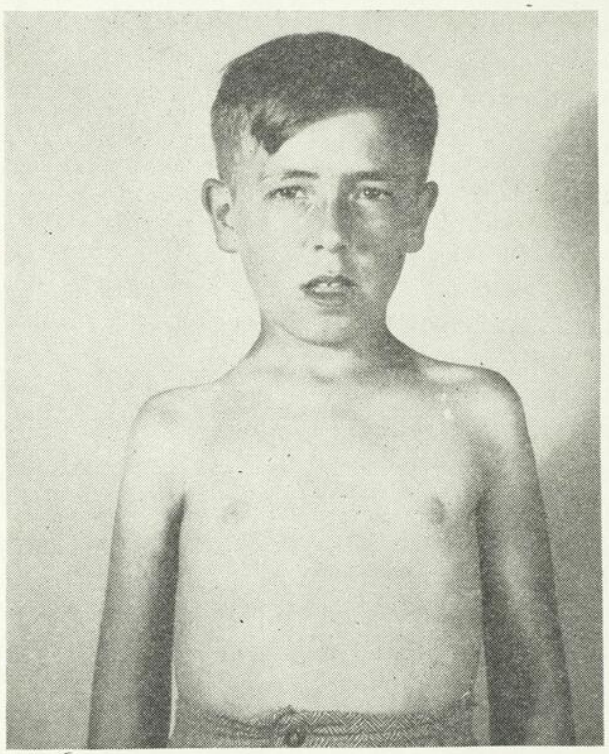


Fig. 1. — On note une atrophie considérable du deltoïde et du grand pectoral.

l'autre à la face postérieure et au sommet de la gouttière brachiale. Elles se joignent au tiers externe de la clavicule pour se séparer à nouveau et encercler le thorax.

Cependant, vu l'état parétique du fléchisseur du carpe, nous avons proposé d'immobiliser le poignet au moyen d'une courroie circulaire attachée à la gouttière de l'avant-bras. Ce dispositif permet, comme chacun sait, une flexion artificielle des doigts; il permet aussi au patient de passer certains objets de la main gauche dans la main droite et inversement et de porter ces objets.

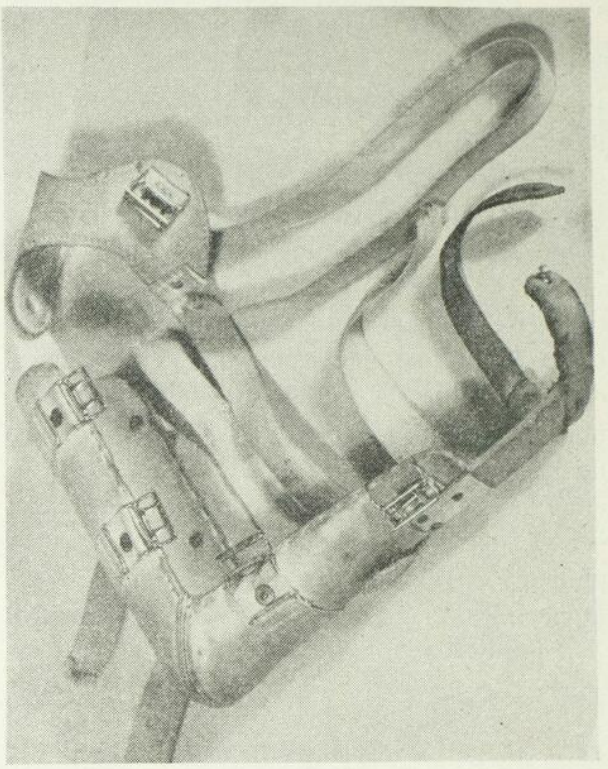


Fig. 2. — Les deux gouttières destinées à immobiliser le bras et l'avant-bras. Quatre courroies maintiennent le bras et l'avant-bras immobilisés.

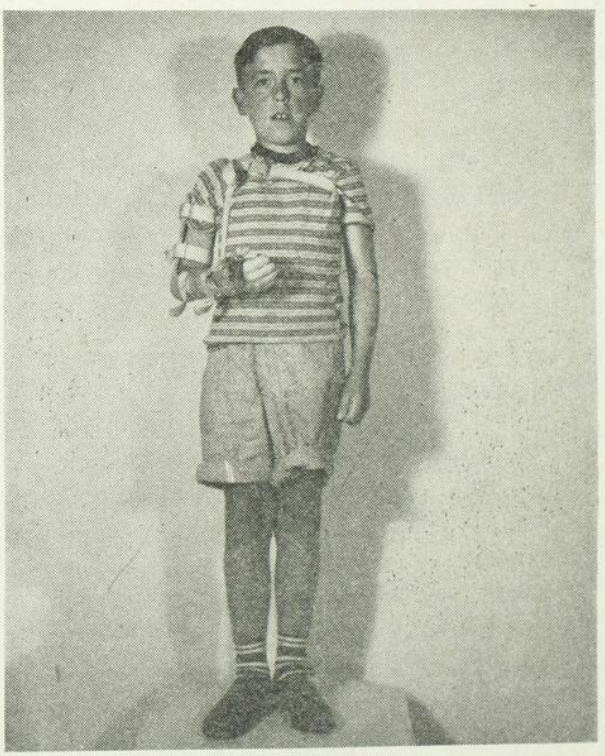


Fig. 3. — Le bras est en adduction, l'avant-bras est en contact avec le bord inférieur du thorax.

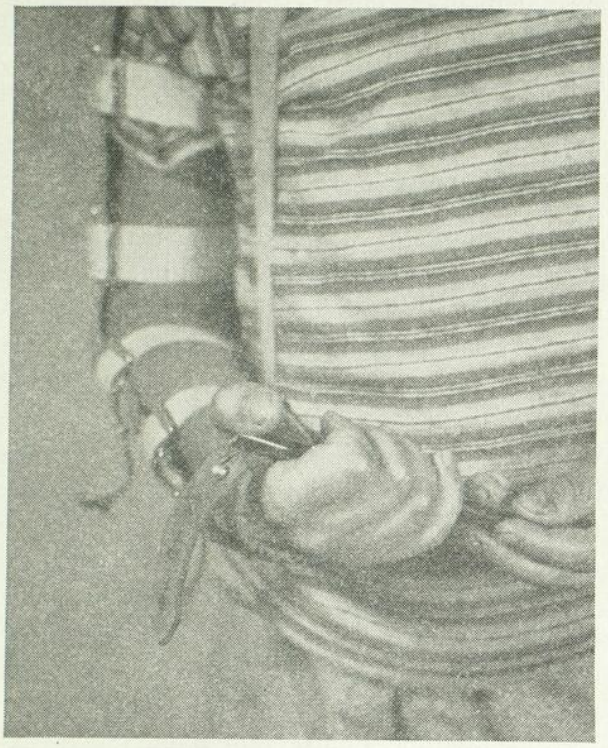


Fig. 4. — Le patient démontre de quelle façon il peut passer certains objets de la main gauche dans la main droite. Noter la courroie d'immobilisation du poignet.

Le malade peut enlever et appliquer sa prothèse seul et dans un temps relativement très court. Nous l'avons présenté plusieurs fois et il a démontré chaque fois qu'il lui était aisé de mettre et d'enlever son veston sans aide.

Nous gardons ce malade et trois autres, porteurs d'appareils identiques, sous observation à la clinique externe. Cependant ces enfants ont repris leurs études et il est intéressant de noter qu'en maintes circonstances leur infirmité n'a pas été remarquée du public.

Certaines modifications seront apportées plus tard; ainsi l'entretien serait grandement facilité si l'appareil était de plastique ou de « celastic ».

De même, certains changements pourraient être apportés selon les cas. En présence de contractions du biceps ou du brachial antérieur, on pourrait recommander l'usage d'une charnière au coude avec cran d'arrêt, à 90 degrés, permettant ainsi la flexion. L'emploi d'une charnière et de ressorts serait indiqué en présence d'une récupération du triceps avec paralysie des fléchisseurs de l'avant-bras.

LES « ABDOMENS AIGUS » CHIRURGICAUX[1]

Victor POTVIN,
La Tuque (P. Qué.).

Les affections aiguës chirurgicales de l'abdomen sont fréquentes et aussi variées que les viscères qui habitent cette cavité. Bien qu'il soit impossible de citer des chiffres précis, il semble que, dans un service de chirurgie générale, la grande majorité des interventions d'urgence soient nécessitées par des affections aiguës de l'abdomen. Dans une relevé de mes dossiers à l'hôpital St-Joseph de La Tuque, de 1940 à 1950, sur un total de 1 680 interventions abdominales, 446 ont été pratiquées d'urgence pour des « abdomens aigus », soit 26,5% des cas.

L'ampleur et la complexité de ce chapitre important de la pathologie chirurgicale pourrait fournir la matière d'un traité. Dans les quelques minutes qui me sont allouées, je me propose de faire un bref rappel de l'étiologie en classifiant ces maladies d'après leur facteur causal respectif, de souligner quelques-uns des problèmes que pose le diagnostic différentiel et enfin de considérer les principes fondamentaux qui doivent nous diriger dans l'application du traitement chirurgical. Ces quelques considérations sont tirées d'une statistique per-

1. Communication à la Journée d'étude de la Société Médicale de Shawinigan-Grand'Mère, le 27 mai 1950.

sonnelle dont les données semblent confirmer l'exactitude de nos connaissances actuelles de ces affections.

Morbidité

La morbidité des « abdomens aigus » découle du nombre et de la diversité des viscères abdominaux, de toutes les infections, des traumatismes et des troubles d'ordre mécanique auxquels ils sont constamment exposés. Le tube digestif, avec tous les aléas que sa fonction comporte, les glandes annexes, les systèmes sanguin et lymphatique y transportant les infections à distance, le système génital de la femme en lutte constante avec les infections ascendantes sont autant de facteurs morbides qui tiennent l'abdomen sous la menace constante d'accidents aigus qui, selon les circonstances de temps et d'espèce, atteindront ou non le stade de la suppuration.

Etiologie et classification

Ces principaux facteurs étiologiques peuvent être classifiés en trois groupes distincts: soit *les affections d'origine inflammatoire, les affections d'origine traumatique et enfin les troubles d'ordre mécanique.*

Les inflammations sont fréquentes et proviennent en grande partie du tube digestif et de ses annexes: appendicites et diverticulites, ulcérations perforantes de l'estomac et de l'intestin, infection et occlusion des voies biliaires principales et accessoire, pancréatite, abcès, etc., les infections ascendantes du système génital de la femme avec leurs complications suppuratives tubaire et pelvienne y jouent également un rôle de premier plan.

Quant aux « abdomens aigus » *d'origine traumatique,* qu'il s'agisse du simple hématome intra-péritonéal toujours exposé à l'infection, de l'éclatement d'un viscère creux par choc direct ou de la perforation intestinale par un corps étranger ou un projectile, leur traitement relève presque toujours de l'intervention chirurgicale immédiate.

Enfin les affections *d'ordre mécanique*: étranglements, obstructions, invaginations, volvulus, torsions viennent encore s'ajouter à la diversité des facteurs étiologiques des abdomens aigus.

Diagnostic différentiel

Cette simple énumération démontre la complexité étiologique de ces affections et laisse prévoir les difficultés qui surgiront parfois lorsqu'il s'agira de poser un diagnostic différentiel précis; difficulté d'autant plus grande que, lors de l'examen, la lésion initiale sera souvent masquée par les symptômes de la complication péritonitique. Un diagnostic différentiel est pourtant indispensable à la conduite rationnelle du traitement chirurgical puisque de lui dépend le choix d'une thérapeutique à instituer, l'expectative ou l'intervention immédiate, enfin le choix judicieux d'une incision permettant l'abord facile de l'organe en cause. Un sens clinique aiguisé, aidé d'une longue expérience, est le grand facteur de succès. Le plus souvent néanmoins, le diagnostic étiologique s'impose après l'anamnèse soignée des symptômes et un examen clinique attentif et complet, les points obscurs pouvant être éclairés par la radiologie et le laboratoire. Un exemple tiré de mes dossiers illustre assez fidèlement ce principe.

Observation.

Un homme dans la cinquantaine, sans passé gastrique, est admis à l'hôpital en pleine phase de péritonite généralisée. Le siège initial de la douleur, survenue quelques heures auparavant au cours de son travail, est impossible à faire préciser par le malade: il la décrit comme une vague barre épigastrique avec irradiations vers le flanc et la fosse iliaque droits. Le diagnostic différentiel soulève la possibilité d'une perforation d'ulcère, de la pancréatite aiguë et même de l'appendicite aiguë. Une radiographie simple de l'étage supérieur de l'abdomen démontre la présence de gaz libres dans l'espace sus-hépathique permettant de poser le diagnostic de perforation d'un ulcus. La laparotomie haute confirme la présence de cette

perforation siégeant sur la petite courbure, près du cardia.

Les péritonites

La complication la plus fréquente et aussi la plus redoutable des affections aiguës de l'abdomen est certainement la péritonite: elle rend plus difficile l'élaboration d'un diagnostic différentiel en masquant les symptômes de l'accident causal, assombrit le pronostic de la maladie et rend le traitement chirurgical plus aléatoire.

La péritonite est exceptionnellement primaire et aseptique, lorsqu'aucun agent causal ne peut être décelé. Cette statistique en compte un cas typique où l'exploration complète des viscères intra-abdominaux n'a révélé aucune lésion susceptible d'expliquer la présence d'une très grande quantité de pus aseptique dans la grande cavité péritonéale. L'examen attentif de l'intestin grêle nous a cependant fait soupçonner la possibilité d'un volvulus qui aurait cédé de lui-même par l'effet de la rachi-anesthésie.

Dans l'immense majorité des cas, la péritonite est secondaire à un agent soit intra soit extra-péritonéal. Presque tous les germes des suppurations peuvent s'y rencontrer isolés ou associés, avec prédominance du streptocoque et du pneumocoque. La réaction de défense du péritoine tend à cloisonner et à localiser l'infection autour du foyer primitif pour aboutir à l'abcédation. Advenant la faillite de ce moyen de défense, l'infection envahit la grande cavité péritonéale et diffuse dans toute son étendue. La résorption des toxines microbiennes s'effectue alors en masse produisant cette toxémie grave et profonde dont le tableau clinique est trop connu pour qu'il soit nécessaire de le décrire. Qu'il suffise de rappeler qu'à moins d'un traitement chirurgical immédiat et approprié, cette complication emportera le malade en quelques heures ou en quelques jours tout au plus. La précocité de l'intervention est le grand facteur de succès. Toutes les statistiques démontrent à l'évidence que le taux de mortalité s'élève en clocher lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée plus de vingt-quatre heures après les premiers symptômes de péritonite. La collaboration totale et désintéressée entre l'omnipraticien et le chirurgien évitera les délais et les atermoiements qui pourraient aboutir au désastre.

Traitement

Si l'on supposait que toutes les inflammations aiguës de l'appendice vermiculaire peuvent être opérées avant les accidents de gangrène et de perforation, on réussirait à éliminer les péritonites dans une proportion probable de 70 à 80% des cas. Cette mesure préventive est évidemment impossible à réaliser dans les conditions actuelles. Mais il semble qu'un effort concerté et soutenu de la part des praticiens et des spécialistes pourrait encore abaisser le taux de mortalité des abdomens aigus.

Le traitement chirurgical ne signifie pas l'intervention immédiate, du moins dans tous les cas. Ainsi, les péritonites à gonocoques, de plus en plus rares depuis l'apparition des antibiotiques, les pelvi-péritonites d'origine annexielle chez la femme, certains cas de péritonite bien cloisonnée relèvent d'un traitement médical approprié à chacun d'eux: l'expectative armée facilitant l'intervention chirurgicale à brève échéance si l'indication précise survient. Dans la plupart des cas cependant, l'intervention urgente est indiquée. Cette urgence ne doit pas faire perdre de vue la nécessité d'un traitement pré-opératoire visant à corriger les perturbations bio-chimiques causées par la toxémie. Le métabolisme des protéines et des glucides, les ions sodium et potassium, l'équilibre vitaminique: tous ces facteurs sont profondément altérés au cours des infections aiguës de l'abdomen mais surtout dans les péritonites généralisées: les électrolytes par voie intra-veineuse, les transfusions de sang total et de plasma, les sérums vitaminés et les acides aminés contribueront au rétablissement de l'équilibre bio-chimique du sang. C'est alors que l'intervention chirurgicale pourra être exécutée dans les meilleures conditions possibles et avec les plus grandes chances de succès. Elle

doit viser à ne faire que le strict nécessaire, et à le faire au mieux dans le plus court temps possible: ablation d'un foyer d'infection, fermeture d'une brèche, aspiration du pus et des liquides septiques, drainage, etc., il faut savoir remettre à plus tard les interventions radicales de résections, de dérivations et d'anastomoses quand elles ne sont pas immédiatement indispensables à la survie du malade. Vouloir escompter sur la résistance amoindrie par l'infection aiguë serait une grave erreur. Les quelques succès que l'on pourrait obtenir seraient gravement compensés par des désastres évitables.

Le choix d'un agent anesthésique approprié à la condition du malade et administré avec compétence est d'une importance primordiale. Lorsqu'elle ne rencontre pas de contre-indication, la rachi-anesthésie me semble de beaucoup la plus avantageuse: dépourvue de toxicité, procurant une résolution musculaire parfaite, elle facilite singulièrement les manœuvres opératoires et amoindrit le choc. Lorsqu'il y a contre-indication à la rachidienne, nous avons adopté, après beaucoup d'autres chirurgiens, le mélange gazeux cyclopropane-oxygène avec induction au penthotal sodique. L'adjonction de curare procure un relâchement musculaire satisfaisant.

Les soins post-opératoires doivent être l'objet de la plus minutieuse attention. L'organisme doublement assailli par l'infection aiguë et le choc opératoire devra être soutenu dans son effort de récupération. Les transfusions, les électrolytes, les protéines, les amino-acides et les vitamines devront être continués jusqu'à la reprise de la diète. Les antibiotiques sont d'un précieux secours pour lutter contre l'infection et prévenir les complications pulmonaires. L'aspiration des gaz et des liquides septiques de l'estomac diminue la toxémie et prévient les dilatations. Le siphonage, au moyen du tube de Abbott-Miller et de l'appareil de Wangensteen, est de maniement facile et peu incommodant pour le malade; il lui permet en plus de boire dès les premières heures après l'intervention, éliminant ainsi la soif intense si pénible causée par la déshydratation massive.

Lorsqu'il est institué, le drainage devra être favorisé par la position du malade et la surveillance des drains. Les injections intraveineuses d'alcool semblent d'une réelle efficacité pour prévenir l'ileus paralytique et la dilatation aiguë de l'estomac. Dans le cas de cette complication, l'intubation intestinale du grêle au moyen du tube de Cantor permet de franchir l'obstacle et d'injecter des protéines concentrées et des acides aminés de façon à maintenir la nutrition.

Tout récemment, il nous a été possible de conserver dans un état de nutrition à peu près normal pendant dix-sept jours une petite malade atteinte d'un iléus paralytique consécutif à une péritonite généralisée par gangrène de l'appendice. Le dix-huitième jour nous avons eu la satisfaction de voir l'intestin reprendre sa fonction normale et notre malade guérir sans incident. Ces pellicules radiographiques montrent le cheminement progressif du tube de Cantor dans l'intestin grêle, guidé dans son trajet par le poids du mercure fixé à son extrémité.

Ainsi conçu et exécuté, le traitement chirurgical des abdomens aigus n'est plus le cauchemar qui hantait autrefois l'esprit des chirurgiens. Qui de nous ne se souvient des temps héroïques des lavages d'estomac au tube Faucher, des injections de sérum hypertonique toutes les quatre heures, des injections de choc et de l'abcès de fixation. Les péritonitiques recevaient l'extrême-onction dès leur admission à l'hôpital et nous avions un peu l'impression que c'était le plus grand service que nous puissions leur rendre.

Pourtant nos techniques opératoires, si elles ont fait des progrès de détail, n'ont pas subi de transformation radicale: nous répétons sensiblement les mêmes gestes qu'il y a dix ou quinze ans. Nous faisions alors l'erreur d'attendre de l'acte chirurgical le redressement de troubles qui le dépassent de beaucoup. Une connaissance plus approfondie de la biochimie sanguine a dirigé notre thérapeutique pré et

post-opératoire vers le rétablissement de cet équilibre indispensable à la guérison du malade. C'est là, à mon sens, le progrès le plus remarquable accompli au cours de la dernière décade, dans le traitement des abdomens aigus chirurgicaux. Joint au perfectionnement de l'anesthésie et aux avantages du lever précoce, cette conduite du traitement chirurgical nous permet d'envisager ces affections avec des armes susceptibles d'en assurer la guérison dans la grande majorité des cas.

CAUSE EXCEPTIONNELLE DE PERFORATION DU RECTUM

Jules LAVOIE et **Richard FORTIN,**
Hôtel-Dieu Notre-Dame (Saint-Georges-de-Beauce, P. Q.).

En temps de paix, les perforations du rectum, qu'il s'agisse de perforation de la portion sous-péritonéale ou de la portion péritonéale, ne sont pas très fréquentes.

Quand elles ne sont pas le fait d'actes criminels ou de folie, elles sont le plus souvent dues à des accidents: accidents d'automobile, de chasse, agriculteurs encornés par un taureau, individus tombant sur un objet pointu. En dépit de recherches assez poussées dans la littérature médicale sur ce sujet, nous n'avons pu retrouver un seul autre cas de perforation rectale ayant une cause identique à celle du cas que nous avons eu à traiter récemment.

Observation.

Le 20 mai 1950, E. B., cultivateur âgé de 74 ans, se présentait à l'hôpital vers 5 heures de l'après-midi, se plaignant de violentes douleurs abdominales ayant débuté brusquement vers 2 heures p.m. la veille, mais il fut absolument impossible de faire préciser au malade la région de l'abdomen où la douleur avait commencé. Les seuls autres renseignements qu'il fut possible d'obtenir furent que, jusque-là, cet individu avait joui d'une excellente santé et qu'il avait vomi une fois, la veille au soir.

L'examen physique de ce malade robuste et costaud révéla ce qui suit: le ventre était tendu, extrêmement douloureux partout, la défense musculaire était généralisée mais comme coussinée. Le toucher rectal fut négatif, à l'exception d'une prostate un peu hypertrophiée comme c'est la règle chez un homme de cet âge. Le pouls était de 82 et la température de 100,2.

Un calmant fut donné en même temps qu'on commençait l'administration de 1 000 cc de soluté mixte et qu'on injectait 300 000 unités de pénicilline procaïnée dans l'huile et 0,50 cg. de streptomycine. Une leucocytose immédiate donna les chiffres suivants: globules blancs, 9 300, polynucléaires neutrophiles 84%, lymphocytes 9%, monocytes 2%, métamyélocytes 5%; formule d'Arneth 58-27-8-2-0. L'examen des urines ne révéla rien d'anormal, mais l'azotémie était de 1 gramme.

Devant un chiffre aussi élevé, nous décidâmes de temporiser avant de tenter une laparotomie exploratrice. La nuit fut assez calme, mais le lendemain avant-midi, les douleurs reprirent avec encore plus d'intensité que la veille, ce qui décida probablement le malade à nous faire la confidence qu'il nous avait cachée jusque-là.

Voici sa version de l'affaire: deux jours auparavant, après le repas du midi, il s'était rendu pour affaire chez un fermier voisin, mais il ne trouva personne à la maison; ayant senti le besoin d'aller à la selle, il s'était rendu à l'étable. Une fois ses besoins satisfaits, il s'apprêtait à remettre ses pantalons, lorsqu'un taureau se précipita sur lui, non pour lui donner un coup de corne, mais pour accomplir ... la

chose que l'on sait. Il revient chez lui en titubant, perdant l'équilibre à trois reprises sous le coup de la douleur.

Devant cette histoire, fausse dans les détails mais vraie sur l'essentiel, le diagnostic de perforation du rectum avec péritonite généralisée fut porté et l'intervention d'urgence décidée en dépit du fait que l'azotémie était encore à 0,90. Entre temps, une radiographie simple de l'abdomen donnait une image d'obstruction intestinale basse.

Une fois le malade endormi, un examen anal et rectal fut pratiqué avant de procéder à la laparotomie, examen qui se révéla très instructif. La veille, en effet, le toucher rectal avait été fait sans examen attentif de l'anus. Ce dernier n'en était sûrement pas à son coup d'essai, car il présentait sur tout son pourtour des rhagades entre lesquelles la peau était épaissie et comme cornée; l'anus laissait facilement pénétrer deux doigts. Sur la paroi antérieure du rectum, hors d'atteinte de tout doigt humain, il y avait une perforation d'environ un demi-pouce de diamètre.

Une longue laparotomie para-médiane gauche fut faite; les muscles abdominaux eux-mêmes présentaient une réaction inflammatoire, car ils étaient infiltrés par une substance ayant la consistance de la gélatine. L'abdomen était le siège d'une péritonite généralisée avec présence d'un pus nauséabond au possible. Dans le petit bassin, les anses grêles étaient agglutinées dans un magma jaunâtre, où il aurait peut-être été possible de retrouver du sperme de taureau.

La cavité abdominale fut soigneusement nettoyée, toutes les adhérences défaites, mais il n'était même pas question de penser à la fermeture de la brèche rectale, car les parois du rectum étaient cartonnées et de cette couleur verdâtre qui est le signe des gangrènes purulentes intra-abdominales.

Un anus iliaque gauche de dérivation fut créé et le petit bassin fut drainé par deux drains-cigarette sortant par le bas de l'incision de laparotomie et par un autre drain-cigarette passant par la brèche rectale et sortant par l'anus.

100 000 unités de pénicilline aqueuse et un gramme de streptomycine furent laissés dans le ventre; chaque jour, pendant la semaine qui suivit, la même quantité de pénicilline et 50 centigrammes de streptomycine furent injectés dans l'abdomen par l'ouverture laissée dans l'incision par les drains. Par voie intramusculaire, le malade reçut 3 900 000 unités de pénicilline et 14 grammes de streptomycine.

Les suites post-opératoires furent absolument normales et le malade put quitter l'hôpital 13 jours après l'intervention avec instruction de revenir six semaines plus tard pour la fermeture de l'anus iliaque et le rétablissement de la continuité intestinale; cette seconde intervention eut lieu le 14 juillet 1950, le malade quittant l'hôpital 10 jours plus tard.

* * *

Cette guérison inespérée, due, en partie, à la résistance physique du patient et aussi à l'action bactéricide puissante de la pénicilline et de la streptomycine, infirme l'opinion de nombreux auteurs modernes à l'effet qu'une perforation du rectum est à coup sûr fatale lorsqu'elle est opérée plus de 24 heures après sa production; le patient faisant l'objet de la présente communication fut opéré exactement 48 heures après sa perforation et il se porte actuellement comme un charme.

REVUE GÉNÉRALE

« L'HÉRO-SCOPO » DANS LA TEMPÊTE OBSTÉTRICALE EN RASE CAMPAGNE[1]

J. DOUVILLE,
Saint-Stanislas (P. Québec).

C'est la mi-février, 2½ heures du matin, un coup de coude au flanc: votre femme!... vous avez décroché l'appareil téléphonique et répondu sans trop comprendre; vous vous réveillez ensuite et constatez que vous avez accepté 18 milles de voiture à traction animale, pour soulager et assister la victime d'une tempête utérine, déclenchée cette nuit par un nuage d'amour évaporé depuis 9 mois... et vous partez à travers une température aussi brutale que la douleur utérine qui vous fait courir vers ce foyer de souffrance.

Sur votre corps abondent les frissons et, dans votre tête, toutes sortes d'idées, de suppositions, d'hypothèses, d'inquiétudes. Vous ne savez pas ce qui vous attend là-bas. Est-ce un accouchement normal?... une hémorragie?... de l'éclampsie?... de l'inertie? une rétention placentaire?... un choc obstétrical?... Vous savez fort bien toutefois que, vous, vous entendrez des gémissements, parfois durant des heures interminables!... « Faites quelque chose, docteur!... Soulagez-moi... je n'en peux plus! »... Ça résonne encore dans vos oreilles, n'est-ce pas chers confrères? Et vous n'êtes pas à l'hôpital avec sa pharmacie abondante, sa salle obstétricale, son instrumentation à toute épreuve, son anesthésiste et tout son personnel entraîné; mais bien au rang de la lune, avec votre valise en guise de laboratoire, pharmacie et cabinet à instruments; et une grosse bonne femme bavarde, comme assistante; cela, à 6 milles du premier téléphone, à 18 milles de chez vous et à 40 milles du premier hôpital.

L'idéal, là comme ailleurs, et encore plus qu'ailleurs, c'est de mener l'accouchement avec une extrême prudence, avec le plus de sécurité et avec le moins de souffrance possible.

C'est là surtout que les analgésiques jouent un grand rôle et demandent une attention particulière de l'accoucheur qui se demande toujours lequel de l'arsenal sera le plus utile, le plus pratique et le moins dangereux dans sa trousse: prenons place dans la sleigh peu confortable de notre omni-praticien et repassons avec lui les divers analgésiques ou les diverses méthodes d'accouchement, en commençant par une des plus vieilles routines que nous effleurerons seulement, pour nous arrêter plus longuement sur notre méthode de choix.

1. *Le chloroforme* seul, depuis la reine Victoria, a fabriqué des miracles nombreux, mais il est en train de se faire détrôner, parce que trop toxique. Toxicité 30/40; marge de sécurité 10.

2. *L'éther* ne semble pas pratique à lui seul dans la valise, sauf au strict moment du dégagement. Toxicité 80/160; marge de sécurité 80.

3. *L'éthylène, le cyclopropane et le protoxyde d'azote* exposent au shock s'ils se trouvent entre les mains inexpérimentées (1) et demandent un milieu organisé.

L'auto-analgésie au *Protoxyde d'azote* avec appareil spécial donnerait d'assez bons résultats.

4. *La morphine* soulage beaucoup mais bloque trop les contractions utérines et présente un trop grand danger d'apnée néo-natale pour être employée couramment en obstétrique, quoiqu'on l'emploie en Angleterre en association avec la scopolamine pour le « Twilight-

1. Communication à la Journée d'étude de la Société Médicale de Shawinigan-Grand'Mère, le 27 mai 1950.

sleep » qui serait encore à l'honneur dans cestains milieux des E.U.

5. *La spasmalgine* en injection I.V. entraîne une analgésie excellente d'une heure environ et paraît précieuse dans les accouchements particulièrement douloureux, nous disent Pigeaud et Notter. (2) En I.M. la Spasmalgine est moins active.

6. *Le nembutal per os, le penthotal I.V. le penthotal rectal* ont encore des succès importants qui ont été décrits à profusion.

7. *Le somnifère I.V.* serait très utile chez les éclampsiques.

8. *Le venin de crapaud* même a été essayé mais sans résultats. (3)

9. *L'hexacompal* sous forme de suppositoires dont la formule ressemble à la Spasmalgine et qui contient papavérine, belladone, allobarbital, diméthyl-amino antipyrine et caféine, aurait un bon effet sur le spasme du col et agirait rapidement selon Hans Sauter. (4)

10. *La scopolamine* 0,6 mg. en association avec l'*apomorphine* 0,6 mg. aurait donné au « Lying In Hospital » de Boston, des résultats supérieurs au Démérol-scopolamine, en procurant une amnésie-analgésie parfaite, mais présentant des vomissements et excitations dans 10 à 12% des cas. (5)

11. *L'evipan* combiné à la *scopolamine* et au *cyclopropane*, nécessite 50% de forceps. (6)

12. *L'anasthésie rachidienne* est très élégante, mais pas pratique en campagne, à domicile. La caudale entre dans les mêmes conditions.

13. *Le parturiol* ou *ocyto nargenol* a été beaucoup employé dans notre région, mais on en entend moins parler depuis quelque temps, probablement à cause de l'apparition du démérol dont l'analgésie est supérieure.

14. *Le démérol* appelé *dolantine* en Allemagne, *péthédine* en France, est toujours le grand cheval de bataille, surtout en association avec la scopolamine, et s'avère très pratique, à domicile. Il peut facilement aussi s'associer avec le penthotal rectal, le parturiol et le somnifène.

15. *L'héroïne* associée à la *scopolamine* est simple, pratique et efficace. C'est cette méthode qui fera le principal sujet d'étude de mon travail... et je l'appelle couramment: *méthode héro-scopo* en abréviation de héroïne-scopolamine.

Qualités d'un analgésique et anesthésique obstétrical

Mais avant de donner une opinion à ce sujet, rappelons-nous qu'un analgésique obstétrical doit posséder autant que possible les qualités suivantes:

a) le moins de nocivité possible pour la mère et pour l'enfant.

b) la diminution de la douleur dans la plus rapide et sur la plus longue période de temps possible, et cela, toujours sans nuire au travail ou à la délivrance.

c) la possibilité de collaboration de la parturiente au cours du dégagement.

d) l'absence d'augmentation du nombre des interventions manuelles ou chirurgicales et la facilité d'intervenir en cas de nécessité strictement dystocique.

e) la production du calme dans le système nerveux afin d'éviter le choc immédiat et les crises de larmes du *pré* et du *post partum*.

f) la simplicité d'application est aussi un facteur important.

Il semble que la méthode héro-scopo possède ces qualités à un degré suffisant pour être étudiée comme analgésique obstétrical, au même niveau que le démérol, le parturiol et les autres déjà éprouvés.

Pharmacologie

a) *L'héroïne* est le chlorhydrate de diacéthylmorphine. Elle agit exactement comme la morphine, en produisant une analgésie 2 à 3 fois plus marquée, et donnant lieu à l'accoutumance, dit Tiffeneau dans son abrégé de Pharmacologie. Elle produit moins de dépression du centre respiratoire, que la morphine. La dose pour adulte varie de 1/8 à 1/6 de grain en une fois.

b) *La scopolamine* ou *hyoscine* est un parasympatholytique tout comme l'atropine dont l'antidote est la morphine et dont l'action antispasmodique est reconnue. Son action est dangereuse chez les glaucomateux et tous ceux qui présentent des contre-indications à l'atropine.

Elle a une action dépressive à la fois centrale et périphérique sur le système nerveux central et déprime les zones sensitives et motrices de l'écorce cérébrale (7). En obstétrique, son action *amnésique* est précieuse.

Tout comme la *morphine* s'associe à l'*atropine* dans les injections, l'héroïne et l'hyoscine, dont les familles sont les mêmes, présentent une facile compatibilité et une association logique et balancée. A la suggestion du docteur Guy Gélinas, gynécologue des Trois-Rivières, j'ai essayé cette association en obstétrique et elle a donné des résultats qui semblent encourageants, quoiqu'encore trop préliminaires et récents pour que je puisse me prononcer de façon très scientifique. C'est un sujet à l'étude; l'avenir donnera des précisions. J'ai cherché dans toutes les revues médicales et obstétricales à ma portée, et n'ai absolument rien trouvé au sujet de l'emploi de l'héro-scopo en obstétrique. Cependant on m'a dit que cette méthode aurait été étudiée tout récemment dans une clinique d'Halifax.

Action sur la mère

Ma petite expérience sur environ 200 accouchements semble démontrer que l'analgésie par ce mélange ne comporte aucun danger pour la mère, tout en produisant une action vraiment remarquable sur la douleur, et étant d'une grande facilité d'application. Ce mode médicamenteux permet une collaboration presque parfaite au cours des efforts de l'expulsion, ne provoque pas d'obnubilation intense mais un calme étonnant, et laisse un souvenir vague et doux. La patiente cause facilement, répond aux questions, sait où sont les piqués, le linge de bébé, les épingles, etc. La crainte et l'émotivité disparaissent. Les nausées et vomissements, si désagréables avec d'autres calmants, sont pratiquement nuls; et même s'ils existent avant l'injection à cause de l'excitation du vague par les tranchées, ils cessent dans les quelques minutes qui suivent la piqûre.

L'intensité des contractions utérines est un peu diminuée mais le travail est accéléré quand même, surtout si l'on s'aide prudemment de pitocin, à très petites dose (1/5 à 1/4 de cc) quand le cas l'exige seulement. Le col utérin cède très facilement et se dilate vite sans rupture ni contracture.

Le périnée s'assouplit à cause du relâchement musculaire dû à l'action calmante et dépressive des centres sensitifs et moteurs, et aussi à la collaboration de la parturiente qui devient plus héroïque. En conséquence, rares sont les déchirures du périnée.

Nous savons tous qu'une « *nerveuse* », une femme sous tension par la crainte et la douleur, exacerbée, excitée par l'écho de ses cris et le facies effrayé de son entourage, *tient en contraction la musculature* de son plancher pelvien, et se déchire très facilement, tout en étant plus difficile de surveillance, de manipulation et plus susceptible de shock.

En cas d'intervention obligatoire, soit forceps, soit version, soit délivrance artificielle, soit réparation du périnée, le travail opératoire est de beaucoup favorisé.

L'application de forceps semble moins fréquente qu'au cours des accouchements sans analgésique.

Rappelons-nous toujours que notre action se passe loin des hôpitaux, à domicile, avec nos seules valises comme défense et prévoyance.

Les hémorragies ne sont pas augmentées, mais plutôt diminuées, parce que l'utérus, ayant moins de difficulté à vaincre la résistance du col et du périnée, conserve une énergie dont bénéficie l'expulsion placentaire et le globe utérin du *post-partum*. La mère sort de son labeur parturial, calme, lucide et moins fatiguée qu'avec le démérol. La multipare est ravie d'avoir beaucoup moins de douleurs dans les suites de couches, selon le témoignage de celles qui ont déjà accouchées sans analgésiques.

Action sur le nouveau-né

Le grand cauchemar des analgésiques obstétricaux puissants, c'est l'apnée des nouveaux-nés. La méthode héroscopo (héroïne-scopolamine) demande, comme toutes les autres, de la prudence dans sa manipulation. Mais du moment que nous proportionnons bien les dosages et calculons notre temps d'administration, nous n'avons pas plus d'apnée et d'inertie fœtale qu'avec le déméral, le parturiol, le penthotal.

Sur 200 accouchements, je n'ai pas eu un seul cas de mort du nouveau-né, attribuable à l'héroïne. Parfois, cependant, et surtout dans les tâtonnements du début, la réanimation a été nécessaire. Comme précaution, il est bon et très efficace de stimuler le bébé, dès son arrivée, par quelques tapes suffisantes pour le faire pleurer, mais sans brutalité, tout en le tenant tête basse, visage en bas, afin de permettre un bon drainage des mucosités, dès les premières respirations, et cela sans attendre d'être en face d'un bébé mou et sans signes de vie. Depuis que je pratique cette opération automatiquement, il n'y a pas eu de cas d'apnée, nécessitant la réanimation technique que vous connaissez, et qui nous empêche, en campagne, de surveiller attentivement la mère, en attendant la délivrance.

Si l'expullsion fœtale se fait *dans la première heure* qui suit l'injection, ou *3 heures après,* nous n'avons guère d'inquiétude au sujet de l'apnée. La période dangereuse consiste donc dans le temps, entre 1 heure et 3 heures après l'injection d'héroïne-scopolamine, et cela seulement si nous donnons une dose non équilibrée au poids de la parturiente.

Mode d'emploi et dosage

La dose d'*héroïne* varie de 1/8 à 1/6 grain et celle de la *scopolamine* de 1/150 à 1/120 grain, selon le poids de la patiente et la dilatation du col.

En dessous de 150 lbs, on donne *héroïne* 1/8 *scopolamine* 1/150. Au-dessus de 150 lbs. 1/6 et 1/120. Si nous sommes sûrs que l'accouchement va se terminer en moins d'une heure, nous pouvons passer, sans aucun danger, à 1/6 plus 1/120 chez la femme en bas de 150 lbs.

Les deux drogues se donnent en une seule injection qui se fait quand les douleurs sont bien amorcées et demandent soulagement, et que la dilatation dépasse 25 sous. S'il y a peu de douleurs, mieux vaut attendre à 50 sous.

Si le travail ralentit un peu trop, que le col est complètement effacé, mince et souple, et la dilatation environ « petite paume », il est bon de stimuler l'utérus 20 minutes après l'injection de « *l'héroscopo* » avec 1/6 à 1/5 de cc de pitocin, mais jamais plus que 1/4 de cc en une dose; mieux vaut répéter dans une demi-heure, une autre petite dose, s'il n'y avait pas de résultats satisfaisants. Cela dans le but de profiter de l'effet analgésique et ocytocique combiné. L'action de l'héroïne est plus rapide que celle du demerol, et l'effet maximum se fait sentir dans 3/4 d'heure à 1 heure et dure environ 3 heures.

Chez les femmes à accouchements très rapides, il va sans dire que le médecin n'a pas d'intérêt à employer la méthode héroscopo, quoique chez celles qui ont l'habitude de déclencher une crise de larmes et un choc nerveux après chaque accouchement, l'injection de « l'héro-scopo », même si elle n'est pas utile pour l'expulsion elle-même, reste très avantageuse par la sédation produite, à la mère d'abord, et au médecin ensuite, en l'empêchant de rester à la maison 2 ou 3 heures, à seul titre de consolateur et surveillant; car alors la crise ne se produit pas.

C'est une bonne pratique, après la délivrance, d'injecter le 4/5 ou le 5/6 de pitocin qui reste de l'ampoule déjà ouverte, à titre de prudence, en campagne, afin d'assurer un bon globe utérin ferme, avant le départ.

Contre-indications

A part les contre-indications de l'*héroïne* et celle de la *scopolamine* déjà exposée (glaucome, hypovagotonie prononcée) l'inertie uté-

rine, au premier abord, semble opposée à l'emploi de « *l'héro-scopo* ».

Toutefois, si l'on emploie un ocytocique (pitocin) qui renforce les contractions utérines, alors l'héroïne calmant l'angoisse, ramollissant le périnée et probablement le segment inférieur de l'utérus, tempérant aussi l'action de l'ocytocique lui-même, sans l'annihiler, la scopolamine diminuant la possibilité de spasme du col, cette association médicamenteuse semble très logique. Je n'ai pas eu assez de cas d'inertie pour apporter des résultats valables.

Association des anesthésiques

L'association au chloroforme, au plus fort de la tempête déjà contrôlée, n'a jamais nui apparemment, quoiqu'on dise beaucoup de mal du chloroforme; mais ici, ça prend tellement peu d'anesthésique 1/4 à 1/2 oz. fluide, pour endormir complètement, que l'action nocive du chloroforme est du fait même assez minimisée, pour que les anesthésistes de carrière ne soient pas trop scandalisés. C'est une tout autre affaire quand nous avons besoin d'une anesthésie de 3e plan pour intervention majeure.

Quant aux autres anesthésiques tels que l'éther, le cyclopropane, le métopryl, etc., au prime abord, c'est le même principe qui prône; mais serait nécessaire une plus longue observation sur un plus grand nombre de cas, avec une meilleure organisation que celle du domicile. Le *trilène* (trichlore-éthyllène) semble actuellement être l'anesthésique de choix pour compléter l'action des analgésiques, au moment de l'expulsion. Il est peu toxique.

*
* *

Toutes ces remarques, je tiens à le répéter, ne sont que l'ébauche d'une étude entreprise depuis un an avec des moyens primitifs, et seulement 200 accouchements dont les dossiers seront relevés un à un pour une étude plus approfondie quand l'expérience sera plus concluante.

En tout cas, l'accoucheur a l'impression d'amener ainsi du calme et du contrôle dans la tempête obstétricale qu'il maîtrise d'une façon facile et vraisemblablement convenable.

Il revient content et moins fatigué de son pèlerinage au pays de la douleur parturiale, tout en croyant avoir fait quelque chose d'utile pour l'humanité.

BIBLIOGRAPHIE

1. TIFFENEAU: « Abrégé de pharmacologie ». p. 58, 4ème édition, année 1934.
2. H. E. ANDERSON, « Anesthésie obstétricale combinée par Evipan scopolamine et cyclopropane ». *Amer. J. Obst. and Gyn.* **53**: (mai) 1947.
3. de la Broquerie FORTIER, Roland TURCOT et Gaston MASSON: « Prophylaxie et traitement de l'asphyxie du nouveau-né. » *Bull. Ass. Med. L. F. L'Union Médicale du Canada* **78**: 571 (mai) 1949.
4. B. HERSHENSON et B. BRUBAKER: « Scopolamine et Apomorphine au cours du travail. » *Amer. Jr. Obst. and Gyn,* **53**: (juin) 1947.
5. H. PIGEAUD et A. NOTTER: « Action de la Spasmalgine I. V. » *Gyn. and Obst.,* **47**: 60 (janvier) 1948.
6. LANTUEJOUL: « Notes sur l'emploi du venin de crapaud en obstétrique. » *Progrès Médical* (7 juin) 1941.
7. Hans SAUTER: « Influence des spasmolytiques sur la période de dilatation. » *Gyn. and Obst.,* **121**: (mai-juin) 1946.

TRAITEMENT MODERNE DES BRÛLURES[1]

Gerald KAINE,
Shawinigan Falls (P. Qué.).

En Amérique, c'est maintenant la coutume de classer les brûlures en trois catégories, selon la profondeur, c'est-à-dire: *premier degré*: — l'érythème; *deuxième degré*: — formation de vésicules; *troisième degré*: — lésion à toute l'épaisseur de la peau ou des tissus sous-cutanés. En Europe, on se sert encore de l'ancienne classification de Dupuytren dans laquelle les brûlures sont classées en six degrés. Néanmoins, c'est l'expérience générale de la plupart des chirurgiens qu'il est presque impossible de déterminer la profondeur de la plupart des brûlures dès le premier pansement. Ce fait est très regrettable car le pronostic de la morbidité d'une brûlure dépend presque entièrement de la profondeur et de l'étendue de la lésion. On rapporte que les brûlures de premier degré sont ordinairement fatales si la lésion couvre deux tiers ou plus du corps et que les brûlures de deuxième degré sont fatales dans la plupart des cas couvrant un tiers ou plus de la surface du corps.

C'est peut-être dans l'étude de la physiopathologie des brûlures que la chirurgie moderne a fait le plus grand progrès. On sait maintenant que le choc est la grande cause de la mortalité dans les brûlures étendues. Ce choc se subdivise en deux parties: 1 — *choc primaire*, dû à la stimulation douloureuse venant de l'endroit brûlé; 2 — *choc secondaire*, dû à la perte excessive du plasma sanguin dans les tissus environnant l'endroit brûlé et, à un moindre degré, à la perte du plasma par la surface de la brûlure. Cette perte de plasma est due à l'augmentation de la stase et à la perméabilité capillaire de la partie brûlée qui permet le passage de protéines sériques à travers la membrane capillaire. Le résultat est une hémoconcentration manifestée par une augmentation de l'hémoglobine jusqu'à trente et quarante pour cent au-dessus de la normale. Il y a une diminution marquée dans les protéines sériques qui nécessite une mobilisation immédiate des réserves protéiniques dans le courant sanguin. Cette protéine vient presque entièrement du foie. La perte de protéines est si marquée dans les brûlures sérieuses qu'il est impossible de la remplacer par du plasma ou du sang intra-veineux. Cette carence protéinique est probablement la cause des lésions viscérales qui compliquent si souvent les brûlures étendues.

Traitement

Premiers soins. Comme la plupart des brûlures sont stériles on devrait s'efforcer de les garder dans cet état. Un pansement stérile ou un morceau de linge propre devrait être appliqué sur la surface brûlée jusqu'à ce que le brûlé soit admis à l'endroit où le pansement sera fait. Aucun médicament, comme de la graisse ou de la gelée, qu'il serait nécessaire d'enlever à l'hôpital par la suite, ne doit être employé, car un traumatisme additionnel peut être causé par le seul fait d'enlever le topique. Si possible, on devrait donner de la morphine contre la douleur et encore, si possible, on devrait donner du plasma s'il y a des signes de choc ou si la brûlure est assez étendue pour que le choc soit probable.

En envisageant le traitement complet d'une brûlure sérieuse, la mesure la plus importante à prendre est de fournir une couche épithéliale pour la brûlure aussitôt que la condition du patient permettra le choc additionnel d'une greffe. C'est seulement quand les surfaces granulantes sont finalement couvertes d'épithélium que les crises métaboliques dues à la carence protéinique sont traitées facilement. Donc, tout traitement visera ce but. Selon notre opinion, la méthode de « *pression occlu-*

1. Communication à la Journée d'étude de la Société Médicale de Shawinigan-Grand'Mère, le 27 mai 1950.

sive » dans le traitement des brûlures facilite la formation rapide de l'épithélium et permet de greffer le plus tôt possible, C'est cette méthode que je vais vous décrire.

Au premier examen, on doit traiter le choc primaire d'abord. On donne au patient une dose moyenne de morphine; elle est répétée une demi-heure plus tard, si nécessaire. Le patient est alors placé dans une chambre chauffée et, si c'est nécessaire, sous un demi-cerceau chauffant. Ceci fait, on doit s'occuper du choc secondaire, soit d'une manière prophylactique, soit d'une manière active. Ce genre de choc peut se manifester immédiatement ou dans les quarante-huit heures qui suivent l'accident. Néanmoins, on ne doit pas attendre que des indices de choc apparaissent. Le choc devrait être prévu si, dans notre opinion, la surface brûlée dépasse 10% chez un enfant et 15% chez un adulte. L'essentiel dans le traitement du choc est le plasma qui doit être donné le plus tôt possible après l'accident. Mais, si le plasma n'est pas disponible immédiatement, on doit donner du sérum glucosé. Quand le plasma est disponible, il est donné en quantités qui varient directement avec l'hémoconcentration. Le dosage moyen est de cinquante cc. pour chaque point dépassant 100% d'hémoglobine. Ainsi, si l'hémoglobine est rendue à 105%, deux cent cinquante cc. de plasma sont donnés et si elle est rendue à 110%, cinq cents cc. sont donnés. Le patient doit être manipulé le moins possible, et délicatement si on ne peut agir autrement. Il doit être gardé dans une atmosphère chaude jusqu'à ce que le choc semble contrôlé. Si le choc est sévère, on donne de l'oxygène. Dans un cas de choc sérieux, on peut donner de l'extrait de cortex surrénalien, 10 cc. intramusculaire toutes les 6 heures. Aucun traitement supplémentaire n'est institué jusqu'à ce qu'on soit certain que l'état de choc n'existe plus.

L'endroit brûlé est maintenant nettoyé sous conditions aseptiques. Ceci comprend brossage des mains, port d'un masque, gants et sarrau stériles. On doit laver la blessure délicatement avec savon, eau et gaze. On ne doit pas se servir d'une brosse comme on faisait autrefois. Il est préférable de faire ce nettoyage sans anesthésie si possible, mais on devrait juger de la condition de chaque patient pour choisir ce qui provoquera le moins de choc additionnel, soit nettoyage sans anesthésie avec une certaine douleur ou soit l'anesthésie générale avec certains changements métaboliques inévitables. Le nettoyage devra comprendre l'enlèvement de tout débris de peau, des tissus détachés et l'ouverture de toutes les vésicules.

Comme nous le disions plus haut, nous préférons l'emploi de pansements à « compression occlusive » pour les traitements qui suivent. Ces pansements facilitent le repos par l'immobilisation, ils empêchent la contamination bactérienne par l'occlusion et, par la pression, empêchent l'œdème et l'infiltration du plasma dans les tissus environnant la brûlure. Ils éliminent la nécessité du changement journalier des pansements et ainsi contribuent grandement au bon moral du patient. La technique de l'application de ces pansements est la suivante: après le nettoyage et le débridement comme ci-haut décrits, les endroits brûlés sont recouverts de gaze imprégnée d'émulsion de sulfathiazole. Ensuite, on applique plusieurs épaisseurs de gaze taponnée, suivie d'une quantité généreuse de charpie ou chiffon de fil. Ceci constitue un pansement énorme sur lequel on applique un bandage de crêpe élastique. On ne change pas ces pansements avant le huitième ou le dixième jour dans les cas de brûlures du premier ou du deuxième degré et, quand on les enlève, les brûlures sont d'ordinaire complètement guéries. Dans les cas de brûlures du troisième degré, le pansement ne doit pas être changé avant le dixième ou le quatorzième jour et, quand on l'enlève, le débridement peut être fait si c'est nécessaire. Si certaines parties de la brûlures sont prêtes à être greffées, on procède immédiatement. On change maintenant les pansements tous les deux ou trois jours et, chaque fois, on applique un pansement à « pression occlusive ». On greffe à mesure que les parties brûlées sont prêtes pour cette opération.

Traitement auxiliaire

A la suite du traitement du choc et de l'application de pansements à « pression occlusive », on doit donner au patient du liquide en grande quantité et des substituts de sang que requiert l'état général du patient. A mesure que son état s'améliore, on doit lui donner un régime contenant beaucoup de protéines et beaucoup d'hydrates de carbone. Plus tard, on doit lui donner des vitamines par voie buccale. C'est notre habitude de donner de la pénicilline procaïnée, 300 000 unités, tous les jours. La numération des globules rouges doit être vérifiée très souvent et toute anémie doit être traitée par des transfusions de sang. On ne devrait pas oublier de donner des injections anti-tétaniques car nous avons vu récemment un cas de tétanos dans une brûlure grave.

Greffe

Les greffons sont facilement prélevés au dermatome de Padgett qui nous permet de prendre de la peau de n'importe quel endroit convenable. La greffe doit être faite le plus tôt possible pour prévenir les cicatrices vicieuses. Nous ne décrirons pas cette technique en détail.

Résultats

A part la commodité et la facilité de cette méthode, les résultats, quant à la mortalité et la morbidité, sont suffisants pour en recommander l'emploi. L'hôpital « Cook County » de Chicago, en publiant les résultats comparant l'ancienne méthode à l'acide tannique à la méthode à pression occlusive, a démontré que le taux de mortalité a baissé de 10 à 2%.

Résumé

Nous avons esquissé la physiopathologie des brûlures et du choc, et nous avons exposé le traitement général et local. Nous avons appuyé plus spécialement sur la méthode à pression occlusive à cause de sa facilité, du confort qu'elle apporte au patient et de la diminution du taux de mortalité qu'elle a jusqu'ici démontrée. Il est à conseiller de procéder à la greffe le plus tôt possible.

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada
(Fondée à Québec en 1902)
L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)
Tome 79, No 12 — Montréal, décembre 1950

LES RAYONS X AU SERVICE DE L'ANATOMIE

La faculté de médecine de l'Université de Montréal est en pleine réorganisation. M'est-il permis de profiter de cette occasion pour rappeler un article paru en mars dernier dans *The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy?* Cet article, intitulé: « Roentgenology as a means of Instruction in Anatomy », par W. A. Simril et A. S. Stacy, de Saint-Louis, et S. F. Thomas, de San-Francisco, avait été lu à la réunion d'avril 1949 de l'« American Association of Anatomists », à Philadelphie. Le but de ce travail était de présenter le résultat d'une enquête menée dans 86 universités américaines et canadiennes, pour étudier la part accordée aux rayons X dans l'enseignement de l'anatomie.

Cette enquête a révélé que l'Université de Montréal était au nombre des seules huit universités du continent nord-américain qui n'utilisaient pas la radiologie sous quelque forme que ce soit dans leur laboratoire d'anatomie.

Il faut bien établir, ici, que cette absence de collaboration entre anatomistes et radiologistes ne postule nullement que l'anatomie soit mal enseignée dans ces huit universités. Au contraire, et je crois personnellement que le département d'anatomie à Montréal est un de ceux qui nous font honneur et que les élèves y sont très bien entraînés. Il ne s'agit pas non plus de prétendre que l'étude de l'anatomie radiologique remplacera la dissection du cadavre, dans les années à venir.

Il faut admettre, et personne n'osera le nier, que la connaissance de l'anatomie est à la base même du radiodiagnostic. Pour être bon radiologiste, il faut être bon anatomiste. C'est une condition *sine qua non*. Et pour être bon anatomiste, le radiologiste doit fréquenter la salle de dissection, la salle d'opération et la salle d'autopsie.

Si l'anatomie est tellement nécessaire à la radiologie, comment donc alors le contraire peut-il être vrai? Pourquoi préconiser l'utilisation des rayons X par les anatomistes? Parce que, il faut le reconnaître, les rayons X peuvent rendre d'immenses services à un professeur d'anatomie dans l'exposition de ses problèmes à ses élèves. Ne serait-ce que pour attirer l'attention des étudiants sur les nombreuses applications pratiques que leurs études immédiates pourront avoir, la radiologie mériterait sa place en anatomie. Les étudiants en médecine y trouveront par le fait même leur profit.

D'ailleurs l'étude d'une radiographie sera, pour un grand nombre de praticiens, le seul contact avec l'anatomie qu'ils auront durant toute leur carrière, à part évidemment l'anatomie superficielle ou de surface qu'ils seront à même d'étudier chez leurs patients.

Si le spécialiste doit avoir des notions de l'examen radiologique qui concerne sa spécialité, il doit, pour y arriver, connaître d'abord l'anatomie radiologique normale de l'organe ou du systè-

me en question. Le chirurgien n'a-t-il pas toujours besoin de voir les films pour étudier, immédiatement avant l'intervention, l'anatomie particulière à son malade. Si l'anatomie radiologique lui a été enseignée dès ses premières années d'université, il lui sera beaucoup plus facile de se reconnaître et de comprendre le rapport du radiologiste.

En utilisant les rayons X dans les cours d'anatomie, l'étudiant se rendra compte très tôt que les rapports des différents organes abdominaux entre eux, tels que décrits dans les bouquins d'anatomie, sont une chose bien relative chez le vivant. Il constatera la valeur relative également des points de McBurney et de Murphy, pour la localisation de la vésicule ou de l'appendice. Il n'est pas de meilleure démonstration, à cela, que l'étude d'une centaine de clichés de tubes digestifs ou de vésicules biliaires. Et combien d'autres exemples pourrait-on donner?

Et quelle différence chez un même individu dans la situation des différents organes abdominaux, lorsqu'il passe de la position couchée à la station debout. Seule la radiographie ou la radioscopie peut en rendre compte.

Et que dire d'une collection bien faite de films pour démontrer les nombreuses variations anatomiques normales. Il est sûrement plus difficile de collectionner des centaines de cerveaux que des centaines d'artériographies pour démontrer uniquement les variations de la circulation cérébrale. Moniz a d'ailleurs démontré que la circulation cérébrale chez le vivant n'était pas tout à fait semblable à celle décrite par les anatomistes. Il a dû évidemment se servir d'angiographie pour sa démonstration. Ce sont des variations minimes, direz-vous, qu'il a relevées. Qu'importe, elles avaient leur importance pour la bonne interprétation des films et le bien des malades.

Cet exemple peut s'appliquer tout aussi bien à n'importe quel autre organe. Et pour n'importe quel système également.

Y a-t-il mieux que la bronchographie pour illustrer la topographie pulmonaire? et surtout pour répéter à volonté l'exemple ou la petite variation locale qui peut parfois avoir son importance.

Y a-t-il plus belle étude du système ventriculaire que la ventriculographie, basée évidemment sur la connaissance exacte de la situation dans l'espace de ces ventricules cérébraux? Je suis sûr que les anatomistes seraient surpris d'apprendre à quelle précision anatomique l'on peut accéder par l'étude de l'encéphalographie gazeuse.

L'angiographie, encore en plein développement, est la méthode d'avenir en radiologie et quels beaux détails anatomiques comme pathologiques elle peut apporter.

Pour comprendre la croissance de l'homme ou son développement osseux du moins, y a-t-il mieux qu'une série de radiographies prises chez des enfants de tous les âges?

Les radiologistes gagneraient eux-mêmes à une étroite collaboration qui n'existe pas encore entre le service de radiologie et le laboratoire d'anatomie.

Le don ou le prêt d'une collection de films pourrait ouvrir la porte à la salle de dissection pour l'étude d'un problème particulier car le cadavre sera toujours le point de départ dans la connaissance de l'anatomie malgré les

grands avantages du film et surtout de la série de films.

Un résident en radiologie pourrait aussi profiter d'un séjour de quelques mois en anatomie, tout en aidant à l'interprétation des radiographies ou même à la prise des radiographies sur les cadavres ou spécimens anatomiques si le département est possesseur d'un appareil de rayons X.

Croyez-moi, si je lance ces idées qui ne sont pas de mon cru c'est dans un but désintéressé, uniquement parce que je crois sincèrement que la spécialité que je représente peut être de grande utilité à une science de base telle que l'anatomie. Les cliniciens l'ont depuis longtemps jugée nécessaire, et le jour n'est peut-être pas loin où les gens de laboratoire tels qu'anatomistes et physiologistes ne pourront plus s'en dispenser.

Jean-Louis LEGER.

1. W. A. Simrill, A. J. Stacy et S. F. Thomas: « Roentgenology as a means of Instruction in Anatomy. » *Am. J. or Roentg. and Rad. Ther.*, **63**: 372 (mars) 1950.
2. C. Bordun: « The use of Radiology in teaching Anatomy. » *Radiology*, 8, 1027, p. 384.

VARIÉTÉS

XXe CONGRÈS DE L'A. M. L. F. C.

Séance d'ouverture

ALLOCUTION DU DOCTEUR HERMILE TRUDEL, secrétaire-trésorier de l'A. M. L. F. C.

C'est en cette circonstance solennelle que j'ai l'honneur très insigne d'ouvrir le XXe congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. Notre association, avec le précieux concours de tous ses membres, apporte dans ses assises qui commencent ce soir sa collaboration qu'elle offre généreusement à toute la population. C'est cette dernière qui en définitive tirera bénéfice de tous les avantages de la science médicale que peut fournir le médecin praticien, car c'est lui qui pénètre dans tous les foyers et qui appuie de sa science le rôle social qu'il est appelé à y jouer.

Le congrès qui débute ce soir a été confié par le Conseil à des médecins qui n'ont pas hésité à sacrifier la totalité de leurs loisirs et une grande partie de leur pratique pour faire de cet événement un succès au moins égal aux congrès précédents. La présidence du XXe congrès ne revenait à nul autre qu'au réputé professeur J.-A. Vidal, assisté des vice-présidents J.-B. Jobin, de Québec, J.-A. Denoncourt, des Trois-Rivières, Richard Gaudet, de Sherbrooke, Edmond Potvin, de Chicoutimi, Gustave Lacasse, de Tecumseh, J.-M. Laframboise, d'Ottawa, et Auray Fontaine, de Woonsocket.

Pour le seconder dans sa lourde tâche, le professeur Vidal a eu comme précieux auxiliaire le docteur Pierre Smith, secrétaire, qui a fait appel à des jeunes confrères, les docteurs Jean-Louis Pilon, secrétaire adjoint, et B.-G. Bégin, assistant secrétaire adjoint, votre serviteur agissant comme trésorier.

Nous avons, cette année encore, le grand honneur de voir la France, qui s'est relevée de ses malheurs, nous fournir des personnalités éminentes telles que les professeurs Raoul Kourilsky, délégué du gouvernement français, Léopold Nègre, Madame Lamotte-Barillon et Henri Redon. Un autre savant, le docteur Hans Selye, de l'Université de Montréal, nous fera part de ses recherches dans un domaine relativement nouveau: l'ACTH et la Cortisone, dont on a parlé abondamment depuis quelque temps. Je laisse à M. le Président le soin d'exposer le thème du congrès qu'il a choisi lui-même.

Depuis le XIXe congrès tenu sous la présidence du docteur A.-L. Richard, à Ottawa, en septembre 1948, l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, dont le Directeur Général est le docteur Donatien Marion, a continué et intensifié l'œuvre qu'elle poursuit depuis le début. En plus du travail quotidien, elle a tenu, en juin 1949, un deuxième congrès régional à Chicoutimi, sous la présidence du docteur Edmond Potvin, aidé des docteurs Emile Simard et Gérard Boudreault; et je m'excuse d'avance de ne citer que ces trois noms car ce sont tous les médecins de cette région de la Province qui ont travaillé au succès de ces assises, attirant à Chicoutimi plus de deux cents délégués.

Le conseil de l'Association a confié au comité d'économie médicale la tâche d'étudier les problèmes inhérents à la médecine et les prérogatives et devoirs des médecins. Ce comité se compose des docteurs Emile Blain, président; Roma Amyot, de Montréal; J.-A. Denoncourt, des Trois-Rivières; Richard Gaudet, de Sherbrooke; C.-A. Gauthier et Pierre Jobin, de Québec; J.-M. Laframboise, d'Ottawa; font partie ex-officio, le directeur général et le secrétaire-trésorier de l'Association. Nous avons le regret d'annoncer que le docteur C.-A. Gauthier, pour des raisons que nous avons su reconnaître, a démissionné de ce comité en avril 1950. Avant sa démission, le docteur Gauthier était le président du comité.

Depuis un an, le comité d'économie médicale a tenu des séances quasi mensuelles et a étudié plusieurs questions: l'assurance-hospitalisation, la décentralisation des laboratoires, l'Institut du cancer, d'après les suggestions de l'hon. ministre de la Santé, le docteur Albiny Paquette. Une question principale a été envisagée cependant et c'est celle du médecin praticien et du rôle prépondérant qu'il a à jouer dans la pratique médicale. Ces études ont abouti à la décision de tenir, au cours du congrès, une réunion plénière du comité d'économie médicale, qui aura lieu mercredi, le 27 septembre, à huit heures et trente, à laquelle tous les congressistes sont respectueusement invités. Le thème de cette soirée sera: « La santé publique, rôle prépondérant du médecin praticien ». Sous la présidence d'honneur des docteurs

Marc Trudel, Eugène Thibault et Roland Décarie, respectivement présidents du Collège des Médecins, de la Fédération des Sociétés médicales et de l'Association des Bureaux médicaux des hôpitaux, cette soirée sera dirigée par le docteur Emile Blain. L'Association est heureuse de recevoir la collaboration de ces trois organismes afin d'établir l'unité dans nos moyens d'action.

La France et le Canada sont appelés à collaborer ensemble dans le domaine médical et c'est un plaisir sans cesse renouvelé pour nous de constater que nous en tirons un grand profit. C'est ainsi que par l'intermédiaire du Comité conjoint de relations médicales France-Canada, dont les membres de la section canadienne sont les mêmes que ceux du comité d'économie médicale qui se sont adjoints des personnalités de valeur comme les docteurs Albert Jutras, de l'Hôtel-Dieu, J. Audette-Lapointe et Eugène Thibault, l'Association a le plaisir de fournir une lettre de recommandation à tous les médecins qui veulent parfaire leur enseignement médical en France. Nous reconnaissons qu'ils y sont reçus à bras ouverts, et je prie son Excellence l'Ambassadeur de France, M. Hubert Guérin, de transmettre à son pays les sentiments de gratitude des médecins canadiens.

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada a grand droit de se réjouir des titres d'honneur accordés à ses membres et je cite entre autres le docteur Donatien Marion, directeur général, qui a été nommé gouverneur de l'Université de Montréal; MM. les docteurs Eugène Thibault, de Verdun, et Richard Gaudet, de Sherbrooke, qui ont été reçus, récemment, chevaliers de l'Ordre Equestre du Saint-Sépulcre; M. le docteur A.-L. Richard qui est devenu le doyen de la Faculté de Médecine de l'Université d'Ottawa, et le professeur Wilbrod Bonin qui s'est vu conférer, il y a quelques semaines, le titre de doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Mentionnons aussi que le docteur Aimé Pelletier, de Verdun, sous le pseudonyme de Bertrand Vac, a gagné le prix du Cercle du Livre de France pour son roman intitulé *Louise Genest*.

L'Association se fait un devoir de diffuser la science de la médecine par l'intermédiaire de son bulletin officiel *L'Union Médicale du Canada* dont le président, pour le terme actuel, est le sénateur Gustave Lacasse, de Tecumseh. Je rends hommage au rédacteur en chef, le docteur Roma Amyot, pour son esprit de travail et son dévouement sans limite.

Durant les douze derniers mois, nous avons eu à déplorer la mort de plusieurs de nos membres et je ne puis passer sous silence le grand deuil qui nous a frappé en octobre 1949 alors que les docteurs Azarie Cousineau, René Dandurand, membres du Conseil, et Emile Legrand ont péri simultanément dans un triste accident d'avion. Nous prions les familles de ces disparus d'accepter les plus profondes condoléances de leurs confrères qui perdent en eux des collaborateurs bien dévoués.

L'an 1950 restera mémorable dans nos annales puisque l'Association des Médecins de Langue Française du Canada fête, cette année, son cinquantième anniversaire, ayant été fondée en 1900 par un médecin de Québec, le docteur Delphis Brochu, de regrettée mémoire. Si le docteur Brochu était parmi nous ce soir, il serait heureux de constater que l'édifice qu'il a commencé il y a un demi-siècle a atteint un prodigieux développement.

Les médecins membres de notre association ne peuvent sûrement pas assister à un congrès comme celui qui débute sans se faire accompagner de leurs épouses et c'est pourquoi le comité des dames, composé de Mesdames Donatien Marion et J.-A. Vidal, présidentes; Madame Pierre Smith, vice-présidente; Madame Hermile Trudel, secrétaire; Madame Jean-Louis Pilon, Mademoiselle Thérèse Vidal, trésorières, ont élaboré un programme à l'intention toute particulière des compagnes des congressistes.

Avant de terminer, je tiens à remercier tous ceux qui ont, de près ou de loin, assuré le succès de ce congrès: les officiers, les dames et demoiselles de l'inscription, les rapporteurs scientifiques, les présidents de séances, des différentes sociétés spécialisées qui nous prêtent leur concours, les exposants scientifiques, les maisons de produits pharmaceutiques. A tous nous souhaitons la plus grande chance de réussite.

Messieurs les invités d'honneur, Mesdames, Messieurs, j'inviterai maintenant le président du congrès à vous adresser la parole. L'accident qui l'a retenu les trois quarts d'une année sur une couche d'hôpital n'a pas eu raison de son énergie.

Monsieur la professeur Vidal.

ALLOCUTION DU DOCTEUR J.-A. VIDAL,
président du XXe Congrès.

Il m'est très agréable de saluer respectueusement les éminentes personnalités religieuses et laïques, et nos distingués invités qui nous font l'honneur de se joindre à notre association pour rehausser de leur présence l'ouverture officielle du XXe Congrès des médecins de langue française du Canada.

Je salue particulièrement Son Excellence Monseigneur l'Archevêque de Montréal, dont la présence parmi nous démontre bien qu'il n'y a pas d'incompatibilité entre l'Eglise et la science, et je crois pouvoir vous assurer, Excellence, que les médecins de langue française du Canada ne sont pas victimes de ces théories modernes, imbues du plus triste matérialisme et dont les principales émanations sont l'euthanasie et la limitation systématique des naissances. Notre association conserve encore la foi en l'autorité religieuse et le respect de la personnalité humaine.

Je salue son Honneur M. le Maire de Montréal, dont la sympathie pour les œuvres économiques, sociales et scientifiques est bien connue. Je vous remercie de votre bienveillance envers notre association, et vous prie d'être notre interprète auprès de vos collègues de l'Exécutif pour votre généreuse collaboration à notre programme social.

Je salue Monsieur le Ministre provincial de la Santé, qui dépense sans compter toutes ses activités à l'amélioration de la Santé publique de la province de Québec. Son ministère est certainement un des plus beaux, puisqu'il ressemble à la Société Saint-Vincent-de-Paul — il reçoit constamment des demandes d'assistance — toujours présentées d'une manière assez pathétique, mais il ne faut pas oublier qu'il ne peut les combler qu'en rapport avec la capacité de son trésor. Je vous remercie, Monsieur le Ministre, au nom de notre association, pour votre généreuse contribution qui nous a rendu un précieux service dans l'organisation de notre Congrès.

Je salue son Excellence Monsieur l'Ambassadeur de France qui représente si dignement parmi nous la France que nous aimons et qui a procuré à un grand nombre de médecins de notre association le perfectionnement de leur formation professionnelle. Le grand intérêt que vous portez aux questions canadiennes vous a conquis l'affection de tous les fils de la Nouvelle-France.

Vous me permettrez de saluer tout particulièrement le délégué officiel du gouvernement et de nos collègues français, le Professeur Raoul Kourilsky. Monsieur le Professeur, si l'on vous a arraché à vos multiples obligations au début de l'année universitaire, je m'en excuse, mais vous êtes le seul responsable. Rappelez-vous qu'à l'automne 1948, vous êtes venu donner des leçons cliniques à l'Université Laval de Québec et à l'Université de Montréal. Votre enseignement si clair et si précis, reflétant une grande probité scientifique, a été hautement apprécié par tous vos auditeurs. Voilà pourquoi, cette année, le Président de ce Congrès, voulant être agréable à tous les médecins canadiens-français, ne pouvait mieux faire que de vous inviter à revenir pour nous faire bénéficier de vos récentes observations scientifiques. Au nom de l'association, je vous prie d'accepter notre cordial merci!

*
* *

Mes chers collègues,
Mesdames, Messieurs.

Il est très intéressant de noter que l'ouverture de ce XXème Congrès marque également le 50ème anniversaire de notre association fondée en 1900 à Québec; le premier Congrès fut réalisé en 1902. Cette association groupait les médecins de langue française de l'Amérique du Nord; mais il y a quatre ans, pour des considérations économiques et nationales, le titre fut modifié en celui de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. Si le nom fut changé, je peux vous assurer que l'esprit de la constitution fut intégralement respecté et nous conservons toujours les relations les plus amicales avec le très intéressant groupement de nos chers collègues franco-américains. Cinquante ans dans l'évolution de la médecine au Canada, c'est un laps de temps suffisant pour jeter un coup d'œil sur le passé, considérer le présent et se demander ce que peut être l'avenir.

Si nos prédécesseurs, en raison des difficultés de la vie et de la recherche scientifique presque inexistante à cette époque, ont évolué beaucoup moins rapidement que nous l'avons fait dans le dernier quart de siècle, ils ont eu le grand mérite de nous laisser comme héritage l'intégrité et le respect de l'éthique et de la morale professionnelles.

Aujourd'hui, grâce aux rapides développements de la médecine moderne, grâce aux travaux de recherches qui s'accroissent à un rythme de plus en plus encourageant, nous sommes à édifier une médecine canadienne-française qui se concrétise dans la pensée française et dans l'esprit réalisateur d'Amérique. Si dans le domaine international, notre pays s'affirme et se crée une place de plus en plus prépondérante, nous médecins canadiens, nous devons prendre conscience de nos responsabilités et travailler généreusement sous la direction scientifique de nos deux universités canadiennes-françaises pour le plus grand

progrès et pour l'affirmation d'une médecine canadienne-française.

Déjà le mouvement est lancé, et nous espérons que les médecins qui se livrent aux recherches scientifiques se feront de plus en plus nombreux, parce que la recherche scientifique est la base fondamentale des progrès de la médecine.

Du côté des pouvoirs publics se dessinent une meilleure compréhension et une collaboration plus tangible. Cependant, nous formons le voeu que les subsides pour les recherches scientifiques médicales soient sensiblement augmentés, ce qui est une nécessité.

D'un autre côté, nos deux universités canadiennes-françaises, l'Université Laval de Québec et l'Université de Montréal comprennent leurs responsabilités dans le rôle important de la formation et de l'orientation des étudiants en médecine. Le corps professionnel est à la hauteur de la situation, l'outillage de nos laboratoires a beaucoup progressé. Il ne faudrait pas s'arrêter seulement à la formation des étudiants en médecine, mais il faudrait sélectionner une équipe de chercheurs qui travailleraient au succès de la médecine canadienne-française pour le plus bénéfice des futures générations.

Voilà ce que nous devrons faire pour l'avenir. Mais, malgré nos projets, nous nous demandons ce que sera l'avenir. L'exercice de la médecine que nous avons tous connue semble être à la croisée des chemins, où se manifestent certaines imprécisions sur l'orientation future. On parle de "Médecine d'Etat" dont les origines sont fortement suspectes, et de médecine socialisée. Je laisse au comité d'économie médicale, qui en a fait une étude approfondie, de vous faire part de leurs conclusions. Mais quelles que puissent être les conditions économico-sociales futures, nous, médecins catholiques, nous devons nous diriger vers ces vérités fondamentales de la saine raison et de la foi, dans laquelle les grandes questions de l'éthique médicale trouvent leur solution.

Permettez-moi de vous raconter brièvement une anecdote historique extraite d'un discours de Sa Sainteté Pie XII sur les fondements et les normes de la morale professionnelle dans l'exercice de la profession médicale (le 12 novembre 1944).

Vous avez tous admiré le fameux tableau de la leçon d'anatomie de Rembrandt, je cite: « Bien différent de ces collègues en habits élégants qui, dans la fameuse leçon d'anatomie de Rembrandt, semblent surtout soucieux de transmettre leurs traits à la postérité, un de ces personnages attire par contre l'attention de celui qui le contemple par la vivacité et la profondeur de son expression. Avec une figure attentive, il plonge son regard dans la section ouverte, anxieux de lire le secret de ces viscères, avide d'arracher à la mort les mystères de la vie. Science admirable, l'anatomie a la vertu d'introduire l'esprit en des régions encore plus vastes et plus élevées. »

Il le savait bien, il le sentait bien le grand Morgagni, célèbre précurseur de l'anatomie, lorsque, durant une dissection, il laissa tomber de ses mains son bistouri et s'écria: « Ah! si je pouvais aimer Dieu, comme je le connais. » Le médecin, plus que tout autre, intervient partout, non moins avec son cœur qu'avec son intelligence; il ne traite pas une matière inerte, pour précieuse qu'elle soit; un homme comme lui, un de ses frères souffre entre ses mains. Bien plus, ce patient n'est pas une créature isolée, c'est une personne qui a sa place et sa fonction dans la famille et sa mission si humble soit-elle dans la société. Plus encore, le médecin chrétien ne perd jamais de vue que son malade, son blessé, qui, grâce à ses soins, continuera de vivre pendant un temps plus ou moins long, où nonobstant ses sollicitudes, mourra, est en route vers la vie immortelle et que des dispositions du malade au moment du passage définitif dépend son bonheur ou son malheur éternel.

Je laisse à votre réflexion ce haut enseignement de Sa Sainteté Pie XII à la profession médicale, et je termine en déclarant l'ouverture officielle du XXe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

ALLOCUTION DU DOCTEUR D. MARION,
directeur de l'Association.

« Tout vient à point à qui sait attendre ». Ce dicton acquiert parfois un sens profond de vérité. En voulez-vous un exemple? La semaine dernière, le Conseil des Gouverneurs choisissait les professeurs qui doivent constituer l'équipe nouvelle de la faculté de médecine. Et j'étais particulièremnt fier de retrouver sur cette liste le nom d'un médecin avec lequel je suis lié d'amitié depuis nombre d'années.

Médecin de quartier pendant de longues années, cet ami décida, un jour, de s'orienter vers la phtisiologie. Nous nous retrouvions ensemble à Paris, en 1922. Il était venu y chercher les notions essentielles qui lui ont acquis une réputation incontestée.

Au soir de sa carrière professionnelle, nul doute, mesdames et messieurs, que vous vous associerez à moi pour lui offrir, en même temps que vos félicitations, l'hommage de la reconnaissance unanime de la profession médicale.

Mesdames et messieurs, je vous prie d'applaudir le nouveau titulaire de la chaire de phtisiologie à l'Université de Montréal, le Professeur J.-A. Vidal, président du 20e congrès.

Dans ce pays que tout le monde se plaît à nommer le pays de l'avenir, il existe deux cultures dont le développement synergique est nécessaire. Pour nous de langue française, qui sommes la minorité, nous n'avons pas le droit de perdre et de laisser s'émietter la moindre parcelle de notre héritage ancestral. Toutes nos valeurs morales doivent être développées à la limite, car ce n'est que dans cette complète utilisation des forces vitales des deux groupes qui forment notre pays, que, nous pourrons assurer à notre Canada de prendre place au premier rang des nations.

Supposons, pour un instant, qu'une politique quelconque, sous prétexte d'unité, ferait du Canada un pays d'une seule race, d'une seule croyance et d'une seule langue, autant vaudrait pour le Canada de faire partie du grand tout américain et de devenir un des Etatsuniens. Si nous rejetons cette thèse d'unification, il nous faut, c'est notre devoir, chacun dans sa sphère respective, essayer d'atteindre les plus hauts sommets. Et ceci pour les deux groupes ethniques qui peuplent notre pays.

Nous ne nous sommes pas contentés de déclarations de principe, car, depuis 50 ans, tous nos efforts ont convergé vers la formation d'un solide groupe médical de langue française, dans le but de travailler au perfectionnement scientifique de ses membres.

Quant à ses rapports avec la clientèle, le Professeur L. Justin-Besançon m'écrivait un jour: « Le médecin canadien-français est appelé par son noble métier de médecin à être chaque jour au contact de la population canadienne-française et je me demande ce qui se passerait s'il devenait incapable, de par sa formation intellectuelle, de se sentir de plein pied, en quelque sorte, avec l'âme de ses patients ».

Pour nous, malgré toutes les tentatives d'absorption, d'assimilation ou de désintégration, avec la complicité parfois de quelques-uns des nôtres, attirés par l'appât des honneurs, notre Association doit grouper, sans exception, tous les médecins de langue française, dans quelque coin du pays qu'ils habitent.

Si, depuis 50 ans, nos deux Facultés de Médecine de langue française ont pu distribuer le savoir à des milliers d'étudiants, par contre, notre Association, par ses Congrès et par son Bulletin, l'Union médicale du Canada, a pu faire connaître périodiquement les progrès de la science médicale à des milliers de médecins-praticiens. C'est donc un devoir impérieux pour tous les nôtres de se grouper sous la bannière de notre Association.

Devoir professionnel, doublé d'un devoir social: notre groupe ethnique représente, en ce pays, un élément de stabilité et d'équilibre, appuyé sur son hérédité et ses croyances religieuses contre lesquelles peuvent venir se briser toutes les idées subversives.

Au temps où nous vivons, notre groupe ethnique, de par sa formation morale et son poste de commande à la croisée des deux cultures, peut prendre plus rapidement position en face de problèmes susceptibles d'ébranler notre structure sociale.

Ainsi notre conscience peut-elle hésiter entre le précepte de l'Evangile, « Tu ne tueras point », et la « pitié qui donne la mort ». Accorder ce droit de tuer par pitié au médecin, ce serait diriger l'humanité tout entière vers ce destin funeste: l'incertitude de la vie en face de la certitude de la mort.

Ambroise Paré nous donnait la solution du problème: « Je le pansai, mais Dieu seul est maître de vie et de mort, de guérison ou d'agonie, d'angoisse ou de sérénité ». On a beaucoup discuté, en ces derniers temps, la question de l'euthanasie. Et le public s'attend, sans doute, à ce que nous prenions nettement position sur ce sujet. Le malade qui s'adresse au médecin veut savoir s'il peut, en toute sûreté, lui confier sa vie.

Nous rejetons l'euthanasie, parce qu'elle est contraire à la morale naturelle, et la morale catholique ne fait ici, en somme, qu'énoncer une donnée de la loi naturelle. Reconnaissant que la vie est un bien dont nous ne sommes que le dépositaire et non le maître, notre conscience se refuse à commettre un meurtre, même déguisé.

Nous la rejetons, parce qu'il est facile de prévoir à quels abus peut conduire le principe de sa légitimité. De l'euthanasie volontaire, on passe à l'euthanasie obligatoire pour tous les incurables, pour tous ceux que des normes arbitraires peuvent désigner comme une nuisance, une charge à l'Etat.

Nous la rejetons, comme médecins, par fidélité à notre serment d'Hippocrate, par fidélité à notre mission qui est de guérir, de sauver ou de prolonger la vie, non de l'abréger; de supprimer ou de diminuer la souffrance, non de tuer. L'euthanasie serait une honteuse démission devant des maladies, aujourd'hui incurables, et que la science, demain, peut vaincre. Elle détruirait cette confiance dans le médecin qui, chez le malade, est un élément moral important de guérison.

D'un mot, notre honneur professionnel aussi bien que notre dignité d'homme nous font un devoir de respecter cette chose sacrée entre toutes: la vie.

Mes chers Collègues, faisons nôtre cette déclaration du regretté Professeur L. Portes que j'avais le privilège d'entendre affirmer, en novembre dernier, dans son Service à Port-Royal, à Paris, que: « Le jour où le médecin sera maître de la vie et de la mort, ce sera la fin de l'humanité ».

L'an dernier, durant le séjour à Montréal du Supérieur du Collège Canadien à Rome, je lui avais offert la collaboration de notre Association pour les œuvres de charité de sa Sainteté Pie XII. L'appel fait à nos membres s'est traduit par l'envoi de plusieurs caisses de médicaments. Et lorsque, le 6 octobre dernier, à Castel Gondolfo, je demandais une bénédiction particulière pour les médecins canadiens qui avaient participé à cette œuvre de charité, j'étais fier d'entendre ces paroles de sa Sainteté: « L'œuvre que dirige Mgr Léger me touche infiniment. » Excellence Révérendissime, avec votre permission, je réitère le même appel à tous nos membres, convaincu à l'avance d'une moisson riche et abondante.

Le 11 septembre dernier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, le Professeur L. Justin-Besançon priait le directeur général de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, son délégué officiel, de transmettre à tous ses membres les sentiments de profonde affection qui unissent nos deux pays. Mesdames et messieurs, avec quelle ferveur, je vous transmets ce message.

Ce soir, la France nous envoie son délégué officiel, le plus Canadien des Français, le Professeur Raoul Kourilsky. Président français du Comité Conjoint France-Canada, le Professeur Kourilsky ne ménage ni ses forces, ni ses démarches, pour aider nos jeunes médecins canadiens à perfectionner leurs connaissances scientifiques. Puisse son séjour lui démontrer que les nôtres n'oublient pas la devise de notre Province: « Je me souviens ».

ALLOCUTION DE SON EXCELLENCE MONSEIGNEUR PAUL-ÉMILE LÉGER, archevêque de Montréal.

Si vous m'invitez à prendre la parole ce soir, ce n'est certainement pas pour que je vous donne un cours de médecine. Le voudrais-je d'ailleurs que j'en serais probablement empêché, et ce serait très bien. Non, ce que vous attendez plutôt de moi, c'est que je vous apporte les vœux et les bénédictions de l'Eglise. Et c'est pourquoi vous me trouvez si heureux d'être avec vous en ce moment, car c'est bien cela la tâche d'un évêque: encourager et bénir, au nom de l'Eglise, tous ceux qui s'adressent à lui.

L'Eglise cependant ne s'occupe pas seulement de prier et de bénir: Elle donne aussi des directives. Et il m'est très agréable de trouver ici l'occasion de vous dire ce qu'Elle attend de vous et de votre profession à l'heure actuelle.

Et tout d'abord, il ne faut pas être surpris de voir l'Eglise donner des directives aux médecins. L'Eglise ne veut pas se mêler de ce qui ne la regarde pas. Elle ne prétend pas s'immiscer dans les questions purement médicales ni intervenir pour discuter les principes de la chirurgie ou leurs applications en ce que les uns et les autres ont de purement technique. Ce n'est pas là son domaine. Mais Elle vient rappeler aux médecins — et c'est là son devoir —, Elle vient rappeler aux médecins leurs obligations morales vis-à-vis de leurs patients, vis-à-vis des vies humaines qui font l'objet de leurs études et de leurs travaux, et dont le soulagement est le motif de toutes leurs démarches. Et ici Elle est chez Elle, comme d'ailleurs Elle est chez Elle quand, par la bouche du Pape, Elle s'adresse par exemple aux aviateurs, aux artisans, aux apiculteurs, aux employés de tramways ou aux cheminots.

C'est qu'en toute activité humaine, il n'y a pas qu'une technique, si savante soit-elle, à respecter; il y a encore et surtout un esprit, une mentalité à vivre; un esprit, une mentalité qui doit diriger tout le travail. Or cet esprit, s'il veut être fécond, doit être tout pétri de conformité aux lois de la nature ainsi qu'aux lois positives de Dieu. Car Dieu est à l'origine de tout ce qui existe; car Dieu est intimement présent à tout ce qui existe; et sa volonté souveraine sur les êtres se traduit par des lois naturelles ou par des lois positives qui ne sauraient être violées sans détriment, puisque de telles violations constituent des accrocs à l'ordre infiniment sage établi par le Créateur. Or l'Eglise est par excellence la dispensatrice de cet esprit, de cette mentalité, puisqu'Elle existe précisément pour rappeler au monde l'existence de Dieu et l'universalité de son domaine sur toutes les créatures et sur toute la réalité de chacune d'entre elles.

Ne peut-on pas dire que, dans tous les domaines, c'est l'oubli de Dieu et de ses lois qui conduit à la déchéance, à la décadence; et qu'au contraire c'est le respect des souverains droits de Dieu qui est à la source de tout progrès véritable? Le progrès véritable ne saurait exister en dehors de la vérité; et la vérité, c'est que Dieu est en tout, et que tout est en Dieu.

La médecine ne fait pas exception à cette règle. On a trouvé parfois que l'Eglise était contre le progrès parce qu'Elle s'opposait, au nom de la morale, à des méthodes thérapeutiques nouvelles ou à des théories neuves. Mais combien de fois n'a-t-on pas réalisé par la suite que ce n'était pas l'Eglise qui était contre le progrès, mais bien les nouvelles théories ou les nouvelles techniques elles-mêmes; et que précisément, en bien des circonstances, c'est le « veto » de l'Eglise qui a poussé à des recherches plus approfondies, et qui a ainsi ouvert la voie à des découvertes supérieures qui, rencontrant les exigences de la morale, était pour la médecine un nouveau triomphe et un nouveau titre de gloire.

Oui, il faut le dire, le médecin, le vrai médecin, n'est pas celui qui se contente de savoir établir un diagnostic; ce n'est pas non plus celui qui se contente de savoir manier le scalpel ou le bistouri; mais c'est celui qui traite son patient en respectant sa nature et ses aspirations. Or Dieu est l'auteur de cette nature et le terme final de ces aspirations. La pensée de Dieu ne doit donc pas être étrangère à aucune considération médicale.

« Composé de matière et d'esprit, écrit S. S. Pie XII, élément lui-même de l'ordre universel des êtres, l'homme se dirige en effet dans sa course ici-bas vers un terme, par delà le temps, vers une fin au-dessus de la nature. De cette compénétration de la matière et de l'esprit dans la parfaite unité du composé humain, de cette participation au mouvement de toute la création visible, il suit que le médecin est souvent appelé à donner des conseils, à prendre des déterminations, à formuler des principes qui, tout en visant directement le soin du corps, de ses membres et de ses organes, intéressent toutefois l'âme et ses facultés, la destinée surnaturelle de l'homme et sa mission sociale. »

« Or, sans avoir toujours présenté la pensée de cette composition de l'homme, sa place et sa fonction dans l'ordre universel des êtres, sa destinée spirituelle et surnaturelle, le médecin court facilement le danger de s'engager dans les préjugés plus ou moins matérialistes, d'un suivre les conséquences fatales d'utilitarisme, d'hédonisme, d'indépendance absolue de la loi morale. »

« Un capitaine peut bien savoir donner des instructions précises sur la manière de manœuvrer la machine et de disposer la voile pour la navigation; si cependant il ne connaît pas le but, ou s'il ne demande pas à ses instruments ou aux étoiles qui resplendissent au-dessus de sa tête la position et la direction de son navire, où sa course folle le conduira-t-elle? »

Il faut le reconnaître: ces paroles du Souverain Pontife sont l'expression pure et simple de la vérité. Mais il faut reconnaître aussi qu'en certains milieux on n'est pas disposé à entendre ce langage. C'est qu'il en faut de l'humilité pour se soumettre à un Dieu que l'on ne voit pas; c'est qu'il en faut surtout de l'humilité pour faire de cette soumission, non pas seulement un rite quelconque où la personne ne s'engage pas tout entière, mais la profession consciente et convaincue d'un état de dépendance totale et perpétuelle dans l'ordre de l'être et de l'agir. Hélas, notre monde du 20e siècle est trop orgueilleux, trop avancé pour se soumettre. Et puis n'est-il pas devenu capable de se passer de Dieu? Pauvre monde qui marche à sa perte!

L'homme se croit le maître de l'homme parce qu'il connaît le mécanisme du cœur humain, parce qu'un récent développement de la science chirurgicale lui permet d'entrer dans le cœur humain avec des instruments pour y opérer des sectionnements. Pauvre homme! Peut-il seulement fabriquer un cœur? Un seul? Peut-il seulement fabriquer un os, une dent, un ongle, un cheveu?

L'homme n'est-il pas plutôt l'élève de l'homme? L'inventeur du téléphone et les architectes de nos grandes centrales téléphoniques ont-ils jamais pensé que le cerveau humain, avec la moelle de l'épine dorsale et toutes les ramifications nerveuses, est la plus belle centrale téléphonique qui soit? Les grands spécialistes en Photographie ou encore les Maîtres en Astronomie ont-ils jamais réalisé que la perfection de leurs magnifiques appareils perd de son éclat devant la perfection supérieure de l'œil humain? Et cette merveilleuse pompe aspirante et foulante qu'est le cœur? Et ces filtres parfaits que sont les reins? Et puis que peuvent dire nos experts en chauffage devant cet appareil de chauffage central que chacun de nous porte en soi, et qui est si au point, que l'air ambiant peut subir des écarts considérables de température sans que la température du corps varie, elle. Et l'on pourrait continuer indéfiniment dans cette ligne. Vraiment l'homme est davantage l'élève de l'homme que son maître. Et cela, c'est parce que, dans cet homme qui est l'objet de ses soins, le médecin peut et doit découvrir Dieu lui-même, toujours présent dans ses œuvres qui reflètent son éternelle et infinie sagesse.

Dieu ne se trouve pas au bout du scalpel, non! Car Dieu est Esprit, et le scalpel travaille dans la chair. Mais quand on est humble il n'est pas besoin de scalpel pour Le découvrir dans la merveilleuse organisation du corps humain.

Le médecin qui s'approche de son patient doit donc procéder avec humilité, et presque avec crainte et tremblement, car il traite avec une créature dans laquelle Dieu a renfermé les merveilles de sa sagesse infinie et les fruits de sa toute-puissance sans limites.

Cette disposition d'humilité conduira à l'obéissance à toutes les lois que Dieu a inscrites dans la nature humaine et auxquelles il est parfois si difficile de se soumettre, surtout dans notre monde d'aujourd'hui traversé par tant de courants subversifs: loi de l'intangibilité de la vie humaine, loi sacrée de la procréation, loi du secret professionnel... Il est des cas où la voix de la misère se fait entendre avec de tels accents qu'on peut en venir à se demander s'il faut encore suivre la voix de Dieu. D'autres fois, c'est la voix du vice qui crie ses exigences face à celles de Dieu. Et enfin certaines thèses pseudo-scientifiques peuvent parfois donner le change. C'est alors qu'il faut avoir en soi ces dispositions fondamentales d'humilité et d'obéissance vis-à-vis de Dieu, qui seules peuvent assurer l'exercice d'un art médical vraiment digne et progressif.

Est-il nécessaire de parler de la charité du médecin envers son patient? Charité authentique et surnaturelle, qui ne consiste pas seulement à soigner les pauvres gratuitement, mais qui consiste d'abord et surtout à sympathiser avec tous ses malades, à les réconforter, à tonifier leur âme en même temps que leur corps, en les aidant surtout à comprendre leurs souffrances et à en profiter pour eux-mêmes et pour les autres, les aidant à rencontrer la mort avec les dispositions requises. C'est là la plus belle tâche en même temps que la plus grande responsabilité du médecin chrétien.

Ici, il faut encore écouter Sa Sainteté le Pape: « Il y a une loi fondamentale, nous dit-il, qui s'offre au regard du médecin plus que de tout autre et dont le sens et la fin dans leur intégrité ne peuvent être éclairés et manifestés que par la lumière de la Révélation: Nous voulons parler de la douleur et de la Mort. »

« Nul doute que la douleur physique n'ait aussi une fonction naturelle et salutaire; c'est un signal d'alarme qui dévoile la naissance et le développement, souvent insidieux, du mal caché, qui induit et pousse à appliquer le remède. Mais le médecin rencontre inévitablement la douleur et la mort dans le cours de ses recherches scientifiques, comme un problème dont son esprit ne possède pas la clef, et, dans l'exercice de sa profession, comme une loi inéluctable et mystérieuse en face de laquelle son art souvent demeure impuissant et sa compassion stérile. Il peut bien établir son diagnostic selon tous les éléments du laboratoire et de la clinique . . . mais

au fond de sa conscience, de son cœur d'homme et de savant, il sent que l'explication de cette énigme s'obstine à lui échapper. Il en souffre; l'angoisse le tenaille inexorablement jusqu'à ce qu'il demande à la foi une réponse qui, bien que non complète, telle qu'elle est dans le mystère des desseins de Dieu et deviendra évidente dans l'éternité, est cependant capable de calmer son esprit. »

« Voici cette réponse. Dieu, en créant l'homme, l'avait, par un don de la grâce, exempté de cette loi naturelle de tout être vivant, sensible et corporel. Il n'avait pas voulu mettre dans sa destinée la douleur de la mort; le péché les y a introduite.

Mais lui, le Père des miséricordes, les a prises dans ses mains, il les a fait passer par le corps, les veines, le cœur de son Fils bien-aimé, Dieu comme Lui, fait homme pour être le Sauveur du monde. Ainsi la douleur et la mort sont-elles devenues pour tout homme qui ne repousse pas le Christ des moyens de rédemption et de sanctification. Ainsi le chemin du genre humain, qui se poursuit sur toute sa longueur sous le signe de la Croix et sous la loi de la douleur et de la mort, pendant qu'il mûrit et purifie l'âme ici-bas, la conduit-il à la félicité sans bornes d'une vie qui n'a point de fin. »

Les médecins qui comprennent ces choses sont parmi les hommes les plus heureux au monde. Et l'Eglise est heureuse de les encourager et de les bénir. Elle leur applique volontiers ces textes de l'Ecriture: « Le Seigneur fait produire à la terre ses médicaments et l'homme sensé ne les dédaigne pas . . . »

ALLOCUTION DU PROFESSEUR AGRÉGÉ RAOUL KOURILSKY,

Délégué du Gouvernement Français.

Je ne cacherai pas mon émotion et ma joie d'avoir été désigné par le gouvernement français pour assister aux travaux du XXe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Selon une tradition bientôt cinquantenaire, la France consacre, par ce geste, sa volonté de répondre à la fidélité canadienne-française.

Qui ne serait ému devant cet inébranlable attachement à la langue, à la science, à la culture d'une patrie, contrainte d'abandonner les siens en pays lointain?

Qui ne serait saisi de respect devant cette indestructible énergie persévérant pendant des siècles la civilisation reçue des Ancêtres?

Comment ne pas en rendre hommage d'abord à l'Eglise qui est si manifestement responsable de cette survivance exemplaire?

Tels sont les sentiments de la généralité des Français. Qui d'entre vous, Messieurs, n'a éprouvé l'amitié dont il fut spontanément entouré chez nous, dès qu'il fut su ou compris qu'il était Canadien-français?

*
* *

La tradition des Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada fut instituée lorsque, le 25 juin 1900, le Professeur Brochu, de Québec, proposa de jeter les bases d'une association, qui avait pour but « d'organiser des congrès périodi- « ques de Médecine et de Chirurgie, dans les grandes « villes de la Province et dans les principaux centres « franco-canadiens des Etats-Unis. Cette association « pourrait consolider l'unité de la race canadienne- « française en Amérique, sans mettre en doute notre « loyauté envers l'Angleterre et nos compatriotes de « langue anglaise ».

Depuis cinquante ans, Messieurs, ces principes ont été scrupuleusement respectés.

Des dix délégués de Québec, des douze de Montréal, réunis en 1900 pour fonder l'Association, deux seuls sont aujourd'hui vivants. J'ai le privilège de les connaître tous les deux. Mes Maîtres français les ont connus et aimés; l'un d'entre eux est à Québec: c'est le docteur Jobin. L'autre est parmi nous ce soir. Il siège depuis longtemps au Comité de Direction de l'Association des Médecins de Langue Française, fondée à Lyon en 1911; c'est le professeur Albert Le Sage, ancien doyen de la Faculté de Médecine de Montréal.

Interprète du sentiment de ses pairs et de ses amis, j'exprime au docteur Jobin et au professeur Le Sage, aussi jeune, aussi alerte, et aussi droit qu'il le fût jamais, l'hommage de toute la Médecine fran-

çaise pour l'œuvre magnifique qu'ils ont contribué à créer et qu'ils ont longtemps soutenue.

*
* *

Le premier congrès eut lieu à Québec, le 25 juin 1902, conjointement avec le cinquantenaire de la fondation de l'Université Laval; la France y délégua M. Thamin, membre de l'Institut.

Dix-neuf congrès furent tenus depuis cette initiative mémorable et l'Association des Médecins de Langue Française du Canada ne cessa de grandir dans la Province.

Du côté français tous les grands médecins revendiquèrent l'honneur d'être déléguée au Congrès. Lorsqu'on parcourt la liste des délégations, pas un nom ne s'y trouve qui ne soit illustre dans la Médecine française et internationale: le Professeur Pozzi, le Professeur Sergent, mon Maître, qui a laissé dans votre pays le souvenir impérissable que vous savez, les Professeurs Achard, Jeannin, Marcel Labbé, Roussy, Arloing, Sorrel, Turpin, Chiray, tels furent successivement les Chefs de délégation. Mais combien d'autres, de gloire égale, voulurent les suivre: M. Ribadeau-Dumas, Ombredanne, Grégoire, Rist, Gaudart, d'Allaines... je ne puis les citer tous. Ainsi s'établit la mutuelle tradition des Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

A l'amitié canadienne-française répondit l'amitié française: toutes deux vigoureuses, vivaces, se renforçant l'une l'autre, d'année en année, à travers vents et marées, intérêts, divisions, amours-propres, qui sont inséparables de toute activité humaine ici-bas.

Chemin faisant les instruments indispensables à la pérennité furent créés: la Maison Canadienne en 1926 et l'Institut Franco-Canadien. Car, comme l'a dit un grand poète de France, « c'est à nous qu'il appartient, c'est de nous qu'il dépend d'assurer » « aux paroles une perpétuité singulière: une perpétuité éternelle, une perpétuité charnelle, une perpétuité nourrie de viande, de graisse, de sang ».

*
* *

Il y eut du sang, Messieurs, beaucoup de sang... le sang de deux guerres mondiales. L'amitié médicale franco-canadienne survécut aux cataclysmes et se révéla indéfectible. Durant la première guerre, la sollicitude médicale canadienne s'exprima par la création, en France, de deux hôpitaux de base canadiens-français à Laval et à Saint-Cloud, et ceux de ma génération, ou légèrement plus âgés, qui plus que moi combattirent, ont à jamais gravé dans leur mémoire de jeunesse le sacrifice des divisions canadiennes à Vimy.

Puis ce fut 1940 et, cette fois, il parut à beaucoup que la France martyrisée, exsangue, affamée, bombardée, viciée peut-être par l'occupant, pourrait ne pas se relever.

Vous fûtes, mes chers amis canadiens, en proie à une très grande et très légitime angoisse. Malgré les vicissitudes inévitables, vous n'avez pas désespéré. En 1942, le regretté Docteur Oscar Mercier, Président du 17e Congrès, qui dut être tenu ici-même, sans la représentation française, s'exprimait ainsi: « Après cette guerre terrible, la France éternelle, au « cœur d'acier, saura retrouver dans sa vieille âme « gauloise, des réserves inépuisables pour renaître et « guider la civilisation sur toutes les routes qui mènent « au progrès. Elle reverra ici son fils émancipé, fort, « ayant acquis un caracètre particulier et dans les Con« grès futurs de notre Association nous recevrons de « nouveau les délégués de la France qui nous apporte« ront l'éclair de leur pensée et leur généreuse fraterni« té. »

Or, en 1946, à la demande de mes amis de Québec, j'eus l'insigne honneur d'être délégué par le Gouvernement français aux côtés du Professeur Chiray et du Docteur Bailliart, pour participer au premier Congrès tenu après guerre, à Québec, au 18e Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. Jamais je n'oublierai l'émotion qui nous étreignit les uns et les autres, et qui bouleversa nos âmes, lorsque nous nous retrouvâmes après d'aussi terribles épreuves: la France, Messieurs, n'avait pas succombé.

*
* *

Mais il restait à démontrer ce qu'il était advenu de la Médecine française, mise au cachot pendant cinq ans, coupée de tout contact scientifique et intellectuel, consacrée à d'autres tâches que la méditation et la recherche.

L'honneur médical lui commandait de préserver, par tous les moyens, la vie des Français, que les rigueurs savantes de l'occupation mettaient tous en danger de maladie et de mort; l'honneur de la patrie envahie exigeait d'elle qu'elle secourût la résistance à l'oppresseur.

A aucune de ces tâches elle ne faillit; mais, pendant cette période tragique, la Médecine universitaire avait une autre mission: sa volonté fut de s'acharner, envers et contre tout, sous la cagoule de fer, à assurer la formation des jeunes, l'enseignement, la recherche; à faire en sorte que, surtout, la culture médicale française soit préservée. Seuls, ceux qui participèrent à cet effort épuisant, dans une angoisse de tous les jours, savent qu'il nous fallut en cinq ans brûler, pour y parvenir, dix ans de notre vie.

Nous connaissions notre détermination: mais il fallait faire la preuve aux nations qui venaient de nous délivrer, qu'elle avait atteint son but.

Mes chers amis canadiens, lorsque nous faisons retour ensemble sur les quatre années qui viennent de s'écouler, lorsque j'évoque les noms de ceux qui, depuis 1946, sont venus au Canada ou y séjournent encore; le nombre des Canadiens français qui sont venus en France; lorsque je retranche des paroles du Docteur Mercier, en 1942, les louanges que l'amitié a faites trop flatteuses, j'ai la fierté de pouvoir dire que, comme avant la guerre, malgré la guerre, malgré l'avant-guerre, la Médecine de la France a pu répondre à l'appel des Canadiens français.

Elle a fait de grands efforts pour organiser l'accueil de l'instruction des Médecins canadiens à Paris. Sous la présidence de notre ami Justin Besançon à qui je succède cette année, le Comité Médical Franco-Canadien est devenu le plus actif de l'Association des Relations Médicales avec l'Etranger et groupe toutes les universités françaises. J'ai moi-même fondé, avec le Dr. Chigot, une commission d'orientation médico-chirurgicale qui fonctionne tous les mois à la Maison Canadienne, et étudie le cas de chaque nouvel arrivant isolément, de façon à l'orienter au mieux de son désir et de son intérêt médical bien compris.

Cette orientation est faite, non pas dans le but égoïste de leur imposer la formation française, mais dans celui de fournir en France, aux médecins canadiens-français, les éléments dont ils ont besoin au Canada, pour accéder aux diplômes de spécialistes et aux fellowships. Tel est le travail fait en 4 ans d'après-guerre.

*
* *

Et maintenant, Messieurs, c'est à moi-même entouré de la délégation française, de la charmante et très savante Madame Lamotte-Barillon et de mon collègue Jean Bernard, qu'il échoit aujourd'hui au XXe congrès de l'Association des médecins de langue française de perpétuer cette tradition dont je vous ai exposé l'origine et les vicissitudes. Monsieur le Ministre de la Santé, j'ai le grand privilège de vous connaître personnellement et d'apprécier, à sa très haute valeur, votre accueil et votre courtoisie. Je tiens à vous dire combien la médecine française admire votre activité et s'émerveille de voir, sous votre impulsion vigoureuse, de nouveaux hôpitaux et de nouveaux sanatoriums surgir dans les territoires les plus divers de la province de Québec, pour le plus grand bien de la Province. Si je puis vous en rendre témoignage, au nom du Conseil supérieur d'Hygiène de France dont j'ai l'honneur de faire partie, Madame Poinsot-Chapuis, ancien Ministre de la Santé Publique de France, actuellement dans votre pays, me permettra, j'en suis sûr, de faire état devant vous de l'admiration qu'elle a exprimée devant moi hier pour les hôpitaux de la province de Québec.

Je m'incline respectueusement devant Son Excellence Révérendissime, Monseigneur Léger, Chancelier de l'Université, dont je saluais hier, au passage, la belle institution qui l'a formé et qu'il a lui-même dirigée pendant tant d'années.

Quel honneur pour nous tous, que Son Excellence l'Ambassadeur de France ait voulu marquer de sa présence, la sollicitude du Gouvernement Français pour nos amis Canadiens et l'importance qu'il attache aux relations médicales des deux pays.

Je lui en exprime notre profonde reconnaissance.

*
* *

Voici, en face de moi, le Président de ce vingtième congrès, le Professeur Vidal, mon ami, pour la vie de qui nous avons tremblé, symbole du courage tranquille et d'une belle âme religieuse, dépositaire d'un bel et beau savoir, que nous sommes heureux de voir enfin définitivement consacré. Je lui transmets l'hommage du Comité de direction du Comité national de la lutte antituberculeuse qui admire l'activité sociale qu'il a déployée dans la province de Québec. A côté de moi, le docteur Donatien Marion, président de l'Association des Médecins Canadiens de Langue Française. Grâce à lui, la médecine canadienne-française fut présente et honorée le 14 septembre dernier, au premier congrès international Médical de Médecine, tenu à Paris sous la présidence du professeur Lemierre. Organisateur infatigable, il a conduit l'association à un développement remarquable et se dévoue actuellement, avec la même activité, au service de la Faculté de Médecine de Montréal, à la solution de grands problèmes d'enseignement universitaire.

De l'autre côté, le Dr Hermile Trudel, secrétaire de l'Association, et le Dr Pierre Smith, secrétaire général du Congrès, sur qui repose la lourde charge de son organisation et dont tout le monde connaît l'inépuisable dévouement. Je les salue tous trois au nom du Gouvernement français et j'adresse à vous tous, mes chers amis Canadiens, l'hommage de la France. Mais qu'il me soit permis de l'étendre à tous ceux qui, à Québec et à Montréal, firent preuve pour notre pays d'un inépuisable dévouement.

Et puisque nous sommes à Montréal, en premier lieu le professeur Frappier, mon ami, fidèle de la tradition pastorienne, responsable de remarquables organisations de bactériologie, de sérologie et d'hygiène, qui voulut que l'institut Pasteur et l'Ecole Vétérinaire Française participassent de façon permanente, ici même, à son enseignement.

Je remercie le professeur Boucher qui prit la remarquable initiative d'appeler chaque année un de

nos jeunes cliniciens parmi les plus valeureux: MM. Milliez, Charles Debray et aujourd'hui Jean Bernard; le professeur Jutras qui, dans sa spécialité, organisa lui aussi des échanges et est un ami fidèle; le professeur agrégé Paul Robert, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui sut montrer par une conduite héroïque dans un régiment canadien de débarquement qu'il entendait défendre la France, les armes à la main. Mon ami le docteur Letondal et tant d'autres qui reçurent avec moi les leçons mémorables du Professeur Sergent voici vingt-cinq ans bientôt, qu'ils sachent qu'ils sont toujours tout près de notre souvenir.

Puis-je dire au Professeur Masson, notre compatriote, la gratitude que nous lui devons d'avoir si magistralement organisé l'anatomie pathologique et d'avoir fait bénéficier le Canada de sa haute autorité internationale.

*
* *

Je ne veux pas, Messieurs, et c'est un point sur lequel je dois être particulièrement explicite, je ne veux surtout pas que vous pensiez que cet hommage de la France, dont vous sentez toute la sincérité, ne soit chargé que de tradition sentimentale.

Croyez-le bien, Messieurs, la médecine française sait bien qu'elle retrouve « le médecine canadienne-française » tel un fils émancipé et fort, qui a acquis un caractère particulier — pour reprendre l'expression du regretté docteur Mercier au congrès de 1942. Croyez, Messieurs, que c'est bien ainsi qu'elle l'aime. Croyez que la médecine française considère que la médecine canadienne-française se doit, et lui doit, de créer une forme nouvelle de médecine, d'expression mais non de stéréotypie française.

Nous savons que dans tous les pays de langue française, en Suisse, en Belgique, si les travaux sont exprimés en français, les méthodes ne sont pas les mêmes et l'accent est mis sur des tendances intellectuelles différentes: la médecine belge est orientée vers la physiologie expérimentale, la médecine suisse vers l'étude méthodique minutieuse des observations anatomo-cliniques, alors que la médecine française entraîne ses adeptes à l'exposé cohérent, précis et critique de l'observation clinique.

Entre cette éducation française traditionnelle et les éblouissantes réalisations techniques des Etats-Unis tout proches, la médecine canadienne cherche sa voie.

C'est avec un intérêt passionné que nous suivons ces efforts et je vous le dis solennellement, mes chers amis canadiens, nullement égoïste... La France n'est pas ainsi. Elle vous accompagne, dans vos démarches vers la maturité, avec amour et avec la plus anxieuse sympathie — telle la mère qui partage les angoisses de son fils incertain de sa voie, au seuil de la vie. Elle comprend, elle excuse les brusqueries, les retours, les abandons passagers inséparables de toute crise de maturation. Vous êtes indubitablement à un tournant de votre histoire médicale; dès 1942, au 18e congrès, séparés de la France, vous eûtes cette prise de conscience. Votre responsabilité est écrasante. Vous êtes devant des décisions qui engagent irréparablement votre avenir et celui de la culture française dont vous avez si merveilleusement assuré la survivance. Jeunes encore, vous êtes confrontés avec le débat le plus philosophiquement fondamental de ce siècle. Celui qui oppose la culture à la technique, et cela sous la forme la plus brutale et la plus claire, car la technique est chez nos amis des Etats-Unis dans une saisissante jeunesse créatrice, et la culture, affaiblie, éclipsée par la tragédie des guerres, apparaît ternie et vieillie dans nos pays d'Europe et même en France où elle a fleuri avec tant de couleurs.

Or la jeunesse va vers la jeunesse et là où bat l'impulsion la plus forte: votre tentation est donc naturelle et extrême.

Je m'en voudrais, Messieurs, de me récuser dans un tel débat, de vous regarder jouer le combat en silence.

Car vous pourriez me poser la question de savoir si nous-mêmes, dans les vieux pays, sommes capables d'avoir là-dessus une opinion qui ne soit pas celle que dictent la paresse, la routine et la fatigue; et vous pourriez prendre acte de notre silence pour supposer qu'il en est vraiment ainsi.

*
* *

Sachez, Messieurs, que beaucoup plus que les institutions ne le laissent paraître, dans toutes les consciences médicales de la vieille Europe et en particulier en France, ce débat est d'une brûlante actualité et qu'il n'est pas de jour où les termes n'en soient passés au crible de la critique la plus sévère et la moins indulgente pour soi-même.

Le professeur Eric Martin de Genève, au 17e congrès français de médecine en 1949, a posé le problème en ces termes que je reprends:

« En face des succès éclatants de la recherche médi-
« cale aux Etats-Unis, certains se demandent si nos
« conceptions, nos méthodes de travail européennes,
« ne doivent pas être abandonnées au profit de celles
« qui, ailleurs, font la preuve de leur efficacité. »

« Nous sommes conscients de la médiocrité de nos
« moyens de travail, de la pauvreté de nos laboratoires,
« du caractère parfois incoordonné de notre action,
« alourdis que nous sommes par le poids de la tra-
« dition universitaire et entravés souvent par une
« administration compliquée.

« Nous avons à faire un gros effort d'adaptation
« pour sauver les progrès d'une médecine dont les

« succès de ces dernières années ont été, à proprement « parler, sensationnels.

« Mais ne pouvons-nous rien faire de mieux que de « chercher à aligner notre médecine européenne sur « celle des Etats-Unis? »

« A côté de ses déficits, la médecine d'expression française n'apporte-t-elle pas et ne doit-elle pas continuer à apporter un élément positif de qualité? »

« Il faut répondre à ces questions, sans aveuglement, sans chauvinisme, mais également avec esprit critique et sans fausse modestie. »

« Le succès de la médecine américaine est avant tout celui de l'organisation du travail, de la technique et de la spécialisation. »

« Le succès de la médecine européenne est avant « tout celui des maîtres de la clinique au savoir éten- « du, à l'esprit de synthèse, qui représentent à nos « yeux le type le plus remarquable et le plus complet « du médecin. »

Il s'agit de savoir qui l'on veut former: des médecins probes, précis, strictement concentrés sur leur spécialité, et dont l'éducation aboutit à la perfection illimitée d'une technique pratique — ou bien des hommes, dont la culture générale large s'acquiert avec un certain décousu et d'inapparentes inutilités, alors que les uns et les autres sont en réalité indispensables à la maturation de l'âme et de l'esprit.

Si l'on veut que le médecin soit un homme dans toute l'acception de ce terme; si l'on veut qu'il prenne soin de son prochain avec son esprit et avec son cœur; si l'on veut qu'il voie avant toute chose, dans le malade qui se confie à lui, une personne comme lui-même et non un cas comme un autre, alors il est indiscutable que c'est la seconde formation qu'il faut adopter. Mais, et j'y insiste avec force, cette prééminence de la clinique n'a de valeur que si le médecin possède une instruction scientifique étendue et s'il ne néglige aucun moyen technique.

Il est incontestable que la France et les pays européens devront faire un effort considérable dans leur équipement et leur organisation et révaloriser le rôle de ceux qui, n'étant pas cliniciens, sont trop souvent traités en parents pauvres dans tous les sens du mot.

Mais autre chose est de compléter des lacunes après les avoir loyalement reconnues, autre chose est, afin d'y remédier, de bouleverser totalement les bases d'un système éducatif, en jetant tout par-dessus bord. Si nous persistons en France dans nos principes de culture, c'est parce que nous savons qu'il existe un équilibre entre les sciences techniques et l'exigence de l'humanité. Cet équilibre a fait l'éclat incomparable de la Médecine Moderne; il faut ouvrir les yeux sur ce fait remarquable que tous les grands fondateurs des sciences fondamentales essentielles à la Médecine (Laënnec, Claude Bernard et Pasteur) étaient en même temps imprégnés d'incomparables sentiments d'humanité et d'une très grande culture.

Ce point d'équilibre a été rompu dans la première moitié de ce siècle, mais il ne le sera pas toujours; d'autres temps rétabliront l'accord: c'est à nous d'imaginer, de forger les moyens nécessaires, de transformer nos institutions — notre mode de vie lui-même s'il le faut, pour reconquérir l'harmonie détruite. Ce serait une véritable démission que de confondre les moyens et les principes, que de renier ceux-ci parce que ceux-là ne sont plus adéquats.

En tout cas, Messieurs, l'expérience de la guerre nous a dévoilé avec horreur ce que peut donner la déviation de la médecine chez des esprits qu'aveugle le démon de l'expérimentation sans contrainte, et qui se sont libérés de toute culture humaine ou divine, de tout respect et de tout amour.

C'est pourquoi rien ne nous empêchera, malgré toutes les épreuves, de tendre de toute nos forces vers un but qui est la consécration d'une humanité moralement supérieure.

Je pressens, Messieurs, qu'en son tréfonds français et chrétien, l'âme canadienne-française a déjà choisi, et tout en se cultivant à la française, elle pourra grâce aux possibilités techniques du Nouveau-Monde se développer avec une puissance supérieure à celle que nous pourrions atteindre pour le moment. De même qu'aux Etats-Unis, la médecine, sans renier sa culture fondamentalement anglo-saxonne, s'est développée avec l'éclat que l'on voit; de même la médecine canadienne-française, sans renier sa culture, s'imposera par sa valeur technique, sa précision mais aussi par son humanité.

A des yeux avertis, les prémisses de cette évolution sont déjà perceptibles parmi vous.

Quant à nous, Messieurs, nous ferons tous nos efforts pour vous donner avec joie ce que nous possédons encore et, si les événements nous le permettent, nous mettrons toute notre ardeur à combler d'autre part nos lacunes et nos insuffisances techniques.

Et si les événements ne le permettent pas, s'ils sont pour un temps plus forts que notre détermination, si de nouvelles épreuves nous attendent, ce qui n'est pas impossible, alors de même qu'en 1940, mes chers amis canadiens, ne perdez pas l'espoir. Scientifiquement et moralement la médecine française survivra. Nous ferons nôtres à Paris ces vers de Péguy:

« Et nous prendrons leur place au même banc de chêne
« Nous ramerons des reins, de la nuque, de l'âme
« Pliés, cassés, meurtris, saignants sous notre chaîne
« Et nous tiendrons le coup, rivés sur notre rame
« Forçats, fils de forçats aux deux rives de la Seine
« Galère couchée aux pieds de Notre-Dame. »

CORRESPONDANCE

LETTRE DE PARIS

L'été a été particulièrement marqué, sur le vieux continent, par des manifestations médicales particulièrement nombreuses et importantes. Malgré les nuages amoncelés, les médecins d'un grand nombre de pays n'ont pas craint de franchir les mers, les montagnes, pour se réunir dans cette vieille Europe, comme si leur présence devait faire reculer la sauvagerie et la barbarie de la guerre.

A la fin du mois de juillet se tinrent simultanément, à Londres, le Congrès International de radiologie et, à Zurich, le Congrès International de Pédiatrie.

Dès les premiers jours d'août, à Oxford, eut lieu un colloque restreint sur la Pathologie géographique du Cancer où une vingtaine de pathologistes, de statisticiens et de démographes avaient été conviés. Quelques semaines plus tard à Châtel-Guyon, ville d'eaux du centre de la France, le Congrès International de l'Amibiase, tint ses assises. Ce Congrès était présidé par le Professeur Chabrol, assisté de Sir Philip Manson-Bahr, des Professeurs Carnot et Chiray, du Médecin Général Jame, chef des Services de Santé de l'Armée.

Paris, au mois de septembre, devint pour un temps la capitale de la médecine puisque quatre Congrès Internationaux (cardiologie, médecine interne, psychiatrie, criminologie) eurent lieu en même temps. Les rues qui menaient à la Faculté et à la Sorbonne étaient sillonnées de voitures étrangères; le Louvre, les Musées d'art, la Tour Eiffel, Versailles, Fontainebleau, sans oublier Reims, sa cathédrale et ses caves virent de nombreux visiteurs.

Du 3 au 9 septembre, le premier Congrès Mondial de Cardiologie s'est tenu à Paris sous la présidence du Professeur Laubry. Le Professeur M. Mouquin, aidé du Professeur Soulié, avait assuré l'organisation de ce Congrès. Elle fut en tout point remarquable. Pendant six jours les communications se succédèrent dans un ordre rigoureux devant un public averti.

La discussion qui passionna le plus les cardiologues fut celle qui traita de la valeur comparée de l'électrocardiogramme et du vectogramme.

L'électrocardiogramme précordial est-il le reflet d'un potentiel local sous-jacent à l'électrode, ou est-il la projection sur le plan d'une dérivation d'un vecteur cardiaque unique et, dans ce dernier cas, point n'est besoin de multiplier les électrocardiogrammes? Il semble que cette dernière hypothèse gagne du terrain et tende à l'emporter.

La radiokymographie, dans ce Congrès, a vu sa technique et ses indications se préciser.

L'enregistrement des forces transmises au corps par les mouvements du sang et qui porte le nom redoutable de « Ballestocardiographie » a donné lieu à plusieurs communications. Ce procédé semble être précieux pour le diagnostic de sténose de l'isthme aortique.

Naturellement les cardiopathies congénitales ont occupé une place importante dans ce congrès et Madame H. Taussig présenta une statistique de 828 cas opérés par A. Blalock et ses collaborateurs.

D'autres questions furent traitées que nous ne pouvons que citer: les infarctus pulmonaires, les endocardites infectieuses, le problème de l'hypertension qui a été abordé sous ses divers aspects, la valeur fonctionnelle du cœur, etc...

L'impression qui se dégage de ce Congrès est que les cardiologues de tous les pays ont fait faire à cette discipline médicale un pas de géant et que l'on arrive à l'époque où l'on va recueillir les fruits des longues études expéri-

mentales poursuivies dans tous les pays du monde.

Du 11 au 16 septembre sous la présidence du Professeur A. Lemierre s'est tenu le premier Congrès International de Médecine interne. C'est en 1947 que fut fondée à Bâle, sur l'instance du Professeur Gigon, la Société internationale de médecine interne. Donner une impression de ce Congrès est impossible. On le comprendra aisément quand on saura que plus de 40 rapports et plus de 150 communications furent soutenus par des médecins de 46 nations qui étaient représentées. Tous les sujets y furent abordés et ce n'est qu'à la lecture des communications qui seront publiées dans différents journaux que l'on pourra se rendre compte de l'importance de cette réunion qui a dépassé en intensité de discours ce qui avait été fait jusqu'alors en Europe.

Citons toutefois les rapports et communications consacrés à la Cortisone et à l'A.C.T.H. présentés par J. Carlisle (New-Jersey), par J. R. Mote (Chicago), par F. Coste (Paris), par R. Luft (Stockolm) qui ont fourni une mise au point complète de la question, basée sur d'importantes expériences personnelles.

Citons encore l'excellent exposé du Professeur Etienne Bernard (Paris) sur la Streptomycine, celui si intéressant de R. Fauvert et A. Lovredo (Paris) sur les mouvements du sodium dans l'organisme, au moyen du sodium radioactif, de R. Garcin et J. Lapresle (Paris) sur les manifestations nerveuses des porphyries, de L. Brulle, A. Divry et D. Louis Bard (Liège) sur la circulation rénale, de P. A. Basténie (Bruxelles) sur le myxoedème, le rapport sur l'Ornithose de P. Lépine, lu en son absence par P. Mollaret.

A peine le Congrès International de Médecine Interne était-il terminé que s'ouvrait au grand amphithéâtre de la Sorbonne, le 18 septembre, le Congrès international de Psychiatrie. La première séance fut remplie par le remarquable discours du Professeur Jean Delay, que le journal la « Presse Médicale » a publié en entier. Pendant une heure d'horloge, le jeune Professeur de la Clinique Psychiatrique de Paris, sans une note, sans un papier, tint sous le charme de sa parole et de la richesse scientifique de son exposé, plus de deux mille auditeurs qui le suivaient et le comprenaient grâce au dispositif de traduction immédiate en trois langues.

La première journée fut occupée par quatre rapports sur la psycho-pathologie des délires, qui furent faits par MM. Guiraud (Paris), par Mayer-Gross (Dumfries), par G. E. Morselli (Novare), par H. G. Rümke (Utrecht).

Ce qu'il y avait de particulier à ce Congrès, c'est que les rapports avaient été publiés et distribués plusieurs mois avant l'ouverture du congrès ce qui en avait permis la discussion dans chaque pays participant et la présentation d'observations bien mises au point après l'audition des rapports.

La deuxième journée fut consacrée aux rapports sur l'application des méthodes de tests mentaux à la psychiatrie clinique. On écouta les rapports de Bleuler (Zurich), de A. Guera (Madrid), de R. Nyssen (Bruxelles), de P. Pichot (Paris), de D. Rapaport (Stockbridge). Il résulte de la discussion qui suivit ces rapports que, si les tests projectifs n'ajoutent rien d'essentiellement nouveau dans l'examen clinique des adultes, par contre ils deviennent le principal instrument de diagnostic et de thérapeutique en psychiatrie infantile. Il faut cependant ne pas se laisser entraîner à considérer certains résultats comme parfaitement objectifs, alors qu'ils sont en réalité entachés de subjectivisme.

A la IIIe section, celle de l'anatomie pathologique cérébrale, on put entendre les rapports de H. J. Barahona Fernandes (Lisbonne) qui, pour préciser les enseignements de la méthode d'Egas Moniz (1936) et des méthodes dérivées, résuma de nombreux documents anatomo-physiologiques.

Le deuxième rapport fut celui de H. W. Freeman (Washington) qui exposa ses recherches avec Watts. A l'aide de la méthode des injections de substance opaque dans les incisures, suivies de radiographie, ils sont arrivés à des leucotomies de précision.

Dans le troisième rapport, H. A. Meyer (Londres) résuma les enseignements de 122 examens anatomiques de leucotomie préfrontale.

La IVe section était consacrée à la thérapeutique biologique.

Sur les indications respectives des méthodes de choc, on entendit tout d'abord un rapport de V. Cerletti (Rome) qui exposa les conclusions de 12 années d'expérimentation. L'électro-choc a une action bienfaisante, soit directement par l'action cathartique de l'accès, soit en provoquant artificiellement le blocage plus ou moins prolongé des fonctions psychiques suivi de leur réintégration sur un plan normal, soit indirectement par l'utilisation des substances défensives qui se produisent dans l'encéphale et dans le reste de l'organisme (acroagonines).

R. Drezer (Poznan), dans le second rapport étudia tout spécialement la médication par l'acétylcholine de la schizophrénie. Elle aurait de bons résultats au début de cette maladie.

M. Fiamberti (Varese), dans le troisième rapport, exposa les indications respectives des méthodes de choc (électro-choc, insuline et combinaisons, cardiazol et choc acétylcholinique).

L. Méduna (Chicago) traita dans le 4e rapport des indications cliniques et biochimiques des convulsivothérapies et des thérapeutiques par l'anhydride carbonique, thérapeutique qui serait spécialement indiquée dans les syndromes oniroïdes.

Dans le 5e rapport, M. Sakel (New-York) rappela ses travaux sur l'insulinothérapie proposée par lui en 1927. Le succès des résultats dans le traitement dépend surtout de la façon dont il est administré. Parfois, le coma n'est pas assez profond, parfois le traitement est cessé trop tôt. Le traitement, pour Sakel, doit être continué jusqu'à ce que les manifestations psychotiques qui se produisent dans l'état hypoglycémique aient entièrement disparu, sans tenir compte de l'apparent retour à la normale pendant les intervalles du traitement.

La Ve section s'occupa de la psychanalyse et de la médecine psycho-somatique.

Dans le 1er rapport, F. Alexander (Chicago) décrivit les 3 périodes de l'évolution de la psychanalyse.

Mlle Anna Freud (Londres), dans le deuxième rapport, traita de l'importance de l'évolution de la psychologie psychanalytique de l'enfance. Elle passa en revue les problèmes des désirs infantiles et leur contrôle par l'expérimentation (enfants privés de parents ou élevés collectivement).

M. Lévine dans un troisième rapport exposa les tendances de la psychanalyse en Amérique où elle a pris un développement considérable.

Enfin dans le quatrième rapport, R. De Saussure (New-York) traita de l'orientation actuelle de la psychanalyse.

A la VIe section, ont été traités les questions de génétique et d'eugénique. Dans le 1er rapport, E. J. Kalmann (New-York) exposa les données génétiques des psychoses et l'analyse de 1 232 familles de jumeaux atteints de troubles mentaux.

Le 2e rapport présenté par I. S. Penrose (Londres) traita des méthodes modernes de génétique humaine et dans le 3e rapport J. A. Fraser Roberts (Londres) traita de la génétique de l'oligophrénie.

Le 4e et 5e rapports furent faits, le premier par E. Slater (Londres) qui traita des aspects génétiques de la personnalité et du développement de la névrose et, par Erik Strömgren (Aarhus), qui présenta une étude statistique et génétique de la population dans le domaine de la psychiatrie.

La VIIe section, sous la direction du Professeur Henyer, était réservée à l'étude de la psychiatrie infantile. Trois séances pleinières furent consacrées à la discussion d'un thème général: Pronostic des troubles du caractère chez l'enfant.

Enfin de nombreux colloques et symposia eurent lieu envisageant les divers aspects de la psychiatrie. Furent étudiés notamment: la psycho-pathologie de la dépersonnalisation, les notions d'évolution et de dissolution des

fonctions psychiques, la subdivision clinique des démences atrophiques, l'expérimentation pharmacodynamique et chirurgicale sur le psychisme terminal, les aspects thérapeutiques des lobotomies, les thérapeutiques endocriniennes, la psychothérapie de groupe.

Des visites scientifiques avaient été prévues aux hôpitaux psychiatriques de la Seine, à ceux de Fleury-les-Aubrais, de Bonneval, de la Maison nationale de Charenton, de l'Institut pédagogique de Chancepoix.

Trois manifestations particulières marquèrent spécialement ce Congrès: l'exposition internationale des progrès de la psychiatrie au Palais de la Découverte, des galas cinématographiques au Palais de la Découverte et à la Cité Universitaire qui firent connaître trois films remarquables: un film sur la vie du peintre Van Gogh, un film sur « le démoniaque dans l'art » composé d'images tirées des œuvres des peintres nordiques et flamands (Breughel, Bosch, Grünewald) présentées de manière à composer un récit hallucinant des scènes terribles où se débat l'homme; enfin un film tiré du triptyque de Bosch.

La troisième manifestation était une exposition d'art pathologique. Des documents recueillis dans toutes les parties du monde constituent aux yeux des gens avertis une vue saisissante sur la complexité du psychisme des malades. Au point de vue pictural, la libération de toute contrainte, le jaillissement non freiné par des conventions, la spontanéité ont permis à ces artistes, souvent improvisés, la création d'œuvres qui ne sont souvent pas inférieures à celles de peintres modernes en renom. Cette exposition restera ouverte au public jusqu'à la fin de décembre.

Enfin comme dans tout Congrès un programme de réjouissances, de réceptions, de fêtes avait été établi qui fut parfait comme le fut le programme scientifique et il faut louer particulièrement le docteur Ey médecin chef de l'Hôpital psychiatrique de Bonneval qui joint à une science psychiatrique profonde des qualités indiscutables d'organisateur.

André PLICHET.

"L'Union Médicale du Canada" en 1881

Question universitaire.

Décision de Rome*

Novembre 1881

Illustrissime et Révérendissime Seigneur,

Le Saint-Père ayant mis à l'examen la question soulevée de nouveau au sujet de l'Université Laval et de la succursale établie à Montréal, *a ordonné expressément,* dans l'audience extraordinaire d'hier, tenue pour traiter uniquement de cette affaire, de signifier à Votre Seigneurie que *c'est sa volonté décidée* que l'on *doit s'en tenir* au décret de cette Sacrée Congrégation, émané le premier février 1876 et de *continuer à y donner exécution.*

Votre Seigneurie reste par conséquent chargée de communiquer cet *ordre* du Pape, à tous ses suffragants. Sa Sainteté nourrit la confiance que le clergé et le peuple catholique du Canada, dont elle a toujours reçu les preuves les plus éclatantes de dévouement et d'attachement au Saint-Siège, se conformeront à ses ordres susdits et que les divers prélats travailleront sans relâche à ramener dans les esprits la concorde et la paix.

Maintenant, je prie le Seigneur de vous accorder longue vie et bonheur.

Rome, Palais de la Propagande,
13 septembre, 1881.

Jean, Cardinal Simeoni,
Préfet.

J. Masotti,
Secrétaire.

Décret de 1876 sur l'Université Laval

Voici le décret du 1er février 1876, que S. S. Léon XIII ordonne d'exécuter, et qui fut communiqué à Mgr l'archevêque de Québec par S. E. le cardinal A. Franchi, le 9 mars 1876:

Illustrissime et Révérendissime Seigneur,

Dans la Congrégation Générale du premier février dernier, on a mis de nouveau à l'examen l'instance de l'Evêque de Montréal pour l'érection d'une Université dans son diocèse, et les Eminentissimes et Révérendissimes SS. Cardinaux ont répondu de la manière que je viens ci-après transcrire à Votre Seigneurie.

Au 1. doute, savoir si et quelle mesure il conviendrait d'adopter relativement à la susdite instance de l'Evêque de Montréal, *ad mentem. Mens est,* que l'on écrive à l'archevêque de Québec une lettre qui devra être communiquée à tous ses suffragants, dans laquelle on lui dise qu'ayant mis de nouveau à examen le projet de fonder une Université à Montréal, *on en a reconnu l'impossibilité,* spécialement pour la raison qu'une telle fondation compromettrait l'existence de l'Université Laval, laquelle, à cause des services rendus à l'Eglise et à la société et des sacrifices pécuniaires qu'elle a faits, doit être soutenue et conservée. Que néanmoins, cette Université devant servir d'une manière particulière pour tous les Diocèses de la Province de Québec, on a reconnu comme une juste chose que ses suffragants y aient un contrôle, lequel soit en même temps une garantie pour eux, et un avantage pour l'Université elle-même. Que ce but pourra s'obtenir, en laissant intactes les dispositions fondamentales de Laval, son administration financière et tout ce qui regarde les relations entre la dite Université et le Séminaire Archidiocésain, et en accordant aux évêques, sous la présidence de l'Archevêque, la haute surveillance sur tout ce qui concerne la discipline et la doctrine, soit relativement aux professeurs, soit par rapport aux élèves. Que pour cela le Recteur de l'Université, dans une réunion annuelle des Evêques, devra faire connaître exactement l'état de la même Université sous les deux rapports mentionnés, et les Evêques auront le droit de faire leurs observations, et de proposer les changements et les améliorations qu'ils jugeront opportuns, sauf, comme dit plus haut, les dispositions fondamentales de l'Université.

Qu'en général, il y aura toujours liberté, même obligation, pour les Evêques, d'exercer cette haute surveillance, en réclamant l'attention de l'Archevêque et du Recteur de l'Université sur tout ce qu'ils jugeront à propos de conseiller, *sans jamais cependant recourir au moyen de la presse* laquelle d'ordinaire, comme l'a prouvé dans le cas actuel une triste expérience, sert plus à aigrir les esprits et les questions, qu'à remédier au mal, et aboutit à causer préjudice à l'honneur de l'Université, et souvent même à l'honneur de la cause catholique. Que l'on reconnaît la nécessité de pourvoir en quelque manière à l'instruction supérieure de ces jeunes gens de Montréal qui ne peuvent fréquenter l'Université Laval, *comme aussi d'empêcher que les écoles de droit et de médecine, existant dans la dite ville, ne continuent d'être affiliées à des Universités protestantes, et beaucoup plus encore que les étudiants catholiques ne fré-*

---

* Les italiques sont de nous. — Note Edit.

quentent de telles Universités. Que du reste, *comme il est évidemment impossible de la part de Laval d'accorder l'affiliation aux dites écoles,* laquelle équivaudrait à l'érection d'une Université, pour ainsi dire distincte et indépendante à Montréal, afin de pourvoir cependant à la nécessité énoncée plus haut, *il ne se présente pas d'autre expédient que celui d'établir à Montréal une succursale de l'Université Laval,* projet à l'exécution duquel les évêques, en union avec Laval, devront procéder sur les bases suivantes:

1°. Que toutes les dépenses nécessaires pour la succursale devront être à la charge du diocèse de Montréal.

2°. Les cours seront uniformes à Laval et à Montréal tant pour la durée que pour la distribution des matières dans chaque faculté et dans chaque année; et là où l'on reconnaîtrait la stricte nécessité de faire quelque changement, que cela se fasse sans préjudice ni au mérite de Laval, ni à l'instruction des jeunes gens en rendant plus facile et plus prompte l'obtention du doctorat.

3°. Que les professeurs de Droit et de Médecine à Montréal feront partie de la faculté respective établie à Laval en vertu de la charte royale.

4°. Que comme le Conseil Universitaire, en vertu de la même charte, doit être composé des Directeurs du Séminaire de Québec et des trois plus anciens professeurs de chaque faculté par ordre de nomination, les professeurs de Montréal à leur tour devront faire partie de ce conseil.

5°. Les professeurs de chaque faculté à Montréal formeront comme ceux de Laval, un conseil permanent pour tout ce qui regarde non seulement la branche de Montréal, mais la faculté en général.

6°. Il y aura à Montréal un Vice-Recteur, résidant, nommé par le Conseil Universitaire et approuvé par l'évêque de Montréal lequel Vice-Recteur suppléera le Recteur dans l'admission ou l'expulsion des étudiants. Cette surveillance est relative seulement à l'observation des règlements universitaires, attendu que, pour la conduite morale et religieuse, l'Evêque de Montréal y pourvoiera entièrement.

7°. Les professeurs de Montréal seront nommés, comme ceux de Laval, par le Conseil Universitaire, la branche de Montréal ayant préalablement été consultée.

8°. Les émoluments pour chacun des professeurs seront à Montréal égaux à ceux de Laval.

9°. Les diplômes seront donnés par Laval, et à cette Université seront payés les droits y annexés.

Enfin on devra, dans la lettre recommander à tous les Evêques de faire en sorte que leurs Séminaires et Collèges s'affilient à L'Université Laval, puisque de cette manière les études seront mieux coordonnées, et les jeunes gens seront préparés pour les cours universitaires.

Quant à l'autre doute, savoir si et quelle mesure ultérieure on doit prendre relativement aux professeurs non catholiques de l'Université Laval, les Eminentissimes et Révérendissimes SS. Cardinaux ont répondu: « Attentis noviter deductis, dilata et, si opus fuerit, suo loco, et tempore providebitur. »

Cette résolution fut, dans l'audience du 13 février, présentée au Saint-Père, qui a daigné l'approuver dans toutes ses parties.

Et maintenant je prie le Seigneur qu'il vous accorde longue vie et bonheur.

Rome, de la Propagande, le 9 mars 1876.

De Votre Sainteté,

Le très affectionné serviteur,

Alex. Card. Franchi,
Préfet.

J. B. Agnozzi,
Pro-Secrét.

L'Illustrissime et Révérendissime Seigneur,
Monseigneur L'Archevêque de Québec.

ANALYSES

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

MEDECINE

P.-L. DROUET, G. FAURE, G. de REN et P. SADOUL. — **Le traitement de l'abcès pulmonaire par la pénicilline introduite par ponction intra-pleurale.** "La Semaine des Hôpitaux de Paris", **26:** 359 (2 fév.) 1950.

Les auteurs ont traité 5 cas d'abcès pulmonaire avec de la pénicilline injectée directement dans la cavité par ponction transpleurale. Cette méthode thérapeutique s'est montrée très efficace à condition que l'abcès soit superficiel, bien délimité et assez important.

Chez quatre de ces malades, on voyait un abcès de la région sous-corticale avec une délimitation bien marquée. Chez le cinquième, la suppuration était plus diffuse. Les auteurs se sont toujours servis d'une aiguille de gros calibre pour pratiquer la ponction transpleurale .

On a injecté chaque fois 500 000 unités de pénicilline dans la cavité pleurale après avoir aspiré le pus de l'abcès. Pour obtenir ces résultats heureux, on a dû faire 6 à 23 aspirations-injections. La première intervention a toujours été accompagnée d'une injection de pénicilline par voie intramusculaire et chaque fois les réusltats immédiats ou tardifs ont été remarquables. Aussi a-t-on vu l'hyperthermie disparaître en quarante-huit heures chez deux patients, tandis que, chez les 3 autres, cette disparition a pris 10 à 15 jours. L'expectoration a diminué rapidement. La guérison complète s'est accomplie entre 4 et 11 mois.

Les seuls incidents à noter: chez un patient, un état de choc (hyperthermie, diaphorèse, hypertension) s'est produit pour disparaître en peu de temps. Chez un autre, un second abcès s'est formé. Or en faisant la ponction transpleurale, il s'est fait un pneumothorax. Ce qui a simplement retardé la guérison. Mais chez tous les autres, les radiographies prises en série n'ont montré aucune séquelle.

Paul-René ARCHAMBAULT.

CARR, BROWN, HODGSON et HEILMAN. — **Réactions neurotoxiques à la dihydrostreptomycine.** *(Neurotoxic reactions to dihydrostreptomycin.)* "J. A. M. A.", **143:** 1223 (5 août) 1950.

La découverte de la dihydrostreptomycine avait semblé résoudre le problème de la toxicité à la streptomycine simple; cependant, l'on constata vite que telle n'était pas la réalité et que des patients sous traitement faisaient aussi des vertiges et des troubles auditifs à la dihydrostreptomycine.

Par leurs observations, les auteurs de la Clinique Mayo expliquent que ces réactions de toxicité ne sont pas dues seulement à l'idiosyncrasie au médicament mais plutôt à un taux excessif de celui-ci dans le sang.

En effet, chez 9 sur 10 des patients affectés, le taux de dihydrostreptomycine dans le sang dépassait 50 microgrammes par cc de sang.

Cette hyperconcentration peut être due à deux facteurs: 1. la dose, 2. l'élimination rénale. En général, une dose supérieure à 2 grammes par jour amène une concentration de plus de 50 microgrammes. Par ailleurs, une dose de 2 grammes par jour peut provoquer une concentration supérieure à 50 microgrammes si le patient souffre d'une déficience rénale qui en retarde l'élimination.

En conclusion, les auteurs affirment que, sauf exception, nous ne sommes pas justifiables de donner des doses de plus de 2 g. par

jour et que l'on ne devrait pas administrer de streptomycine sans avoir au préalable estimé la fonction rénale.

Maurice COMEAU.

A. R. KOONTZ. — **Abcès tuberculeux traité avec succès par aspiration et injection de streptomycine.** *(Tuberculous abcess successfully treated by aspiration and injection of streptomycin.)* "J. A. M. A.", **141:** 459 (15 octobre) 1949.

L'auteur trouve une tumeur dans le quatrième espace du poumon gauche d'un homme âgé de 27 ans. Quant au reste, la plage pulmonaire est normale. Ce malade est vu pour la première fois en avril 1940. Confié au chirurgien, celui-ci lui enlève une tumeur cystique et on draine. Le diagnostic d'abcès tuberculeux est histologiquement posé. Durant les cinq années suivantes, le chirurgien est plusieurs fois obligé de réouvrir le trajet fistuleux thoracique. En janvier 1947, ça va de mal en pis. Autour de l'ouverture, il y a maintenant une masse phlegmoneuse de laquelle sort un pus jaunâtre.

On aspire le pus, puis on injecte dans la cavité 1 gramme de streptomycine dissous dans 2 cc de sérum salé isotonique. On fait ce traitement 5 fois. L'œdème disparaît pour laisser une simple induration. On ouvre de nouveau pour pratiquer 22 infiltrations avec 1 gramme de streptomycine autour de la lésion abcédée qui est complètement guérie. A noter que la streptomycine n'a jamais été donnée autrement.

Paul-René ARCHAMBAULT.

Ralph M. MYERSON. — **Méningite due à la crysothérapie.** *(Meningitis during gold therapy.)* "J. A. M. A.", **143:** 1337 (12 août) 1950.

Les réactions toxiques dermatologiques, rénales, gastro-intestinales, hépatiques ou hémopoïétiques, dues à la crysothérapie, sont bien connues puisqu'elles surviennent à une fréquence de 77 pour cent dans les cas d'arthrite rhumatoïde traités par l'or.

Le système nerveux est généralement épargné. Cependant, Myerson rapporte un cas très rare où les manifestations toxiques sont méningitiques.

Le patient, en 25 jours, avait reçu 180 mg. de Solganal-Boleosum, lorsqu'il accusa une douleur et raideur de la nuque avec un signe de Kernig positif. La ponction lombaire révéla une pression à 240 mm, 62 éléments par cc dont 40 lymphocytes et 20 polynucléaires. La recherche microbienne fut négative.

Après administration de B.A.L., les symptômes régressèrent progressivement et même les douleurs de l'arthrite rhumatoïde disparurent: amélioration temporaire qui survient fréquemment après une réaction toxique à la crysothérapie.

Maurice COMEAU.

J. P. LYNCH, WARE, GAENSLER. — **La moutarde nitrogène dans le traitement du carcinome bronchogénique inopérable.** *(Nitrogen Mustard in Treatment of inoperable bronchogenic carcinoma.)* "Surgery", **27:** 368 (mars) 1950.

Les auteurs ne réservent cette médication que pour les cas inopérables, par exemple pour ceux-là où une thorocotomie a démontré tous les dégâts ou pour ceux qui ont des métastases. Cette médication n'est pas sélective et peut tout aussi bien détruire les tissus sains. C'est un palliatif qui a donné de bons effets subjectifs chez 69 pour cent alors que 54 pour cent ont eu des améliorations objectives. Tous ces heureux résultats ont été temporaires. Les réactions toxiques, quoique non fatales, ont occasionné des troubles gastro-intestinaux et lymphatiques. Cette thérapeutique ne prolonge pas la vie, mais elle a sa place comme traitement palliatif du carcinome bronchogénique inopérable. Les auteurs, par leur travail, aideront à soulager les souffrances de ces pauvres malades destinés à mourir.

Maurice COMEAU.

PHTISIOLOGIE

J. R. DEAD et C. W. MOEN. — **Les complications tardives non tuberculeuses des noyaux lymphatiques calcifiés des hiles.** *(Late nontuberculous complications of calcified hilus lymph nodes.)* "Amer. Rev. of Tuberculosis", **60:** 1 (juillet) 1949.

Les auteurs rapportent dix cas où il y a une érosion d'une bronche qui occasionne une expectoration plus ou moins abondante de matières calcifiées. Dans un cas, on note en plus une fistule broncho-œsophagienne. Dans les autres, on constate: abcès du poumon, pneumonie, atélectasie. Tous ces troubles sont le résultat d'une obstruction bronchique.

Les auteurs font surtout un traitement médical, mais ils suggèrent de faire chirurgicalement l'exérèse du ou des noyaux. Ce traitement chirurgical raccourcirait de beaucoup le cours de la maladie. La réaction tardive non tuberculeuse d'un ou des noyaux hilaires calcifiés non tuberculeux survient après une infection. On note un élargissement de cette masse hilaire occasionnant une pression au point de l'occlusion. Il peut même se faire une perforation d'une bronche. Cette réaction hilaire tardive peut produire une pneumonie, une atélectasie, une bronchectasie, un abcès pulmonaire, une ulcération bronchique tel qu'en font foi les dix cas rapportés par les auteurs. Ceux-ci ne savent pas exactement pourquoi un noyau calcifié apparemment guéri se met en activité après être demeuré stationnaire durant des années. Les auteurs émettent cette opinion que le calcium, comme tout autre corps étranger, emprunterait, selon l'habitude, la voie lymphatique, et ainsi favoriserait une infection capable de causer des troubles sérieux tels que mentionnés.

La perforation bronchique peut se faire parfois, mais d'après les cas rapportés, il semble y avoir un endroit de prédilection pour au moins 30 pour cent des cas, c'est le lobe supérieur droit.

Les symptômes les plus constants sont variés: toux, hémoptysie, expectoration de matière calcifiée. Les radiographies varient selon la nature des complications. Les images radiologiques ressemblent à n'importe quel genre de maladies pulmonaires, inflammatoires associées ou non à de l'atélecatsie, ces calcifications peuvent devenir la cause de maladies parenchymateuses. Enfin, la radiographie est d'une aide très précieuse dans ces cas, assez souvent difficiles à diagnostiquer.

Paul-René ARCHAMBAULT.

Hugh E. BURKE. — **Pathogénie de certaines formes de T. B. extrapulmonaires.** *(The pathogenesis of certain forms of extrapulmonary T. B.)* "Amer. Rev. of Tub.", **62:** 48 (juillet) 1950.

Plusieurs auteurs semblent soutenir que la plupart des formes de T. B. extrapulmonaires résultent de la dissémination par voie sanguine. Cependant, un examen plus poussé des migrations du B. K. permet d'affirmer avec certitude que certaines de ces formes de T. B. extrapulmonaires provenaient de disséminations par voie lymphatique. Ainsi en est-il 1) des abcès froids spontanés de la paroi thoracique et 2) du mal de Pott.

En 1894, Souligoux démontra la présence de canaux lymphatiques dans des adhérences pleurales qui communiquaient avec les vaisseaux lymphatiques de la paroi thoracique. En 1930, Kaufman confirma ce qu'avait trouvé son prédécesseur et, en plus, prouva, par des recherches sur le cadavre, que la plupart des abcès froids de la paroi thoracique ont leur origine dans les ganglions para-sternaux qui sont le plus souvent hypertrophiés et caséeux.

De même, le mal de Pott a toujours été considéré comme une infection hématogène quoique toute preuve convaincante à ce sujet manque absolument. Au contraire, on a observé très fréquemment des ganglions prévertébraux hypertrophiés et caséeux au niveau des vertèbres dorso-lombaires, niveau de prédilection de l'infection.

L'auteur injecta du noir de fumée et des B. K. dans l'espace interpleural de cobayes et remarqua que la substance d'expérimenta-

tion prenait 2 voies: 1) vers les ganglions para-sternaux et 2) vers les ganglions prévertébraux au niveau dorso-lombaire. Chez l'humain, l'autopsie de 25 patients, T. B. avec pleurésie, révéla chez tous des ganglions para-sternaux et paravertébraux hypertrophiés. De plus, le relevé de 45 patients atteints de mal de Pott montra que 27 avaient souffert ou souffraient actuellement de pleurésie. Preuve assez convaincante que la voie lymphatique est responsable d'une grande partie des affections T. B. extrapulmonaires.

Maurice COMEAU.

T. MILLNER et A. HURST. — **La tuberculose et les antihistaminiques.** *(Tuberculosis and antihistamins.)* "Diseases of the Chest", **16:** 870 (décembre) 1949.

Les auteurs ont traité 30 tuberculeux pulmonaires. Chaque soir au coucher, ces malades ont reçu 300 milligr. de Néo-Antergan et 25 milligr. de Phenergan et cela durant plusieurs mois. Les résultats se sont montrés décevants, puisque chez quelques-uns on a noté radiologiquement une très légère amélioration. Il en fut de même pour les signes cliniques. Enfin, les auteurs croient que ces améliorations, même insignifiantes, ne peuvent être attribuées à l'emploi des antihistaminiques. Ces faits confirment l'opinion générale.

Paul-René ARCHAMBAULT

CHIRURGIE

Vernon J. MAINO et William D. SEYBOLD. — **Le cancer de la portion cervicale et thoracique haute de l'œsophage, opéré en un temps par œsophagectomie et œsophago-gastrostomie cervicale: deux cas.** *(Carcinoma of the upper thoracic and cervical portions of the esophagus treated by one-stage esophagectomy and cervical esophagogastrostomy: Report of 2 cases.)* "Proc. of the Staff Meet. Mayo Clinic", **25**: 18 (août) 1950.

L'emploi de l'estomac pour rétablir la continuité du canal alimentaire, après œsophagectomie étendue pour cancer, représente un avancement technique récent et d'importance majeure. Principaux avantages de la méthode: facilité relative de l'opération en un seul temps, risque opératoire modéré et résultats fonctionnels très satisfaisants.

Ces cancers sont rares et constituent environ 4% des cancers du tractus alimentaire.

Les symptômes du début sont insidieux: malaises et irritation de la gorge. Le malade ne consulte malheureusement qu'à la phase dysphagique de l'affection. Le médecin est enclin à imputer ces malaises à un trouble fonctionnel simple. L'examen radiologique s'impose dès le début.

En raison de l'envahissement fréquent du larynx, du nerf récurrent laryngé et en raison des métastases ganglionnaires précoces, l'exament ne sera complet qu'après recherche soignée des ganglions cervicaux, laryngoscopie, radiographie du thorax et bronchoscopie, afin de reconnaître ainsi l'infiltration de la trachée.

L'opération débute soit par la libération de l'œsophage thoracique soit par la dissection de la portion cervicale. Cependant, quand le cancer déborde la cage thoracique par le haut, il vaut mieux tenter d'abord la dissection entre la glande thyroïde et la gaine carotidienne. Lorsque celle-ci peut être achevée, on referme temporairement l'incision cutanée, pratiquée le long du bord interne du sternocléïdomastoïdien, et il est permis de procéder ensuite à la libération thoracique. Incision usuelle, curviligne, postéro-latérale, au niveau de la huitième côte ou, mieux, incision au niveau de la quatrième pour l'extrémité supérieure de l'œsophage et ensuite au niveau de la sixième pour l'autre extrémité. L'incision du diaphragme est plus facile si l'on a soin de le paralyser préalablement en écrasant le nerf phrénique. En libérant l'estomac, il faut, pour en assurer l'irrigation suffisante, respecter la branche droite de la coronaire stomachique et la gastro-épiploïque droite. Après section de l'œsophage et suture du cardia, on attire l'estomac dans le thorax, en arrière du hile du poumon et à gauche de la crosse aortique, jusqu'au dôme pleural. Puis on suture le diaphragme, en prenant soin aussi d'apposer la marge du nouvel hiatus à la séreuse gastrique, par des

points séparés. L'estomac est, en plus, fixé à la plèvre pariétale postérieure, avant de pratiquer la fermeture du thorax sur drainage fermé et la réexpansion du poumon. La brèche cervicale étant alors réouverte, on résèque l'œsophage et l'on pratique l'anastomose termino-latérale de son extrémité supérieure avec l'estomac attiré à ce niveau. Pour empêcher la traction sur cette anastomose, on fixe encore l'estomac à la région cervicale, en la suturant à l'aponévrose pré-vertébrale. Enfin la séreuse gastrique est suturée au dôme pleural avec le plus grand soin. Afin d'assurer l'étanchéité du thorax ainsi refermé, il faut tamponner à la gaze au-dessus des sutures.

Les AA. ont opéré ainsi, pour cancer de l'œsophage haut situé, un premier cas en juin 1949. Ils considèrent les résultats opératoires excellents, malgré une petite fistule qui s'est ouverte à la peau, le neuvième jour après l'opération, et qui guérit après quelques dilatations de l'œsophage au niveau de l'anastomose cervicale. Ils ont opéré, également avec succès, un deuxième cas en décembre de la même année. Ce malade mourut quatre mois plus tard, de généralisation cancéreuse. Mais durant deux mois, il s'était senti bien, ayant bon appétit et ayant même engraissé de quelques livres.

En résumé l'œsophagectomie subtotale avec œsophago-gastrostomie cervicale en un temps, est une opération laborieuse mais bien supportée. Dans les deux cas, une fistule se produisit au niveau de l'anastomose, mais la guérison en fut facile. Après une courte période de régurgitation, les opérés étaient capables d'avaler aisément. Aucun signe de rétention gastrique consécutive, ni trouble fonctionnel grave, dûs à la section nécessaire des nerf vagues. Il n'y eut pas non plus de troubles respiratoires, ni circulatoires, attribuables à la présence de l'estomac dans la cavité thoracique. C'est une bonne opération palliative, réalisable dans plusieurs cas; elle permet quelquefois aussi d'espérer une longue survie, chez des malades qu'il n'est plus permis d'abandonner à leur triste sort.

Rosaire LAUZER

GYNECOLOGIE

Mary I. GRIFFITH, J. Maxwell LITTLE. — **Les vasodilatateurs dans le traitement de la dysménorrhée fonctionnelle.** *(Vasodilators inthe Treatment of Functional Dysmenorrhea.)* "Southern Medical Journal", **42:** 1082 (décembre) 1949.

Au total, 22 patientes furent traitées pendant 75 périodes menstruelles représentant 109 jours d'expectative de dysménorrhée intense. Les cas furent choisis parmi les patientes qui ne répondaient pas aux analgésiques et aux narcotiques usuels.

L'action de la « Priscoline » fut comparée aux résultats obtenus avec l'acide nicotinique et l' « Etamon ». La « Priscoline » est un vasodilatateur périphérique en raison de son action sympathicolytique et adrénolytique. Le médicament aurait également une action histaminique sur les vaisseaux sanguins. Il se donne par voie orale, intramusculaire et intraveineuse. La dose usuelle est de 25 à 75 mg. L'acide nicotinique produit des bouffées de chaleur. L'étamon fut donné à 4 patientes. Le seul cas qui répondit favorablement dut recevoir 400 mg. par voie intraveineuse et 300 mg. intramusculaire.

La « Priscoline » *per os* fut donnée en dose de 50 mg. et de 25 mg. à des intervalles de 4 heures. Avec le dosage de 50 mg. le soulagement de la douleur fut obtenu dans 90,2% des cas. Avec 25 mg. les résultats furent favorables dans 95,4% des cas. Les effets secondaires notés furent: la nervosité, des frissons et des vomissements. La « Trasentine » fut essayée pour prévenir les nausées: les résultats ne furent pas toujours effectifs. La « Priscoline » intraveineuse ne provoque pas de vomissements. La quantité d'écoulement menstruel ne fut pas affectée par la « Priscoline » orale.

100 mg. d'acide nicotinique par voie intraveineuse furent donnés à 10 patientes pendant 15 cycles avec soulagement complet ou partiel dans 93,3%. Un total de 16 patientes furent suivies pendant 41 cycles avec la Priscoline intraveineuse, l'acide nicotinique intraveineux ou une combinaison des deux. Un seul cas n'eut

aucun soulagement. Si les vomissements empêchent la médication orale, 50 mg. I.V., de « Priscoline », sont recommandés et on suggère à la patiente de se coucher jusqu'au retour à la normale de la pression artérielle et du pouls. On peut donner 100 mg. d'acide nicotinique I.V. une heure après la Priscoline s'il n'y a eu aucun soulagement. Après ce traitement initial 25 mg. de Priscoline *per os,* toutes les 4 heures, assure un soulagement prolongé. Si les vomissements sont trop marqués on emploie la voie intraveineuse qui évite ce désagrément.

Le mécanisme d'action semble être une libération du spasme vasculaire qui provoque une douleur, par stimulation des terminaisons nerveuses dans la paroi des petits vaisseaux.

René LEFEBVRE.

UROLOGIE

J. R. KILMAN, E. O. BRADFIELD et C. M. SIMPSON. — **Le rein atrophique et l'hypertension.** *(The Atrophic Kidney and Hypertension.)* "The Journal of Urology", **62:** 417, 1949.

Les auteurs rapportent 13 cas de pyélonéphrite atrophique unilatérale traités par néphrectomie, dans le but de corriger l'hypertension. Sur 7 des 13 cas, la pression artérielle est tombée à la normale, et est demeurée ainsi pendant une période de 2 à 9½ ans. Dans 5 cas il n'y a eu aucun changement et, dans un cas, la pression est demeurée la même, mais les symptômes ont disparu.

L'âge moyen de ce groupe de patients est 28 ans. L'hypertension remontait à au moins 3 ans. Ceux, dont le rein opposé était hypertrophique par compensation, donnèrent les meilleurs résultats.

Sur 7 cas qui ont eu un retour à la normale de la pression, la fonction du rein atrophique était normale dans un cas, diminuée dans 4 cas, et abolie dans 2 cas. Les patients qui donnèrent de mauvais résultats avaient un rein atrophique de fonction médiocre.

La cause de la lésion rénale dans un cas fut l'irradiation du rein après une orchidectomie pour séminome. Dean et Abel ont récemment publié un cas d'hypertension après l'irradiation de la région rénale avec guérison apparente après néphrectomie.

Deux jumeaux identiques ayant souffert de pyélite pendant leur enfance ont développé en même temps de l'hypertension. L'un d'eux toutefois progressa jusqu'à une phase plus maligne de la maladie. Le jumeau en meilleur état fut opéré d'abord et les résultats furent remarquables. On décida alors d'opérer la sœur dont l'état était plus grave. Sa pression ne varia pas, mais les symptômes s'amendèrent et sa vision redevint normale pour 6 mois. Sa vie fut alors prolongée avec plus de bonheur pendant ce temps.

Une autre patiente eut d'excellents résultats après néphrectomie, mais après sa première grossesse elle souffrit d'une toxémie grave avec hypertension marquée. Après l'accouchement la pression descendit rapidement et, 6 mois plus tard, était normale. Le fardeau d'une grossesse semble stimuler un facteur hypertensif probablement inhérent à ces individus.

Le rein atrophique est un facteur dans la production de l'hypertension laquelle peut profiter, dans certains cas, d'une néphrectomie.

Le rein atrophique devra montrer une fonction réduite et le rein normal donner évidence d'hypertrophie compensatrice si l'on veut avoir les meilleurs chances de succès par la néphrectomie.

René LEFEBVRE.

A. R. SUGG. — **Néphroptose.** *(Nephroptosis.)* "Journ. of the Oklahoma State Med. Ass.", **42:** 510 (décembre) 1949.

L'indication et la technique de la néphropexie devraient être standardisées et acceptées au même titre que la cholécystectomie ou tout autre intervention chirurgicale.

La position du rein n'a aucun rapport avec sa fonction. Son rôle est de libérer le sang de ses déchets de métabolisme. Le facteur qui détermine si une néphroptose est chirurgicale ou non dépend de la fonction du rein, et cette fonction dépend des états pathologiques supplémentaires, tels que adhérences périnéales, fibrose, vaisseaux aberrants, torsion du rein, etc.

Le poids du rein lui-même peut produire une traction suffisante sur des bandes fibreuses reliées au duodenum, et causer des symptômes attribués généralement au système digestif.

Si l'uretère est fixe et le rein mobile il peut y avoir pression rétrograde, stase, et infection subséquente. Une pyurie chronique en résultera fatalement. L'hydronéphrose produira alors de la douleur. S'il y a douleur, surtout en position debout, et que cette douleur est soulagée par la position couchée, si l'hydronéphrose est progressive, et si l'uretère est assez long pour permettre un replacement en sa position normale, la nephropexie est amplement justifiée.

Un examen radiologique des voies urinaires telles que l'endoveineuse, une pyélographie rétrograde, une cystoscopie s'imposent toujours avant l'intervention.

René LEFEBVRE.

NEURO-PSYCHIATRIE

F. C. DURBIN. — **Le diagnostic et le traitement moderne de la sciatique.** *(The Diagnosis and Modern Treatment of Sciatica.)* "Medical Press", p. 447 (16 novembre) 1949.

Le sciatique est un symptôme caractérisé par de la douleur le long de la cuisse postérieure et du mollet, causée par une irritation du nerf sciatique ou de ses racines dans le plexus lombo-sacré. En 1934, Mixter et Barr ont publié un article sur la hernie du disque intervertébral, et, aujourd'hui, on réalise que cet état est responsable d'un grand nombre de cas de sciatique.

L'histoire est généralement celle d'un individu vigoureux qui ressent soudainement une douleur à la région lombaire alors qu'il exécute un mouvement violent, la colonne étant fléchie. L'extension complète de la jambe est très douloureuse. Au point de vue neurologique, la sensibilité est diminuée à la cuisse et au mollet et il y a diminution du réflexe achilléen. Une radiographie pourra révéler un rétrécissement de l'espace lombaire, ou de l'ostéo-arthrite. Une myélographie a une valeur douteuse selon l'auteur et peut amener des complications.

Le nerf sciatique peut être irrité en plusieurs régions. Une névrite sciatique interstitielle est peu fréquente. Une lésion cancéreuse du bassin peut attaquer le plexus sciatique et donner une douleur intense qui est souvent bilatérale. Des gros fibromes utérins qui deviennent enclavés peuvent produire des symptômes identiques. La compression de la racine nerveuse au niveau du trou de conjugaison par une hernie discale ou par des changements ostéo-arthritiques est la cause la plus fréquente.

Une spondylite ou une tumeur métastasique dans ces régions seront éliminées par une radiographie. Les tumeurs de la moelle sont rarement en cause. Finalement, il y a l'état de pseudo-sciatique, dans lequel la « fibrosite » des tissus mous dans la région lombaire peut causer ces mêmes troubles.

Le traitement consiste d'abord à soulager la douleur. Le repos au lit, la sédation, la chaleur locale. La manipulation de la colonne comporte un trop grand risque pour être recommandée. La traction sur la jambe, ou des plâtres (plaster jackets) pour une immobilisation rigide. Après la guérison, le patient ne doit pas soulever de lourdes charges.

La découverte d'une hernie discale ne nécessite pas toujours l'intervention chirurgicale. Les symptômes et la réponse du patient au traitement conservateur doivent être les facteurs décisifs. S'il y a intervention, on pratique une laminectomie partielle et le disque est enlevé. L'exérèse seule du disque ne semble pas donner de résultats satisfaisants et on suggère de plus en plus une fusion combinée.

René LEFEBVRE.

P. PUECH, H. FISCHGOLD, LAIRY-BOUNES et C. DREYFUS-BRISAC. — **Signes électro-encéphalographiques des néoformations des hémisphères.** "La Semaine des Hôpitaux de Paris", **26:** 2612 (22 juillet) 1950.

Ce numéro de la *Semaine des Hôpitaux* est entièrement consacré à l'électroencéphalo-

graphie. Neuf articles originaux sont publiés. Depuis 10 ans, 8 000 enregistrements ont été effectués au Laboratoire du Centre Neuro-Psychochirurgical Sainte-Anne par le docteur Fischgold et ses collaborateurs qui, tout en soulignant la valeur de cette méthode d'exploration, insistent néanmoins sur ses difficultés et ses incertitudes.

La localisation électrique d'une lésion cérébrale est restée leur problème principal; elle est difficile et parfois entachée d'erreurs d'où la nécessité d'une technique d'enregistrement la plus parfaite possible et d'une grande prudence dans l'interprétation des tracés.

La séméiologie qu'ils présentent découle d'une confrontation post-opératoire des données électriques et anatomiques ainsi que des documents tels que la ventriculographie, l'artériographie. La carte électrique pré-opératoire a été superposée, secteur par secteur, à la carte anatomique. Par cette méthode, ces auteurs ont pu comprendre l'origine des erreurs de localisation dans les enregistrements pré-opératoires.

La notion de l'inactivité électrique des néoformations intracrâniennes, bénignes ou malignes, intra ou extracérébrales, est essentielle et cela permet de comprendre que les rythmes enregistrés en E. E. G. sont des rythmes péri et para-tumoraux. Il ne s'agit pas de repérer un point limite actif (foyer épileptogène) mais un volume inactif en soi.

La séméiologie électrique des T. C. telle que décrite ici est constituée par les anomalies suivantes: 1) secteur delta isolé, 2) augmentation localisée d'amplitude du rythme delta, 3) aplatissement localisé du rythme delta, 4) delta pur, 5) l'opposition de phase en croix, 6) abolition de la réaction d'arrêt, 7) les rythmes à distance.

Le secteur delta isolé paraît être le meilleur signe; les ondes sont irrégulières avec une fréquence de 0,5 à 3/sec.

Quand le secteur delta n'apparaît pas isolé mais plus étendu, on peut remarquer une zone où l'amplitude des ondes est plus élevée et pouvant correspondre à la projection de la lésion cérébrale. Parfois au contraire au lieu d'une exagération de l'amplitude on décèle une zone où les ondes lentes sont de très bas voltage pouvant même aller jusqu'au silence électrique presque complet.

Le rythme delta pur peut avoir une valeur localisatrice. Ce terme indique que dans un secteur delta mal limité, peut exister une zone où le rythme alpha ne se superpose plus aux ondes lentes; il s'agit d'une surface restreinte où le rythme delta est pur alors que les électrodes situées autour de cette surface décèlent des ondes lentes surchargées de fréquences plus rapides.

L'opposition de phase en croix (ondes en miroir) est de valeur lorsqu'il porte sur un secteur delta isolé, mais selon l'avis des auteurs il peut induire en erreur quand il est interprété d'une manière trop rigide. Ils ont observé ce signe sur un rythme delta temporal antérieur dans un cas de gliome temporo-occipital. Il peut s'observer aussi en des points multiples autour de la néoformation. Ces réserves faites, l'opposition de phase en croix reste un assez bon signe et en général il ne mène pas très loin de la néoformation.

L'abolition de la réaction d'arrêt (persistance des ondes alpha pariéto-occipitales malgré l'ouverture des yeux) serait fréquente dans les néo-formations de la moitié postérieure des hémisphères et cette abolition n'a aucun rapport avec la présence ou l'absence d'une hémianopsie. Une localisation pariétale ou temporale jointe à ce signe doit orienter vers le diagnostic d'une lésion pariéto-occipitale ou temporo-occipitale.

Il est important de reconnaître les rythmes à distance pour ne pas les interpréter comme des rythmes péri-tumoraux. Il s'agit d'ondes régulières, hypersynchrones, monorythmiques qui n'ont pas de valeur localisatrice excepté les cas où ils apparaissent sur la région frontale pouvant alors indiquer une néo-formation de la fosse antérieure.

Telle est la séméiologie électrique de localisation. Il y a cependant une certaine proportion de tracés sur lesquels aucune localisation n'est possible. Des tracés normaux peu-

vent se voir, avec des néo-formations lentement évolutives. Des altérations diffuses, uni ou bilatérales, peuvent s'observer et sont surtout le propre des néoformations rapidement expansives.

Le but pratique de l'E. E. G. dans les tumeurs des hémisphères est d'arriver à une précision suffisante dans la localisation préopératoire pour éviter la ventriculographie. La concordance avec les signes cliniques donne à la localisation électrique le plus grand poids. La non-concordance ne doit pas faire rejeter systématiquement l'un des signes comme non valable; en pesant au contraire la valeur respective des deux signes en opposition apparente l'on peut parfois tirer une conclusion de leur discordance même.

J. VASQUEZ.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

E. M. NADEL et L. V. ACKERMAN. — **Lésions ressemblant au sarcoïde de Boeck localisées dans les ganglions tributaires d'une région contenant un épithélioma.** *(Lesions resembling Boeck's sarcoid in lymph nodes draining an area containing a malignant neoplasm.)* "Amer. Journ. of Clin. Pathology", **20:** 952 (oct.) 1950.

La lésion trouvée dans les ganglions lymphatiques de la région d'un néoplasme malin a tous les caractères du sarcoïde classique, à savoir: petit amas nettement circonscrit de cellules épithélioïdes centré ou non sur une cellule géante avec ou sans corps astéroïde (absence de caséification et absence de bacille acido-résistant). Cette coexistence d'un épithélioma avec une telle lésion a été notée à 5 reprises par les auteurs dans leur matériel des 6 dernières années (No 1, épithélioma épidermoïde de la bouche, homme, 73 ans, ganglions cervicaux infiltrés de lésion sarcoïdienne. Absence de métastase épithéliomateuse. No 2, tumeur cutanée frontale (probablement mélano-sarcome). Les soixante ganglions cervicaux contiennent des lésions de sarcoïde sans coexistence de métastase. No 3, épithélioma mammaire, femme, 51 ans, ganglions axillaires contenant des lésions de sarcoïde sans métastase. No 4, épithélioma de l'Ampoule de Vater, homme, 64 ans; les ganglions parapancréatiques contiennent des lésions de sarcoïde, sans métastase de l'épithélioma. (Une autopsie n'a pas révélé de généralisation des lésions sarcoïdiennes). No 5, épithélioma bronchique; les ganglions trachéo-bronchiques contiennent des lésions de sarcoïde.

Dans la discussion, les auteurs rappellent que le sarcoïde n'est pas une entité spécifique, qu'on la rencontre dans la T. B., la syphilis, la lèpre, la brucellose, la leishmaniase, l'histoplasmose. En outre, on trouve cette lésion chez ceux qui ont été exposés aux poussières de béryllium et chez ceux qui ont reçu des injections de produits huileux.

Dans le cas particulier des ganglions tributaires d'une région occupée par un néoplasme, la présence de lésion sarcoïdienne peut être due à la résorption d'un lipoïde s'apparentant aux lipoïdes de la coque du bacille tuberculeux.

S. LAUZE.

C. J. E. WRIGHT. — **Le pronostic des mélanomes (malins) de la peau et de l'œil: une étude de 222 cas.** *(Prognosis in cutaneous and ocular malignant melanoma: a study of 222 cases.)* "The Journ. of Pathology and Bacteriology", **61:** 507 (avril) 1950.

Mélanome malin de la peau et des muqueuses (109 cas). Après un an, 83 pour cent survivent: après 3 ans, 28,6 pour cent survivent et, après 10 ans, 12,5 pour cent sont considérés comme définitivement guéris. Le pronostic est moins bon chez les gens âgés. Les mélanomes du tronc sont du plus sombre pronostic.

Dans le cas de mélanomes sous-inguéaux (6) l'invasion des lymphatiques s'est faite précocement. La mort survint dans l'année dans 3 de ces cas. Un autre eut des métastases dans l'année.

Pour ce qui a trait au traitement, l'excision des ganglions lymphatiques, lorsqu'ils étaient hypertrophiés, a amélioré légèrement le pronostic. L'ablation des ganglions ayant

grossi après l'excision du mélanome n'a pas modifié le pronostic.

La récidive locale est un danger: elle est survenue dans 22 pour cent des cas.

Mélanome de l'œil (86): 66 prirent naissance dans la choroïde, 5 à l'iris, 3 dans le corps ciliaire.

Dans ce groupe, la survie après 5 ans est 62,5 pour cent; après 10 ans, elle est de 39,5 pour cent. La récidive locale survint chez 8,3 pour cent des malades et, dans ces cas, ils moururent tous en moins de 2 ans.

La forme de mélanome diffus est d'un pronostic plus mauvais que la tumeur localisée (survie 22 mois après énucléation).

Classifiés d'après leur type cellulaire, les mélanomes constitués de cellules rondes ou épithélioïdes sont d'une pronostic plus grave que les mélanomes faits de cellules fusiformes.

L'infiltration de la sclérotique et du nerf optique, tout en étant de mauvais pronostic, ne l'assombrit pas d'une façon appréciable.

Simon LAUZE.

SOCIÉTÉS

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

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 2 mai 1950

Tenue à l'hôpital du Sacré-Cœur.

En collaboration avec la Clinique Laurier, l'Institut Bruchési et la Ligue Antituberculeuse de Montréal.

Présidence de M. Origène Dufresne

Travaux scientifiques:

a) Renseignements pratiques basés sur l'expérience de la vaccination par le BCG au Canada. — MM. Armand Frappier et Rolland Guy.

b) Dépistage de la tuberculose pulmonaire par les radiographies en série. — M. Philippe Landry.

c) Incidence de la tuberculose pulmonaire chez les personnes âgées de plus de quarante ans. — MM. L. Ladouceur et J.-M. Filiatrault.

d) Le dispensaire au service du médecin praticien. — M. Gaétan Jarry.

e) Les examens de laboratoire de routine. — M. André Boussat.

f) Cure déclive et cure de repos. — MM. J.-A. Vidal et J.-P. Milot; MM. L. Lamarre et M. Comeau.

g) Lésions tuberculeuses favorablement influencées par la streptomycine. — MM. J.-P. Paquette et M. Doray.

h) Association de la streptomycine et de l'acide para-amino-salicylique. — MM. R. Laurier et W. Cormier.

i) Complications immédiates et éloignées du traitement à la streptomycine. — MM. J.-L. Pilon et G. Cardinal.

j) Importance de l'endoscopie en tuberculose broncho-pulmonaire. — MM. M. Bonnier et C.-A. Messier.

k) Collapso-thérapie médicale. — M. Marcel Verschelden.

l) Collapso-thérapie chirurgicale. — M. Gérard Rolland.

m) Résection pulmonaire en tuberculose. — M. Georges Deshaies.

n) Tumeurs thoraciques dont l'évolution présente des analogies avec la tuberculose pulmonaire: épithélioma, sarcome, tératome, kyste. — M. B.-G. Bégin.

o) Maladies industrielles pulmonaires: bénignes et malignes. — M. P. Cartier.

p) Rééducation intellectuelle et physique du tuberculeux en milieu sanatorial. — M. J.-A. Millet.

Le secrétaire des séances,
Pierre MARION.

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 25 mai 1950.

Présidence de M. Emile MENARD

Prothèses artificielles chez des enucléés.

M. Roland CLOUTIER

Depuis environ dix ans, un regain d'imagination semble s'être emparé des chercheurs, pour tenter de trouver une solution plus esthétique à une éricération ou à une enucléation simple, comme si on voulait faire accepter plus facilement le fait accompli à ces pauvres balafrés. En effet, durant 40 ans peu avait été fait pour pallier à cette mesure dra-

conienne qui laissait toujours ce stigmate, preuve de l'intervention d'un quelconque ophtalmologiste. Ce n'est pas que les chercheurs en ophtalmologie étaient restés indifférents, mais parce qu'ils avaient dévolu toutes leurs énergies à mettre au point une opération presque parfaite de la cataracte, un traitement plus adéquat du glaucome, une compréhension plus complète des anomalies musculaires.

Mais avec la naissance de la chirurgie plastique, et cette réclame tapageuse des magazines, en face du désir bien légitime de la masse des amputés de l'œil de paraître des binoculaires, les ophtalmologistes se sont remis au travail et, en moins de 10 ans, il semble qu'on soit arrivé à une solution pour le moins adéquate. Faire un œil artificiel ressemblant exactement à son compère vivant avait été réussi depuis longtemps et était déjà de réalisation constante; mais donner à un œil artificiel la motilité qui lui permettrait de décevoir les mieux avertis, voilà où résidait le problème. Parce qu'en somme tous les enucléés devenaient des loucheux, on avait bien pensé et réussi à introduire des billes quelconques dans la capsule de Tenon; celle-ci empêchait une rétractilité trop grande de l'orbite vidée. Mais de mouvement pas ou peu en tous cas. Avec Ruedemann en 1941, la boule de neige était lancée; en effet, Ruedemann avait pensé à une boule dont la partie antérieure représentant l'œil serait à découvert tandis que la partie postérieure serait introduite dans la capsule de Tenon avec des attaches musculaires. Bientôt durant les sept ou huit années qui vont suivre, tous les trois ou quatre mois, une nouvelle façon de remédier au vieux problème voit le jour ou une amélioration quelconque à une méthode ancienne. Cutler à deux ou trois reprises présente des contributions appréciables, puis c'est Troutleman, puis Ruedemann encore puis Hughes, puis enfin Stone Jordan. Avec cette dernière prothèse il me semble qu'on ait atteint un moyen très efficace et simple de donner à un enucléé l'apparence bien naturelle.

Il s'agit d'une boule en plastique dont la moitié antérieure est recouverte d'un grillage de tantalum. Son pôle antérieur est percé d'un orifice qui permettra de s'adapter à une cheville fixée au dos de l'œil artificiel. Le tour de cet orifice est bordé d'une plaque en plastique séparée de la portion de tantalum par un collet. Cette plaque à une surface latérale plus étendue, permettant de meilleurs mouvements médians. Au tantalum est fixé chacun des muscles droits, qui poussent des prolongements cicatriciels au travers du grillage entourant la partie antérieure de cette boule. Celle-ci est introduite dans la capsule de Tenon et la conjonctive est fermée par un surjet l'adaptant autour du collet.

Présentation de deux malades ayant conservé 80% de mouvements de leur œil artificiel.

Discussion.

M. Roland Cloutier présente deux malades qui sont porteurs d'un œil artificiel mobile. Il démontre la façon d'enlever et de réappliquer cet œil artificiel.

M. Louis-Charles Simard: le tantalum est une substance complètement inerte qui ne donne pas de granulome à corps étrangers. Il n'en est pas de même de la substance plastique qui fait partie de l'œil artificiel.

M. Roma Amyot demande si les muscles restent attachés à cet appareil de façon permanente et s'il conservent leur fonction. Est-il possible de trouver le muscle dans tous les cas.

M. Fernand Joncas fait remarquer que la malade est diabétique et demande si cela peut présenter des difficultés particulières.

M. Roland Cloutier répond au *docteur L.-C. Simard* que les appareils les plus récents sont en tantalum uniquement et n'ont pas de substance plastique.

Au docteur R. Amyot: il y a des cas qui portent un œil artificiel mobile depuis 9 ans et qui ont encore de très bons mouvements oculaires. Il est toujours facile de trouver le muscle.

Au docteur F. Joncas: il ne semble pas y avoir d'inconvénient à l'application d'un œil artificiel mobile chez les diabétiques.

Recherche et dosage des protides. (Etude de quelques causes d'erreurs)

M. Paul RIOPEL

La molécule protidique doit sa grande complexité à sa composition qui résulte de la combinaison de molécules plus petites: les acides aminés. Au nombre de 23 actuellement connus, ces acides aminés se combinant de différentes façons et en quantités variables peuvent donner des millions de protéines diverses. Les propriétés chimiques, physiques et physico-chimiques de telles molécules et de leurs cénapses sont multiples et favorisent l'élaboration de très nombreuses méthodes de caractérisation, de fractionnement et de dosage dont le tableau suivant donne un bref résumé.

Principaux tests et dosages des protides

Méthodes chimiques: a) Caractérisation-acides forts: NO^3H (1-2), HCl (3)
b) Dosages: 1° Acides organiques (4-5); 2° Azote; 3° Colorimétrie (6-7-8)

Méthodes physiques: a) Caractérisation-Chaleur; b) Dosages: 1° Réfractométrie (9); 2° Densimétrie (10); 3° Néphélométrie (11-12-27); 4° Solubités (13-14-15-16)

Méthodes physico-chimiques: 1° Electrophorèse (17-28-29-30-31-32); 2° Polarographie (18-39); 3° Ultracentrifugation (19)

Méthodes sérologiques: 1° Céphaline-Cholestérol (20); 2° Thymol (turbidité) (21); 3° Thymol (floculation) (22) 4° Or colloïdal (23); 5° Réaction du formolgel (33) (40); 6° Alcacide-réaction (34); 7° Réaction d'euglobuline (35).

Le laboratoire de chimie, suivant les circonstances, pratique douze de ces tests.

J'attirerai votre attention sur les causes d'erreurs de trois méthodes:

1° La méthode densimétrique de Philipps — Van Slyke et al.

2° La méthode réfractométrique (Zeiss).

3° La méthode chimique de Greenberg.

1° *La méthode densimétrique de Philipps.*

Le Dr A. Bertrand (24) a déjà décrit cette technique qui repose sur l'évaluation de la densité du plasma et du sang total, au moyen de solutions de sulfate de cuivre à densités variées.

Causes d'erreurs: tous facteurs influençant la densité plasmatique: graisses, sucres, etc.

Les clichés No 1 et No 2 montrent quels résultats disparates peuvent être obtenus. Dans des cas moins graves, des perturbations plus légères créent cependant des différences encore appréciables. Lorsque à des jours rapprochés, le dosage chimique des protides sanguines est pratiqué à la suite de celui de Philipps — Van Slyke, des différences marquées sont enregistrées et explicables par les principes si différents de chacune de ces méthodes.

2°*Indice de réfraction* (Zeiss).

Ainsi qu'avec les méthodes densimétriques, l'indice de réfraction donne habituellement de bons résultats. Toutefois, la présence de bilirubine en quantité importante ainsi que la lactescence de certains plasmas rendent ce test inutilisable.

3° *Méthode chimique de Greenberg.*

Cette technique, utilisée au laboratoire de chimie jusqu'au début de l'année courante, n'est pas à l'abri des erreurs: a) Erreur colorimétrique; b) Erreur due aux lipoprotéines.

a) *Erreur colorimétrique.*

Chez un hépatique, Mme J.V., le 19 janvier 1949, le dosage des protides s'élevait à 10,7. Trois contrôles successifs donnèrent une moyenne de 10,6.

Au cours d'une conversation avec le médecin traitant, j'apprends que la patiente prenait des tablettes de Méonine. Bien que la méthionine $CH_2—S\equiv (CH_2)\ 3\ NH_2\ COOH$ ne contienne pas de groupe phénolique, la réaction de Greenberg fut positive; cette positivité étant probablement due à d'autres acides

aminés (tyrosine ou autre) souillant la méthionine employée.

b) *Erreur due aux lipoprotéines.*

Le cliché no 3 fait voir la différence marquée entre les résultats obtenus avec la méthode Greenberg avant et après traitement à l'éther.

Conclusion. Adoption de la méthode Stiff (8).

Pour mettre nos dosages de protides sanguins à l'abri des erreurs signalées dans ce rapport, j'ai adopté la méthode de Stiff qui repose sur trois principes nouveaux.

1° Réaction colorimétrique dosant la quantité de cuivre restée en solution à l'état de biuret (au lieu du dosage du biuret).

2° Elaboration d'une gamme permanente à l'aide d'un matériel minéral (sulfate de cuivre).

3° Traitement à l'éther ce qui rend la méthode applicable tout aussi bien aux sérums fortement lipémiques qu'aux sérums normaux.

L'adoption de cette technique de Stiff ne met évidemment pas nos dosages à l'abri des causes d'erreurs dues à des influences (physio-pathologiques) diverses telles que: volume sanguin (36); repos et activité (37).

BIBLIOGRAPHIE

1. BENCE-JONES: *Phil. Trans. Roy. Soc.* London, **1**: 55, 1848.
2. HELLER et GRIMBERT: *Précis de diagnostic.* 4e édition, p. 848, 1922.
3. BRADSHAW: *Brit. M. J.*, **11**: 1442, 1904.
4. ESBACH: *Gazette Médicale*, Paris, **13**: 61, 1874.
5. PFEIFFER: *Ber. Klin. Wochenshr*, **50**: 680, 1913.
6. NESSLER: *J. Biol. Chem.*, **119**: 15, 1937.
7. GREENBERG: *J. Biol. Chem.*, **82**: 555, 1923. FOLIN et WU: *J. Biol. Chem.*, **51**: 33, 1922.
8. H. A. STIFF: *J. Biol. Chem.*, **177**: 179, 1949.
9. GUILLAUMIN et Marcel LABBE: *Techn. Lab.*, p. 842, 1931.
10. Van SLYKE et PHILIPPS: *Clinical diagnosis.* Kolmer, (1), p. 1039, 1944.
11. LOONEY et WALSH: *J. Biol. Chem.*, **130**: 615, 1939.
12. EXTON: *J. A. M. A.*, **80**: 529, 1923.
13. FLEURY: *Fiches Chim. Biol.*, S. 64, 1939.
14. F. KAYSER: *Bull. Soc. Chim. Biol.*, p. 533, 1930.
15. DOURIS: *G. prat. de l'exam. du sang*, p. 324, 1939.
16. JACOBSON et MILNER: *Am. J. Clin. Path.*, **14**: 138, 1944.
17. TISELIUS: *Biochem. J.*, 1937, No 31, No 32, 1938.
18. *Brdicka. Call. Czeck. Chem.*, 5, 1938.
19. SVEDBERG: *The Ultracentrifuge.* 1 vol., 1940. Clarendon Press, Oxford.
20. HANGER: *J. Clin. Investigation*, **18**: 261, 1939.
21. N. F. MACLAGAN: *Brit. J. Exptl. Path.*, **25**: 1944.
22. J. R. NEEFE: *Gastroenterology*, **7**: 1, 19, 1946.
23. N. F. MACLAGAN: *Brit. J. Exptl. Path.*, **25**: 1944.
24. A. BERTRAND: *The Can. Med. Ass. J.*, **60**: 586, 1949.
25. WOLFSON, W. COHM, C. ICHIBA: *F. Am. J. of Clin. Path.*, **18**: 723, 1948.
26. *Pres. Med.*, No 2 et No 3, 1949.
27. *Helv. Chim. Acta*, **25**: 498, 1942.
28. *Biochem J.*, **31**: 313 et 1464, 1937.
29 *Biochem. J.*, **32**: 1814, 1938.
30. *Biochem. J.*, **33**: 1752, 1939.
31. *J. Exper. Med.*, **65**: 161, 1937.
32. *J. Exper. Med.*, **69**: 83 et 119, 1939.
33. *Acta. Med. Scand.*, **96**: 403, 1938.
34. *Rapports Congrès Fr. Méd.*, S. 27, p. 50, 1949.
35. *Rapp. Congrès Fr. de Méd.*, S. 27, p. 51, 1949.
36. *Bull. Soc. Chim. Biol.*, **30**: 496, 1948.
37. *Presse Méd.* 51, No 3, 20, 1943.
38. *J. Biol. Chem.*, **167**: 487, 1947.
39. H. KUSKE: *Ann. Biol. Clin.*, 215, 1950.
40. *Ann. Biol. Clin.*, p. 200, 1950.

Discussion.

M. Paul Riopel explique la complexité des molécules protidiques et les facteurs d'erreurs inhérents aux méthodes de dosages et d'analyses. Il est actuellement impossible et il sera longtemps impossible d'établir une technique idéale de dosage des protides. Il démontre, à l'aide de courbes sur des transparents, les divergences de résultats obtenus avec les diverses méthodes. Il rapporte les résultats obtenus avec une méthode spéciale de traitement à l'éther.

M. Albert Bertrand attire l'attention sur l'interprétation à donner aux courbes de Van Slyke. Les courbes de Van Slyke ont une importance à condition d'être répétées à intervalles suffisamment rapprochés. Une seule courbe faite à un moment donné peut ne vouloir absolument rien dire.

M. Georges Hébert explique la possibilité d'erreur d'interprétation des résultats lorsqu'on ne tient pas compte du volume sanguin.

M. Paul Riopel répond au *docteur G. Hébert* qu'il croit avoir en mains une méthode nouvelle colorimétrique qui pourra permettre les dosages du volume sanguin, dans un avenir assez rapproché.

Un cas de shock.

M. Geo.-Albert CLOUTIER

Mme A.L.A., dossier 7 816, âgée de 31 ans, est admise dans le service d'obstétrique le 5 août 1948, pour une grossesse de 8½ mois. La patiente a déjà subi 2 césariennes hautes antérieurement. L'obstétricien décide de mettre l'enfant au monde par voie naturelle en provoquant le travail, le 6 août à 9 heures du matin, par les manœuvres ordinaires. Quelques instants plus tard, la patiente commence à sentir des douleurs aux 5 minutes et qui dureront jusqu'au 8 août à 2.30 h. de l'après-midi. L'accoucheur voyant la lenteur du travail et l'affaiblissement de la mère décide de recourir à l'aide de l'infundin. On injecte ½cc. s.c. à la patiente, laquelle ressent, quelques instants plus tard, une vive douleur à l'abdomen. Son visage devient pâle et des sueurs froides apparaissent, la pression artérielle tombe, le pouls disparaît, une diaphorèse intense s'installe avec cyanose des extrémités: c'est le grand drame abdominal.

A 4.20 heures de l'après-midi, on demande un gynécologue d'urgence, lequel établit le diagnostic de rupture utérine et préconise une césarienne d'urgence.

A 5.00 heures de l'après-midi, on me demande afin de connaître le genre d'anesthésie et la médication à instituer. Après un examen attentif de cette patiente moribonde, je constate: que la pression artérielle est à zéro, absence de pouls, que les battements cardiaques à l'auscultation sont imperceptibles, que le cœur fœtal ainsi que les mouvements de l'enfant sont absents, qu'elle est très dyspnéique et qu'il y a shock hémorragique intense.

L'obstétricien et le gynécologue désirent l'opérer immédiatement; mais je suggère de la relever de son shock au préalable.

La patiente est admise dans le service d'anesthésie à 5.35 heures p.m. bien qu'il y ait rupture utérine avec shock hémorragique secondaire, la patiente est exténuée, car sa réserve de glycogène du foie et de toute sa musculature est épuisée, vu qu'elle est en douleur depuis plus de 58 heures.

Comme la patiente est très dyspnéique, j'installe un masque à oxygène avec un appareil Forregger et lui donne une respiration contrôlée, grâce à l'aide d'une garde-malade. Puis en deuxième lieu, j'installe une transfusion de 500 cc. un plasma de 400 cc. et un sérum glucosé à 5% de 500 cc. Je laisse ces trois intra-veineuses donner leur débit à plein pouvoir à l'exception de la transfusion que je donne sous pression avec l'aide d'une poire à spygmomanomètre. Je réchauffe la malade et continue la respiration contrôlée.

Durant deux heures, c'est une patiente qui a reçu une oxygénothérapie intense, trois transfusions de 500 cc. deux plasmas de 400 cc. et trois sérums glucosés à 5% de 500 cc., totalisant un volume de liquide de 3 800 cc., quelques 15 cc. d'eschatin intra-veineux et deux ampoules de méthédrine.

A 7.20 heures p.m., je parviens à obtenir une pression de 80/60, un pouls à 140, une coloration appréciable des téguments, une respiration plus facile, un meilleur moral de la patiente, laquelle à son arrivée me pria de la laisser mourir tranquille. C'est alors que je décide de faire une rachi-anesthésie à la patiente. Les médecins et les internes présents mentionnent que c'est impossible à cause de la basse pression. Tout de même, je procède et lui fais une rachi à la pontocaïne-dextrose 10 mg. en position latérale, en ayant soin de faire un bouton analgésique et anti-chute de la pression à la procaïne-éphédrine 1½ gr. On transporte la patiente sur la table d'opération et je donne une position de Trendelenburg à 10 degrés. Je constate une anesthésie parfaite jusqu'à D8, la tension est à 80/40 avec un pouls à 130.

J'invite le chirurgien à débuter son travail, lequel fait à la patiente une laparotomie sous et sus-ombilicale avec résection de l'ancienne cicatrice. A l'ouverture du péritoine, c'est un déluge sanguin qui surgit, inondant les champs opératoires. On délivre un enfant mort, tout à fait en dehors de l'utérus et situé dans l'hypocondre droit. Le gynécologue pose deux pinces sur les artères utérines et commence à nettoyer l'abdomen, il retire de nombreux gros caillots situés dans le petit bassin, en-dessous des intestins. c'est un bouleversement de tous les viscères. La tension artérielle a décliné jusqu'à 40/20 avec un pouls à 140. J'augmente la rapidité du sang, du plasma et du sérum, je continue l'oxygénothérapie et administre ½ ampoule de méthédrine à la patiente. Pendant ce temps, le chirurgien fait une hystérectomie sub-totale.

La chute de la tension peut être interprétée en dépendance de deux raisons: décompression soudaine de l'abdomen et bouleversement de tous les viscères pour l'extirpation des caillots.

A 8.50 heures, le chirurgien avait terminé son opération et la tension était de 58/38, un pouls à 140 et une respiration de 28. La patiente est souriante, cause avec lucidité et demande à boire. Je continue à administrer du liquide, dont un sérum alcoolisé à 5% de 1 000 cc. lequel sert de léger stimulant, légèrement diurétique et calmant minime.

A 11.00 heures du soir, la patiente se porte assez bien avec une tension de 70/30, un pouls à 120 et une respiration à 28. Celle-ci avait reçu une quantité de 5 200 cc. de liquide entre 6.00 heures et 11.00 heures p.m. Les suites opératoires furent presque normales et douze jours plus tard, cette jeune maman était toute heureuse d'aller rejoindre son époux et ses deux jeunes enfants.

Je fis une rachi-anesthésie pour les raisons suivantes:

1° — parce que c'était une jeune patiente et que d'habitude la tension ne diminue presque jamais après une rachi si l'on utilise la médication nécessaire;

2° — parce que c'était une patiente qui nécessitait une oxygénothérapie de très grande concentration vu la cyanose déjà existante avant l'opération;

3° — parce que je savais qu'on ferait une exploration de toute la cavité abdominale, car celle-ci contenait deux corps étrangers situés ici et là dans l'abdomen, les gros caillots et l'enfant;

4° — pour donner un bon relâchement musculaire, satisfaire le chirurgien en lui facilitant son travail tout en évitant d'intoxiquer davantage la malade et lui donner une hématose adéquate.

Par les soins et le temps pré-opératoire accordés à cette malade, pour la relever de son shock, j'ai entravé l'ischémie cérébrale et les suites fâcheuses.

Discussion.

M. Georges-A. Cloutier donne des informations supplémentaires au sujet du cas rapporté.

M. Albert Bertrand: le volume sanguin total varie entre 76 et 98 cc. par kilo ou bien il représente le 1/12 du poids de l'individu. Il aurait été intéressant ici de connaître le volume sanguin.

M. Albert Guilbeault s'inquiète du sort de l'enfant dans une circonstance semblable.

M. Paul Dontigny demande si toutes les infusions ont été faites par voie intra-veineuse. Il mentionne que dans certaines institutions on donne les infusions par voie intra-artérielle sous pression. Il demande si dans notre institution des infusions intra-artérielles ont déjà été données.

M. C.-A. Attendu s'informe si on aurait eu un aussi bon résultat avec le cyclopropane. A l'aide du curare, il aurait été possible d'obtenir une relâchement musculaire satisfaisant.

M. Georges Hébert demande ce qui détermine la quantité de fluide et de sérum à donner dans un cas de ce genre.

M. Georges-A. Cloutier répond *au docteur A. Guilbeault,* que si l'enfant avait vécu,

il aurait fait une anesthésie générale afin de sauver l'enfant.

Au docteur P. Dontigny: la méthode d'infusion par voie intra-artérielle n'a pas été pratiquée ici.

Au docteur C.-A. Attendu: dans certains cas, on peut obtenir de bons résultats à l'aide du cyclo-propane.

Au docteur G. Hébert: nous n'avons actuellement que la pression artérielle pour déterminer la quantité de sérum à donner.

Sténose pylorique et ulcères gastriques récents.

MM. Roger DUFRESNE, René GRIGNON, Réal GELINAS et Yvan ROULEAU

Monsieur P.G., âgé de 48 ans, colon.

Le malade se présente pour troubles digestifs, gonflement à la région épigastrique et douleur à l'hypocondre gauche.

Ses troubles remontent à vingt ans en arrière. A ce moment, il se plaint de crampes épigastriques irradiant à l'hypocondre gauche. Elles apparaissent avant les repas et 15-20 minutes après les repas. Il ne se rappelle pas si elles étaient calmées par les aliments ou les alcalins. Elles n'étaient cependant pas constantes.

En 1934, il est hospitalisé ici après une « indigestion aiguë » c'est-à-dire perte de connaissance, sans vomissement mais avec douleurs abdominales intenses. On le met à la diète et lui conseille un repos de 3 mois.

Plus tard, le malade accuse des douleurs épigastriques apparaissant quelques heures après les repas parfois la nuit. Il ne se souvient pas qu'elles aient été calmées par les aliments. Elles procédaient par crises d'une semaine séparées par une période d'accalmie de même durée. Il fut ainsi pendant 4-5 ans.

Depuis environ 10 ans, les douleurs se produisent tous les jours, sans horaire et sans qu'elles soient calmées par les aliments.

Il y a quatre ans, à la suite de douleurs abdominales intenses, il fut hospitalisé au Montreal General Hospital pour ulcère perforé de l'estomac. L'estomac était adhérent au foie au niveau de la perforation. On sutura la perforation. Le malade fut alors très bien jusqu'en septembre dernier, mais il conserva toujours de la sensibilité à l'hypocondre gauche.

Depuis septembre dernier, il se plaint de douleurs lancinantes à l'hypocondre gauche presque constantes l'empêchant de travailler. Il accuse aussi des vomissements fréquents et nauséabonds.

Quelques jours après son hospitalisation, il vomit du sang noir avec caillots et passe des selles noires, durant quelques jours.

Le 7 mars, la radiologie donne le rapport suivant: « l'estomac est de type légèrement hypotonique, sa grosse tubérosité est fortement distendue et pousse un prolongement postérieur au niveau duquel on constate une certaines stase barytée. Il n'existe pas de liquide de stase ou d'hypersécrétion. Il existe une amputation circulaire de l'antre, amputation qui retarde considérablement les passages pyloriques ».

Le 28 mars, une gastroscopie a été faite et on a vu un ulcère apparemment bénin de la petite courbure de l'estomac. Il est mis à la diète, ses douleurs diminuent.

Le 18 avril, il est transféré en chirurgie et on l'opère le 3 mai, voici le protocole: « Présence d'une sténose cicatricielle du pylore (ulcère perforé dans la tête du pancréas) avec pancréatite secondaire du volume d'un œuf de pigeon. La sténose est grosse comme un jaune d'œuf... Gastrectomie subtotale, etc...

A l'ouverture de la pièce, il existe un autre ulcère sur la petite courbure. »

Il y avait donc trois ulcères: l'ulcère ancien suturé, l'ulcère perforant dans le pancréas et l'ulcère de la petite courbure.

Les suites opératoires furent normales et le malade va très bien.

La grossesse ectopique itérative.

M. Jacques GAUTHIER

Cette communication paraît comme article original dans cette livraison, page 1444.

Discussion.

M. Jacques Gauthier dit qu'il a été frappé par la fréquence de la grossesse ectopique

itérative. Personnellement il en a opéré 10 cas dans un espace de temps relativement court.

M. J.-Urgel Gariépy rapporte qu'il a opéré un cas semblable il y a environ 20 ans et donne des détails.

M. Jean-Paul Foisy demande s'il y a des causes connues de grossesse tubaire répétée.

M. Jacques Gauthier répond au *docteur Foisy* que la cause la plus fréquente de la grossesse tubaire répétée est une lésion chronique de la trompe telle que salpingite par infection néissérienne, mais il peut y avoir aussi beaucoup d'autres causes qui ne sont pas de nature infectieuse. Il peut y avoir des tiraillements de la trompe par des lésions intra-abdominales telles que l'endométriose, etc.

Diabète et grossesse.

MM. D. MARION, Albert GUILBEAULT, Armand GRATTON et Fernand JONCAS

Madame G.P., âgée de 40 ans, reconnue diabétique depuis 11 ans, et prenant de l'insuline depuis au delà de 5 ans, est admise à l'hôpital le 15 avril dernier pour un œdème considérable des membres inférieurs. Obèse et hypertendue depuis au delà de 10 ans, elle fait une albuminurie progressive depuis 1946.

Menstruée 4 fois de 12 ans à 20 ans, âge du mariage, elle est maintenant régulière et aurait fait 29 fausses couches (ne dépassant jamais trois mois de grossesse jusqu'à cette fois, alors que maintenant elle est enceinte de sept mois).

A l'admission: dyspnée intense, nausées, inappétence, œdème des membres inférieurs, remontant même jusqu'à la partie inférieure du tronc.

Le cœur est régulier, pouls 105, P.A. 200/95, poumons négatifs.

Antécédents familiaux: grand'père paternel, une tante maternelle et sa mère étaient diabétiques.

Analyses:

Glycémie : 72 mg %
Urée : 50 mg %
Cholestérol : 370 mg %
Urines : albumine 10 mgs. au litre — cylindres hyalins — globules rouges — pas de sucre ni acétone.
Protéines du sang: 5,35 gm.
Sodium du sang: 353 mg %.

Traitement:

Sulfate de magnésie 1 c. à soupe, 1 fois par jour.
Digitaline 0,1 mg, 1 fois par jour.
Insuline Globine 60 unités le matin.

Diète:

128 (G) 45 (L) 69 (P) déchlorurée.
Delcos 2 c. à s., 4 fois par jour.
Mercuhydrin 1cc intra-musculaire 2 fois, à 4 jrs d'intervalle.

Evolution:

Dix jours après l'admission, l'œdème diminue, P.A. 200/100, albuminurie 11 gm au litre.

L'insuline est diminuée progressivement à 30 unités par jour.

La patiente accouche prématurément d'une enfant normale pesant 5 livres 5 onces.

Suites de couches à peu près normales — durant lesquelles l'albuminurie baisse à 5 g. au litre — l'urée à 25 mg % — l'œdème est disparu — P.A. 170/95.

14 jours après l'accouchement, la patiente quitte l'hôpital sans insuline.

Discussion.

M. Fernand Joncas: cette observation est présentée à cause de la grossesse chez une diabétique, étant donné que le taux de mortalité infantile est généralement élevé dans les cas de diabète. Dans ces cas, les enfants meurent ordinairement d'atélectasie pulmonaire. Le diabète a tendance à s'améliorer vers la fin de la grossesse.

M. Emile Ménard demande s'il y aurait lieu de donner de petites doses de folliculine chez les diabétiques enceintes.

M. C.-A. Attendu mentionne que la folliculine n'a pas donné les résultats auxquels on s'attendait dans les cas de ce genre.

M. Jacques Gauthier fait remarquer que l'Ecole de Boston recommande le stilboestrol au lieu de la folliculine.

M. J.-Urgel Gariépy se demande si la progestérone serait plus avantageuse que la folliculine.

M. Fernand Joncas: la malade était rendue au 7e mois de grossesse, donc il n'était pas question de lui donner des œstrogènes. Il explique que le traitement par les œstrogènes est très dispendieux. D'après les travaux de l'Ecole de Boston il semblerait qu'avec le stilboestrol on peut obtenir les mêmes résultats.

Le secrétaire adjoint du bureau médical,
Docteur Georges LECLERC.

NÉCROLOGIE

MERCIER FAUTEUX
(1898 - 1950)

Peu de ses contemporains peuvent se réjouir d'avoir reçu du Ciel et, dès leur naissance, autant de dons généreux et d'attributs magnifiques. Mercier Fauteux est, en effet, né d'une famille remarquable, puisque petit-fils d'un premier ministre de la province de Québec, Honoré Mercier, et neveu de Lomer Gouin, également titulaire des mêmes hautes fonctions.

Merveilleusement doué, les jeux de l'esprit lui sont tôt familiers. Tout jeune, se dessinent déjà une tendance à l'esprit d'observation et beaucoup de goût pour l'élocution. En 1918, il est bachelier ès sciences de l'Université Laval. Avec ses frères, Gaspard et Aimé, il s'enrôle dans le C.O.T.C., et alors que ceux-ci s'inscrivent à la Faculté dentaire, il s'immatricule en Médceine à l'Université de la rue Saint-Denis.

Carabin, il fait la joie de ses copains, car il imite tellement bien ses professeurs que ce serait à s'y tromper. Sa popularité lui vaut d'être lancé dans l'aventure électorale; tous ont encore à l'esprit le souvenir d'une lutte épique à la vice-présidence des étudiants en médecine, où malgré une éloquence chaleureuse, fruit de son atavisme politique, il ne réussit pas à remporter les honneurs. En fait, eut-il été élu qu'il se serait sans doute laissé happer, comme tant des siens, par la passion de la chose publique et il aurait été perdu pour la médecine.

Le doctorat obtenu avec distinction en 1923, il continue une année encore l'internat commencé, l'automne 1922, à l'Hôtel-Dieu de Montréal. Les stages en chirurgie surtout l'intéressent et les souvenirs abondent des mois qu'il a passés dans les services des professeurs Amédée Marien et Eugène Saint-Jacques.

Celui-ci est, comme Mercier Fauteux, originaire de Saint-Hyacinthe. Cette parenté du sol crée entre maître et élève de solides liens. Le maître lui facilite l'obtention d'une bourse d'études à Paris et lui promet, à son retour, la première place dans son service.

Les deux années passées en France ont permis à Fauteux de faire de l'anatomie chez Rouvière, de l'histologie avec Prenant, de l'anatomie pathologique avec Roussy, de la cancérologie chez Regaud et de la chirurgie sous la tutelle de Pierre Duval et d'Ernest Desmarets.

De retour à l'Hôtel-Dieu, le champ d'action lui paraît restreint — Un nouvel hôpital vient de s'ouvrir. Il postule et obtient en 1928 la charge de chirurgien en chef de l'Hôpital de Montréal-Est. Les obligations n'y sont pas trop lourdes et lui permettent le cumul avec celles qu'il doit remplir à l'Hôtel-Dieu, enseignement compris.

L'impression est favorable, au point qu'à 34 ans, Mercier Fauteux permute de l'Hôtel-Dieu à l'Hôpital Général de Verdun, dont il devient le premier chirurgien-en-chef.

C'est la gloire, dès 1932, moins de dix ans après le doctorat; Fauteux obtient une renommée et des honneurs que l'on n'est pas accoutumé de rencontrer à pareil âge. D'être arrivé au faîte, presque sans effort, d'un élan prodigieux, aurait marqué pour beaucoup l'arrêt de toute ambition.

Mercier Fauteux n'est pas satisfait de cette ascension, souhaitée par la masse des collègues. Il lui faut autre chose — Conférencier disert, opérateur audacieux, cela ne suffit plus. L'action manque. Et c'est de ce moment que date l'entrée de Fauteux dans le domaine expérimental.

A l'occasion d'une mort tragique par thrombose coronarienne dont il est témoin, il se sent pénétré du désir de trouver un remède à celle-ci. Il délaisse peu à peu la salle d'opération, fréquente Morgagui et l'hôtel de la rue Saint-Vincent; se rapproche des cardiologues, se familiarise avec l'électrocardiogramme, prend contact avec Boris Balkin, opère sur les chiens

McGill lui a ouvert ses portes, Archibald, puis Gairn Miller l'encouragent. Ses recherches

sont longues, les expériences difficiles, les données recueillies au début difficilement transposables du chien à l'homme. Fauteux cherche, essaye, reprend jusqu'au jour où tout est prêt pour l'application au malade.

La rumeur s'empare de l'événement. Les patients s'amènent pleins d'espoir. Les résultats ne satisfont pas au maximum; il y a encore beaucoup de détails à mettre au point. Elliott C. Cutler invite Fauteux à Harvard, lui ouvre ses laboratoires, le fait nommer en 1942 Research Fellow in Surgery, puis assistant en chirurgie au Peter Bent Brigham Hospital de Boston, titre et fonctions qu'il occupe de 1943 à 1945.

Harvard est le sanctuaire de la science médicale; les chercheurs y ont une place de choix; ils y sont compris. On ne leur demande pas de faire vite, mais de faire bien. Peu importe que la thèse soit difficile à développer ou qu'elle soit de prompte exécution, les chefs font confiance à leurs disciples.

Le chirurgien en chef Fauteux est devenu une unité dans l'équipe chirurgicale de Cutler. Il consacre à la science pure les longues années de son stage à Boston, mais il continue ses recherches personnelles sur la neurectomie péricoronarienne associée à la ligature de la grande coronaire; il recherche un traitement à la fibrillation ventriculaire au cours de la maladie des coronaires. Bref, il ne s'éloigne pas de son plan primitif: la cure chirurgicale de l'angine de poitrine.

En 1946, il revient à Montréal, retourne à McGill et au Royal Victoria — Séjour de brève durée.

L'Université de Montréal ouvre un concours d'agrégation en chirurgie générale, section de la clinique cardiaque. Fauteux se présente et est admis. Il participe à l'enseignement et donne ses cours à la chaire de pathologie médicale.

Le transfert de son laboratoire de McGill à l'Université de Montréal se fait, non sans heurt et très lentement. Entre temps, Fauteux est invité à l'étranger comme conférencier.

L'Académie de Chirurgie de Paris le met au programme de l'une de ses séances. Il est également invité à la Société de Chirurgie de Lyon, dont il devient un membre correspondant étranger.

Ceux qui l'entendent sont fort impressionnés, témoin les chirurgiens français qui l'ont écouté à Paris où à Lyon et qui, dès leur arrivée à Montréal, s'empressent de lui faire signe. Le professeur René Fontaine de Strasbourg, très intéressé, assista en 1948 à plusieurs interventions de Fauteux et une fois tout au moins par une participation active à l'acte opératoire.

La Société Médicale et la Société de Chirurgie de Montréal, la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec, l'Association des Médecins de Langue Française, la grande majorité de nos associations scientifiques n'ont pas fait grise mine au chercheur de leur race. Le nom de Mercier Fauteux est inscrit partout. Il eût été étrange que celui qui fut invité des universités américaines et des principales sociétés de chirurgie de France ne l'ait pas été chez lui.

Il a été, au contraire, très bien reçu et le Collège Royal lui a même décerné un diplôme de conférencier honoraire.

Il faut le recul du temps pour juger de la valeur d'une thérapeutique — Beck et ses associés sont mieux qualifiés que moi pour apprécier l'oeuvre capitale de Mercier Fauteux.

Mais n'aurait-il apporté qu'une contribution minuscule à la chirurgie cardiaque que cela serait déjà beaucoup, d'autant que rares sont les nôtres qui ont fait leur nom comme pionniers, initiateurs ou précurseurs en médecine ou en chirurgie.

Pour atteindre à un nouveau summum, Mercier Fauteux a choisi, de son plein gré, la voie aride, le chemin ardu, la route semée d'embûches; lui qui, à 34 ans, aurait pu se dire arrivé et accumuler les sous, il a préféré recommencer et il nous a quitté le 28 avril dernier, à 52 ans, à la veille d'une reconnaissance que l'avenir lui apportera, trop tard pour le réconforter, mais assez tôt pour récompenser les siens des sacrifices qu'il leur a imposés au bénéfice de la science.

Que Madame Mercier Fauteux et ses fils trouvent ici l'expression de notre profonde sympathie.

Edouard DESJARDINS.

LE DOCTEUR STANISLAS DAVIAULT

Le docteur Stanislas Daviault est décédé le 10 octobre 1950 à l'Hôpital Général de Verdun, à l'âge de 57 ans, après une longue maladie.

Il avait fait ses études secondaires au Séminaire de Joliette et avait terminé ses études médicales en 1918 à l'Université de Montréal. Il faisait partie du personnel médical de l'Hôpital Général de Verdun et il en était un des gouverneurs.

Il pratiqua toujours sa profession à Montréal. Excellent médecin de famille, guidé par un bon sens inné et un jugement sain, il s'était créé une vaste clientèle qui savait apprécier sa charité exemplaire. Ses confrères ainsi que tous ceux qui l'ont connu regretteront surtout le médecin honnête, dévoué et professionnel.

Les deux dernières années de sa vie furent assombries par une maladie inoxérable. Jour par jour, il en suivait les progrès avec un courage étonnant et une parfaite lucidité. Sa mort fut digne et simple, comme l'avait été toute sa vie.

Au nom de *L'Union Médicale du Canada*, nous offrons à son épouse, à sa mère et au personnel de l'Hôpital Général de Verdun, l'expression de toute notre sympathie.

Maurice GERVAIS.

LE DOCTEUR J.-H. AUTHIER

Le docteur J.-H. Authier, maire de Ville St-Laurent, est décédé au mois d'avril dernier, à l'âge de 52 ans, après une longue maladie. Il avait terminé ses études de médecine à l'Université de Montréal en 1920.

LE DOCTEUR PAUL OSTIGUY

Le docteur Paul Ostiguy est décédé le 7 avril dernier. Il avait terminé ses études médicales à l'Université Laval en 1896. Il avait été pendant plusieurs années chef de service d'ophtalmologie à l'hôpital Ste-Justine. Nos condoléances à ses fils, les docteurs Lucien et Marcel Ostiguy.

LE DOCTEUR J.-E. SAINT-GERMAIN

Le docteur J.-E. St-Germain est décédé récemment à Sherbrooke où il pratiquait depuis 35 ans. Nos condoléances à son fils, le Dr Guy St-Germain de St-Guillaume d'Upton.

LE DOCTEUR LÉOPOLD SEERS

Le docteur Léopold Seers est décédé subitement il y a quelques semaines, à l'âge de 49 ans. Il avait terminé ses études de médecine à l'Université de Montréal en 1935, et faisait partie du personnel médical de l'hôpital St-Joseph de Lachine.

LE DOCTEUR PIERRE MILLETTE

Le docteur Pierre Millette est décédé récemment à Trois-Rivières à l'âge de 88 ans.

LE DOCTEUR LOUIS-GEORGES PERRIN

Le docteur Louis-Georges Perrin est décédé à Québec, en juillet dernier, à l'âge de 64 ans. Diplômé de l'Université Laval en 1911, il avait pratiqué à Québec depuis 1915.

LE DOCTEUR L.-F. LAVIGNE

Le docteur L.-F. Lavigne est décédé, le 17 juillet dernier à Montréal, à l'âge de 57 ans. Il avait terminé ses études médicales à l'Université Laval en 1916 et faisait partie du personnel médical du Département des Vétérans.

LE DOCTEUR CHARLES DELAGE

Le docteur Charles Delage est décédé le 21 juillet dernier, à St-Basile, à l'âge de 70 ans. Il était coroner du comté de Portneuf. Il avait terminé ses études de médecine à Laval en 1905.

LE DOCTEUR ARMAND CARREAU

Le docteur Armand Carreau est décédé à Montréal, au cours du mois de septembre, à l'âge de 54 ans. Il avait terminé ses études médicales à Laval en 1918.

NOUVELLES

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR ALBERT LeSAGE

Le docteur Albert LeSage, ancien doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, vient d'être nommé membre d'honneur de la *Société Internationale de Médecine Interne.*

LA MÉDAILLE LÉO PARISEAU AU DOCTEUR LOUIS-CHARLES SIMARD

Le docteur Louis-Charles Simard, directeur de l'Institut du Cancer de Montréal et professeur à l'Université de Montréal, a reçu la médaille de l'A.C.F.A.S. pour l'année 1950. Cette médaille, à l'effigie du docteur Léo Pariseau, la plus haute distinction décernée par l'A.C.F.A.S. a été attribuée ainsi pour la première fois à un membre éminent de la profession médicale.

Le docteur Edouard Morin de Québec a présenté la médaille au docteur Louis-Charles Simard.

LE DOCTEUR PHILIPPE PANNETON À L'ACADÉMIE

La séance annuelle de l'Académie Canadienne-française a eu lieu le 10 octobre 1950. Le docteur Philippe Panneton a été réélu directeur de l'Académie.

CONFÉRENCE SIMONNET

Le docteur Henri Simonnet a été l'invité de la Société d'Etudes et de Conférences. Il a parlé de « La querelle de l'hérédité et du milieu. »

CONGRÈS MÉDICAL À EDMUNDSTON

La Société Médicale du Madawaska a tenu son congrès annuel à Edmundston. Cinquante médecins étaient présents. Les séances étaient sous la présidence du docteur Marcel Langlois, surintendant de l'Hôpital d'Edmundston. Le conférencier principal fut le professeur Lenègre de Paris. Il fut remercié par le docteur F. Sormany d'Edmundston. Le docteur Guy Drouin de Québec prit également une part active au Congrès.

VISITE DU DOCTEUR JEAN KUNLIN

Le docteur Jean Kunlin, du laboratoire de chirurgie expérimentale du Collège de France et chirurgien français de renom, a passé quelques jours parmi nous en octobre dernier. Il a visité les Universités de Montréal et de Québec ainsi que quelques centres hospitaliers.

LE DOCTEUR ANDRÉ SIMARD INVITÉ DE L'HÔPITAL DE SAINT-HYACINTHE

Le docteur André Simard de Québec a été le conférencier invité lors d'une réunion des médecins de St-Hyacinthe tenue à l'hôpital Saint-Charles. Le docteur Hervé Gagnon présida la séance et présenta le docteur André Simard qui fut remercié par le docteur Marc Bergeron.

RÉUNION DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

La Société de Gastro-entérologie s'est réunie dernièrement sous la présidence du docteur Yves Chaput. Les docteurs Louis Bernard, J.-H. Charbonneau et Yvan Vallée étaient au programme de la séance qui s'est tenue à l'hôpital Saint-Luc.

CONFÉRENCES KOURILSKY

Le professeur Raoul Kourilsky s'est dépensé d'une façon extraordinaire lors de son dernier séjour au Canada. Il a accepté de donner des causeries cliniques dans presque tous les hôpitaux des grands centres.

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA RIVE SUD

Le congrès annuel de l'Association des médecins et des dentistes de la Rive Sud s'est tenu à la Rivière-du-Loup, le 4 novembre. Le professeur Jean Bernard de Paris était l'invité d'honneur.

LE BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL SAINT-VINCENT-DE-PAUL

Le docteur Emile Bruneau a été élu président du bureau médical de l'hôpital général St-Vincent-de-Paul en remplacement du docteur Alexandre Mignault. Le docteur Rouville Lamy remplace le docteur Adrien Bérubé comme vice-président; le docteur Léo Langis remplace le docteur Georges Saine comme secrétaire; le docteur T.-J. Quintin remplace le docteur Emile Groleau comme premier conseiller et le docteur Guy Bertrand remplace le docteur Paul MacMahon comme second conseiller.

ÉLECTIONS CHEZ LES RADIOLOGISTES

Le nouveau bureau de l'Association des Radiologistes de la Province de Québec est ainsi constitué: Président: M. E. N. Crawford, Montréal; vice-président: M. Origène Dufresne; secrétaire: M. G. Gill; trésorier: M. D. C. MacRae; directeurs: MM. M. Samson et Jules Gosselin de Québec, C. B. Pierce, L.-A. Gagnier et E. F. Crutchlow de Montréal. Le docteur Jean-Pierre Jean a été nommé secrétaire des séances.

UN BUREAU MÉDICAL À JONQUIÈRE

21 médecins se sont réunis à Jonquière pour fonder le bureau médical de Jonquière-Kénogami-Arvida. Les officiers sont: Président: docteur J.-Edmond Bergeron (Jonquière); vice-président: docteur E. Marchand (Kénogami); secrétaire: docteur Alb. Tremblay (Jonquière); directeurs: les docteurs R. Gagnon (Arvida); Gérard Caron (Kénogami) et H. Vaillancourt (Jonquière).

HAUTERIVE AURA UN HÔTEL-DIEU

La nouvelle municipalité de Hauterive, siège de l'évêché du golfe St-Laurent, sera dotée d'un hôpital. Des lettres patentes viennent d'être accordées aux Religieuses Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal à cet effet. La supérieure du nouvel hôpital est la Révérende soeur Ste-Thérèse.

LE DOCTEUR RICHARD GAUDET FÊTÉ

Le bureau médical et le personnel de l'hôpital St-Vincent-de-Paul de Sherbrooke ont rendu hommage à leur chirurgien en chef, le docteur Richard Gaudet, à l'occasion de sa nomination comme chevalier du St-Sépulcre.

BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME DE L'ESPÉRANCE DE QUÉBEC

Le docteur G.-E. Courchesne a été élu président du bureau médical de l'hôpital Ste-Anne de Québec. Les docteurs Alphonse L'Espérance et Conrad Nadeau ont été élus respectivement vice-président et secrétaire.

Le nom de l'hôpital Ste-Anne sera désormais changé en celui d'Hôpital Notre-Dame de l'Espérance.

CONGRÈS DE L'A.C.E.M.I.

Le 14e congrès de l'Association Canadienne des étudiants en médecine et des internes s'est tenu à l'Université de Montréal. Le docteur J.-Roméo Pepin souhaita la bienvenu aux congressistes. Les assises se sont tenues sous la présidence de M. Jacques-O. Gagnon.

BOURSES D'ÉTUDES CONTINUÉES À TROIS MÉDECINS

Le docteur J.-S.-L. Browne, président du Comité d'éducation professionnelle de la Société Canadienne de l'arthrite et du rhumatisme, annonce que les docteurs Joseph-A. Blais, deGuise Vaillancourt et Roger Demers, tous de Montréal, bénéficieront pour la deuxième année consécutive de bourses d'études offertes par la Société.

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de Chirurgie de Montréal a tenu une réunion le 8 novembre 1950 à l'hôpital Notre-Dame sous la présidence du docteur Paul Bourgeois. Au programme: les docteurs J.-E. Cabana et Edouard Gagnon.

INSTITUT SCIENTIFIQUE FRANCO-CANADIEN

L'Institut Scientifique franco-canadien a fêté le 25e anniversaire de sa fondation le 22 octobre 1950. Etaient au programme Messieurs Etienne Gilson, Edouard Montpetit et René Grousset.

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE L'EST

L'Association des médecins de l'Est a tenu une réunion le 24 octobre 1950 à laquelle le docteur Léopold Lamoureux a parlé sur: « *Le médecin de l'Est et l'hôpital Maisonneuve* ».

JOURNÉE DE LA RECHERCHE

La Journée de la Recherche s'est tenue à l'Université de Montréal le 28 octobre 1950. Cette Journée avait pour but de commémorer le 12e anniversaire de la fondation de l'Institut de Microbiologie de Montréal.

UN SUÉDOIS, ÉLU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE

Le docteur Dag Kuntson de Suède a été choisi comme président de l'Association Médicale Mondiale — Stockholm sera le siège de la réunion annuelle de 1951.

CONFÉRENCES ET CLINIQUES DU PROFESSEUR JEAN LENÈGRE

Voici le programme des Conférences et Cliniques données sous les auspices de la Faculté de Médecine par Monsieur le professeur Jean Lenègre, professeur à la Faculté de Paris.

20 novembre 1950 — Hôpital Notre-Dame.
« Hémoptysies d'origine cardiaque ».

21 novembre 1950 — Hôpital Général de Verdun.
« Œdème aigu du poumon ».
Faculté de Médecine.
« La digitale et la digitaline ».

22 novembre 1950 — Hôpital Notre-Dame.
« Cœur myœdémateux ».

23 novembre 1950 — Hôpital Saint-Laurent.
« Péricardite constrictive ».

24 novembre 1950 — Hôtel-Dieu.
« Hémosidérose pulmonaire ».

27 novembre 1950 — Hôpital Notre-Dame.
« Sténose pulmonaire serrée ».
Faculté de Médecine.
« Hypertension de la petite circulation ».

28 novembre 1950 — Hôpital Saint-Luc.
« Les embolies pulmonaires ».
Société Médicale de Montréal.
« Le cœur pulmonaire ».

29 novembre 1950 — Hôpital Général de Verdun.
« Hépatalogie d'effort ».
Société de Cardiologie de Montréal.
«Etude histologique de la cloison dans le bloc de branche gauche ». (4 cas)

1er décembre 1950 — Hôpital Saint-Luc.
« Hémiplégie d'origine mitrale ».

2 décembre 1950 — Hôtel-Dieu.
« Les conséquences cardio-vasculaires de l'asthme ».

L'INSTITUT BRUCHÉSI DE MONTRÉAL

Le service médico-social

1° *L'infirmière visiteuse et la tuberculose.*

Le service médico-social a une place privilégiée dans la lutte antituberculeuse, à côté de la clinique et en coopération intime avec elle. Il a un rôle spécial à jouer: il continue l'action de la clinique et l'éducation du médecin.

Après le verdict du médecin, le tuberculeux réagit toujours. On s'imagine bien ce qu'est apprendre, même à mots feutrés, même avec des promesses de guérison qu'on est tuberculeux. Cela veut dire tant de choses pour un malade. Tout le présent marqué d'un renversement complet, et l'avenir caché par un voile de doutes.

C'est le moment plus que jamais, où reprenant les avis du médecin, ses encouragements, ses avertissements, l'infirmière va redresser la réaction du malade. La perspicacité féminine trouvera un joint pour pénétrer dans l'âme du tuberculeux, lui faire comprendre que tout peut s'arranger dans sa famille, qu'elle ne sera pas abandonnée pas plus que lui et qu'il sortira un jour de cette mauvaise situation. C'est de ce premier contact avec l'infirmière que dépend l'orientation prochaine et future du malade.

Il n'est pas seul à réagir, son épouse subit le contre-coup de l'épreuve. Désormais, elle aura à porter tout le fardeau de la maison et quand il y a plusieurs enfants, ce fardeau pèse.

La première émotion passée il s'agit de prendre une décision. Là encore, l'appréhension de l'hôpital, surtout chez les ouvriers, engendre de multiples problèmes et une crainte insurmontable. L'infirmière sait raisonner son malade, lui prouver, les faits ne lui manquent pas, que c'est le meilleur endroit pour faire sa cure et pour guérir. Elle lui montre tel et tel qu'elle a visités, qu'elle visite encore et qui ont pu reprendre leur travail après un séjour à l'hôpital. Elle cherche, auprès de l'épouse, une collaboration pour bien régler la situation de la famille. Avec elle et le malade, elle organise, selon son expérience, l'économie du foyer, renseigne sur les sources possibles de secours matériel; elle fait même les démarches et remplit les formules nécessaires. Son rôle est de placer le malade dans un climat de sécurité.

En même temps, elle prépare l'organisation de la cure de repos, en attendant l'admission à l'hôpital. Rarement les conditions de logement permettent au tuberculeux de faire une cure à domicile qui soit au moins satisfaisante. Mais l'infirmière sait que rien n'est à négliger et que l'on tire toujours avantage d'une situation embarrassante. Mais c'est surtout l'esprit de la cure qu'elle lui enseigne. Le pourquoi est

plus important. Le comment viendra dans la suite avec la conviction. De plus cette conviction suivra le malade à l'hôpital et c'est là surtout qu'il en aura besoin pour supporter l'inactivité des longs mois de repos. Cette éducation de personne à personne est très souvent efficace. L'infirmière en s'adressant en toute simplicité au tuberculeux, le ressaisit, lui donne confiance dans la guérison, à la condition de la vouloir. Elle le met en garde contre la révolte, contre les exigences exagérées, contre la jalousie, contre ses propres mouvements irréfléchis, qui pourraient lui rendre la vie d'hôpital plus dure et moins profitable.

Elle lui montre que l'idéal d'un tuberculeux doit être de reconquérir sa santé par des sacrifices qui ne sont pas tellement terribles et par une lutte de tous les instants contre le microbe et contre lui-même. Elle l'avertit que la maladie est longue et la guérison lente à s'installer. Après l'hôpital, il lui faudra encore demeurer sous observation médicale afin d'empêcher toute rechute.

2° *L'infirmière et la famille.*

Dans le programme du service médico-social la lutte à la tuberculose est menée sur tous les fronts. La prophylaxie réduit le champ de la maladie, en empêchant la contamination de faire de nouvelles victimes. C'est une des premières préoccupations de l'infirmière en entrant dans la famille du tuberculeux. Elle éduque, sur ce point, le malade lui-même, l'épouse ou la maman et met les autres membres de la famille en garde contre les contacts inutiles et dangereux. Elle enseigne, pour en faciliter l'accomplissement, des moyens concrets et appropriés au milieu et, dans ses visites, elle insiste sur la fidélité à observer ses recommandations.

Elle s'occupe ensuite de faire examiner toute la famille. La contamination tuberculeuse peut avoir fait des victimes. Il ne faut pas attendre qu'on ait des symptômes graves pour les soigner. Toute déficience dans l'état de santé est relevée à l'examen et l'infirmière se met en relation avec les diverses organisations qui peuvent aider ces malades. Si la mère est tuberculeuse, elle voit au placement des enfants dans des familles à la campagne, ou organise le Placement aux Camps de Santé pendant les deux mois de vacances. La famille du tuberculeux est devenue son terrain d'action. C'est là qu'elle met tout en œuvre pour empêcher toute nouvelle éclosion de la tuberculose et pour maintenir, dans la mesure du possible, l'amertume de la séparation, de la gêne, du malheur.

Le Service Médico-social est nécessaire.

Il n'est pas de maladie qui laisse sa victime plus désemparée, à l'annonce du diagnostic, que la tuberculose. Affaire de mentalité peut-être? Mais sûrement à cause de cette longueur indéfinie du traitement; à cause de cette inactivité totale prévue pour de longs mois et des années; à cause de l'incertitude du dénouement. Que ferait le pauvre tuberculeux s'il n'avait pas pour le relever, l'orienter, lui assurer un climat de tranquillité physique et morale, l'infirmière visiteuse du service médico-social. Laissé à lui-même, il serait vite un désemparé et bientôt un désespéré. Il y a des forts qu'il faut soutenir, des peureux qu'il faut enhardir, des pessimistes à convaincre, des réfractaires à ramener, des indécis à confirmer et des "attachés" qu'il faut aider à se libérer.

Que de cures seraient abandonnées, s'il n'y avait pas l'infirmière pour maintenir la volonté chancelante; pour conserver l'espoir du retour dans la famille, pour pourvoir aux besoins matériels du foyer. Que de rechutes de pauvres tuberculeux, il faudrait enregistrer si l'infirmière ne surveillait pas, de près, la cure post-sanatoriale et le retour graduel à la vie normale.

Collaboration du médecin de famille.

En prenant sous son égide le foyer du tuberculeux, l'infirmière du service social offre sa collaboration au médecin de famille, elle demande la sienne en retour. Une œuvre d'éducation et de prophylaxie n'admet pas de controverse. Le soin du malade ne peut viser, qu'à son bien personnel et au bien de sa famille. Tout autre intérêt doit s'accorder avec cet intérêt. Et cela est possible.

La collaboration se présentera donc sous ces deux aspects: conseiller dans le même sens et appuyer l'action de l'infirmière, comme elle appuiera celle du médecin de famille. L'infirmière du service social fait son travail avec dévouement et générosité, elle ne s'impose pas contre le désir du médecin; mais le médecin doit comprendre que de cette surveillance bienfaisante exercée sur ses clients, il retirera toujours, tôt ou tard, quelque avantage. La participation du médecin de famille à la lutte antituberculeuse va jusqu'à la prévention, jusqu'à la facilitation de l'hospitalisation et du traitement. Car la lutte antituberculeuse est, elle aussi, faite d'une multitude de petites actions.

La clinique antituberculeuse et le dépistage du cancer.

Des travaux scientifiques sont actuellement publiés dans tous les pays sur la question du cancer pulmonaire. L'on peut donc dire que le dépistage du cancer du poumon est à l'ordre du jour.

Une clinique antituberculeuse, parce qu'elle a à poser des diagnostics différentiels, ne doit pas se soustraire à l'obligation de dépister le cancer pulmonaire, surtout à ses débuts quand elle examine radiographiquement des consultants au point de vue

tuberculeux. Notre service de bronchoscopie dont est chargé le docteur Langlois complète la recherche du cancer, lorsqu'une image radiographique le décèle ou le fait supposer. Nous croyons qu'en ajoutant ce travail à toutes nos activités nous rendons à la population un grand service et que nous collaborons dans ce secteur particulier à la lutte générale contre le cancer.

Cancer pulmonaire ou endobronchique.

Depuis quelques années, la lutte entreprise contre la tuberculose pulmonaire a été intensifiée. Les moyens de dépistage ont été augmentés et mis plus facilement à la disposition tant du médecin que du public en général.

Les radiographies pulmonaires systématiques nous permirent donc de mettre en évidence certaines maladies pulmonaires autres que la tuberculose et parmi celles-là le cancer du poumon, qui nous intéresse particulièrement pour l'instant.

La lutte anti-cancéreuse, par sa publicité, a constitué à éveiller l'attention du public à propos du cancer. Le public sait bien que le cancer peut attaquer l'estomac, le foie ou l'intestin; mais il croit que le poumon en est indemne, à cause de la tuberculose.

Ainsi, grâce au dépistage plus intense et aussi grâce aux moyens plus adéquats que nous possédons maintenant, et parmi ceux-ci la bronchoscopie, ils nous a été permis de diagnostiquer 24 cas de néoplasme pulmonaire ou endobronchique depuis le début de janvier de cette année. De ces 24 cas, 21 furent découverts au hasard de la clinique, 2 nous furent dirigés par la Ligue Antituberculeuse de Montréal, et un par un médecin étranger à la clinique.

Ces différents cas étaient à des stages plus ou moins avancés de la maladie. Chose curieuse à noter, ce sont tous des hommes, d'âge variant entre 43 et 67 ans, de métier ou profession différent, et ayant tous, sauf trois, au moins à une période de leur vie, ingurgité de grandes quantités d'alcool. Ils étaient aussi, pour la plupart, de bons fumeurs.

Une seule femme nous fut dirigée pour précision de diagnostic. Elle était âgée de 75 ans avec un état général lamentable. Le seul fait de lui prescrire des radiographies dans différentes positions l'a fatiguée énormément, de sorte que nous avons différé les autres examens. Un diagnostic présomptif seulement fut posé, et il n'entre pas dans le total plus haut cité.

De ces différents cas, 8 sont maintenant décédés, ayant été découverts trop tard pour bénéficier de l'opération, ou ayant des métastases dans plusieurs organes. Neuf patients ont subi une pneumonectomie à date et les autres sont actuellement à l'étude. Nous avons eu l'occasion de revoir six patients opérés, et leur état est très satisfaisant; deux ont même repris un travail léger.

Il est évidemment beaucoup trop tôt pour discuter de l'évolution ou encore du pronostic de ces patients. Il est cependant permis d'espérer, dès maintenant, des résultats très encourageants pour l'avenir. Il est surtout permis de croire que, dans un avenir rapproché, la très grande majorité des cas pourront être opérés et guéris, parce qu'ils auront été découverts et diagnostiqués au stade de début, ou surtout avant que les métastases aient pu s'étendre aux organes avoisinants.

Dans un prochain article, nous expliquerons l'étiologie du cancer pulmonaire ou endobronchique; un troisième article sera consacré à la symptomatologie de cette affection, et un dernier traitera de l'évolution et du traitement. Pour ce qui est du pronostic du cancer pulmonaire en endobronchique, il sera en raison directe avec la découverte de la maladie.

J.-Denis LANGLOIS, M.D.,
en charge du service de bronchoscopie.

"AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY AND OTOLARYNGOLOGY"

C'est à Chicago (comme toujours depuis plusieurs années, à cause de sa situation centrale et de ses nombreux hôtels) que se tenait au Palmer House, du 8 au 13 octobre dernier, la 55ème réunion annuelle de cette puissante organisation qui réunit annuellement plusieurs milliers de spécialistes en ophtalmologie et (ou) otolaryngologie venant de toutes les parties des Etats-Unis, du Canada et même de l'étranger.

Pour nous, il n'y a pas de doute qu'il s'agit de l'événement le plus important de l'année; c'est un congrès de grande classe, de grand style, préparé d'une façon minutieuse et aussi parfaite que possible.

Le plus haut intérêt y est maintenu du commencement à la fin. Soit que vous ne vous spécialisiez qu'en ophtalmologie ou qu'en otolaryngologie, ou soit encore que vous vous adonniez aux deux spécialités, vous pouvez aisément, grâce au programme détailllé, organiser votre semaine entière sans perdre un seul instant.

Matinée et après-midi, on alterne, dans la grande salle de bal, les conférences entre l'ophtalmologie et l'otolaryngologie pendant que, inversement, se donnent, dans de plus petites salles, des cours continus (2 heures et plus) ou individuels (une heure) sur les sujets les plus variés, depuis l'embryologie jusqu'à la thérapeutique, sans oublier la chirurgie plastique de la face et les différentes manifestations allergiques oculaires et nasales. De plus, il faut accorder une mention honorable aux nombreux films (la plupart en couleurs) qui se déroulent sur les écrans.

On ne peut pas se faire une juste idée de l'ampleur et de l'importance de cette réunion, sans y avoir assisté.

Jules BRAHY (Montréal).

CLINIQUE MODÈLE DE MATERNITÉ PROJETÉE À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

Avec l'aide pécuniaire du gouvernement fédéral, on est à créer à l'hôpital Sainte-Justine de Montréal une clinique modèle destinée à fournir aux mères et aux bébés des soins prénatals, natals et postnatals.

Cette nouvelle vient de nous être communiquée par l'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-Etre social. L'hôpital Sainte-Justine, fait-il remarquer, a été choisi pour y établir ce nouveau service parce qu'il est déjà un centre réputé d'obstétrique et de pédiatrie et qu'il sert à l'enseignement clinique de l'école de médecine de l'Université de Montréal.

La nouvelle clinique, qui sera ouverte trois jours par semaine, aura comme personnel un spécialiste en pédiatrie, une infirmière et une technicienne. Un spécialiste en obstétrique et un psychiatre y feront du service intermittant, et deux infirmières appliqueront un programme de visites à domicile. Le dispensaire sera pourvu d'un appareil à rayons X et de 10 incubateurs destinés au soin des nouveaunés prématurés. On y établira une banque de sang, dont s'occuperont deux techniciens. On y installera aussi un laboratoire qui effectuera les examens du sang et autres analyses, et on se procurera une ambulance de construction spéciale pour transporter à l'hôpital les bébés prématurés. L'ambulance pourra contenir quatre incubateurs et sera pourvue d'appareils spéciaux pour le chauffage et l'administration d'oxygène.

Les frais d'établissement du dispensaire et de son opération d'ici la fin de la présente année financière sont estimés à $55,300, et seront payés en entier par la subvention fédérale.

On s'attend que cent personnes par semaine environ se présentent à la clinique et que les infirmières puissent faire environ 40 visites à domicile.

La création de ce service constitue un grand pas dans l'intérêt de l'hygiène maternelle et infantile dans la province de Québec, ajoute M. Martin. Non seulement le dispensaire fournira des soins médicaux et infirmiers qui contribueront à diminuer la mortalité maternelle et infantile et à assurer de meilleures conditions de santé, mais de meilleures facilités d'enseignement à l'usage des étudiants en médecine propageront l'influence de la clinique dans tous les coins de la Province.

CONSULTATION GÉNÉRALE DE LA CLINIQUE DES MALADIES DU THORAX DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Le 6 octobre 1950

Cas pour diagnostic — Docteurs J. Léger, V. Latraverse et Goulet.

Blastomycose — Docteurs E.-D. Gagnon et G. Lemire.

Le 13 octobre 1950

Abcès poumon gauche ou néo? — Docteurs G.-L. Prud'homme, A. Mackay et Lochhead.

Actinomycose? — Docteurs A. Mackay, A. Leduc et J. Bourgeois.

Rupture de l'œsophage. — Docteurs R. Dufresne, P. Maheu et P. Legault.

Lobectomie pour bronchectasie. — Docteurs J.-P.-M. Ricard, P. Paquette (Hôp. du Sacré-Cœur) et Saint-Pierre.

Le 27 octobre 1950

Tumeur du médiastin. — Docteurs J.-M. Bourque (Hôp. Général de Verdun), A. Mackay, J.-L. Léger et J. Noiseux.

Perforation de l'œsophage. — Docteurs J.-P.-M. Ricard et H. Saint-Pierre.

Atélectasie par polypes ou corps étranger? — Docteurs E. Autotte et V. Latraverse.

Le 3 novembre 1950

Cas pour diagnostic. — Docteurs J. Léger et J. Bourgeois.

3 cas d'asthme décédés. — Docteur J. Léger.

Cas pour diagnostic. — Docteurs J.-P.-M. Ricard et H. Saint-Pierre.

CONGRÈS INTERNATIONAL JUBILAIRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE, À PARIS, DU 23 AU 29 JUIN 1951

Maison de la Chimie, Centre Marcellin Berthelot
28 bis, rue Saint-Dominique (7e)

Président: M. E. Douay, Président de la Société Française de Gynécologie.

Secrétaires généraux: M. Maurice Fabre (Organisation générale). M. Claude Béclère (Travaux scientifiques).

Organisation et règlement du Congrès

Ce Congrès est organisé par la Société Française de Gynécologie à l'occasion de son jubilé. Une série de conférences par d'éminents gynécologues de différentes nations et portant sur des sujets d'actualité sont à l'ordre du jour.

Ces conférences sont faites sur invitation du Bureau du Congrès, leur durée est fixée à vingt minutes. Les conférenciers devront remettre leur travail et six résumés en français à M. Claude Béclère, Secrétaire général chargé des Travaux Scientifiques. Ce

travail ne pourra excéder 15 pages dactylographiées avec double interligne.

Les congressistes recevront un volume contenant les textes de toutes les conférences.

Les *discussions* seront remplacées par des questions posées par écrit seulement. Le conférencier répondra à ces questions en fin de séance.

Des *communications* portant uniquement sur les sujets traités par les conférenciers seront admises. Elles ne pourront excéder une durée de dix minutes et cinq pages dactylographiées.

Les textes des communications devront être remis à M. Claude Béclère, avant le 1er mars 1951 et seront soumis a l'avis du bureau du Congrès.

Des films de cinéma de format 35 mm. et 16 mm. sonores ou non pourront être projetés. *Ils devront au préalable avoir été acceptés par le bureau du Congrès.*

Le français est la langue officielle du Congrès.

Inscription au Congrès

Les médecins qui désirent participer à ce Congrès sont priés d'adresser le bulletin d'adhésion à *M. Maurice Fabre, Secrétaire général chargé de l'Organisation générale, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris-9e, Tél.: TRInité 44-88.*

566 979 ANALYSES DANS LES LABORATOIRES DE LA SANTÉ

Travail considérable des bactériologistes de la province.

Dans les trois laboratoires du ministère provincial de la Santé, en 1949, on a procédé à 566 979 analyses réparties comme suit: chimie et contrôle sanitaire: 88 045; sérologie: 404 476; diagnostic bactériologique: 74 458. En 1948, le nombre total des analyses effectuées dans les trois laboratoires avait atteint 550 736. C'est dire que les laboratoires du département que dirige l'hon. Albiny Paquette, ministre de la Santé, collaborent étroitement à la grande lutte conduite par le gouvernement de la province de Québec en faveur de l'hygiène et de la médecine préventive.

Le seul laboratoire de diagnostic bactériologique a fait, l'an dernier, 74 458 analyses, ce qui constitue une aide indispensable aux médecins qui veulent prononcer un diagnostic, prompt et sûr, des maladies infectieuses: diphtérie (5 892), typhoïde (30 263), tuberculose (16 464), etc.

En faisant l'examen des échantillons prélevés chez les patients atteints de ces maladies, les bactériologistes et les techniciens de nos laboratoires procurent à ces derniers les avantages d'un traitement approprié et de la protection médicale et sanitaire adéquate.

Les laboratoires jouent un rôle prépondérant dans le maintien de la salubrité publique. Dans ce domaine, en 1949, le nombre des analyses se chiffre à 88 045. C'est ainsi que le ministère provincial de la Santé peut mettre les consommateurs en garde contre les eaux et les aliments nocifs et faire disparaître les sources de contamination par l'examen de l'eau, du lait et des autres aliments. C'est encore grâce aux laboratoires que l'on peut assurer le bon fonctionnement des usines de filtration et de pasteurisation grâce à l'examen des échantillons de "contrôle" et à l'analyse des produits chimiques et des matérieux utilisés.

AIDE FINANCIÈRE FÉDÉRALE AUX ENFANTS INFIRMES DU QUÉBEC

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que le gouvernement fédéral affectera $40.000 environ des subventions nationales d'hygiène à l'aide aux enfants infirmes de la province de Québec.

Les trois quarts environ de ce montant serviront à acheter des appareils orthopédiques pour les victimes de la poliomyélite et d'autres affections déformantes qui, autrement, ne pourraient pas s'en procurer.

M. Martin fait remarquer qu'on ne dérangera en rien l'œuvre qu'accomplissent déjà dans ce domaine les clubs de service et des groupes de bien-être social. L'argent des subventions sera réservé aux enfants qui habitent des régions où ces clubs et ces organismes n'existent pas, ou ne disposent pas des fonds nécessaires. Dans chaque cas, l'orthopédiste spécialiste attestera que l'achat d'appareils s'impose: chaussures correctives, appareils pour marcher, jambes et bras artificiels, etc. On estime à plusieurs centaines le nombre d'enfants que ces subventions aideront chaque année.

MIEUX VAUT GELER QU'ÊTRE ASPHYXIÉ

Chaque automne et chaque hiver, plusieurs centaines de personnes perdent la vie par suite d'un empoisonnement par l'oxyde de carbone. C'est à cause de ce fait que les hygiénistes du ministère provincial de la Santé, que dirige l'honorable J.-H.-A. Paquette, recommandent au public de ne "jamais produire de combustion dans une pièce hermétiquement fermée, même si c'est en hiver et par les plus grands froids."

L'oxyde de carbone, chacun le sait, est le produit de toute combustion imparfaite. A l'état pur, il ne décèle sa présence ni par l'odeur, ni par le goût, ni par la couleur; c'est pour cela qu'on l'appelle *la mort invisible.* Il tue en se fixant sur les globules rouges du sang qu'il détruit, ce qui équivaut à une asphyxie interne. En basse concentration, il produit les symptômes suivants: mal de tête, serrement aux

tempes et débuts d'engourdissement. En haute concentration, il amène un sommeil dont on ne se réveille pas soi-même; c'est la mort. Comme dans tous les cas d'asphyxie, la respiration artificielle par la méthode Schafer, si elle est appliquée à temps et, avec toutes les précautions avant, pendant et après, peut ressusciter l'asphyxié.

Les moteurs à essence (gazoline), ceux des automobiles par exemple, produisent beaucoup d'oxyde de carbone. Dans un atelier ou un garage fermé, il ne faut jamais mettre le moteur en marche et le réchauffer sans faire communiquer le tuyau d'échappement avec l'extérieur. Il ne faut jamais se servir d'une chaufferette à gaz dans une pièce fermée, comme une chambre de bain. Dans les maisons, que ce soit à la ville ou à la campagne, une précaution élémentaire consiste à toujours garder quelque part une fenêtre à demi-ouverte. Il vaut mieux avoir froid que de s'endormir pour l'éternité.

27 119 IMMUNISATIONS ANTIDIPHTÉRIQUES EN AOÛT

D'après le dernier rapport mensuel des Unités sanitaires, les hygiénistes du ministère de la Santé que dirige l'hon. Albiny Paquette, ministre de la Santé, ont procédé durant le mois d'août à 27 119 immunisations antidiphtériques dont 15 458 étaient des immunisations complétées (trois injections) et 11 661 étaient des immunisations de rappel.

La diphtérie fait encore des victimes, certes, mais uniquement chez ceux qui ne sont pas inoculés. Pourquoi ne pas profiter de ces immunisations et protéger vos enfants contre ce terrible fléau. Pourquoi vous exposer et exposer vos petits à cette maladie évitable? L'immunisation antidiphtérique des enfants est une véritable assurance contre cette maladie. Les faire immuniser, c'est à la fois les protéger, vous protéger vous-même et protéger votre prochain.

10 246 VACCINATIONS ANTIVARIOLIQUES

Au cours du mois d'août, dans les territoires desservis par les Unités sanitaires de comté, les hygiénistes du ministère provincial de la Santé ont vacciné contre la variole, 10 246 enfants, ainsi que le prescrivent les dispositions légales régissant la santé publique. La vaccination antivariolique est une mesure préventive exempte de tout danger et qui devrait être pratiquée sur tous les enfants. Depuis que cette vaccination se fait régulièrement, la variole a disparu et, par conséquent, des centaines de milliers de personnes ont échappé à ce fléau et à une mort prématurée.

L'HÔPITAL ROYAL VICTORIA ET LA THÉRAPEUTIQUE DU LANGAGE

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-Etre social, annonce qu'il a approuvé l'octroi d'une subvention fédérale qui permettra à l'hôpital Royal Victoria, de Montréal, d'agrandir la clinique où sont traités les enfants qui ont des défauts de langage.

M. Martin estime à 2 pour cent le nombre des enfants d'âge scolaire affligés de défauts de langage qui requièrent un traitement. En se basant sur les enquêtes statistiques américaines, on estime à environ 5 000 le nombre des personnes, dans la province de Québec, dont le bec-de-lièvre et le palais fendu n'ont pas été bien soignés, nombre qui s'accroît de 150 par année.

Le Royal Victoria a ouvert une clinique de thérapeutique du langage, en janvier 1949, sous la direction du docteur Hamilton A. Baxter. Au début, on a tenu deux cliniques par semaine, mais la demande a augmenté si rapidement qu'il a fallu en tenir une troisième. L'an dernier, les cliniques ont eu lieu quatre fois par semaine, mais le personnel actuel ne parvient pas à s'occuper de tous ceux qui se présentent.

CONGRÈS DE MÉDECINE DE LANGUE FRANÇAISE

Bruxelles, 27 - 30 septembre 1951

1.—*L'insuffisance rénale aiguë.*

Hamburger (Paris) — a) Le retentissement humoral de l'insuffisance rénale aiguë.

Reubi (Berne) — b) Pathogénie de l'insuffisance rénale aiguë (causes circulatoires toxiques, infectieuses, transfusionnelles, traumatisme).

Braun Menendes (Buenos-Ayres) — c) L'hypertension et l'éclampsie au cours de l'insuffisance rénale aiguë.

Derot (Paris) — d) Procédés de dérivation artificielle des produits azotés.

Roskam et Bacq (Liège) — e) Thérapeutique étiologique des néphropathies toxiques au stade de la lésion biochimique.

2.—*Clinique et physiopathologie de la décompensation circulatoire chronique.*

Cournand (New-York), Lequime (Bruxelles), Régniers (Gand) — a) Analyse physiologique des facteurs et des symptômes de l'insuffisance circulatoire:

1. *Technique*: débit cardiaque; pression artérielle; veineuse; pression intracardiaque; masse sanguine; vitesse circulatoire; épreuves fonctionnelles.

2. *Résultats et interprétations.*

Lenègre (Paris) — b) 1. Les formes cliniques de l'insuffisance circulatoire chronique.

Benhamou (Alger) — 2. Pathologie et clinique de la rate de stase.

Mach et Fabre (Genève) — c) Mécanisme de la rétention des sels et de l'eau au cours de l'insuffisance circulatoire.

1.—*Utilisation thérapeutique des hormones surrénales.*

Devis (Louvain) — a) Chimie des hormones surrénales.

Mme Lamotte-Barillon (Paris) — b) Les hormones surrénales et le métabolisme de l'eau et des sels.

Enselme (Lyon) — c) Les hormones surrénales et la métabolisme des glucides.

Derrien (Marseille) — d) Les hormones surrénales et le métabolisme des protides.

Lambert (Bruxelles) — e) Utilisation des hormones surrénales dans les affections rhumatismales.

SUBVENTION FÉDÉRALE À UNE CLINIQUE DU GLAUCOME

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui que l'hôpital du Saint-Sacrement, de Québec, ouvrira une clinique du glaucome et recevra, à cet effet, une subvention fédérale à la santé. C'est la deuxième clinique du glaucome que l'on établit au Canada.

Le glaucome, dit M. Martin, est la plus grande cause de cécité. On le rencontre surtout chez les personnes qui ont dépassé la quarantaine. Un diagnostic précoce et exact permet de découvrir le glaucome. Un traitement approprié peut retarder pendant de longues années ou prévenir complètement l'apparition de la cécité. Ce diagnostic et ce traitement se feront à la nouvelle clinique, où s'effectueront aussi des recherches sur les causes de cette affection des yeux et sur l'amélioration du traitement. La seule autre clinique du glaucome au Canada a été ouverte à Toronto cette année, au cours des mois précédents.

La clinique sera située dans une nouvelle aile de l'hôpital du Saint-Sacrement, au même endroit que les départements d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie. La direction en sera confiée au Dr Henri Pichette, professeur d'ophtalmologie à l'Université Laval, qui aura comme assistant le Dr Jacques Audet. Une infirmière et un travailleur social compléteront l'effectif du personnel. Les facilités de diagnostic et de consultation de la clinique seront mises à la disposition de tous les oculistes de la province.

La subvention fédérale qui sera accordée à cette clinique au cours de la présente année financière s'élèvera à $14 500 environ, ce qui suffira à payer le traitement des membres du personnel ainsi que le coût du matériel technique spécial nécessaire.

PRÉPAREZ DE BONS GOÛTERS POUR LES TEMPS PLUS FROIDS

Un menu pour qui prend son repas à son travail.

Voici l'automne. Les jours sont plus froids, l'appétit plus aigu. Qu'il s'agisse de l'ouvrier, de l'employé de bureau ou de l'écolier, celui qui doit apporter son repas à son travail ou à l'école a besoin, autant qu'un autre, souvent plus, d'aliments substantiels et protecteurs. Les hygiénistes du ministère provincial de la Santé que dirige l'honorable J.-H.-A. Paquette, m.d., ministre de la Santé, invitent les mères de famille qui préparent habituellement les paniers de provisions connus sous le nom de « boîtes à lunch » d'y inclure quatre groupes d'aliments. Ils recommandent d'abord l'usage du lait dans les aliments ou comme breuvage. Le lait froid, les breuvages chauds au lait ou les soupes-crèmes (potages) se conservent bien dans un thermos. Les poudings ou crèmes cuites (custards-flancs) ajoutent du lait au menu de la boîte à lunch.

Ils suggèrent en outre un fruit ou un légume ou les deux: céleri, bâtonnets de carottes ou de navets, toujours bons et croustillants, une tomate entière, un morceau de laitue, des radis, des fruits frais, ce qui est toujours facile à emballer. On ajoutera de la variété en plaçant des salades de fruits ou de légumes, du jus de tomates ou de fruits, des compotes de fruits, des tartes ou tartelettes aux fruits.

Evidemment, les hygiénistes n'oublient ni la viande, ni le poisson, ni les œufs, ni les fromages, ni les fèves. Les sandwiches sont les mets de résistance, mais pour varier essayez des fèves au four (dans le thermos), des saucisses fumées ou enrobées, des pâtés à la viande, des tranches de fromage, des côtelettes cuites au four, des œufs cuits durs ou farcis. N'allez pas oublier en ce cas du pain beurré, des petits mollets ou des muffins. Ajoutez des petits à-côtés tels que le gâteau, les galettes.

Un bon lunch, attrayant, exquis au goût, bien préparé, qui se combine avec les autres repas, équilibre les besoins alimentaires de la journée. Qu'il soit bien emballé! Les aliments doivent être enveloppés séparément afin de conserver leur fraîcheur. De petits bocaux dont le couvercle ferme hermétiquement facilitent le transport des salades, des compotes et des poudings. N'oubliez pas de nettoyer et d'aérer tous les jours les boîtes à lunch en métal. Lavez le thermos dans une faible solution de soda. Ebouillantez-le et laissez-le débouché. Vos enfants et votre mari apprécieront, certes, de tels repas. Leur santé en bénéficiera et leur travail sera fait plus allégrement.

REVUE DES LIVRES

FREUD (par Nandor Fodor et Frank Gaynor). — **Dictionary of Psychoanalysis.** Philosophical Library, New-York.

Ce livre récemment publié est un glossaire assez complet des termes fondamentaux de psychanalyse freudienne, définis et décrits avec les propres mots employés par Freud dans ses nombreux travaux originaux. Un nombre important de conceptions psychanalytiques sont présentées au lecteur dans le but de l'aider à trouver très rapidement telle ou telle description donnée par le psychologue viennois.

Dans l'introduction Theodore Reik signale les déformations que les idées de Freud ont subies avec le temps; ces altérations étant assez fréquemment observées dans les livres et revues.

Le premier de ce genre, ce livre est appelé à intéresser tous ceux qui travaillent dans le domaine de la psychiatrie et de la psychanalyse en raison de l'objectivité que les auteurs ont dépensé dans sa composition et rédaction. Sa lecture, cependant, doit nous rappeler que Freud lui-même « ne se considérait pas un freudiste. »

J. VASQUEZ

L'Année Médicale Pratique, XXVIIIe année, édition 1950, publiée sous la direction de C. LIAN, professeur de Clinique médicale, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'Hôpital de la Pitié. Un volume de 500 pages. — Editions R. Lépine, Paris, 1950.

L'Année Médicale Pratique fournit tant de renseignements utiles, voire indispensables, elle est si facile à manier et à consulter (classement alphabétique des articles courts) qu'elle a conquis sa place dans le bureau des médecins. Elle s'y trouve à peu près toujours, comme le stéthoscope, le sphygmomanomètre, etc.

Les rares médecins qui ne la connaissent pas encore, l'adopteront le jour où, dans une conversation amicale, un de leurs confrères leur aura dit les immenses services qu'elle lui rend.

Ainsi s'explique le succès constant de *L'Année Médicale Pratique.*

Henri MERZ, professeur agrégé du Val-de-Grâce. — **Schémas d'anatomie topographique.** Un volume de 296 pages, avec 137 planches anatomiques formant 560 schémas avec commentaires. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1950.

Ce manuel d'Anatomie est conçu suivant une formule nouvelle et pratique, qui parle autant à l'œil qu'à la mémoire.

Il comprend 560 schémas groupés par régions en 137 planches. En regard de chaque planche, un texte commente les dessins et donne l'essentiel des notions anatomiques nécessaires pour l'intelligence de la région, dans une forme très concise et précise. Texte et schémas sont ainsi placés simultanément sous les yeux du lecteur qui n'a pas à tourner des feuillets pour se reporter de l'un aux autres.

Tous ces schémas, exécutés par l'Auteur avec soin et exactitude, sont aussi clairs et simples que possible, donc faciles à comprendre, à retenir, à reproduire. Leur légende permet de les « lire » directement sans même avoir à consulter le texte.

Cet ouvrage est le fruit d'une longue expérience de l'enseignement de l'Anatomie topographique aux « Santards » de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon.

Tel qu'il est conçu, il s'adresse aussi bien à l'étudiant, qui peut avoir ainsi rapidement une région dans ses éléments principaux, qu'au candidat aux concours qui aura sous la main un canevas pour la présentation d'une question et qu'au jeune chirurgien qui peut revoir en quelques instants un détail anatomique avant de pratiquer une intervention.

Quel que soit le point de vue . . .

DOUCEUR D'ACTION

EFFICACITÉ

TOXICITÉ

CARACTÈRE PHYSIOLOGIQUE

CÔTÉ PRATIQUE

Flacons de 60 et 500 comprimés

CELLULYN

(CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE DE SODIUM)

réunit toutes les conditions du

LAXATIF IDÉAL

ANGLO-FRENCH DRUG COMPAGNIE LIMITÉE

209 est, rue Sainte-Catherine, - - - Montréal 18

J. MAISONNET et R. COUDANE. — **Anatomie clinique et opératoire.** Trois tomes formant 2616 pages, avec 2657 figures dans le texte. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1950.

Les progrès réalisés dans le domaine de la médecine, comme du reste dans celui de toutes les connaissances humaines, sont tels qu'il devient sans doute nécessaire de reviser les conceptions qui servent de fondement aux études et peut être à la pratique médicale.

Aussi les auteurs de ce nouveau traité, conscients de cette évolution, riches de l'expérience acquise auprès de leurs élèves, ont-ils estimés qu'il était opportun, au moment où s'imposent une réforme de tous les enseignements, un allégement de tous les programmes, de réunir en un seul traité toutes les notions d'anatomie chirurgicale que le praticien doit connaître ou retenir pour l'examen de ses malades et la pratique des opérations courantes qu'il exécute lui-même ou qu'il fait faire par des chirurgiens plus spécialisés.

C'est dans cet esprit que l'« Anatomie clinique et opératoire » de Maisonnet et Coudane réunit à la fois des notions d'anatomie descriptive, d'anatomie topographique, de physiologie, de médecine opératoire et envisage, pour chacune des régions du corps humain, la morphologie normale, pathologique, le cas échéant radiologique, la constitution, les rapports immédiats et à distance, les procédés d'exploration, les voies d'accès, les principales interventions qui se pratiquent sur elles.

Une telle étude, malgré l'absence volontaire de toute bibliographie, de toute notion n'ayant pas un intérêt pratique, de toute acquisition dont la valeur n'est pas encore démontrée, a nécessité une très riche illustration due en partie au talent de Wagner et Moreaux (2 657 figures dans le texte) et des développements encore considérables. Les auteurs ont réussi à les présenter sous une forme simple et d'une élégante clarté.

Grâce à sa conception originale, ce Traité d'Anatomie clinique et opératoire, succédant aux traités d'anatomie topographiques, tels que celui de Testut et Jacob, aujourd'hui dépassés, est appelé à rendre aux étudiants les plus grands services, car ils y trouveront, sous une forme vivante et par cela même attrayante, les notions pratiques et indispensables qui découlent d'une discipline médicale — l'anatomie —, dont l'étude a toujours eu la réputation d'être aride.

Il aura aussi sa place dans la bibliothèque du médecin et du chirurgien car il les aidera, aux heures difficiles de la vie quotidienne, à rafraîchir leur souvenir, à préciser un détail dont la connaissance leur est nécessaire.

V. FATTORUSSO et O. RITTER. — **Atlas d'électrocardiographie à l'usage du médecin praticien et de l'étudiant.** 2e édition. Un volume de 260 pages, avec 219 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1950.

La première édition de ce livre a connu un grand succès et s'est trouvée rapidement épuisée.

Conçu selon une formule didactique et moderne, cet atlas est destiné aux médecins praticiens et aux étudiants; les uns et les autres, talonnés par le temps ou les exigences du programme, n'ont souvent pas le loisir de lire avec profit les Traités d'Electrocardiographie. La complexité du sujet les déroute et il n'est pas rare que l'Electrocardiographie leur apparaisse comme une méthode certes intéressante, mais hermétique et réservée aux initiés.

Aussi les auteurs se sont-ils efforcés de ne pas décourager le débutant par une profusion de faits et de description, mais au contraire de ne lui présenter que ce qui est essentiel pour comprendre la genèse du tracé et les mécanismes normaux et pathologiques qui le modifient. Pour y parvenir, ils ont recouru à une illustration particulièrement abondante, avec de nombreux schémas et électrocardiogrammes schématiques. L'expérience a montré en effet que quelques représentations visuelles simples permettent au débutant de débrouiller dans ses grandes lignes un électrocardiogramme et d'en tirer les renseignements utiles pour le diagnostic clinique. Un texte concis disposé vis-à-vis

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

de chaque planche, commente, nuance et complète les nombreuses images et les tracés que le médecin rencontre le plus souvent dans sa pratique quotidienne.

Pour être bref, cet Atlas, qui tient compte des travaux européens et américains les plus récents, n'en aborde pas moins tous les points essentiels de cette méthode d'exploration clinique. On y trouvera, d'autre part, des renseignements sur les sujets les plus actuels: non seulement une partie importante est consacrée aux dérivations précordiales multiples, mais encore aux dérivations unipolaires et à la vectocardiographie.

C'est un guide recommandé à tous ceux qui veulent s'initier à l'électrocardiographie et à ses applications pratiques dans le diagnostic des maladies cardiaques rencontrées dans la pratique journalière.

Divisions de l'ouvrage

I. *L'électrocardiogramme normal.* — Introduction technique. La genèse de l'électrocardiogramme. Analyse systématique de l'électrocardiogramme. Les variations physiologiques de l'électrocardiogramme.

II. *Les variations de la forme du complexe ventriculaire.* — Les troubles de la conduction intraventriculaire. L'infarctus du myocarde. L'hypertrophie ventriculaire.

III. *Les altérations du rythme.* — Les troubles de l'excitabilité. Les troubles de la conduction.

IV. *Syndromes électrocardiographiques.*

V. *Notions complémentaires d'électrophysiologie.*

VI. *Notions de vectocardiographie.*

Bibliographie. Index.

R. LUTEMBACHER. — **Le rétrécissement mitral. Etudes anatomiques, cliniques et thérapeutiques.** Un volume de 304 pages, avec 123 figures en planches. — Masson et Cie, édit., Paris, 1950.

Le rétrécissement mitral représente la cardiopathie la plus communément rencontrée dans la pratique. C'est dire que son étude intéresse tous les cliniciens. A son propos sont décrits les grands syndromes de la cardiologie: Insuffisance droite avec stase hépatocave, œdème aigu pulmonaire. Cette redoutable manifestation est l'apanage de certaines formes de sténoses: sténoses au visage pâle, au cœur régulier avec petite oreillette gauche. Toutes les formes d'arythmies appartiennent à l'histoire du rétrécissement mitral, et sont analysées dans ce livre en discriminant dans chaque cas particulier leur origine.

C'est au cours de cette lésion valvulaire que l'endocardite maligne secondaire intervient le plus souvent avec ses accidents emboliques. L'artérite pulmonaire est également fréquente. La sténose mitrale est méconnue dans ses formes frustes et lorsqu'il n'existe que des bruits présystoliques de basse fréquence: bruits de roulement, sans souffle — et lorsqu'intervient l'arythmie complète. Le bloc simple rend parfois méconnaissable le rythme de Duroziez. L'auteur étudie l'inversion de la séquence du souffle diastolique quand le rythme se ralentit et précise les circonstances qui favorisent l'apparition de la fuite mitrale systolique. D'excellents phonocardiogrammes objectivent ces constatations stéthacoustiques.

Pour Lutembacher, l'expansion systolique de l'oreillette gauche détectée par la kymographie n'est pas un test certain de la régurgitation ventriculo-auriculaire.

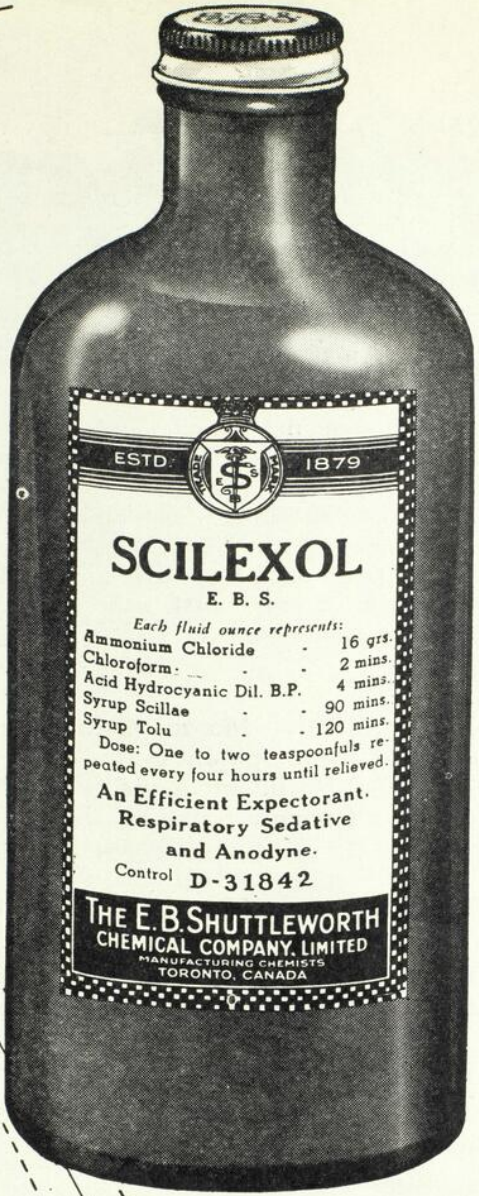
La pathogénie du rythme de Duroziez a soulevé de nombreuses controverses elles sont analysées dans ce livre.

Les anciens auteurs attribuaient à des facteurs mécaniques les déformations du cœur considérées comme caractéristiques de l'obstacle mitral. Celui-ci n'a de conséquence qu'autant qu'intervient la myocardite; de telle sorte que la configuration du cœur est très variée. L'insuffisance cardiaque n'est elle-même qu'une conséquence indirecte du rétrécissement. L'équilibre circulatoire est conservé aussi longtemps que la maladie causale ne se localise pas sur le myocarde. Traiter cette maladie, c'est prévenir ou faire rétrocéder l'asystolie.

La maladie de Bouillaud est la cause la plus fréquente de cette lésion valvulaire, plus rarement la syphilis intervient. L'auteur examine les diverses indications thérapeutiques suivant les syndromes qui accompagnent le rétrécissement mitral.

LA TOUX ENRAYÉE AVEC LE

SCILEXOL



Le Scilexol E.B.S. 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 E.B.S. les sédatifs suivants. *

1 **Codéine** . . . . . **1 gr. par once**

2 **Methadon** . . . . . **10 Mg. par once**

3 **Teinture d'opium camphrée 80 min. par once**

* Ordonnance pour narcotiques requise.

THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

UNE COMPAGNIE ENTIÈREMENT CANADIENNE... DEPUIS 1879

Représentants:

M. Maurice Phaneuf, 1510, rue Chambly, Montréal, P. Q. M. Gaudias Lamontagne, 2317 Regent Ave., N.D.G., Montréal, P. Q.
M. J. L. Vallerand, 23, rue de l'Eglise, Québec, P. Q.

Divisions de l'ouvrage

Introduction. — I. *Etudes anatomiques.* L'appareil mitral normal et le ventricule gauche. Le rétrécissement mitral organique. Sténose mitrale et endocardite maligne secondaire. Observations. — II. *Etudes cliniques.* Signes subjectifs. Signes physiques. Sténose mitrale expérimentale. Formes stéthacoustiques de la sténose mitrale. Les souffles systoliques qui accompagnent la sténose mitrale. Radioscopie-radiographie. Radiokymographie. Méthodes graphiques. Les arythmies au cours de la sténose mitrale. Symptômes inaccoutumés du rétrécissement mitral. Syndromes cliniques. Diagnostic. Etiologie. Sténose mitrale et malformation du cœur. — III. *Traitement.* Posologie. Pharmacodynamie.

P.-Emile WEIL. — **Maladies du sang et des organes hématopoïétiques.** — G. VITRY et J. PARAF. — **Intoxications.** — M. MOSINGER. — **Cancer.** Tome VII. 5e édition. Un volume de 632 pages, avec 164 figures et 7 planches en couleurs. — A. SEZARY et J. LENEGRE. — **Maladies endocriniennes.** Tome VIII. 2e édition. Un volume de 716 pages, avec 155 figures. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1950.

Ces deux volumes du « Précis de Pathologie médicale » que le succès avait rapidement épuisés, reparaissent en cinquième et deuxième éditions.

La partie la plus importante du Tome VII, due à P.-Emile Weil, est consacrée aux maladies du sang et des organes hématopoïétiques. L'auteur débute par un important chapitre d'histologie et d'embryologie, que suit la description détaillée des différentes affections en un style simple, clair, qui évite la terminologie compliquée, trop souvent rebutante en hématologie. L'illustration, abondante et soignée, en noir et en couleurs, constitue un véritable atlas d'hématologie.

C'est avec le même caractère précis et didactique que G. Vitry et J. Paraf étudient ensuite les différentes intoxications exogènes. Enfin M. Mosinger traite, en une centaine de pages, la question du cancer. Il passe en revue tout ce qui concerne la biologie et la pathologie générale de la cellule cancéreuse et des processus tumoraux.

* * *

La première édition (1946) du Tome VIII a connu dès sa sortie un grand succès. La critique a reconnu le tour de force qu'il y avait à accumuler une pareille somme de renseignements dans les limites des 700 pages d'un « précis ». On a également apprécié, dans un domaine où il convient de distinguer ce qui est définitivement établi et ce qui reste problématique, la sûreté de jugement des Auteurs. La seconde édition tient compte des acquisitions récentes comme le diabète alloxanique, l'histologie pathologique de certains adénomes hypophysaires, le rôle des cellules de Crookes.

A. AIMES, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. — **Maladies et syndromes rares ou peu connus. Description clinique, répertoire des signes et liste des noms propres.** Préface du prof. E. Jeanbrau. 2e édition revue et augmentée. Un volume de 336 pages, avec 31 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1950.

Le succès de la première édition a confirmé l'utilité de ce livre.

Le professeur Aimes a voulu faciliter la tâche des chercheurs en donnant une brève description clinique des maladies et syndromes peu connus; un répertoire groupant les principaux symptômes permet de trouver aisément le nom de l'affection et comporte, en outre, la longue liste des maladies et syndromes à noms propres, noms propres dont l'abus rend si difficile la lecture des articles médicaux.

Cet ouvrage est donc indispensable à tous les médecins. Outil de perfectionnement, il est aussi et surtout essentiellement pratique, car bien des maladies considérées comme rares sont, en réalité, méconnues, et l'ouvrage permettra, dans les cas embarrassants, d'arriver à un diagnostic exact, sans longues recherches, en partant d'un ou de plusieurs symptômes évidents; il facilitera, en outre, l'étude de ces affections, en attirant l'attention sur elles et sur leurs variétés cliniques, et en aidant à grouper des syndromes isolés en maladies nouvelles bien caractérisées.

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

Le répertoire qui termine l'ouvrage, et qui représente le travail de trente-cinq années de recherches et de vérifications bibliographiques, constitue un véritable lexique de pathologie.

Cette seconde édition a été remaniée et très augmentée (l'ouvrage est passé de 208 à 336 pages). La liste des maladies nouvelles a été très notablement allongée, certaines affections mineures n'ayant fait l'objet que d'un très petit nombre de publications difficiles à retrouver. Les bibliographies ont été mises à jour des publications intéressantes parues depuis la première édition.

L'auteur a néanmoins voulu conserver à son livre le caractère pratique et maniable d'un vade-mecum permettant, en quelques minutes, d'identifier la maladie et d'en retrouver les références bibliographiques essentielles.

A. RAVINA. — **L'année thérapeutique. Médications et procédés nouveaux.** 21e année 1949. Un volume de 212 p. — Masson et Cie, édit., Paris, 1950.

Comme chaque année, l'auteur a résumé et groupé, pour le praticien, tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année précédente.

L'ouvrage contribue à faire connaître des techniques nouvelles d'application immédiate et facile, et indique les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques.

L'auteur étudie, dans cette série:

1° Les maladies et les symptômes (38 traitements se rapportant aux affections suivantes):

Alcoolisme. Amibiase. Anémie hypochrome essentielle. Anémie macrocytique de la grossesse. Anémie pernicieuse. Angine de poitrine. Angiomes. Asthme. Cancers cutanés. Cancer du sein. Cirrhose du foie. Coma barbiturique. Coma diabétique. Hémophilie. Hypertension essentielle. Hyperthyroïsme. Insuffisance rénale. Leucémies. Maladie de Parkinson. Myélome multiple. Orchite ourlienne. Péritonites aiguës. Psoriasis. Psychose. Purpura thrombopénique. Rhumatisme articulaire aigu. Rhumatisme chronique. Spondylite rhumatismale. Syphilis primo secondaire.

2° Les méthodes et techniques thérapeutiques (13 sujets traités):

Aérosols. Anesthésies locale et rachidienne. Dyalise péritonéale. Electro-choc. Exsanguino-transfusions. Infiltrations sympathiques. Lobotomie. Radiothérapie. Rein artificiel.

3° Les médications nouvelles avec leurs différents emplois (28 études):

Acide para-amino-salicylique. Antihistaminiques de synthèse. Auréomycine. Chloromycétine. Colchicine. Diurétiques mercuriels. Héparine. Moutarde à l'azote. Pénicilline. Streptomycine. Uréthane. Vitamine B_{12}. Vitamine K.

Ce volume contient en outre la table alphabétique des matières des années 1931 à 1948 (sixième à vingtième année).

Fernand BEZANÇON, prof. honoraire à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Acad. de Médecine. — **Maladies de l'appareil respiratoire.** Tome III — 4e édition refondue. Précis de pathologie médicale. Un volume de 1054 p., avec 119 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1950.

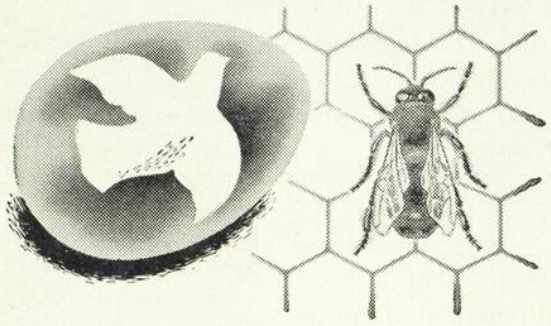
Cette quatrième édition manifeste surtout une accentuation des tendances qu'y avait retenu l'Auteur lors de la précédente édition, parue en 1942. « De plus en plus, écrivait-il dans sa préface, nous devons sortir de la conception de maladie d'organe pour entrer dans celle de maladie de système, et nous rappeler que ce qu'on appelle l'état diathésique n'est sans doute, pour une grande part, qu'une prédisposition héréditaire ou acquise aux manifestations sur certains systèmes. »

Les idées générales qui ont dirigé l'Auteur dans la conception de son ouvrage ne l'ont d'ailleurs pas empêché de consacrer à la description un développement clair et précis et de définir, avec un esprit didactique, les divers procédés d'exploration dont dispose la clinique. Ces descriptions sont illustrées de figures qui retiennent l'attention du lecteur et sont d'instructives démonstrations des notions exposées dans le texte.

Cette nouvelle édition développe encore la part importante donnée précédemment à la physiologie respiratoire, en particulier aux techniques permettant l'exploration de la fonction respiratoire globale et de chaque poumon séparé.

La troisième édition montrait le profond remaniement apporté dans nos connaissances

Hormones sexuelles



B.D.H.

ANDROGÈNES, PROGESTÉRONES & ŒSTROGÈNES

pour administration orale et parentérale

L'assortiment des spécialités à base d'hormones sexuelles B.D.H. comprend la gamme complète des produits essentiels à ce genre de thérapeutique.

ANDROGENS

Propionate de testostérone B.P.
Méthyle testostérone B.D.H.

PROGESTOGENS

Progestin B.D.H. (injection de progestérone B. P.).
Ethistérone B.D.H. (Progestin oral).

ŒSTROGENS

Dienœstrol B.D.H.
Comprimés d'Œstroform (Comprimés d'Œstrone B.P.).
Ampoule d'Œstroform (Injection d'Œstradiol monobenzoate B.P.).
Stilbœstrol B.D.H.

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LIMITED

TORONTO, CANADA

par le perfectionnement de la radiologie, par l'emploi des injections de lipiodol et de la tomographie. C'est l'avènement de la bronchoscopie qui est cette fois-ci mis en évidence: la pathologie bronchique y acquiert la place qu'elle mérite dans la nosologie.

Les merveilleux progrès réalisés d'autre part en thérapeutique par la découverte successive des sulfamides, de la pénicilline, de la streptomycine, ont transformé ou amélioré le pronostic de nombreuses maladies: pleurésies purulentes, pneumonies, broncho-pneumonies, abcès du poumon, etc.

Enfin, d'autres affections, certaines considérées comme incurables (dilatation et cancer des bronches), relèvent maintenant de l'intervention chirurgicale, grâce aux perfectionnements de l'anesthésie et de la broncho-aspiration, et à la sécurité acquise contre les suites de l'infection.

Divisions de l'ouvrage

Notions préliminaires sur l'anatomie et la physiologie du poumon. — Maladies des voies respiratoires supérieures et des bronches. — Maladies du poumon. — Maladies infectieuses chroniques. Tuberculose pulmonaire. — Syphilis broncho-pulmonaire. — Maladies parasitaires du poumon. — Maladies chroniques de l'appareil respiratoire. — Cancer broncho-pulmonaire et cancer de la plèvre. — Troubles de la vascularisation du poumon. — Maladies de la plèvre. — Maladies du médiastin.

M. ALBEAUX-FERNET, L. BELLOT, J. DERIBREUX et M. GELINET. — **L'année endocrinologique.** Première année. Un volume de 148 pages. — Masson et Cie, édit., Paris, 1950.

Cette nouvelle collection, dont paraît la première série, se propose d'exposer les questions concernant l'endocrinologie qui ont fait l'objet de travaux récents.

Les auteurs de l'Année Endocrinologique ont voulu donner non pas le résumé sec et strict des observations et des travaux endocrinologiques parus dans l'année, mais des exposés complets de sujets à l'ordre du jour, appuyés sur une bibliographie française et étrangère. Ils ont cherché la clarté et la précision en même temps que la solidité des faits rapportés. Ils s'adressent, ainsi, à la fois aux spécialistes soucieux d'être « à la page », aux étudiants voulant moderniser leurs dossiers et aux praticiens désireux de maintenir leurs moyens de diagnostic et de thérapeutique à la hauteur des récentes découvertes.

Divisions de l'ouvrage

Surrénales: Diagnostic de la maladie d'Addison. Hypertension sèche d'origine surrénale et syndrome d'adaptation de Selye. Traitements actuels de la maladie d'Addison. Arthites au cours de traitements par la désoxycorticostérone. — *Corps thyroïde*: Antithyroïdiens de synthèse dans le traitement des hyperthyréoses. Indications actuelles de la chirurgie dans le traitement des hyperthyréoses. Iode radio-actif. — *Hyphophyse*: Le test de l'intolérance à l'insuline. Les nanismes d'origine cérébrale. — *Ovaires*: Frottis vaginaux. Œstrogènes de synthèse. Troubles de la ménopause et leur traitement. Traitement des rhumatismes de la ménopause par les œstrogènes de synthèse. Obésités spongieuses féminines. — *Testicules*: Hormonothérapie masculine dans la gynécomastie. Arthroses au cours de traitements par la testostérone. — *Seins*: Hormonothérapie du cancer du sein par la testostérone. Hormonothérapie du cancer du sein par les œstrogènes de synthèse. — *Parathyroïdes*: L'hormone parathyroïdienne. Tests d'insuffisance parathyroïdienne.

M. ALBEAUX-FERNET, L. BELLOT, J. DANEL, J. DERIBREUX et M. GELINET. — **L'année endocrinologique.** Deuxième année. Un volume de 140 pages. — Masson et Cie, édit., Paris, 1950.

Les auteurs de l'Année Endocrinologique ont voulu donner non pas le résumé sec et strict des observations et des travaux endocrinologiques parus dans l'année, mais des exposés complets de sujets à l'ordre du jour, appuyés sur une bibliographie française et étrangère. Ils ont cherché la clarté et la précision en même temps que la solidité des faits rapportés. Ils s'adressent, ainsi, à la fois aux spécialistes soucieux d'être « à la page », aux étudiants voulant moderniser leurs dossiers et aux praticiens désireux de maintenir leurs moyens de diagnostic et de thérapeutique à la hauteur des récentes découvertes.

VERTAVIS

une nouvelle préparation dans le traitement de l'hypertension essentielle

Chaque tablette contient 10 Unités Craw de **Veratrum Viride contrôlé biologiquement** par les Laboratoires de recherches Irwin Neisler & Co., Decatur, Ill.

Les expériences faites dans de nombreuses cliniques ont démontré que le Veratrum Viride titré biologiquement est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle. (The Medical Clinics of North America, septembre 1948; Doctor Freis, page 1253.) Les tablettes Vertavis doivent être prises à une heure d'intervalle et de préférence après les repas. La dose doit être augmentée ou diminuée graduellement selon les résultats obtenus.

POSOLOGIE :

Donnez une tablette VERTAVIS (10 unités Craw) aux heures ci-dessous mentionnées:

SEMAINE	VERTAVIS	MATIN	SOIR	Dose quotidienne Unités Craw
1ère semaine	1 tablette à	7 heures	7 heures	20
2ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 heures	30
3ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 & 8 heures	40
4ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7 & 8 heures	50
5ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7, 8 & 9 heures	60

Documentation complète et échantillon envoyés à MM. les médecins sur demande.

Manufacturé par IRWIN NEISLER CO., Decatur, Ill., U.S.A.

Agents exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

OSMOPAK

localise sûrement l'infection

FORMULE :

OSMOPAK est un pansement osmotique émollient composé de 58% de sulfate de magnésie, de 1-2% de benzocaïne et de 1-25,000 de vert brillant, dans une base miscible à l'eau.

OSMOPAK est recommandé dans tous les cas d'infection en général, clous, furoncles, plaies diabétiques, etc., et dans le traitement d'inflammation ou d'infections locales purulentes des mains, des pieds ou de tout autre tissu sous-cutané. L'OSMOPAK procure le maximum de drainage avec un minimum de perte de tissu. Il est aussi recommandé dans la cervicite et la vaginite.

Présentation: Pots de 115 et 577 grammes.

Echantillon médical et documentation sur demande.

Manufacturé par IRWIN NEISLER CO., Decatur, Ill., U.S.A.

Agents exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

Divisions de l'ouvrage

Surrénales: Conception physio-pathologique et thérapeutique actuelle de la maladie d'Addison. — Le test de Thorn: exploration fonctionnelle de la corticosurrénale par le compte direct des éosinophiles. — Syndrome de Cushing. — Emploi thérapeutique d'une hormone surrénale: la cortisone et d'une hormone hypophysaire: la corticotrophine.

Corps thyroïde: Données nouvelles sur la thyréotrophine. — Les protéines iodées.

Neuro-hypophyse: Maigreurs hypophysaires. — Les séquelles endocriniennes des méningo-encéphalites de la base. — Les gonadotrophines en thérapeutique génitale masculine.

Ovaires: Les facteurs de la menstruation. — Frottis vaginaux. — Le diagnostic étiologique des aménorrhées. — Le diagnostic biologique et chimique de la grossesse. — Le traitement de la dysménorrhée par les antihistaminiques de synthèse. — Les œstrogènes de synthèse en thérapeutique générale. — Le traitement de certains accidents gravidiques par les œstrogènes de synthèse.

Testicules: Les 17 cétostéroïdes. — Individualisation physio-pathologique de certains cas de stérilité masculine.

Affections pluri-endocriniennes et para-endocriniennes: Investigations étiologiques et traitement de l'hydrolipopexie. — Conception actuelle des infantilismes. — Maladie de Paget. Conceptions nouvelles et thérapeutique hormonale.

Sujets traités dans la première année (1949)

Surrénales: Diagnostic de la maladie d'Addison. Hypertension sèche d'origine surrénale et syndrome d'adaptation de Selye. Traitements actuels de la maladie d'Addison. Arthites au cours de traitements par la désoxycorticostérone. — *Corps thyroïde*: Antithyroïdiens de synthèse dans le traitement des hyperthyréoses. Indications actuelles de la chirurgie dans le traitement des hyperthyréoses. Iode radioactif. — *Hypophyse*: Le test de l'intolérance à l'insuline. Les nanismes d'origine cérébrale. — *Ovaires*: Frottis vaginaux. Œstrogènes de synthèse. Troubles de la ménopause et leur traitement. Traitement des rhumatismes de la ménopause par les œstrogènes de synthèse. Obésités spongieuses féminines. — *Testicules*: Hormonothérapie masculine dans la gynécomastie. Arthroses au cours de traitements par la testostérone. — *Seins*: Hormonothérapie du cancer du sein par la testostérone. Hormonothérapie du cancer du sein par les œstrogènes de synthèse. — *Parathyroïdes*: L'hormone parathyroïdienne. Tests d'insuffisance parathyroïdienne.

On est toujours cordialement invité à consulter les ouvrages qui nous sont généreusement envoyés au Secrétariat de "L'Union Médicale du Canada".

B_{12}

est véritablement unique!

. . . DANS LES ANÉMIES

MÉGALOCYTIQUES

DE NUTRITION

LA SPRUE

et

L'ANÉMIE PERNICIEUSE

(traitement d'entretien)

Le Lyo B-C avec B_{12} est une préparation très efficace dans le traitement des malades souffrant d'anémie mégalocytique et de la sprue, et comme traitement d'entretien chez les malades atteints d'anémie pernicieuse. En outre, la vitamine B_{12} a démontré son utilité chez les enfants chez qui se manifestait un retard de croissance. L'administration de la vitamine B_{12} a produit d'excellents résultats en augmentant l'appétit et en améliorant la force physique et la vivacité.

Les facteurs lyophilisés de Lyo B-C avec B_{12} demeurent stables indéfiniment sous réfrigération; combinée avec le diluant stérile contenant 1 microgramme de B_{12} par c.c. la solution est prête pour administration intraveineuse, ou peut être ajoutée aux infusions de glucose, de plasma, de solution saline, d'acides aminés ou de solution de Ringer.

Chaque unité reconstituée (5 c.c.) contient:

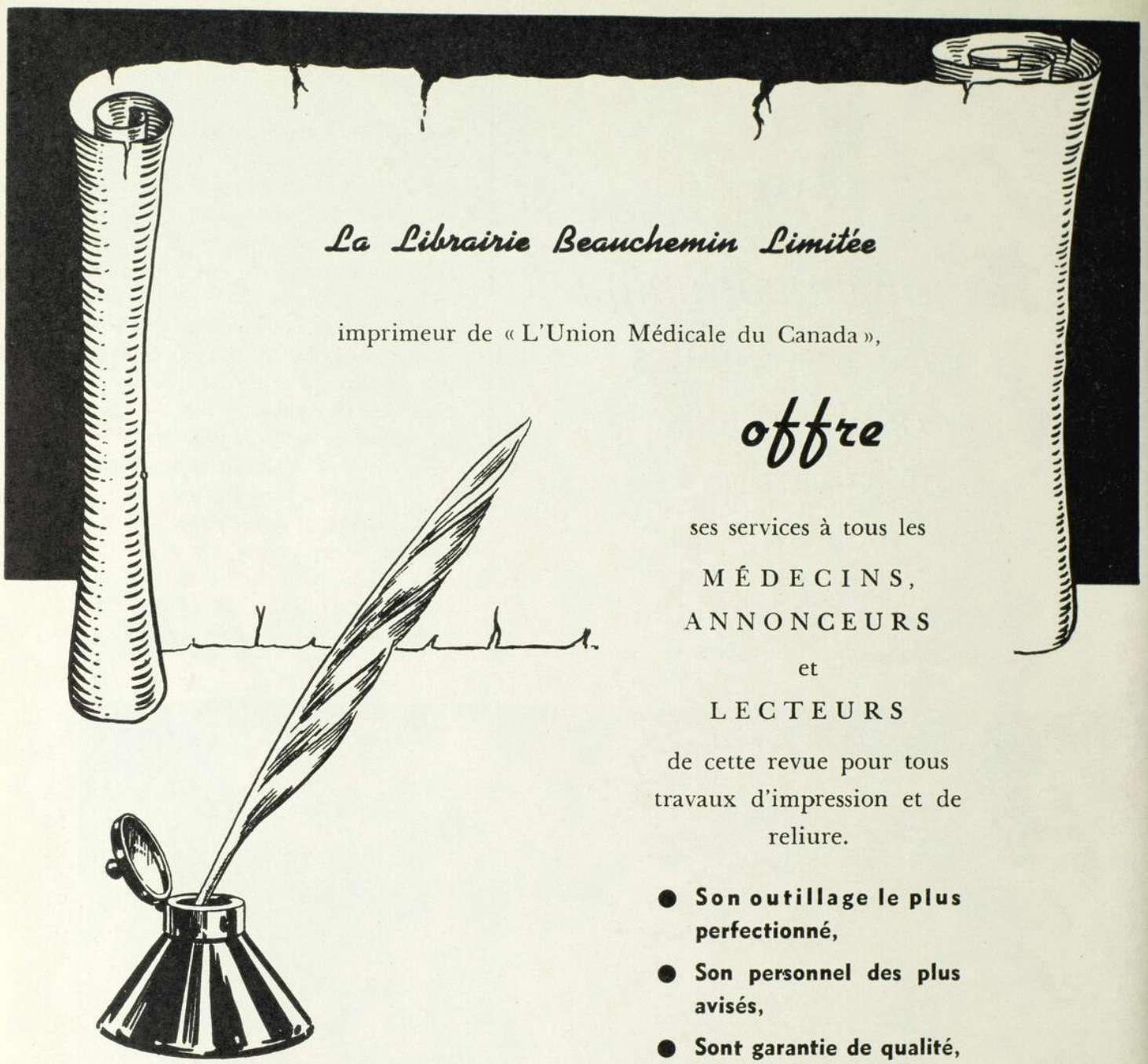
Vitamine B_{12}	5 mcg.
Chlorhydrate de thiamine (vitamine B_1)	100 mg.
Riboflavine (vitamine B_2)	10 mg.
Chlorhydrate de pyridoxine (vitamine B_6)	10 mg.
Pantothénate de calcium	50 mg.
Niacinamide	500 mg.
Acide ascorbique	500 mg.

Offert en unités de 5 c.c.

'Lyo B-C'

avec B_{12}

SHARP & DOHME (Canada) Ltd., Toronto 13, Ontario



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

Efface la douleur

Le mécanisme de la douleur est complexe. Si elle se prolonge elle provoque une augmentation de la tension nerveuse. Celle-ci, à son tour, a tendance à abaisser le seuil de la douleur, de sorte que, même inaltérée, elle est moins aisément supportée. Ainsi s'établit un cercle vicieux qui ne peut se rompre par un analgésique ni par un sédatif administrés isolément, même à doses massives.

Puisque la CIBALGINE est l'association 'Ciba' de l'aminopyrine et de l'acide diallylbarbiturique (Dial®) dans la proportion de 7 à 1, son intérêt réside précisément dans le fait qu'elle agit à la fois sur les deux éléments et se montre efficace même à doses réduites.

La CIBALGINE est indiquée dans tous les états douloureux, notamment la névralgie, la myosite, la migraine et la dysménorrhée. Elle est disponible en fioles de 15 et en flacons de 100 et 500 comprimés et aussi en ampoules de 2 cc.

Cibalgine *

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE, MONTRÉAL

*Nom déposé

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.**

— **Epreuves 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.
A. 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)

si confortable

...tant au point de vue *physique* que *psychologique*. Les tampons offrent une méthode de protection menstruelle interne merveilleusement confortable. Ils ne peuvent causer d'odeur, d'irritation périnéale ni d'infection provenant du rectum. Et, grâce à l'individualité et à la commodité que procurent les trois degrés d'absorption (Régulier, Super, Junior), les femmes qui y ont recours ont tendance à "oublier leur état".* De plus, ces tampons de ouate sont faciles d'emploi, sûrs et efficaces.

*West. J. Surg., Obstet. & Gynec., **51**: 50, 1943; J. A. M. A., **128**: 490, 1945.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.,
BRAMPTON, ONTARIO

TAMPAX

La protection menstruelle interne de choix.

Echantillons professionnels envoyés sur demande.

Lait évaporé amélioré pour l'alimentation du nourrisson

LE NOUVEAU LAIT ÉVAPORÉ NESTLÉ'

contient 480 unités de vitamine D_3 par chopine impériale*

Depuis des années, les marques de lait évaporé Nestlé ont permis à d'innombrables bébés de commencer leur vie de la bonne façon. *Aujourd'hui*, un nouveau lait, pourvu de toutes les propriétés propres à Nestlé, renferme désormais un principe nouveau qui en fait l'aliment idéal pour les bébés.

*On a incorporé à chaque once liquide de ce lait 24 unités internationales de vitamine D_3 pure et cristallisée. Une fois reconstituée, une chopine impériale renferme 480 unités de vitamine D . . . type de vitamine D engendrée dans l'organisme par les rayons solaires et reconnue comme étant la principale vitamine D naturelle présente dans l'huile de foie de morue.

L'enrichissement en vitamine D_3 ne modifie en rien la saveur du lait et laisse intactes toutes ses vitamines naturelles.

En ordonnant le lait Nestlé—vous assurez un apport adéquat de vitamine D, sous une forme sûre et anodine...et vous savez que le lait Nestlé est économique, d'emploi facile et digne de confiance.

Nous ne donnons pas aux profanes d'indications sur l'alimentation des bébés.

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (CANADA) LIMITED
METROPOLITAN BUILDING, TORONTO, ONTARIO

Dans le traitement de l'infection para-nasale, **ARGYROL** **assure**

une action multiple sans réaction

Agent bactériostatique, émollient et détersif efficace, ARGYROL démontre constamment ses avantages dans la lutte contre l'infection et dans le rétablissement des fonctions normales.

En outre, le rétablissement n'est pas entravé par la congestion compensatoire, si souvent entraînée par la plupart des vaso-constricteurs.

ARGYROL

—le médicament de choix pour le traitement de l'infection para-nasale.

La méthode Argyrol

1. Conduit nasal . . . instillations d'ARGYROL à 20% dans le canal lacrymal.
2. Voies nasales . . . gouttes d'une solution d'ARGYROL à 10%.
3. Fosses nasales . . . tamponnement avec ARGYROL à 10%.

Son triple effet

1. Décongestionne sans irriter la membrane et sans nuire à la protection ciliaire.
2. Incontestablement bactériostatique et cependant non toxique pour les tissus.
3. Nettoie en stimulant les secrétions, renforçant ainsi la première ligne de défense de l'organisme.

EXIGEZ **ARGYROL** DANS L'EMBALLAGE AUTHENTIQUE

La marque déposée ARGYROL est la propriété de A. C. Barnes Company Limited

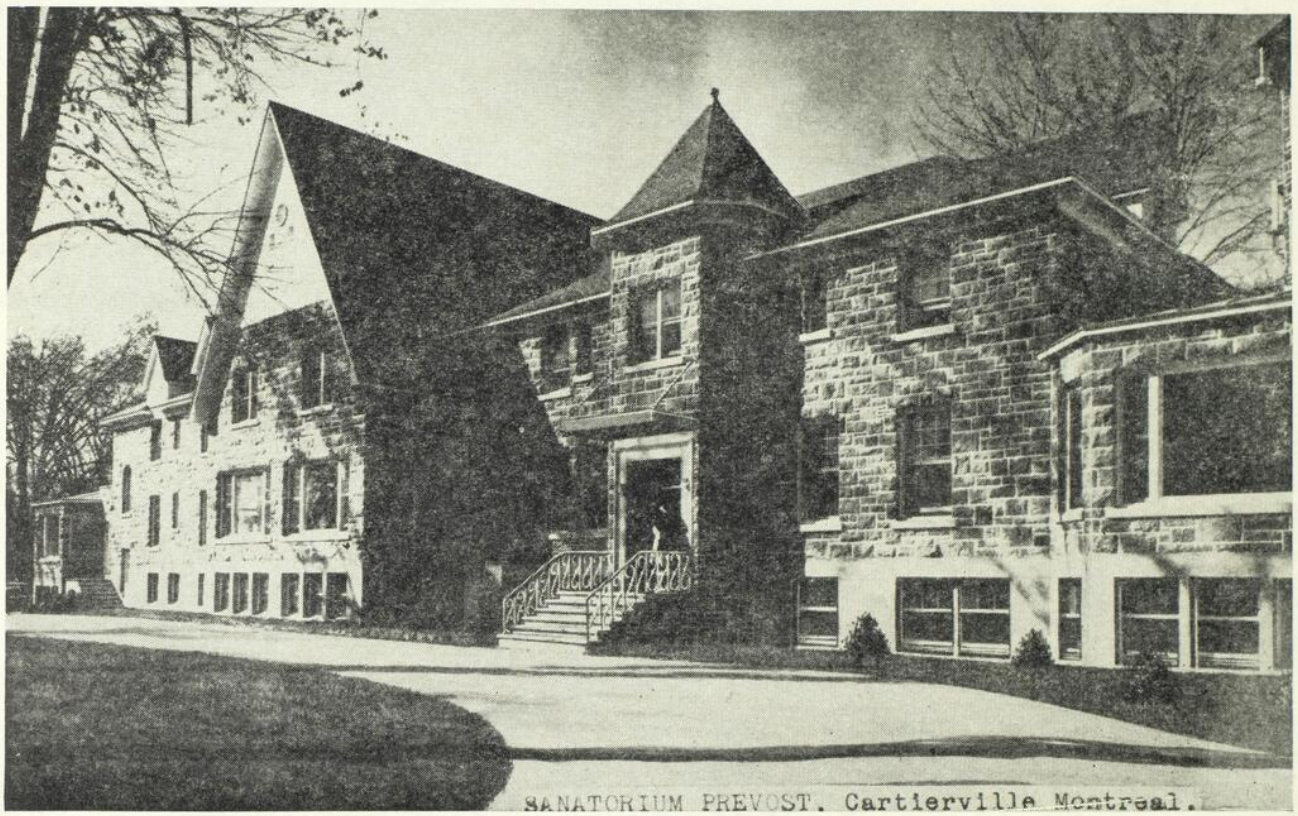
Maintenant en vente au Canada—ARGYPULVIS, nouveau moyen efficace de vaincre le Trichomonase. Sur demande, nous vous enverrons des échantillons professionnels d'ARGYPULVIS (sous les deux formes: en poudre à insuffler, pour l'usage du praticien, et en capsules, pour l'usage complémentaire de la malade), ainsi que des prospectus.

ARGYPULVIS et ARGYROL sont fabriqués exclusivement par

A. C. BARNES COMPANY, LTD.

STE-THÉRÈSE, QUÉBEC

SANATORIUM PRÉVOST



FAÇADE SUD

L'établissement demeure toujours consacré au traitement INDIVIDUEL des affections neuro-psychiatriques en cure libre.

● Personnel hospitalier expérimenté. Cures de repos. Physiothérapie complète. Pyrétothérapie. Electrochocs. Insulinothérapie. Psychothérapie. Bientôt: radiothérapie; régimes confiés à une diététicienne.

BUREAU MÉDICAL:

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Ernest Brunet, Jean-Léon Desrochers, Paul Larivière, Gaston Loignon, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

Consultants: Drs Fernand Charest, Paul David, Edouard Desjardins, Roland Dussault, Léon Gérin-Lajoie, Charles-E. Grignon, Charles-E. Hébert, J.-B. Jobin, Albert Jutras, Richard Lessard, Georges Manseau, Léopold Morissette, Jules Prévost, J.-A. Vidal.

4455 OUEST BOULEVARD GOUIN, **TÉLÉPHONE: BYwater 2405 ★**

Nouvelle formule

SULFORAZINE

granulé effervescent

Analgésique
Urolytique et Antiseptique urinaire

La présence d'une quantité efficace d'analgésine dans la formule de la SULFORAZINE assure la sédation des douleurs rhumatismales, tandis que les autres composants exercent leur action éliminatrice, antitoxique et antiseptique.

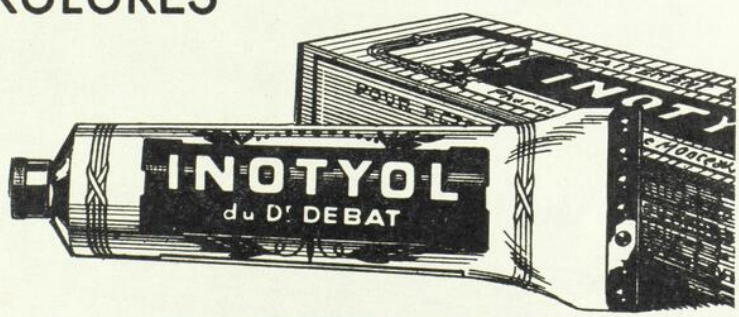
3 à 6 cuillerées à thé par jour aux repas.

J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., MONTRÉAL.

ECZÉMAS
ULCÈRES - BRÛLURES

Agent Général
J. EDDÉ Ltée
MONTRÉAL

Lésions et
Irritations
de la Peau



Pommade INOTYOL

J. EDDÉ Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., Montréal, Agents pour le Canada.

DESANXYL

dragées

MÉDICATION RÉGULATRICE DU TONUS VAGO SYMPATHIQUE

d'une efficacité remarquable dans le traitement des

ÉTATS SPASMODIQUES ET ANXIEUX

2 à 6 dragées par jour avant les repas.

ARTICHOBYL

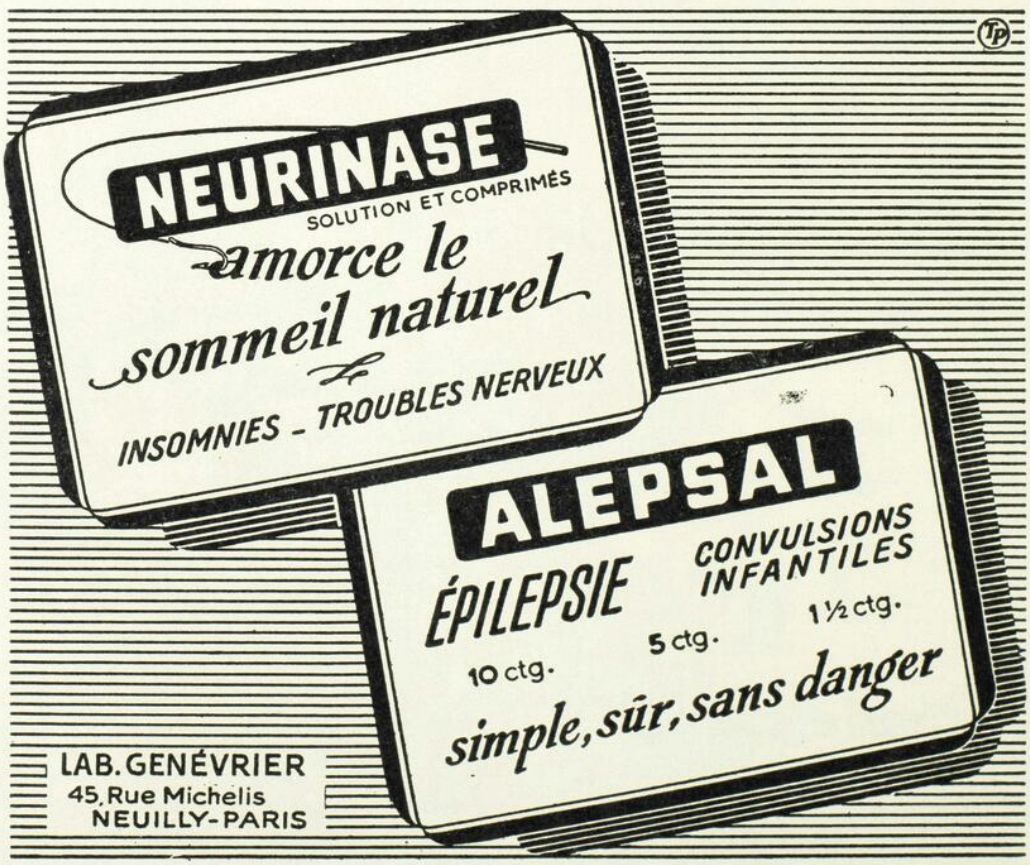
pilules

EXTRAIT ALCOOLIQUE DE FEUILLES D'ARTICHAUT

L'Artichobyl se caractérise par l'extrême douceur de son action. Il n'a pas de contre-indication, et les hépatiques, pourtant si sensibles aux médicaments, peuvent en ingérer des doses élevées sans inconvénient.

4 à 12 par jour, réparties sur la journée.

J. EDDÉ Limitée — MONTRÉAL — Agent général.



J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., Montréal, Agent général pour le Canada.

Carnation donne un contrôle uniforme de l'alimentation dans ses 3 phases

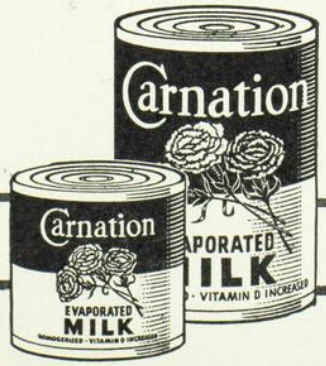
1. PHASE DE LA FORMULE — Carnation permet d'associer lait, eau et hydrates de carbone, pour répondre aux besoins de chaque bébé — avec la garantie que le Lait Evaporé Carnation ne **varie jamais.** Et vous savez qu'il est de toute sécurité. Car il n'est pas seulement pasteurisé, mais également stérilisé après que la boîte est scellée. Il n'y a pas d'inconnu dans la formule qui puisse amener des complications à ce stage critique de la vie de l'enfant.

2. PHASE DE L'ALIMENTATION SANS FORMULE — Le système digestif délicat des petits peut facilement être dérangé lorsque la formule est abandonnée. C'est pour cette raison que l'uniformité absolue de Carnation continue d'être une importante sauvegarde. Et Carnation, dilué avec une égale quantité d'eau, est un lait entier nutritif, sous sa forme la plus digestible. Car Carnation est homogénéisé et épuré par la chaleur. C'est un lait qui coagule d'une façon facilement assimilable pour le bébé.

3. PHASE DU GOBELET — Voici quelque chose que les médecins (et les mères) apprécient : Le goût familier de Carnation permet la transition radicale du biberon au gobelet, avec beaucoup moins de résistance. Et, ici encore, la teneur constante de Carnation en matières grasses, en minéraux, en principe coagulant et en viscosité, est un facteur certain d'éliminer toute possibilité de troubles digestifs.

Un contrôle complet, voici le secret de l'uniformité absolue de Carnation. Chaque goutte provient de vaches examinées par les propres inspecteurs de Carnation . . . est analysée dans les postes de réception de Carnation . . . et est pasteurisée et manipulée avec la précision d'une ordonnance, dans les usines d'évaporation de Carnation. Il n'y a pas de lait plus agréable et plus sûr pour les enfants. Aucun ne donne un aussi bon contrôle des trois phases de l'alimentation du bébé. Lorsque vous recommandez Carnation par son nom, vous mentionnez le lait qui a été le modèle pour tous les médecins, depuis plus d'un demi-siècle.

PRODUIT DANS LE QUÉBEC



Le Lait Que Tout Médecin Connaît

"Provenant de vaches bien nourries"

L'AMINOPHYLLINE FRANÇAISE

CARÉNA

SÉDO-CARÉNA

COMPRIMÉS

Caréna — Phénobarbital — Papavérine

Neurodystonies cardiaques
Spasmes vasculaires, Algies des cardiaques.

CARÉNA

INTRAMUSCULAIRE
Théophylline-éthylène-diamine
Syndromes cardiaques
Syndromes Cardio-rénaux
Œdèmes cardiaques, rénaux et hépatiques.
Dyspnées

CARÉNA-OUABAÏNE

AMPOULES I. V. — COMPRIMÉS

VASO-DILATATEUR — CORONARIEN

Défaillance cardiaque, cœur sénile

TRINITRINE-CARÉNA

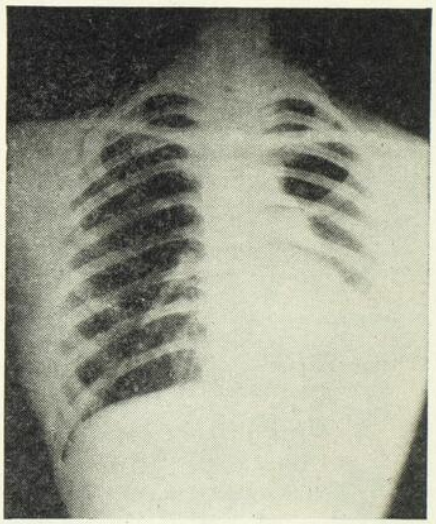
COMPRIMÉS

Algies paroxystiques, état de mal angineux, crises d'angine de poitrine.

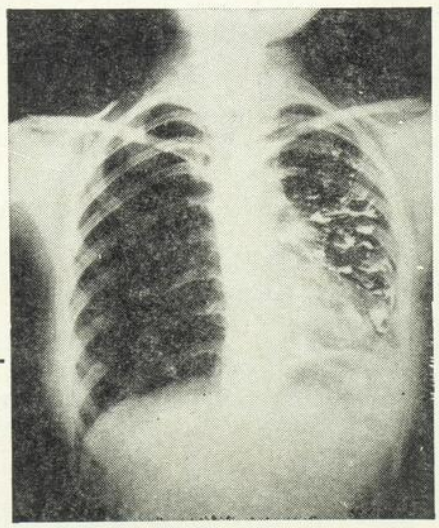
Laboratoires DELAGRANGE — Paris

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

Lipiodol*



Roentgenogramme sans Lipiodol



Roentgenogramme avec Lipiodol

complète l'image du diagnostic!

Agents exclusifs pour le Canada
VINANT Ltée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL

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

La formule AYLMER est "LE FRUIT PUR SANS APPRÊT" pour les bébés!

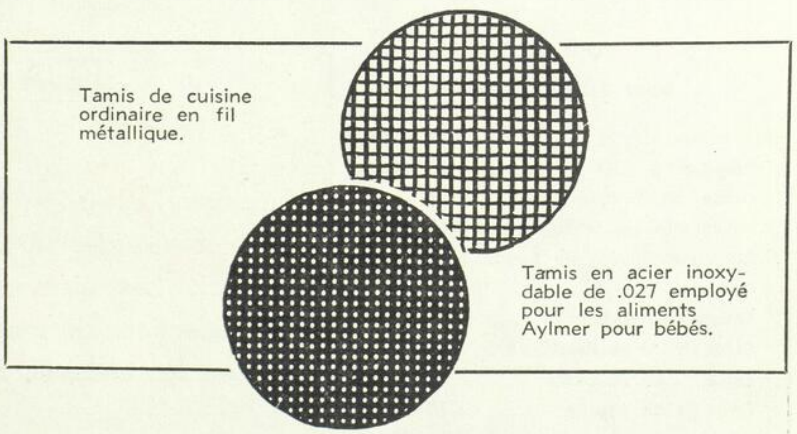
1 MÛRIES SUR L'ARBRE ET DÉLICIEUSES!... voilà comment Aylmer cueille les pêches savoureuses, les pommes vermeilles, les poires Bartlett juteuses... provenant des *plus beaux* vergers du Canada.

2 RIEN D'AJOUTÉ qu'un peu de sucre (parce que la plupart des médecins préfèrent que les bébés soient nourris avec des fruits "purs sans apprêt" — sans l'addition d'aucune céréale ou de mélanges de fruits).

3 FINEMENT TAMISÉES au 27/1000 de pouce, dans un tamis en acier inoxydable. Un tamisage aussi délicat n'altère pas les cellules naturelles des aliments, cependant qu'il favorise la digestibilité.

4 LA CUISSON SOUS PRESSION permet de conserver autant que possible la teneur en vitamines et en sels minéraux de ces fruits... les pêches, les poires et la compote de pommes Aylmer ont une saveur *plus fraîche* et *plus délicieuse!*

Echantillons GRATUITS en écrivant à: Canadian Canners Ltd.,, Hamilton, Canada.



ALIMENTS TAMISÉS

AYLMER

POUR BÉBÉS

"Les futurs citoyens du Canada méritent la qualité Aylmer"

AMPOULES BUVABLES

K·HÉMO

ANTIHÉMORRAGIQUE

HÉMORRAGIES INTERNES, EXTERNES et POST-OPÉRATOIRES

• PECTINE • GÉLATINE •
• CALCIUM • VITAMINE "K" •

APPLICATION ORALE ou LOCALE

LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200 RUE VALLÉE, MONTRÉAL

PASSITONYL

FORMULE
pour 100 grammes:

Thiamine (B_1)	6 mgm.
Riboflavine (B_2)	8 mgm.
Acide nicotinique	72 mgm.
Nucléinate de Manganèse	0.20 gm.
Glycérophosphate de Soude	1.— gm.
Arrhénal	0.14 gm.
Fluorure de Sodium	0.05 gm.
Extrait mou de Passiflore	3.60 gms
Extrait mou de Saule	1.80 gm.
Teinture de Cratoegus	2.70 gms
Teinture de Primevère	0.90 gm.
Excipient q. s. p.	100 gms

Adultes: 1 cuillerée à dessert avant les repas, midi et soir.

Enfants: 2 cuillerées à thé par jour.

SÉDATIF et TONIQUE NERVIN

Passitonyl est à la fois un tonique et un sédatif du système nerveux destiné à ramener rapidement un équilibre normal. Les éléments toniques de la formule évitent les sensations de lassitude et de dépression que peuvent donner les sédatifs, même légers.

CALME et TONIFIE

Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée, Montréal.

notre famille compte maintenant 3 membres!

Elle s'est augmentée de deux nouveaux titres de lait!

Au Lait Semi-écrémé "Farmer's Wife", que tout le monde connaît, Cow & Gate ont ajouté deux nouveaux titrages de lait pour l'alimentation des enfants. La même qualité d'excellence qui a rendu "Farmer's Wife" si populaire se retrouve dans ces nouveaux produits.

NO.	COULEUR DE L'ETIQUETTE	CORPS GRAS	CORPS GRAS RECONSTITUES ½ EAU ½ LAIT	MATIERES SOLIDES	CALORIES PAR ON.	
1	ROUGE	8%	4.00%	26%	45	Lait évaporé ordinaire
2	BLEUE	4.00%	2.00%	22%	32	Lait semi-écrémé concentré
3	JAUNE	2.00%	1.00%	22%	29	Lait écrémé concentré

S. V. P. demandez le formulaire de poche et autre documentation.

POUR LA PREMIÈRE FOIS — TROIS TITRES DE LAIT CONCENTRÉ

COW & GATE (CANADA) LIMITED

GÁNANOQUE, ONTARIO

PORFIRINE

COMBAT LA DÉPRESSION
(HÉMATOPORPHYRINE)

RESTAURE L'HÉMATOPOÏÈSE
(FOIE 125 gr. PAR AMPOULE)

NORMALISE LE MÉTABOLISME
(HÉMOPEPTONE)

RECALCIFIE
(LÉVULINATE DE CALCIUM)

ANÉMIES SECONDAIRES
DÉGLOBULISATIONS
THÉRAPEUTIQUES
ÉTATS DÉPRESSIFS
CONVALESCENCES

AMPOULES BUVABLES 10 cc
BOITES DE 10 ET 100

CANADA LABORATOIRES JEAN OLIVE · 200. RUE VALLÉE · MONTRÉAL

ARGENT-BENZÉDRINE
GLUCONATE ÉPHÉDRINE
EN SÉRUM GLUCOSÉ pH 7,6

ARGÉDRINE

DÉSINFECTION
VOIES NASALES
GOUTTES INCOLORES

III A IV GOUTTES INSTILLATIONS
PLUSIEURS FOIS PAR JOUR

Laboratoires Jean OLIVE, 200 Rue Vallée, MONTRÉAL

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

L'examen peut être passé en MÉDECINE, ou en médecine en accentuant sur l'une des spécialités suivantes:

Anesthésie
Dermatologie et syphiligraphie
Neurologie
Psychiatrie
Pédiatrie
Radiodiagnostic
Radiothérapie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

L'examen peut être passé en CHIRURGIE, ou en chirurgie en accentuant sur l'une des spécialités suivantes:

Neuro-chirurgie
Obstétrique et gynécologie
Ophtalmologie
Chirurgie orthopédique
Otolaryngologie
Urologie

CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

L'examen peut être passé dans une des spécialités suivantes, approuvées pour le certificat:

SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Anesthésie
Dermatologie et syphiligraphie
Médecine interne
Neurologie
Psychiatrie
Pédiatrie
Pathologie
Bactériologie
Médecine physique
Santé publique
Radiodiagnostic
Radiothérapie

SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

Chirurgie générale
Neuro-chirurgie
Obstétrique et/ou gynécologie
Ophtalmologie
Chirurgie orthopédique
Otolaryngologie
Chirurgie plastique
Chirurgie thoracique
Urologie

Les demandes concernant les examens de 1951 doivent être présentées avant le **30 avril 1951.** Il ne sera pas tenu aucun compte des demandes faites après cette date.

Copies des règlements concernant les examens pour le titre d'Associé, et pour le certificat de spécialiste, ainsi que des formules de demande peuvent être obtenues en s'adressant comme suit:

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

BETAGEN

VITAMINE B COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

PRINCIPAUX COMPOSANTS

Vitamine B_1
(chlorure de Thiamine)
Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B complexe
B_2, B_4, B_5, B_6
Lécithine d'œufs
Avénine

Glycérophosphates
de Sodium
de Calcium
de Potassium
de Strychnine (1/60 gr. à l'once)

Tonique et Aliment Nervin

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie

Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.

Déséquilibre nerveux.

Saveur agréable — Tolérance parfaite.

La Cie **CANADA DRUG CO.,** *Montréal*

COMPRIMÉS

TRI-SULFA

SODIUM BICARBONATE

ASSOCIATION RATIONNELLE DES SULFAS.

CRISTALLISATION ET CALCUL RÉNAL ÉVITÉS PAR L'ALCALINISATION DE LA FORMULE:

Aussi TRI-SULFA en suspension contient 0.30 gram. par cuillerée à thé.

SULFATHIAZOLE
SULFAMÉRAZINE
SULFADIAZINE

0.50 gram. du mélange par comprimé.

Aussi TRI-SULFA sans bicarbonate, à 0.50 gram. par comprimé et 0.30 gram. par comprimé pour enfant.

La Cie CANADA DRUG CO., Montréal

Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY Limited, Montréal et Toronto.

UN MÉLANGE LACTÉ
de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

The CANADA STARCH Co., Ltd.
Montréal

Veuillez m'envoyer
- ☐ CALCULATEUR
- ☐ Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- ☐ TABLETTES DE FORMULES
- ☐ La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- ☐ La brochure: "DEXTROSOL".

Nom .....

Adresse .....

.....

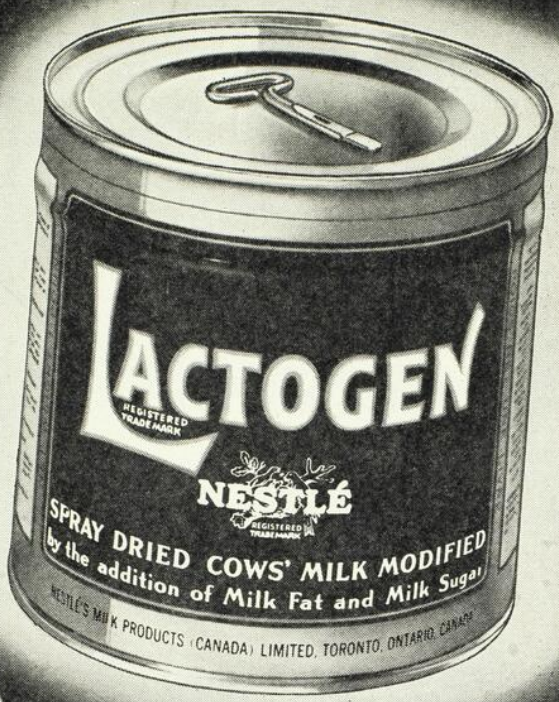
SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de maïs . . . un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants . . . des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

LACTOGEN®

SE RAPPROCHE ÉTROITEMENT DU LAIT HUMAIN



℞

LACTOGEN + EAU = ALIMENT PRÉPARÉ

1 cuillerée à table rase (40 cal.) — 2 onces liq. — 2 onces liq. (20 cal. par once liq.)

ACCEPTED COUNCIL ON FOODS AND NUTRITION AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

LA PUBLICITÉ DE CE PRODUIT N'EST FAITE QU'AUPRÈS DU CORPS MÉDICAL

ÉCHANTILLONS ET IMPRIMÉS ENVOYÉS DÈS RÉCEPTION D'UNE FEUILLE BLANCHE DE VOTRE CARNET DE PRESCRIPTIONS.

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (CANADA) LIMITED • METROPOLITAN BUILDING, TORONTO, 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

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

Les médecins sont cordialement invités à venir consulter et feuilleter les nombreux nouveaux ouvrages de médecine, qui sont envoyés chaque mois au secrétariat du Journal. On pourra prendre connaissance de ces volumes à: 326 est, boul. Saint-Joseph — 9 heures a.m. à 5 heures p.m.

VALERIANETS-DISPERT®

Sédation et euphorie pour les patients nerveux et irritables

Chaque comprimé contient 0.05 Gm. d'extrait de valériane finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité. Sans odeur et sans goût. N'est pas sujet à accoutumance.
PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Un léger calmant du système nerveux central. Indiqué dans les cas de troubles émotifs, états d'anxiété, insomnie nerveuse, ainsi que dans le syndrome nerveux de la ménopause et dans certains cas d'artériosclérose.
1 ou 2 comprimés au besoin ou 3 comprimés au coucher. En flacons de 50, 100 et 500.

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC. **1123 Broadway, New York**

Distributeur au Canada: **LYSTER CHEMICALS, Ltd.** **222 Hospital St., Montreal 1, Canada**

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse au secrétariat: 326 est, Boulevard St-Joseph — LA. 9888, afin qu'ils puissent recevoir l' « UNION MEDICALE DU CANADA » sans aucune interruption.

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott, Laboratories (Trimédone) — (Paradione) XLI - XLII

American Sterilizer Company (Matériel chirurgical) XXX

Ames Company of Canada Ltd. (Clinitest) XXVII

Anglo-French Drug. Co. (Cellulyn) XLIII

Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Prémarine) — (Alphamette) — (Gouttes Supplavite) ..... XXI - XXII

Barnes Co., Ltd., A.C. (Argyrol) LV

Berex Pharmacal Co. (Berex) XVII

British Drug Houses (Canada) Limited, The (Hormones sexuelles B.D.H.) XLVII

Canadian Canners Ltd. (Aliments tamisés pour bébés) .. LXI

Canadian Tampax Corp. Ltd., (Tampax) LIII

Canada Drug Co. (Betagen) LXV

Canada Drug Co. (Tri-Sulfa) LXVI

Canada Drug Co. (Paveral) LXVII

Canada Starch Co., Ltd., The (Sirop de maïs) LXVI

Carnation Co. Ltd. (Lait évaporé) LIX

Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) LXV

Compagnie Ciba Limitée (Neuro-Trasentine) — (Pyribenzamine expectorant) ..... XV - XVI

Compagnie Ciba Limitée (Cibalgine) LI

Cow & Gate (Canada) Ltd. (Laits entier, semi-écrémé, écrémé) LXIII

Denver Chemical Manufacturing Co., The (Rub A-535) XXXVIII

Dupuis Frères (Examen de la vue) LXVIII

Eddé, J., Limitée (Sulforazine) — (Inotyol) LVII

Eddé, J., Limitée (Desanxyl) — (Artichobyl) — (Neurinase) — (Alepsal) LVIII

Eli Lilly and Company Limited ..... Première page de la couverture

Frosst, Charles E. & Co. (Trulfacillin) — (Gouttes Zéphadon) ..... VII - VIII

Frosst, Charles E. & Co. (Composé Questrin) IV

Gerber-Ogilvie Baby Foods, Ltd. (Purées pour bébés) XXXVII

Herdt & Charton, Inc. (Vertavis) — (Osmopak) XLVIII

Herdt & Charton, Inc. (Agrippol) XLIV

Herdt & Charton, Inc. (Camirol) XLVI

Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II

Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) LII

Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Rhiniphen) — (Bisulfa) — (Trisul) XL

Pages

Laboratoires Desbergers Limitée (Acidobyl) ..... Quatrième page de la couverture

Laboratoires Jean Olive (K. Hémo) — (Passitonyl) LXII

Laboratoire Jean Olive (Porfirine) — (Argédrine) LXIV

Lederle Laboratories (Auréomycine) XI

Librairie Beauchemin Limitée L

Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Poly-Vi-Sol) — (Tri-Vi-Sol) — (Ce-Vi-Sol) Troisième page de la couverture

Merck & Co. Limited (Cortone) I

Merrell (Mercodol) XXXVI

Millet, Roux & Cie (Toni-Spasmyl) XIII

Mowatt & Moore Ltd. (Corophyllin) XIX

Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd. (Lait évaporé) LIV

Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd. (Lactogen) LXVII

Parke, Davis & Company (Chloromycétine) XXIX

Pfizer & Co. Inc., Chas. (Terrabon) IX

Poulenc Limitée (Néo-Antergan) — (Phénergan) ..... Deuxième page de la couverture

Riker Pharmaceutical Co., Ltd., (Veriloid) ..... XXXIV - XXXV

Robins Co., Inc. (A.H.) (Robitussin) XXIII

Rougier Frères (Eupnogène) V

Sanatorium Prévost LVI

Sharp & Dohme Ltd. (Lyo B-C avec B12) XLIX

Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Sciléxol) XLV

Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Eskacillin) III

Standard Pharmaceutical Co., Inc. (Valerianets-Dispert) LXVIII

Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal Iodum Valor) .. LXX

Vinant Ltée (Spartoval) — (Sparto-Camphre) — (Génisténal) XX

Vinant Ltée (Genoscopolamine) — (Suppositoires E.G.I.) XXIV

Vinant Ltée (Midalgan Midy) — (Antigrippine Midy) XXVIII

Vinant Ltée (Caréna) — (Lipiodol) LX

Warner & Co. Limited, William R. (Gelusil) XXXIX

White Laboratories of Canada (Aspergum) XXV

Winthrop-Stearns Inc. (Néo-Synephrine + pénicilline cristallisée) XVIII

Wingate Chemical Co. Ltd. The (Glycinate ferreux) .. XXVI

Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Minules) — (Plastules Hematinic) ..... XXXI - XXXII

X-ray and Radium Industries Ltd. (Keleket) XXXIII

Sal-Iodum Valor

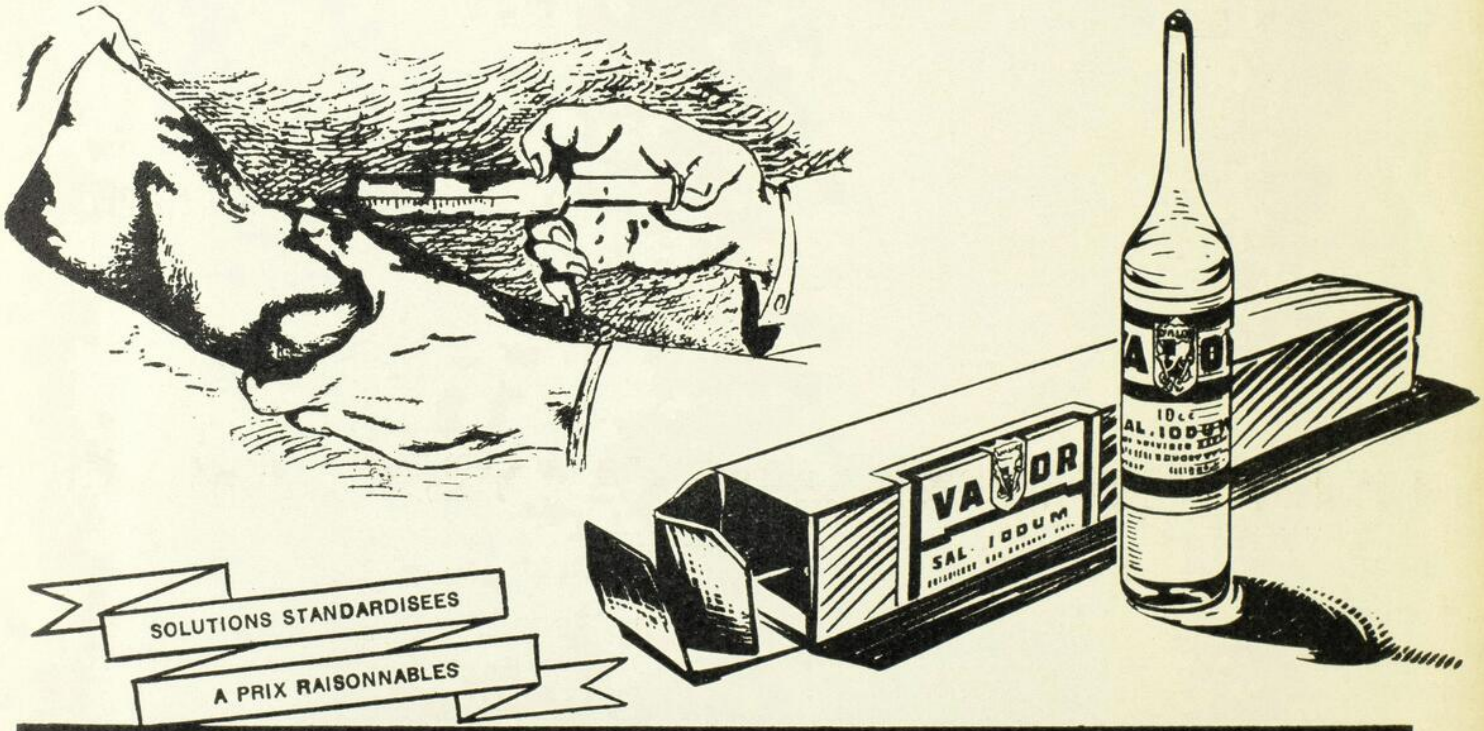
UN SPECIFIQUE DU RHUMATISME

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.

MONTREAL

nouvelle commodité · nouvelle flexibilité dans le dosage
nouvelle utilité générale

3 nouvelles préparations de vitamine liquide soluble dans l'eau

Poly-Vi-Sol

Chaque 0.6 cc. fournit:

Vitamine A	5000 U. I.
Vitamine D	1000 U. I.
Acide Ascorbique	50.0 mg.
Thiamine	1.0 mg.
Riboflavine	0.8 mg.
Niacinamide	5.0 mg.

Tri-Vi-Sol

Chaque 0.6 cc. fournit:

Vitamine A	5000 U. I.
Vitamine D	1000 U. I.
Acide Ascorbique	50 mg.

Ce-Vi-Sol

Chaque 0.5 cc. fournit:

Acide Ascorbique	50 mg.

Chacune de ces préparations est indiquée comme provision supplémentaire — prophylactique ou thérapeutique — de vitamines pour enfants et adolescents.

Solubles dans l'eau et agréables au goût, elles peuvent être données par gouttes directement dans la bouche de l'enfant, ajoutées au biberon ou mélangées dans les céréales ou autres mets consistants.

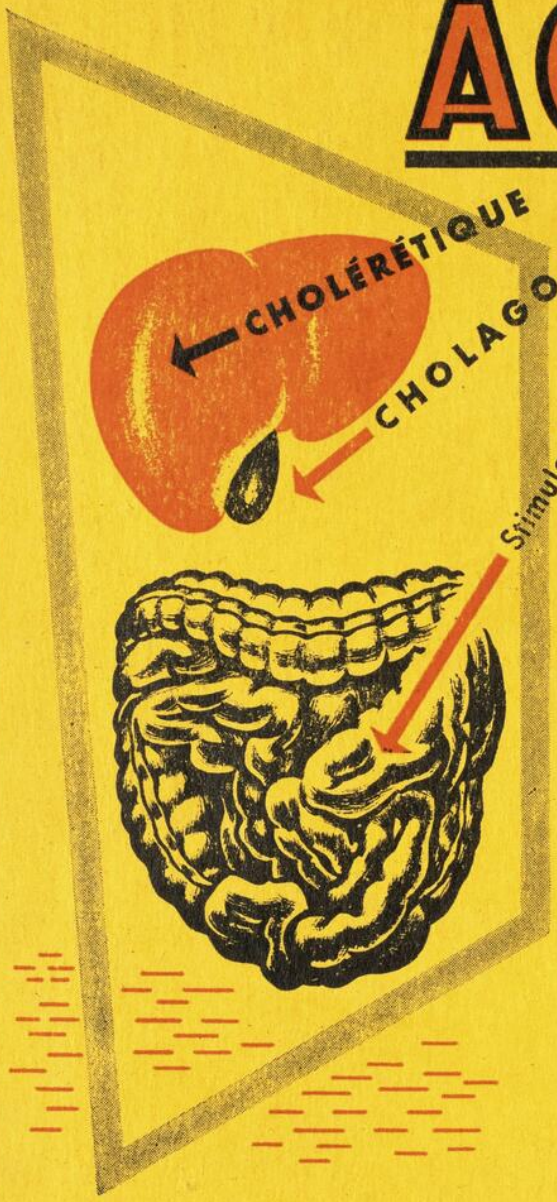
Chacune de ces formules est scientifiquement préparée. Elles se vendent en bouteilles de 15 ou 50 cc. avec un compte-gouttes de calibre approprié pour en faciliter l'emploi.

MEAD'S

MEAD JOHNSON & COMPANY
OF CANADA, LIMITED
BELLEVILLE, ONTARIO

MEAD'S

ACIDOBYL



FORMULE: chaque dragée contient:

Acide Déhydrocholique	2½ grs
Acides Biliaires (Cholique, Désoxycholique, Taurocholique, Glycocholique)	2½ grs
Oléate de Sodium	1 gr.
Méthylbromure d'Homatropine..	1/125 gr.

Insuffisance hépatique
Constipation chronique

POSOLOGIE :

Une ou deux dragées après chaque repas.

CONDITIONNEMENT :

Flacon de 50 dragées.

DESBERGERS Limitée

BIOLOGISTES CHIMISTES PHARMACIENS

Montréal - - - Canada