Tome 67 — Numéro 11

MONTRÉAL, NOVEMBRE 1938

BIBLIOTHÈQUE
DU
Dr G. PHANEUF — SAINT-JEAN, QUÉBEC.

L'Union Médicale

du Canada

(Revue mensuelle fondée en 1872)

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

SECRÉTARIAT
326 est, blvd St-Joseph
MONTRÉAL
Téléphone: LAncaster 9888

Pour donner de

L'HUILE DE FOIE DE MORUE

sous une forme

PLUS FACILEMENT DIGESTIBLE

De plus en plus de médecins recommandent l'Emulsion Scott, sachant que des épreuves cliniques étendues ont démontré qu'elle est **quatre fois plus facile à digérer** que l'huile de foie de morue ordinaire.

De plus, l'émulsionnement de l'huile la rend plus agréable au goût pour les personnes qui détestent l'huile ordinaire qui n'est pas toujours facilement digestible et peut causer des renvois, particulièrement chez les bébés.

L'huile de foie de morue sélectionnée qui est employée dans l'Emulsion Scott ne contient pas moins de 3500 unités internationales de Vitamine A par gramme et pas moins de 130 unités internationales de Vitamine D par gramme, en comparaison au prototype établi par la Pharmacopée des Etats-Unis (U.S.P.) pour l'huile de foie de morue médicinale qui doit contenir pas moins de 600 unités internationales de Vitamine A et 85 unités de Vitamine D par gramme.

Des savants ont prouvé que les vitamines, les lipoïdes et les matières grasses de l'huile de foie de morue, tels que contenus dans l'Emulsion Scott, sont **tous** nécessaires dans la thérapeutique de la "déficience" alimentaire. Il est raisonnable d'assumer maintenant que les vitamines, combinés avec les acides gras et les lipoïdes, possèdent une action thérapeutique supérieure à celle que fournissent, seules, les Vitamines A et D.

L'Emulsion Scott peut être prescrite en toute sécurité comme moyen rationnel d'administrer des vitamines.

Nous enverrons gratis, aux médecins qui en feront la demande, des échantillons d'Emulsion Scott ainsi qu'un Tableau de Pesée pour Adultes et Enfants. S'adresser au Dépt. SB.2F.

L'EMULSION SCOTT

SCOTT and BOWNE (CANADA) LIMITED

Chimistes-Fabricants, TORONTO, ONTARIO



L'épreuve du Temps

« Ferro-Catalytic », présenté à la profession médicale seulement après que des épreuves cliniques sérieuses eurent prouvé sa valeur thérapeutique dans le traitement des

ANÉMIES SECONDAIRES

a résisté à l'épreuve du temps, et chaque jour apporte une preuve nouvelle de son utilité. Les malades qui, pendant des années, ont été des demi-invalides à cause de l'anémie et qui ont été traités par différents modes thérapeutiques sans résultats évidents, ont bénéficié d'une façon étonnante du traitement par

FERRO-CATALYTIC

Sur votre demande nous vous enverrons avec plaisir des échantillons cliniques, des listes de formules et une échelle pour le dosage de l'hémoglobine.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL.- CANADA

Une firme canadienne fabriquant des produits pharmaceutiques de haute qualité depuis 1899

CAPSULES
pour adultes
et
SIROP
pour enfants

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

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

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

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Boucher, B.-G. Bourgeois, A. Comtois, J.-E. Dubé, L. Gérin-Lajoie, A. LeSage, A. Marin, D. Marion, D. Masson, O. Mercier, J.-A. Mousseau, J.-N. Roy, E. Saint-Jacques, J.-A. Vidal, R.-E. Valin, Sénateur Lacasse.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint
Roma Amyot

Membres

A. Bertrand, E. Desjardins, R. Doré, M. Fauteux, L.-C. Favreau, A. Jutras, J. LeSage, P. Letondal, J.-A. Manseau, A. Marin, E. Saint-Jacques, J. Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith.

BUREAU DE COLLABORATION

MM. R. Amyot, P.-R. Archambault, H. Baril, H. Barry, A. Bellerose, A. Bertrand, Albert Bertrand, P. Bourgeois, J. Brault, A. Desforges, E. Desjardins, R. Doré, E. Dubé, M. Fauteux, L.-C. Favreau, R. Fontaine, L. Fortier, L.-A. Gagnier, L.-H. Gariépy, R. Gatien, H. Gélinas, A. Jutras, G. Lafresnière, G. Lapierre, R. Lefebvre, E. Legrand, J. LeSage, P. Letondal, A. Magnan, J.-A. Manseau, P. Morin, J.-P. Paquette, P. Poirier, J.-L. Riopelle, J. Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith.



Opothérapie Hématique *Totale*

SIROP de
DESCHIENS
à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang total

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
et des
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, Dr en Phie, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8e)

Représentant : ROUGIER, 350, Rue Lemoine - MONTRÉAL (Canada)

LABORATOIRE NATIVELLE
27, Rue de la Procession - PARIS 15

OUABAÏNE ARNAUD

INDICATIONS

Insuffisance ventriculaire gauche.
Myocardites diverses à cœur régulier.
Toutes cardiopathies décompensées.

FORMES

Solution à 2/100.
Ampoules au 1/4 de mg. pour injections intraveineuses.
Nouvelle présentation: Comprimés à 5 mg.

Dépôt général pour le Canada:
MM. ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL.

Draeger

SOMMAIRE

•

IN MEMORIAM

E.-P. BENOIT:
Gaston Lefébure de Bellefeuille 1139

BULLETIN

Jean SAUCIER et Albert LeSAGE:
Le troisième Congrès de l'Association Médicale Franco-Américaine . 1141

MEMOIRES

Léopold NEGRE:
La vaccination antituberculeuse par le B. C. G. 1147

Claude BECLERE et Raymond SIMARD:
Les hémorragies utérines fonctionnelles préménopausiques 1150

Wilder PENFIELD et William CONE:
Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle 1154

Roma AMYOT:
Les tremblements 1159

Antonio BARBEAU:
Quelques notions premières en sympathologie 1166

I. COTE:
Le psychisme de l'accidenté 1170

J.-A. DENONCOURT:
Les hémorroïdes et leur traitement par les injections sclérosantes . . 1175

Edmond PIETTE:
Les hémorragies utérines 1182

REVUE GENERALE

G. MASSON:
Etude de quelques agents hypoglycémiants; "glucokinin" 1187

MEDECINE SOCIALE

Ad. GROULX:
Situation de la tuberculose à Montréal 1196

Léo-Paul CABANA:
Disposition des déchets de cuisine par pulvérisation et dilution dans la canalisation publique 1203

VARIETES

Honorable POWER:
Etatisation de la maladie ou assurance-maladie 1207

Albert LeSAGE et E.-P. BENOIT:
Ouverture officielle des cours de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal 1209

R. TURPIN:
Congrès d'Ottawa-Hull 1216

ACTUALITES

Réal DORE:
Troisième Congrès International pour l'étude du goitre 1218

Antoine DUMOUCHEL:
Congrès de l'Association Médicale Franco-Américaine 1220

PYRIDIUM

REG. U. S. PAT. OFF.

Pour une amélioration sûre et rapide des symptômes douloureux dans les infections génito-urinaires.



Le Pyridium produit ses effets thérapeutiques sans qu'il soit nécessaire de contrôler le pH urinaire, sans médication adjuvante, sans hospitalisation et sans régime spécial.

Littérature envoyée sur demande.

MERCK & CO. Limited - *Fabricants Chimistes* - **MONTRÉAL, P.Q.**

SOMMAIRE

(Suite)

ANALYSES 1226

MEDECINE

Du diagnostic de la méningite tuberculeuse (p. 1226).

PHTISIOLOGIE

La Benzothérapie dans les suppurations et gangrènes pulmonaires (p. 1226).

PEDIATRIE

La bronchite capillaire et son traitement par la saignée et la transfusion de sang (p. 1228). **Les injections sous-cutanées de lait de vache comme épreuves révélatrices de l'anaphylaxie pour ce lait. Le nourrisson** (p. 1228).

CHIRURGIE

La phlébite bleue (p. 1228). **Les tumeurs ano-rectales** (p. 1230). **Cancer de la glande de Bartholdi** (p. 1230). **Un traitement radical du prurit anal tenace** (p. 1232).

UROLOGIE

La tuberculose vésicale primitive (p. 1232). **Technique urologique. De la nécessité de pratiquer une exploration complète de la vessie avant toute prostatectomie** (p. 1232).

NEURO-PSYCHIATRIE

L'hépatothérapie dans les syndromes neuro-anémiques (p. 1234).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

De la valeur et des indications de la biopsie en dermatologie (p. 1234). **Ecthyma de la vulve simulant des plaques muqueuses hypertrophiques** (p. 1236). **La pyrétothérapie du chancre mou et ses complications** (p. 1236). **La tuberculose vulvaire** (p. 1236).

LABORATOIRE

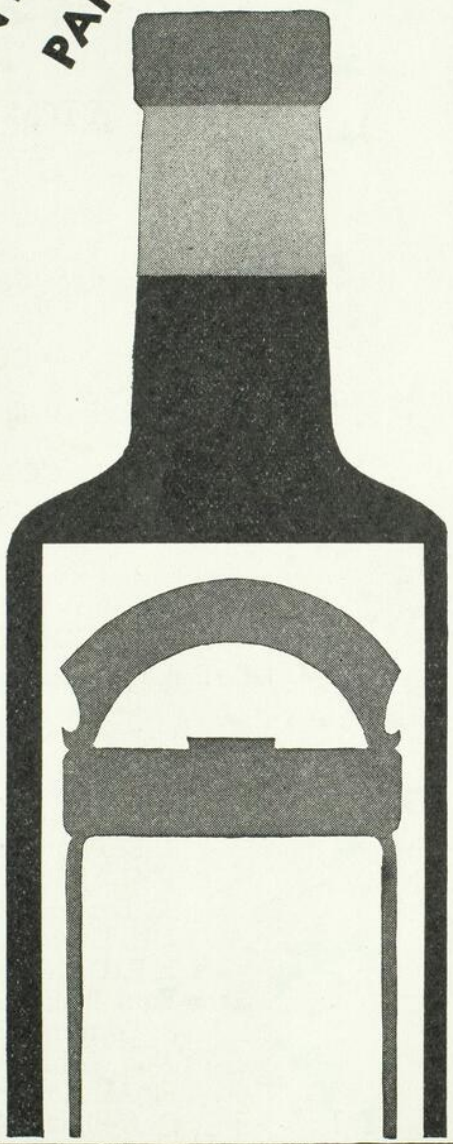
Sensibilité des rhumatisants aux produits streptococciques (p. 1238).

REVUE DES LIVRES 1240

NOUVELLES 1244

Banquet au Docteur J.-E. Desrochers. — Inauguration officielle de l'Institut Microbiologique de Montréal. — Hôpitaux de la province de Québec approuvés par l'"American College of Surgeons". — Association Médicale fondée à Sherbrooke. — Les médecins de Saint-Jean forment une association. — Nominations: Dr Albéric Marin, Dr Léon Gérin-Lajoie, Dr Roma Amyot et Dr Jean Saucier. — Semaine internationale contre le cancer. — La mission du professeur Gendreau à la semaine internationale contre le cancer. — XXVe Congrès français de Médecine.

DIGESTIF · APÉRITIF · ANTI-ANÉMIQUE
PAR EXCELLENCE



DÉFICIENCES
GASTRIQUES

NÉO-GASTRICINE

Concessionnaires au Canada: **ROUGIER FRÈRES,** 350, rue Le Moyne, Montréal.

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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

●

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: J.-A. Mousseau
Vice-président: R.-E. Valin
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. J.-A. Mousseau, R.-E. Valin, A. LeSage, J.-A. Vidal, D. Marion.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

Jacques-D. Clerk, publiciste.

COMITÉ DE PROPAGANDE

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

CORRESPONDANTS

MM. P. Desfosses (Paris);
A. Granger (Nouvelle-Orléans);
L.-E. Phaneuf (Boston);
P.-C. Mathé (San Francisco);
A. Fontaine (Woonsocket);
J.-H. Lapointe, J.-E. Gaulin, L. Mantha (Ottawa);
L.-F. Dubé, M.P.P. (Notre-Dame-du-Lac);
Eug. Tremblay (Chicoutimi);
P. Bertrand, R. Gaudet (Sherbrooke);
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières);
Pio.-A. Laporte (Edmunston);
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.

TRISILEX

Pour favoriser une digestion stomacale complète

Le **Trisilex** est un Trisilicate de Magnésie C. P. préparé spécialement pour combattre l'hyperacidité de l'estomac en favorisant une digestion stomacale complète.

Maud a défini le Trisilicate de Magnésie comme étant un composé synthétique ayant pour formule $H_4\ Mg_2\ Si_3\ O_{10}$ sous forme de cristallins de très petites dimensions colloïdales beaucoup plus petites en grosseur que celles du kaolin dans les variétés les plus raffinées que l'on puisse obtenir.

Action de Trisilex:

Le Trisilex possède de fortes propriétés antiacides et il agit de la manière suivante:

Cette poudre en présence de l'eau réagit avec le suc gastrique normal (qui correspond à l'acide hydrochlorique n/20) et une réaction complexe se produit entre deux colloïdaux hydratés et deux électrolytes; à la température du corps il faut généralement 3 heures pour que le processus soit complet. La réaction se faisant in vitro d'après l'équation suivante:

$$Mg_2Si_3O_8nH_2O + 4HCl = 2MgCl_2 + 3SiO_2 + nH_2O$$

L'équilibre de l'acidité peut être calculé comme l'équivalent de la magnésie contenue dans le Trisilex, la moitié à peu près neutralisant rapidement le surplus d'acide gastrique tandis que l'autre moitié occasionne une neutralisation secondaire et lente pendant les quelques heures qui suivent.

Au point de vue chimique, c'est la lenteur de la réaction qui est importante, la durée de l'action antiacide est approximativement égale à l'espace de temps requis pour la digestion gastrique.

Toxicité:

Le Trisilex n'est pas toxique et ne peut réduire l'acidité du suc gastrique en dessous de son point normal; si une trop grande dose est donnée il est éliminé par l'intestin.

Le Trisilex étant insoluble, il ne peut augmenter la réserve d'alcali du corps; même une forte dose, pendant un temps prolongé, ne change pas l'acidité de l'urine.

Indications Therapeutiques:

Le Trisilex est recommandé pour le traitement des ulcères peptiques, l'hyperacidité de l'estomac, les gaz d'estomac, vomissements chez les femmes enceintes, dyspepsie, ou autres cas de mauvaises digestions stomacales.

Mode d'emploi:

Une cuillerée à thé dans un demi-verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

Préparé par

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE

30 EST, RUE SAINT-PAUL, MONTRÉAL

• L'Union Médicale •

(du Canada)

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

Fondée en 1872

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

•

OFFICIERS

Président: J.-A. Mousseau
Vice-président: R.-E. Valin
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint
Roma Amyot

Membres

A. Bertrand, E. Desjardins, R. Doré, M. Fauteux, L.-C. Favreau, A. Jutras, J. LeSage, P. Letondal, J.-A. Manseau, J. Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith.

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 66

Drs Aumont (Gérard), Amyot (Roma), Archibald (Edward), Archambault (P.-R.), Attendu (Gérard), Baril (H.), Barry (Gaétan), Bélanger (Léopold), Belisle (L.-P.), Bellerose (A.), Benoît (E.-P.), Bernier (Alph.), Bertrand (Albert), Bertrand (A.), Bonin (Wilbrod), Boucher (S.), Bourgeois (Paul), Boutin (J.-R.), Cantero (Antonio), Chaput (Yves), Charron (Ernest), Delâge (Jean), DeMontigny (Gérard), Desjardins (Edouard), Doré (Réal), Dreyfus (Gilbert), Dubé (J.-E.), Dufresne (Eugène), Dufresne (Origène), Dufresne (Roger-R.), Facquet (J.), Farley (L.), Fauteux (Mercier), Favreau (L.-C.), Ferron (Maurice), Fortier (L.-E.), Fortier (Ls), Gagnier (L.), Gagnon (P..-A.), Gariépy (J.-U.), Gélinas (Henri), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (Léon), Gratton (Armand), Hartmann (Henry), Jutras (Albert), Lafresnière (Gabriel), Lamoureux (Léopold), Lefrançois (Charles), Lemierre (A.), Lemieux (J.-Edouard), LeSage (Albert), LeSage (Jean), LeSage (Jules), Letondal (Paul), Leven (Roland), Lian (C.), Major Manseau (Willie), Marin (Albéric), Martel (J.-Alcide), Martin (Paul), Mercille, Millet (J.-A.), Mongeon (Léo), Morin (Gaspard), Morin (Paul), Mourgue (R.), Mousseau (J.-Alfred), Panneton (Philippe), Paquette (J.-P.), Pariseau (Léo), Parizeau (T.), Pilon (J.-Alcide), Pinsonneault (G.), Poirier (Paul), Poliquin (Paul-A.), Ravina, Riopelle (J.-L.), Roch (Sylvio), Roy (J.-N.), Saint-Jacques (Eugène), Saucier (Jean), Sergent (Emile), Simard (L.-C.), Simard (Raymond), Simard (Roland), Smith (Pierre), Sorrel (E.), Tétrault (Edouard), Winiphen (André).

SOLUTION
de Salicylate de Soude du Docteur CLIN

Sel cristallisé blanc, d'une pureté chimique absolue, assure l'efficacité du traitement salicylé, par voie buccale ou par voie veineuse, sans jamais produire "DE PHÉNOMÈNES D'INTOLÉRANCE".

Dosage rigoureux (2 gr. par cuillerée à soupe).

RHUMATISME
ARTHRITISME
SCIATIQUE

ELECTRARGOL

Argent colloïdal électrique à petits grains, stérile et stable

Constitue la base de la

MÉDICATION ANTI-INFECTIEUSE GÉNÉRALE ET LOCALE

Médecine: Pleurésies, Méningites, Phlébites.

Gynécologie: Métrites, Vaginites.

Chirurgie: Plaies, Suppurations, Fractures Ouvertes, Abcès Superficiels, Phlegmons, Panaris, Abcès du sein, Anthrax.

(**Ampoules** de 5 et 10 c.c.)

- **Collyre Electrargol** en ampoules compte-gouttes stérilisées de 25 c.c., permettant l'instillation nasale ou oculaire dans les meilleures conditions d'asepsie.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE - PARIS

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

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION

des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

•

PRÉSIDENT HONORAIRE

L'honorable J.-H.-A. PAQUETTE,
Ministre de la Santé dans le Cabinet provincial de Québec.

VICE-PRÉSIDENT HONORAIRE

L'honorable Pio.-H. LAPORTE,
Ministre de la Santé dans le Cabinet du Nouveau-Brunswick.

DIRECTEUR-GÉNÉRAL

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

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

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

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

R.-E. VALIN
D. MARION
J.-A. JARRY
J.-H. LAPOINTE
Arthur RICHARD

•

COMITÉ DU XVe CONGRÈS

J.-H. LAPOINTE, Président
B.-G. BOURGEOIS, 2e Vice-président
J.-R. BÉLISLE, 3e Vice-président
R. LAROCHELLE, 4e "
A. GRANGER 5e "
A. RICHARD, Secrétaire
J.-M. LAFRAMBOISE, Trésorier

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

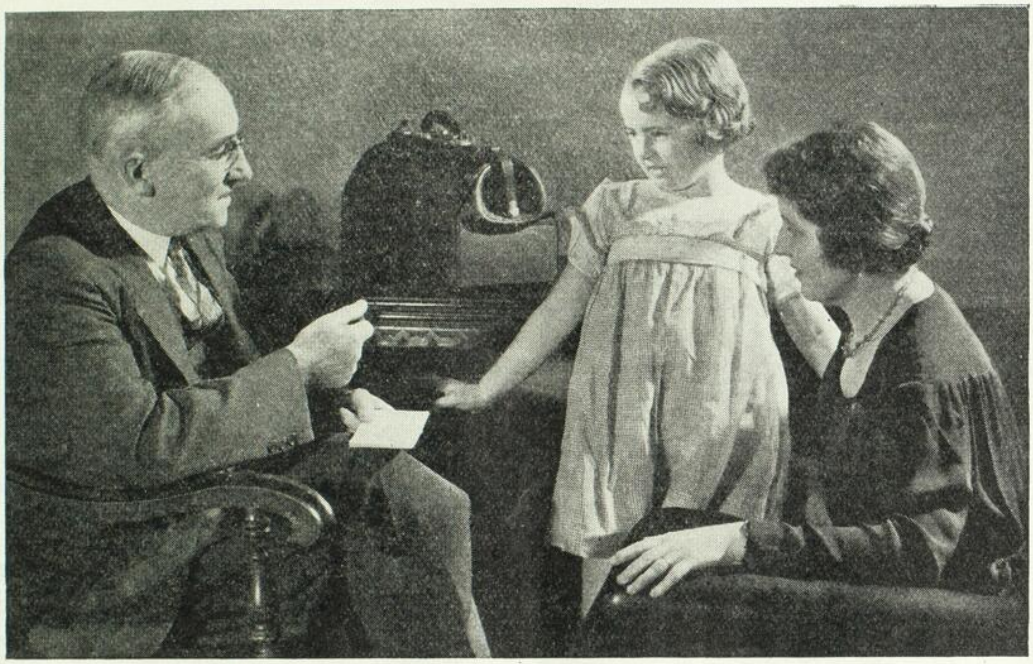
J.-E. DUBÉ — A. VALLÉE — Albert LeSAGE — P.-C. DAGNEAU
R.-E. VALIN — Albert PAQUET — J.-A. JARRY

•

MEMBRES DU CONSEIL

BAUDOUIN, J.-A., 23, Springrove, Montréal . . (1940)
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta . . . . (1942)
BELISLE, J.-R., Hull . . . . . (1942)
BERTRAND, F., Sherbrooke . . . . . (1940)
BIBAUD, B., Valleyfield . . . . . (1940)
BOURBEAU, L.-A., Val d'Or, Abitibi . . . . (1942)
BOURGEOIS, B.-G., 418 est, Sherbrooke, Montréal .
COLLIN, Donat, Saint-Boniface, Manitoba . . . (1942)
CREPAULT, A.-Z., 403 est, Sherbrooke, Montréal . (1940)
DAGNEAU, P.-C., 4, rue Collins, Québec . . .
DE BLOIS, Chs, Trois-Rivières . . . . . .
DUBE, J.-E., 454 est, Sherbrooke, Montréal . .
DUBE, L.-F., Notre-Dame du Lac, Témiscouata . (1942)
DUMAS, F.-A., Edmonton, Alberta . . . . . (1942)
DUMONT, C.-E., Campbellton, N.-B. . . . . (1940)
FALCON, A.-J.-B., Pawtucket, R.-I. . . . . (1940)
FONTAINE, J.-F.-A., Woonsocket, R.-I. . . . (1942)
GATIEN, J.-F.-A., 4765, Adam, Montréal . . . (1942)
GAUDET, Richard, Sherbrooke . . . . . (1940)
GAUTHIER, P.-P., 47, Hazelwood, Montréal . . (1942)
GIROUARD, J.-A., 19, Union, Willimantic, Conn. . (1942)
GRANGER, Amédée, Canal Bank Bldg., N.-O., La. .
JARRY, J.-A., 7718, Saint-Hubert, Montréal . .
LACASSE, G., Sénateur, Tecumseh, Ont. . . . (1942)
LAFRAMBOISE, J.-M., 692, Saint-Patrice, Ottawa . (1942)
LAPOINTE, J.-H., 163, Laurier, Ottawa . . . .
LAROCHELLE, J.-E., Manchester, N.-H. . . . . (1940)
LAROCHELLE, R., Biddeford, Maine . . . . . (1942)
LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal . . . . (1940)
LeSAGE, Albert, 260, Carré Saint-Louis, Montréal .
MARION, D., 326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal
MATHE, P.-C., 450, Sutter, San Francisco . . . (1940)
MAYNARD, Oswald, 73, West Pearl, Nashua, N.-H. (1942)
MELANÇON, W., Drummondville . . . . . (1942)
MERCIER, O., 943, Cherrier, Montréal . . . . (1940)
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. (1940)
NORMAND, Hudon, Trois-Rivières . . . . . (1942)
PAQUET, Albert, 71, Sainte-Anne, Québec . . .
PERRAS, J.-E., Hull . . . . . (1940)
PHENIX, Georges, Saint-Jean . . . . . (1940)
PIETTE, Ed., Joliette . . . . . (1942)
PLOUFFE, R., 772, Villeray, Montréal . . . . (1942)
PROVENCHER, Gustave, Granby . . . . . (1942)
RICHARD, A.-L., 168 est, Laurier, Ottawa . . . (1942)
ROY, G.-E., Nicolet . . . . . (1940)
SAUCIER, Jean, 300 est, Sherbrooke, Montréal . (1940)
SAVOIE, L.-P., Roberval . . . . . (1942)
SMITH, Pierre, 418 est, Sherbrooke, Montréal . (1940)
SAINT-JACQUES, E., 110 ouest, Pr.-Arthur, Mntrl (1940)
TANGUAY, R., Sudbury, Ont. . . . . (1942)
TASSE, C.-E., Worcester, Mass. . . . . (1940)
TRUDEL, J.-J., Winnipeg, Manitoba . . . . . (1942)
VALIN, R.-E., 165 est, Laurier, Ottawa . . .
VIDAL, J.-A., 454 est, Sherbrooke, Montréal . . (1940)
VIGER, J.-A., Saint-Hyacinthe . . . . . (1940)
VOORHYES, R.-D., Lafayette, La. . . . . (1942)

BEWON stimule l'appétit



ELIXIR 'BEWON' de WYETH

L'élixir "Bewon" de Wyeth est un dosage de Vitamine B_1 cristalline, très agréable au goût, destiné à remédier et à prévenir l'anorexie due à l'insuffisance de Vitamine B_1 dans le régime.

Puisque l'organisme a peu de pouvoir pour garder en réserve la Vitamine B_1, l'administration quotidienne de l'elixir "Bewon" de Wyeth fournit une provision régulière et ininterrompue de cette vitamine sans déranger en rien la routine du régime normal.

Chaque once fluide de l'elixir "Bewon" est titrée de façon à contenir 500 unités Internationales de Vitamine B_1 (thiaminchloride). Se vend en bouteilles de 16 onces.

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED

WALKERVILLE, ONTARIO

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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

•

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

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

•

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

•

COLLABORATION: Seuls les travaux inédits sont acceptés.

•

MANUSCRITS: Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne.

IODASEPTINE

CORTIAL

•

INDICATIONS:

IODASEPTINE (Simple)

AMPOULES

RHUMATISMES CHRONIQUES

TUBERCULOSE

ACCIDENTS TERTIAIRES DE LA SYPHILIS

MYCOSE, PALUDISME

HYPERTHYROÏDIE

•

GOUTTES

ADÉNOPATHIES (de l'enfance)

TROUBLES DE CROISSANCE

HYDRAMNIOS DE LA GROSSESSE

IODASEPTINE (Salicylée)

•

POUSSÉES ÉVOLUTIVES DU RHUMATISME CHRONIQUE

RHUMATISMES SUBAIGUS ET AIGUS

•

Supplée le traitement salicylé intensif souvent mal toléré et qui ne peut être continué longtemps.

TOLÉRANCE PARFAITE.

•

DEUX FORMES:

Ampoules 5 cc. — Gouttes

LABORATOIRES CORTIAL · PARIS

Concessionnaires pour le Canada:

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

1215, rue Saint-Denis **Montréal**

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

Nous n'acceptons pas des négatifs de clichés.
Chaque illustration doit porter au verso le nom de l'auteur et les photographies devront être claires, de préférence noires et sur papier glacé.

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

•

EXTRAITS: L'auteur peut obtenir des extraits pourvu qu'il signe la formule accompagnant la galée et qu'il en assume les frais.
Tous changements du texte de la galée entraînent des frais supplémentaires pour l'auteur.

•

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

	4 pages	8 pages	16 pages	32 pages
100	$3.00	$ 5.00	$ 7.50	$12.50
200	3.75	6.00	11.00	18.00
500	5.50	10.50	17.00	26.50
1000	7.75	15.00	23.15	33.00

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

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

100	$ 5.00
200	6.50
500	11.00
1000	18.50

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

SILICRINE

Pour favoriser une digestion complète stomacale, pancréatique et intestinale

La Poudre Silicrine est une combinaison de Trisilicate de Magnésie et des ferments Entérokinase et Prosécrétine pour établir une digestion complète, stomacale, pancréatique et intestinale.

Silicrine par sa formule, possède une supériorité d'efficacité plus définie et plus radicale sur la poudre de Trisilicate de Magnésie seule, pour procurer une digestion totale.

Trisilicate de Magnésie:

Le Trisilicate de Magnésie est un composé synthétique ayant comme base la Magnésie et la Silice sous la forme de colloïdal de dimensions très minimes et 15 fois plus actif pour le bleu méthylène in vitro que le kaolin colloïdal le plus raffiné qu'il soit possible de trouver dans le commerce.

Ferments Entérokinase et Prosécrétine:

Ces deux ferments sont transformés en sécrétine active par l'action de l'acide hydrochlorique de l'estomac; leur principale fonction est de stimuler les glandes du Pancréas et de l'intestin pour accélérer leurs sécrétions, afin de faciliter toutes digestions.

Action:

La Poudre Silicrine, grâce à sa composition, procure une digestion complète, la magnésie et la silice absorbent le surplus d'acide gastrique dans l'estomac; les ferments Entérokinase et Prosécrétine continuent d'aider la digestion en activant la sécrétion des glandes du Pancréas et de l'intestin.

Propriétés Médicinales:

Ulcères peptiques, Insuffisance intestinale, Urticaire chronique, Troubles digestifs du diabète pancréatique, Dyspepsies pancréatiques, Gaz d'estomac, Hyperacidité, Vomissements chez les femmes enceintes et autres cas de déficience d'une digestion complète.

Toxicité:

La Poudre Silicrine est une combinaison non toxique et ne peut atténuer l'acidité du suc gastrique en bas de son point normal, si une trop grande dose est donnée, elle est évacuée par l'intestin. La poudre Silicrine étant insoluble ne peut accroître la réserve d'acali du corps; même l'absoption d'une forte dose pendant une longue période ne fait pas varier l'acidité de l'urine.

Mode d'Emploi:

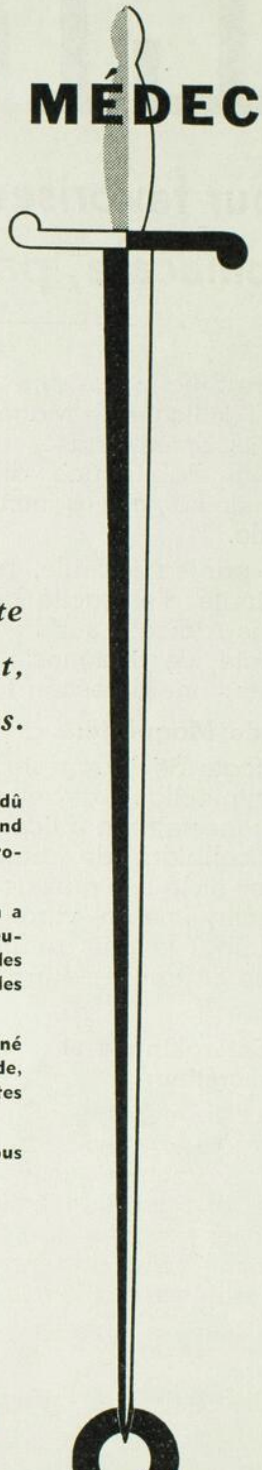
Une cuillerée à thé dans ½ verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

Préparé par

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE

30 EST, RUE SAINT-PAUL, MONTRÉAL

UN ÉVÈNEMENT EN MÉDECINE!



Découverte
d'un antiseptique puissant,
non toxique et qui n'irrite pas les tissus.

Dans sa lutte contre les infections, la science médicale a dû depuis longtemps faire face à un sérieux problème. Un grand nombre des plus puissants germicides sont toxiques et corrosifs, ce qui empêche leur emploi à des doses effectives.

Mais la solution de ce problème est maintenant trouvée. On a découvert en Angleterre un antiseptique qui a subi les épreuves de la clinique durant de longues années, qui détruit les germes d'une façon positive et que l'on peut employer à des concentrations élevées. C'est le "Dettol".

Cet antiseptique a un coefficient phénol de 3.0, déterminé d'après l'essai de Laboratoire d'hygiène. Liquide limpide, d'odeur agréable et ne tachant pas, le "Dettol" réunit toutes les qualités de l'antiseptique idéal.

Ce produit se vend maintenant au Canada. On obtiendra tous les détails désirés en écrivant à

RECKITTS (OVER SEA) LIMITED
Service des produits pharmaceutiques
MONTRÉAL, P. Q

'DETTOL'

L'ANTISEPTIQUE MODERNE



HEMOSTERINE irradiée

COMPOSITION: VITAMINE D 12,000 unités standard internationales.

Hématies	8 Gm.	Chlorure de Calcium	0.4 Gm.
Thymus	20 Gm.	Glycérophosphate de Fer	0.2 Gm.
Surrénales	4 Gm.	Excipient, Q. S. P.	150 cc.

TRAITEMENT DES TROUBLES DU MÉTABOLISME CALCIQUE ET DES AVITAMINOSES D

Présentée sous forme de sirop, absolument exempt d'huile, et d'un goût très agréable, l'Hémostérine irradiée est un produit de choix pour les enfants et les patients délicats.

DOSE: Adultes: 3 cuillerées à dessert par 24 heures. Enfants: 1 à 3 cuillerées à thé par 24 heures

Littérature et échantillons sur demande.

ANGLO-FRENCH DRUG Cie, 354 est, rue Sainte-Catherine, MONTREAL

ONGUENT ANALGÉSIQUE
ET ANTIPRURIGINEUX

NUPERCAINAL
"CIBA"

Le **Nupercainal,** pommade onctueuse et douce, facile à appliquer, facile à enlever par essuyage ou lavage à l'eau tiède, met à la disposition du médecin un moyen maniable d'analgésie par applications externes des lésions douloureuses ou prurigineuses de la peau et des muqueuses.

INDICATIONS:

Brûlures, coups de soleil, eczémas, macérations de la peau, décubitus, ulcères, prurit anal et vulvaire, fissures anales, hémorroïdes, etc.

Tubes d'une once — En pots d'une livre

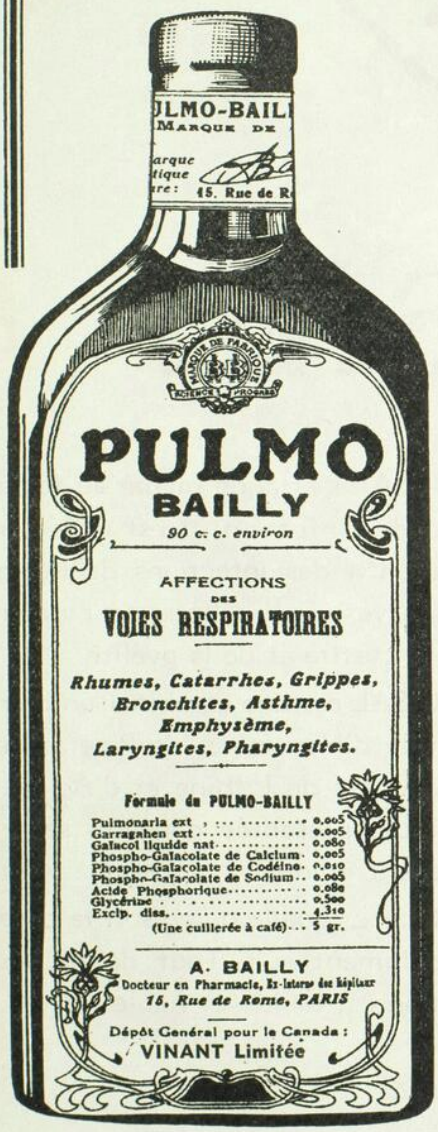


CIBA

759 Victoria Sq., Montreal.

PULMO-BAILLY

BASE ACTIVE DE COMPOSITION ET D'ACTION DÉFINIES ET CONSTANTES :
PHOSPHO-GAÏACOLATE DE CODEÏNE



LES TOUX, RHUMES ET CATARRHES SAISONNIERS relèvent d'une réaction et d'une infection des voies respiratoires qu'il faut localiser et supprimer.
LES TOUX PERSISTANTES DE LA BELLE SAISON, témoignent de lésions chroniques broncho-pulmonaires qu'il faut cicatriser.

LE PULMO-BAILLY

PAR L'IMPRÉGNATION ANTISEPTIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES :

S'OPPOSE à l'extension et **COMBAT** l'infection, **DECONGESTIONNE** la muqueuse, **MODIFIE** les secrétions, **SUPPRIME** la toux et l'expectoration.

PAR SON PHOSPHORE ORGANIQUE DIRECTEMENT ASSIMILABLE :

EXALTE les réactions de défense de l'organisme et les fonctions de nutrition.

LE PULMO-BAILLY

EST LA MÉDICATION COMPLÈTE DE BASE DES AFFECTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE ET DES INFECTIONS GRIPPALES.

1 CUILLER A CAFÉ AU MILIEU DES REPAS

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

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

FIABLE **EFFICACE**

SÛR

URASAL

- URASAL est un antiseptique urinaire, non-toxique, qui agit vraiment comme l'éclair. La présence de la formaldéhyde peut être démontrée dans l'urine en 11 minutes.
- URASAL dissout l'acide urique et soulage les douleurs du rhumatisme, goutte et sciatique. Il est depuis longtemps employé dans le traitement de la pression artérielle et de l'auto-intoxication générale.
- URASAL s'attaque même au foyer caché de l'infection. Il est utile comme préventif des infections de l'urine et de la vessie. Il débarrasse rapidement de la cystite et de la pyélite.
- URASAL est une combinaison bien balancée d'Hexamine, de Piperazine, de Carbonate de Lithine et d'Acide Benzoïque, présentée dans un sel effervescent granulé.
- URASAL, quelle qu'en soit la dose, est absolument sûr. Tout de même son action est rapide et fiable.

FRANK W. HORNER LIMITED

Montréal - Canada

Échantillon généreux fourni sur demande.





RUSH CALL

L'APPEL D'URGENCE

APRES UNE NUIT BLANCHE POUR UN ACCOUCHEMENT

Sortir encore à la hâte. Le garçon Barnes est malade. Seulement un demi-déjeuner. Et comme votre tête fait mal! Très souvent le médecin qui est harassé, dont les nerfs sont tiraillés et les muscles fatigués peut employer un bon calmant qui, cependant, ne doit pas embrouiller les facultés mentales.

Bromo-Seltzer apporte un SOULAGEMENT RAPIDE

Bromo-Seltzer est un des calmants modernes des plus efficaces. Des expériences cliniques ont démontré son efficacité à soulager rapidement les douleurs d'origine nerveuse. Bromo-Seltzer est un composé qui procure le maximum d'analgésie avec un dosage minimum.

Bromo-Seltzer empêche la transmission de la douleur aux centres supérieurs, ainsi l'activité mentale ne s'en trouve aucunement gênée. Au contraire, Bromo-Seltzer agit comme léger stimulant des facultés mentales. Les citrates donnent à Bromo-Seltzer son agréable effervescence et en font un splendide alcalin.

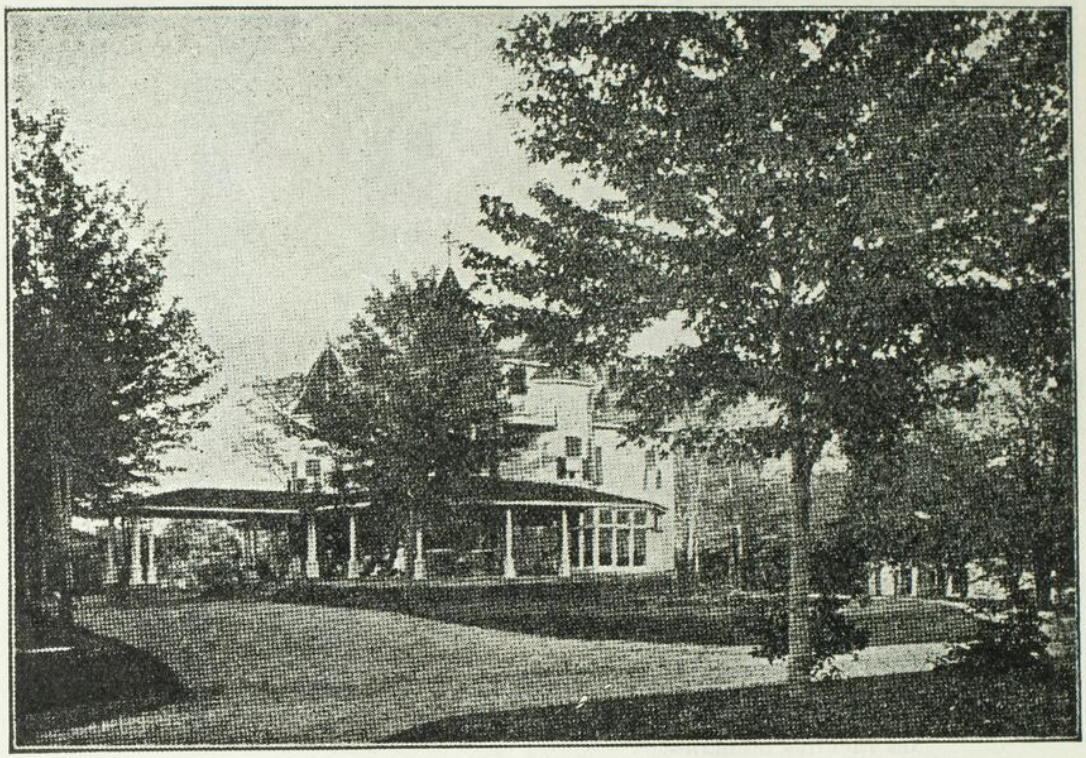
Bromo-Seltzer mérite votre essai personnel. Vous pourrez alors juger par vous-même que vous pouvez recommander ce produit scientifique à vos patients.

Pour échantillons de Bromo-Seltzer écrivez simplement à:



BROMO-SELTZER LTD.
TORONTO - - CANADA

SANATORIUM PRÉVOST
INCORPORE



ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

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

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

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

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

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



UTILISATION INTÉGRALE

assurée quand la vitamine D est incorporée au lait.

Le Drisdol, en solution de glycol propylénique, se diffuse rapidement et uniformément dans le lait.
Le Drisdol n'est autre chose que la vitamine D_2 cristallisée pure. Son dissolvant, le glycol propylénique chimiquement pur, n'est pas toxique aux doses minimes employées dans la méthode thérapeutique qui utilise la vitamine D. Il se dissout facilement dans le lait et les préparations lactées, sans en modifier le goût.

Dose moyenne pour les bébés: 2 gouttes par jour, dans du lait.

Le Drisdol en solution de glycol propylénique est présenté en flacons de 5 cc. et 50 cc., munis d'un stilligoutte spécial (250 unités internationales de vitamine D par goutte).

Demandez la notice et un échantillon.

DRISDOL

Marque déposée au Canada et aux E.-U. d'A.

Vitamine D_2 cristallisée

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté

Laboratoires et préparation à Windsor, Ontario.

Bureaux à Montréal (réception de MM. les Médecins et Pharmaciens): Immeuble « Dominion Square ».

Innovation !

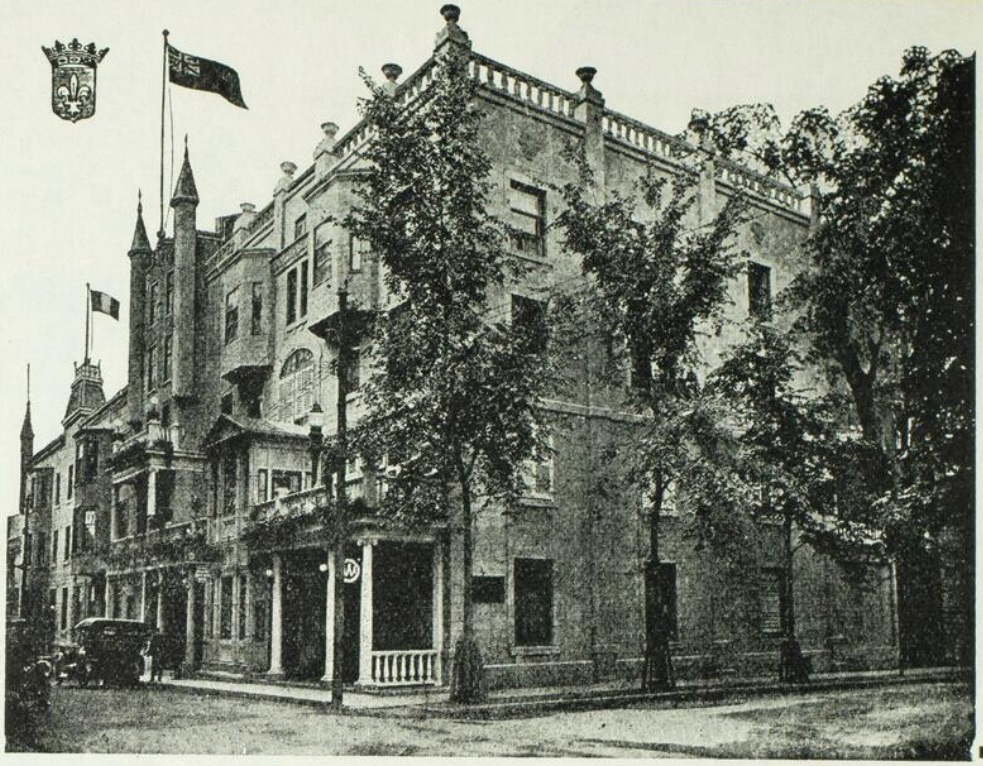
DRISDOL et VITAMINE A EN CAPSULES

•

Chaque capsule contient 1,000 unités internationales de vitamine D et 10,000 unités internationales de vitamine A.

Boîtes de 25 et 100 capsules.

FONDÉ EN 1896 PAR LE DOCTEUR DE BLOIS



SANATORIUM DE BLOIS

225, boulevard Laviolette, **TROIS-RIVIÈRES, Qué.**

Maison de repos, de régimes et de convalescence
Affections nerveuses en général

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

PRIX MODÉRÉS

DEUX MÉDECINS RÉSIDENTS ET PLUSIEURS MÉDECINS CONSULTANTS.

Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

Médecin-directeur,
Dr CHARLES DE BLOIS,

●

Directeur-adjoint,
Dr GEORGES DE BLOIS,

TROIS-RIVIÈRES, P. Q.
Téléphone, 3420

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

PROSPECTUS SUR DEMANDE

PROVEINASE

MIDY

"RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE"

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

2 à 6 comprimés par jour.

LABORATOIRES MIDY - PARIS

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

TÉNÉBRYL GUERBET

Di-iodométhane sulfonate de sodium

•

Urographie intraveineuse

Ampoules de 20 cc. titrées à 40%

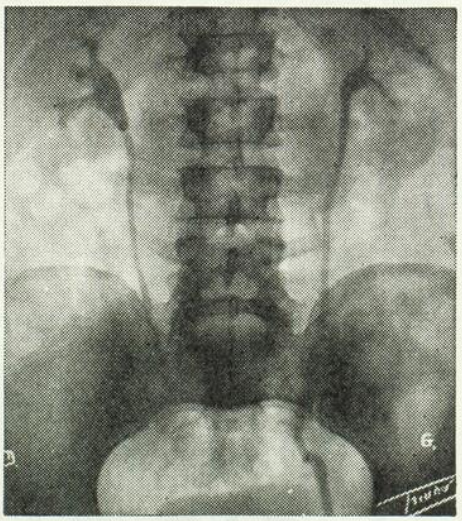
•

Pyélographie instrumentale
Explorations diverses

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

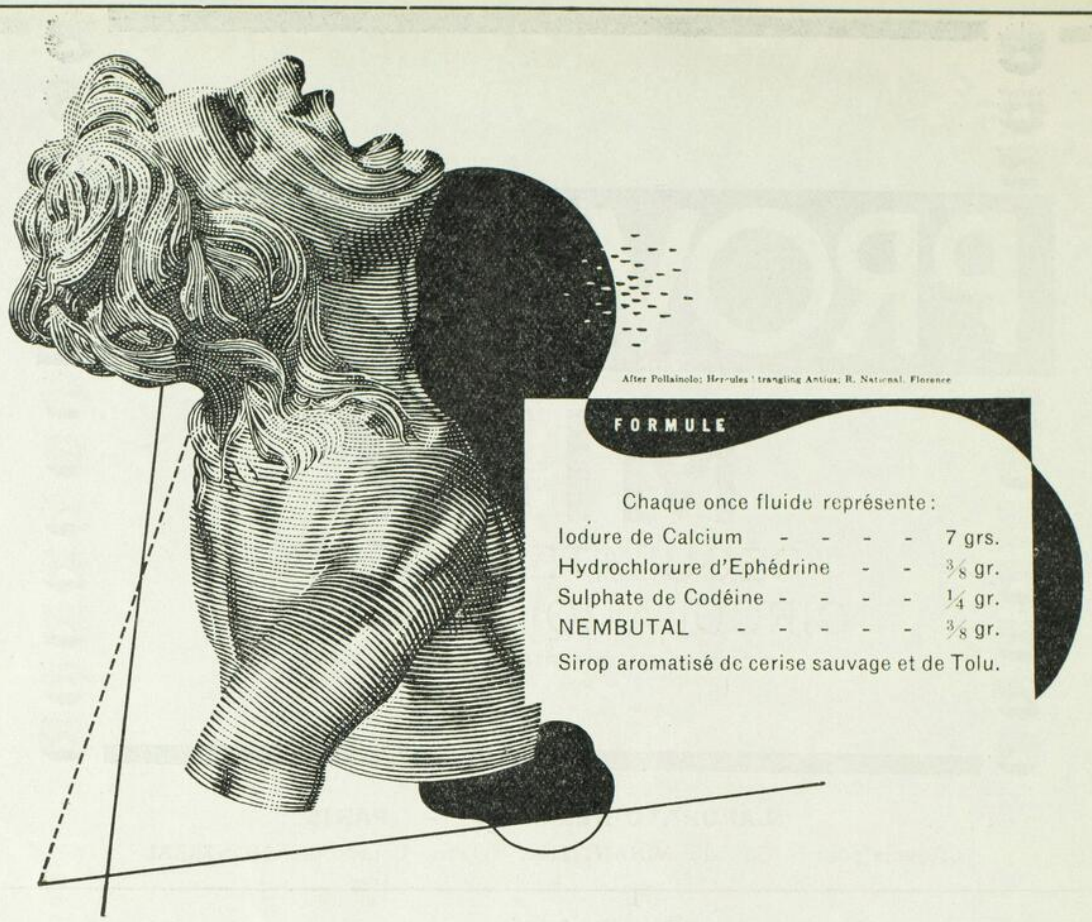
•

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



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

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



SÉDATIF DE LA TOUX EFFICACE

Avec ses quatre agents actifs, le Sirop de Calcidrine (Abbott) représente le sédatif de la toux efficace possédant les propriétés antispasmodiques les plus marquées. Le pourcentage élevé d'iode qu'il contient sous forme d'iodure de calcium le classe au dessus des expectorants et sédatifs de la toux communément employés. Les effets combinés de l'iode et du calcium ainsi que l'action synergique de l'Éphédrine, du Nembutal et de la Codéine peuvent être utilisés avec le plus grand succès dans le traitement des infections bronchiques, plus particulièrement dans les cas où le sommeil du patient est compromis par une forte toux.

Exceptionnellement bien toléré, exempt des troubles gastriques et autres effets désagréables, le Sirop de Calcidrine est très agréable au goût. Présenté en flacons de 4 oz., 16 oz., et 80 oz.

Échantillon et littérature sur demande.

LABORATOIRES ABBOTT LTÉE, 388, ST-PAUL OUEST, MONTRÉAL

CALCIDRINE ABBOTT



IN MEMORIAM

GASTON LEFÉBURE DE BELLEFEUILLE

1882-1938

La famille Lefébure de Bellefeuille est originaire de Rennes en Bretagne. Elle apparaît dans l'histoire du Canada avec le XVIIIe siècle, car c'est en 1700 que séjourna à Plaisance, dans l'île de Terreneuve, Jean-François, officier de marine.

Ce premier de Bellefeuille ne fit pas un long séjour en Amérique; mais son frère Thomas, vers la même époque, s'établit en Acadie. Ce qu'il était, ce qu'il y fit n'est pas connu, mais deux de ses fils entrent de plain-pied dans notre histoire.

L'aîné, Georges, lieutenant de frégate, ravitaille avec son vaisseau La Mutine, sous la barbe des Anglais, Louisbourg assiégé en 1755 et 1756. Le second, François, marin comme son frère, s'établit dans la baie des Chaleurs, devient seigneur de Pabos, où il organise des pêcheries considérables pour l'époque. Malheureusement pour lui, la flotte de Louisbourg, passant par là en 1758 pour aller assiéger Québec, détruit les pêcheries de François et le forcent à s'enfuir. Son bâteau fait naufrage sur les côtes du Nouveau-Brunswick, ce qui lui fait perdre le reste de ses biens. Il vient alors s'établir aux Trois-Rivières et gagne sa vie et celle des siens avec une goélette qu'il naviguait sur le fleuve Saint-Laurent.

Le fils de ce François, Antoine, né en 1755, mort en 1816, officier, se distingue au siège du fort Saint-Jean, épouse en 1793 Louise-Angélique, fille du lieutenant-colonel Lambert-Dumont, seigneur des Mille-Isles, et s'établit à Saint-Eustache.

C'était, cet Antoine, un homme prolifique; il eut dix enfants. Un de ses fils, établi aux Etats-Unis, maria sa fille au lieutenant-colonel de Lotbinière-Harwood, seigneur de Vaudreuil. Deux autres fils furent prêtres: l'un sulpicien et missionnaire, voyagea au Témiscamingue, dans l'Abitibi, à la Rivière Rouge, et finit par mourir du typhus en 1838 à Montréal; l'autre fut curé de Lavaltrie. Enfin, Joseph, né en 1803, reçu notaire en 1828, s'établit sur la seigneurie paternelle, à Saint-Eustache et y exerça sa profession. Sa fille, Caroline-Angélique, épousa le lieutenant colonel Charles-Eugène Panet. Un fils, Joseph-Edouard, avocat, fut créé chevalier de Saint-Jean de Jérusalem, pour avoir organisé le détachement de zouaves canadiens qui s'en alla défendre le pape à Rome. Il vivait l'hiver à Montréal et l'été à Saint-Eustache, c'est le père du docteur Gaston Lefébure de Bellefeuille.

Cet aperçu généalogique nous aide à comprendre les allures et le caractère de notre confrère décédé. C'était d'abord un Breton; la tête forte, plantée sur des épaules carrées, révélait son origine. Il était d'ailleurs têtu, comme le sont tous les Bretons, et rude, lorsqu'il le fallait. Mais il était aussi de descendance noble, et l'affinité de sa race se montrait dans la finesse de son sourire, dans la pénétration de son esprit et dans cette politesse native qui ne le quittait jamais. Comme son grand-père notaire, comme son père avocat, le docteur Gaston Lefébure de Bellefeuille savait tenir honorablement son rang. Mais il n'avait rien renié de ses traditions familiales, et son meilleur délassement, son plaisir le plus vif, c'étaient les courses nautiques qu'il faisait avec les siens sur nos lacs, nos rivières et notre beau fleuve Saint-Laurent. Et nous allons voir que dans la carrière professionnelle qu'il avait choisie, il a su, comme ses ancêtres, conduire sa barque avec la compétence nécessaire et éviter les écueils dangereux de la psychiatrie.

D'où lui vint sa vocation médicale, c'est assez difficile à dire. Peut-être son grand-père

maternel, médecin pendant des années à l'Hôtel-Dieu, le docteur MacConnell, n'y fut-il pas étranger. Le docteur Gaston lui-même, atteint dans sa jeunesse de paralysie infantile, en avait conservé une claudication qui lui inspira peut-être de la sympathie pour les victimes des maladies infectieuses. Quoi qu'il en soit, ce fut la profession médicale qu'il choisit, et nous le trouvons, vers 1905, interne à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, où le professeur Georges Villeneuve était alors surintendant. L'encouragement de ce premier maître, la sympathie des religieuses qui attachèrent le jeune médecin à leur institution et lui construisirent, sur le terrain de leur hôpital, une maison qu'il habita douze ou quinze ans, fixèrent définitivement la carrière du docteur Gaston Lefébure de Bellefeuille, et lui donnèrent comme champ d'action le vaste domaine des maladies mentales. C'est ainsi que notre confrère s'engagea dans la voie qui devait faire de lui l'aliéniste distingué que nous avons connu.

Doué comme il l'était, il ne faut pas s'étonner qu'il ait si bien réussi. La race, d'ailleurs, devait parler chez lui. Tenace et fier, il se fit un point d'honneur de vaincre les difficultés de la spécialité qu'il avait choisie. Gentilhomme cultivé, respectueux des traditions, loyal par tempérament, il entraînait à sa suite la sympathie et le respect. Ennemi de la réclame, modeste autant que bien renseigné, il devint un expert recherché, et nous voyons son nom figurer dans plus d'un procès célèbre. Ottawa même fit appel à son savoir. Chose curieuse, il refusa toujours d'aller à Toronto; je suppose qu'il n'avait pas oublié son ancêtre, Georges Lefébure de Bellefeuille, le ravitailleur de Louisbourg, qui fut deux ans prisonnier en Angleterre; ni cet autre ancêtre, François Lefébure de Bellefeuille, que les Anglais ruinèrent à Pabos. Ce sont des choses qu'on n'oublie pas dans les familles.

Enfin, et c'est par là peut-être que j'aurais dû commencer, Gaston Lefébure de Bellefeuille s'initia à l'enseignement médical dès 1911, où nous le trouvons assistant à la clinique des maladies mentales. Sur ce terrain également, il fit sa marque. Suppléant à la clinique en 1919, il devint en 1928 professeur titulaire de clinique des maladies mentales et publia en 1933 son Manuel de Technique Psychométrique. C'est avec une carrière aussi bien remplie qu'il devait non seulement entrer au Conseil, mais encore, en juin 1938, faire partie de l'Exécutif de la Faculté.

Le docteur Gaston Lefébure de Bellefeuille est mort jeune. Sa mort soudaine et prématurée interrompt brusquement une brillante carrière, prive la Faculté d'un conseiller prudent et judicieux, fait perdre à nos élèves un professeur sympathique et bienveillant, et désole tous ses amis et tous ceux qui l'ont connu un peu intimement. Souhaitons que les qualités qui distinguaient le docteur Gaston Lefébure de Bellefeuille se retrouvent chez ceux qui lui succéderont. C'est ce qu'il semble avoir lui-même désiré, puisque une clause dans son testament lègue à celui qui le remplacera dans sa chaire le costume universitaire qu'il portait dans nos réunions. C'est une belle pensée, tout à fait digne du professeur respectueux de la science qu'était le docteur de Bellefeuille; c'est en même temps un beau geste, où se marque le caractère distingué d'un gentilhomme qui pensait à l'avenir de sa race et de sa Faculté et ne négligeait rien pour l'assurer.

E.-P. BENOIT.

BULLETIN

LE TROISIÈME CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE FRANCO-AMÉRICAINE

L'Association médicale franco-américaine tenait à Worcester, dans le Massachusetts, le 5 octobre dernier, les assises de son troisième congrès annuel. Soixante-sept médecins franco-américains des états de la Nouvelle-Angleterre avaient répondu à l'appel. Neuf médecins du Canada figuraient soit à titre d'invités, soit à titre de participants.

Cette journée médicale comportait une matinée clinique à l'hôpital Saint-Vincent; une séance consacrée à quatre communications dans l'après-midi, et un banquet suivi de quatre discours.

Comme ce bulletin n'est pas à proprement parler un reportage, je me contenterai de signaler brièvement les titres et les auteurs des communications pour souligner avec un peu plus d'insistance l'esprit et la leçon de ce congrès.

Le Dr Raymond Savignac parla de la manifestation allergique qu'est l'asthme des foins; l'auteur de ces lignes indiqua les diverses pathogénies des convulsions infantiles; le Dr Oscar Mercier commenta un excellent film sur la chirurgie des rétrécissements traumatiques de l'urètre; le Dr Léopold Nègre, de l'Institut Pasteur de Paris, parla de la vaccination anti-tuberculeuse. Une bonne discussion suivit la plupart des travaux.

*
* *

Pour ceux qui n'ont pas l'occasion de voyager fréquemment aux Etats-Unis, et, en général, pour ceux qui ne connaissent pas le milieu médical franco-américain, il importe de proclamer immédiatement que la langue française continue de se parler chez nos frères américains, sinon parfaitement, du moins très proprement. Cette survivance assez extraordinaire n'a qu'une explication: la lutte. Il n'est pas aisé pour nos confrères franco-américains de continuer sans défaillances aux Etats-Unis la pratique du français. Oh! il y a bien quelques fléchissements, mais dans l'ensemble ces omissions sont encore rares. Dans ce pays, le français est la langue d'une faible minorité, — environ 3 millions sur 120; or, cette infériorité numérique a créé l'entêtement légitime à persévérer, la nécessité de l'effort, et, pour arriver aux beaux résultats d'aujourd'hui, le développement et le maintien de l'esprit de corps. Woonsocket et Fall River, pour

ne citer que deux exemples qui me sont mieux connus, sont d'éloquents témoignages de cette opiniâtre détermination.

Nos confrères consentent l'effort de parler français toutes les fois qu'ils savent qu'ils seront compris. Ils se sont unis en associations dans la plupart des états où ils sont en nombre suffisant pour qu'une société médicale soit réalisable. Ils tiennent à leur héritage français, parce qu'on ne leur ménage pas les brimades et les vexations. Ils parleront français tant qu'ils sentiront de l'opposition à ce qu'ils s'expriment dans cette langue.

Il est probable que le jour où leurs coreligionnaires de langue anglaise ne leur causeront plus d'ennuis, nos confrères seront sur le point de ne plus parler français. Je laisse cette remarque sans commentaires, de peur de donner l'éveil à quelque savante machination.

Nos amis de la Nouvelle-Angleterre nous offrent encore un spectacle très réconfortant: non seulement ils parlent français, mais encore ils sont unis et ils s'aiment. Ils s'entendent dans leurs travaux et dans leurs projets, parce qu'ils ne perdent jamais de vue le devoir de l'union, la nécessité de la lutte, l'importance décisive d'une concession. Ils accueillent les Canadiens avec effusion. Ils ne les envient pas, parce qu'ils ont appris à aimer leur combat quotidien qu'ils ne changeraient pas contre une trompeuse paix dans la si française province de Québec. Ils sont heureux de nous accueillir parce qu'ils n'ont pas honte de leur œuvre.

*
* *

Les deux invités d'honneur étaient le doyen LeSage et le Professeur J.-E. Dubé. Le Dr LeSage fut le premier orateur du banquet. Son discours a été un plaidoyer en faveur de la personnalité médicale. A cause de l'importance de ce texte très judicieux, j'ai préféré sa reproduction intégrale à mes commentaires maladroits et incomplets. Le Dr Dubé, dont chacun sait l'enthousiasme, a demandé en termes pathétiques, que l'on lût davantage les auteurs français; il a mitigé la véhémence de sa propagande presque raciste en engageant les médecins franco-américains à demeurer de fidèles citoyens américains, mais à qui rien n'échappe de l'évolution médicale française. Le Dr J.-H. Lapointe, d'Ottawa, président du dernier congrès de l'A. M. L. F. A., représentant le Dr Valin, directeur général de l'Association, et invité à ce double titre, plaida une cause gagnée d'avance: l'union des forces, la propagande médicale française.

Continuant la tradition des deux précédents congrès, l'Association médicale franco-américaine a confié le discours-péroraison à une personnalité extra-médicale du Québec. Cette année, elle appela M. Louis Francœur. L'espace restreint réservé à un bulletin ne permet pas les longs commentaires. C'est dommage, car il m'eût été très agréable de faire connaître aux lecteurs de *l'Union Médicale*

jusqu'à quel point un journaliste averti peut bien connaître le milieu médical. Voici, du reste, le thème de l'allocution de M. Francœur: *Cessons de blâmer l'adversaire; blâmons-nous.* Il ne serait pas inutile qu'une revue comme *les Idées* reproduisît le discours complet de M. Francœur, et je souhaite ardemment que l'on donne suite à cette suggestion.

En manière de conclusion générale, les médecins franco-américains ont démontré qu'ils sont une force que nous devons utiliser. Il faut qu'ils nous sentent avec eux. Il faut raffermir l'axe Nouvelle-Angleterre-Canada. Les rapprochements comme celui de Worcester commencent à être consacrés par l'habitude. En attendant les développements d'une aussi vaste collaboration, pensons avec gratitude à ceux qui ont songé à créer l'admirable mouvement vers la Nouvelle-Angleterre, notamment au Dr Marion, et réjouissons-nous devant le fait accompli de la toujours grandissante fraternité médicale française d'Amérique du Nord.

JEAN SAUCIER.

ALLOCUTION DE M. ALBERT LeSAGE, DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVEVRSITE DE MONTREAL.

L'appel que vous avez fait auprès de nous, durant le Congrès d'Ottawa, a été entendu. Cette réunion, de Worcester, en est le fidèle écho; nous comptons sur sa répercussion dans tous les centres canadiens-français et franco-américains, jusque dans la Louisiane, même à Cuba.

Du point de vue scientifique, le Canada est de plus en plus lié avec les Etats-Unis, nos pacifiques et puissants voisins; nous lisons et commentons vos journaux de médecine; nous assistons souvent à vos congrès; nous sommes des membres de vos grandes associations médicales et scientifiques; nous suivons vos cours de perfectionnement; nous visitons, aussi, vos hôpitaux, et plusieurs médecins canadiens-français y ont fait des stages fréquents et prolongés. Nous y dirigeons, même, nos élèves.

D'autre part, l'Institut Rockefeller a créé, il y a plus de quinze ans, une dotation de $25,000 par an en faveur de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, en vue de la stabiliser et de lui permettre, ainsi, d'accomplir certaines réformes utiles dans son curriculum en attendant sa reconstruction, dont nous lui avions préalablement soumis les plans et le site.

Cependant, cette allocation, on nous l'a retirée, il y a quelques années, malgré l'excellence de notre organisation scientifique et hospitalière. Les somptueux édifices de l'Université de Montréal, encore

inachevés, témoignent de nos justes ambitions et attestent notre confiance en l'avenir.

Nous adressons, d'ici, avec votre assentiment et votre appui, une nouvelle requête à ce riche et généreux Patron, celle de nous verser de nouveau, comme jadis, ce libéral octroi, car nous avons tenu nos promesses.

Nous avons, même, sur ses conseils, revisé nos programmes d'études médicales en y ajoutant une année supplémentaire (P.C.N.) entièrement consacrée aux sciences physiques, chimiques et naturelles, comme introduction à l'étude de la médecine.

Bref, du point de vue scientifique, nous avons adopté certaines de vos méthodes, en vue de faire concorder notre enseignement avec celui de vos Universités *classées A. comme nous,* et de faciliter, ainsi, l'admission de nos élèves franco-américains devant les bureaux particuliers d'examens ou d'immatriculation des Etats-Unis.

Vous le voyez: nous nous adaptons rapidement tout en maintenant la continuité dans notre enseignement, car elle n'exclut pas le changement, elle le suppose. Conserver tout en changeant, changer tout en conservant: c'est là une loi fondamentale de la vie anglaise que nous avons adoptée sans discrimination injuste pour les uns et les autres. Si nous avons conservé intactes nos méthodes françaises dans l'enseignement clinique, c'est parce qu'elles répondent le mieux à notre culture latine et à nos aptitudes raciales et qu'elles exigent, de la part du médecin, un effort intellectuel sérieux et prolongé dont le but essentiel, unique, est LE MALADE.

C'est celui-ci, en effet, qui doit faire l'objet de notre enquête; c'est à lui que nous devons, en premier lieu, nous adresser. Un interrogatoire soigneusement dirigé nous mettra souvent sur la voie du diagnostic, sans autre essai. Peu à peu, l'habitude d'une discipline stricte dans la sélection des symptômes, accompagnée des déductions logiques habituelles en pareil cas, apportera les précisions nécessaires que l'on jugera suffisantes en maintes circonstances, car le médecin n'exerce pas toujours dans les conditions exceptionnelles offertes dans les grands centres.

Songeons, aussi, à *la pratique rurale.*

Nous enseignons à nos étudiants que cette première enquête est indispensable et que, seule, elle constitue le fondement principal de l'enseignement clinique en vue d'un diagnostic souvent précis, sinon, probable.

Lorsque nous avons accompli ce premier effort, nous nous adressons au laboratoire pour confirmer ou infirmer notre opinion. Mais nous mettons l'élève en garde contre ce luxe effréné d'analyses et de radiographies inutiles et dispendieuses qui grèvent les budgets de nos hôpitaux ou qui chassent le client sans profit pour l'un ni pour l'autre, surtout pour le médecin partisan du moindre effort. Nous voulons, au contraire, qu'il soit un homme instruit, réfléchi, érudit; qu'il n'abandonne aucune de ses justes prérogatives, bref, que

son savoir et son sens clinique le servent fidèlement avant que les multiples analyses du laboratoire l'incitent à s'égarer, quelquefois, par une interprétation hâtive et hasardeuse des symptômes relevés chez un malade inconnu jusque-là.

Que penser, en effet, de ces diagnostics en chambre, avant un examen préalable, même sommaire, du malade?

Nous enseignons la séméiologie dans l'ordre suivant: *l'examen clinique du malade, en premier lieu; le laboratoire, en second lieu.*

N'est-ce pas cette méthode qui a valu à l'Ecole française d'occuper, depuis si longtemps, le premier rang en médecine, où elle brille encore d'un vif éclat.

N'oublions pas que c'est dans l'intelligence et l'érudition du médecin jointes à une discipline constante et rigoureuse que repose la sécurité du malade, et non, je le répète, dans ces sortes de pèlerinages anonymes et sériés à travers la longue théorie des laboratoires « éclairs », dont j'apprécie hautement la nécessité et l'importance, mais que je relègue au second rang, bien que j'en sois un adepte fervent.

Le véritable médecin doit être, avant tout, un penseur habitué à mesurer le pas lorsqu'il s'agit de la santé ou de la vie d'un malade. Cela veut dire qu'il doit maintenir la culture et les idées générales qui caractérisent la grande médecine.

Je prononce, en ce moment, un plaidoyer général en faveur de la *personnalité du médecin*, afin de lui conserver son autorité et son prestige. N'est-ce pas, là, le point saillant pour nous actuellement?

Observez ce qui se passe autour de vous et vous me donnerez raison.

C'est le but que poursuit l' A. M. L. F. A. N. Cette pensée a été très heureusement exprimée par un ancien président, feu le professeur Arthur Rousseau, de Québec, au Congrès de 1920: « . . . *dépositaire et interprète,* dit-il, *auprès des Anglo-américains, de la pensée française, son rôle d'intermédiaire lui sera une double raison d'être et une double garantie de survie.* »

On l'a bien compris, en France. Ecoutez ce que disait, à Montréal, en 1930, à la séance inaugurale du Congrès, le professeur Roussy, recteur actuel de l'Université de Paris: « *Vous êtes, dit-il, les zélateurs de nos méthodes d'enseignement et de recherches. Dans cette œuvre de propagande, l'A. M. L. F. A. N. occupe une place de premier rang.* »

Voici donc, Messieurs, exposées très brièvement, les raisons qui motivent votre présence aux Congrès périodiques de l'A.M.L.F.A.N., au Canada, votre collaboration active à *l'Union Médicale*, et notre concours à vos réunions annuelles en attendant l'heure tant désirée où notre Association tiendra l'un de ses futurs Congrès dans l'un de vos centres franco-américains.

Votre grande et démocratique République a accompli tant de choses magnifiques dans ses Universités, ses hôpitaux et son enseignement supérieur; vos mécènes, adroits et ambitieux autant que patriotes, les ont dotés si généreusement que rien ne semble, maintenant, ralentir votre marche à l'étoile. Le groupe imposant de savants étrangers évoluant dans votre orbite, ressemble à une vaste nébuleuse dont la lumière diffuse jusque dans nos lieux et contribue à éclairer notre route.

En marge de vos splendides activités, nous vous prions de tenir compte d'un effort fécond et méritoire: *le nôtre,* au Canada français, malgré nos ressources restreintes.

Balzac dit quelque part, que « *toute puissance est faite de patience et de temps.* »

Ne l'oublions pas en ce qui nous concerne.

Nous vous demandons, avec instance, Messieurs, de maintenir indissolubles les liens qui nous unissent au nom d'une culture millénaire riche de découvertes géniales retentissantes et d'ascensions spirituelles insurpassables. Et vous n'aurez pas démérité de votre seconde Patrie.

C'EST LE VŒU QUE, CE SOIR, NOUS FORMULONS.

MÉMOIRES

LA VACCINATION ANTITUBERCULEUSE PAR LE B.C.G. [1]

Par **Léopold NEGRE,**
de l'Institut Pasteur de Paris.

Il est à l'heure actuelle à peu près universellement admis que la tuberculose n'est pas une maladie héréditaire. Cette affection se contracte surtout dans la première enfance auprès des malades tuberculeux. Le nourrisson est particulièrement exposé, lorsque sa mère est infectée, à cause des contacts étroits qu'il a avec elle. Les mesures sociales prophylactiques en particulier, la séparation de l'enfant du milieu infectant, permettent d'abaisser la mortalité élevée qui se produit chez les enfants élevés par des parents tuberculeux. Mais une séparation peut quelquefois ne pas être réalisable. D'autre part, la source de la contagion n'est pas toujours connue.

La vaccination antituberculeuse a donc une importance capitale pour préserver l'enfant, pendant la période où il est particulièrement sensible, de même que l'adolescent et l'adulte non bacillisés qui présentent la même sensibilité à la tuberculose que l'enfant. Les observations d'Heimbeck et de Scheel (d'Oslo) montrent que les infirmières et les étudiants en médecine à cuti-réaction négative contractent la tuberculose dans les milieux hospitaliers beaucoup plus fréquemment que ceux qui ont une cuti-réaction positive.

Calmette et Guérin ont mis en évidence la résistance à une infection tuberculeuse expérimentale des vaches qui réagissent à la tuberculine, et Marfan a montré que les sujets qui ont eu dans leur enfance une adénite tuberculeuse dont ils ont guéri sont très rarement atteints de tuberculose pulmonaire à l'âge adulte. Puisque l'immunisation antituberculeuse se fait spontanément dans la nature, il y a donc le plus grand intérêt à pouvoir la réaliser artificiellement chez l'enfant et chez ceux qui restent sensibles.

Les injections de bacilles de Koch tués sont inefficaces. Les bacilles incomplètement atténués sont dangereux.

Le bacille de Calmette et Guérin, devenu complètement avirulent par culture sur pomme de terre à la bile de bœuf glycérinée, a perdu tout pouvoir pathogène, tout en conservant les autres propriétés biologiques du bacille de Koch.

On peut à l'heure actuelle affirmer d'une façon absolue que le B.C.G. est complètement inoffensif et incapable de reprendre de la virulence. Les expérimentateurs n'ont jamais réussi par divers artifices de laboratoire à lui faire reprendre son pouvoir pathogène.

Injecté aux animaux de laboratoire par les diverses voies, il les sensibilise à la tuberculine, il leur donne de petites lésions folliculaires qui ne se caséifient jamais et qui guérissent et il leur confère une résistance appréciable à une infection virulente d'épreuve tant qu'il n'est pas éliminé de l'organisme. Il en est de même chez les singes et chez les bovidés.

La vaccination par le B.C.G. des bovidés à leur naissance et leur revaccination chaque année, permet de les préserver dans la très grande majorité des cas de la tuberculose en milieu infecté; mais la condition indispensable est de les séparer de ce milieu à leur naissance, de les vacciner et de ne les remettre en contact que lorsque l'immunité conférée par l'inoculation du B.C.G. est établie.

Weill-Hallé et Turpin ont, dès juillet 1921, effectué les premiers essais de vaccination de l'enfant nouveau-né en lui faisant ingérer du B.C.G. Depuis cette date, plus de 1,500,000

1. Résumé, préparé par l'auteur, d'une communication faite au XVe Congrès de l'A.M.L.F.A.N. Ottawa-Hull, septembre 1938.

enfants ont été vaccinés en France par la voie buccale.

Toutes les statistiques établies par Calmette et ses collaborateurs ont montré que chez les enfants vaccinés par ingestion de B.C.G., la mortalité générale est abaissée de moitié par rapport aux enfants non vaccinés. Beaudoin a fait les mêmes constatations au Canada.

Des travaux récents ont permis d'avoir des résultats encore plus précis en comparant la mortalité par tuberculose des enfants vaccinés par le B.C.G. à leur naissance et élevés en milieu tuberculeux avec celle d'enfants non vaccinés exposés de la même façon. Heynsius van der Berg, Mme Prokopowicz Wierzbowska, W. Park et C. Kereszturi, Alvimar de Carvalho ont montré que, élevés dans les mêmes conditions, les enfants témoins ont une mortalité par tuberculose 5 à 6 fois supérieure à celle des enfants vaccinés.

Les résultats seraient encore meilleurs si les enfants vaccinés avaient pu être séparés des contacts infectants, pendant la période d'établissement de l'immunité conférée par le B.C.G., car certains d'entre eux ont pu se contaminer avant l'apparition de cette dernière.

Les observations, faites en divers points du monde, montrent donc que la vaccination par ingestion du B.C.G., donne une résistance indéniable aux enfants qui l'ont subie.

Malgré ces résultats, certains cliniciens doutent encore de l'efficacité de la vaccination par la voie buccale. Ils lui reprochent de ne sensibiliser les enfants à la tuberculine que dans 20 à 30 pour 100 des cas et ils en concluent que de nombreux enfants ayant ingéré le B.C.G. ne sont pas immunisés. Sans doute aucune méthode de vaccination ne donne des résultats absolus, mais on ne doit pas juger de l'efficacité de la vaccination uniquement d'après l'allergie, qui n'est qu'un bon témoin du degré de fixation dans l'organisme des bacilles ingérés. L'allergie se distingue de l'immunité par certains caractères. Elle apparaît et disparaît avant l'immunité. Des injections de bacilles tuberculeux morts et de bacilles paratuberculeux peuvent la provoquer sans formation d'immunité.

D'autre part, lorsqu'elle ne peut pas être décelée par une cuti-réaction, il est souvent possible de la mettre en évidence par des injections intradermiques de tuberculine à doses croissantes.

Certains auteurs pensent aussi que le B.C.G. ne traverse que très exceptionnellement la muqueuse intestinale.

Cependant nous avons de nombreuses preuves du passage de ce microbe à travers la paroi de l'intestin.

On retrouve du B.C.G. par ensemencement du sang et des organes des enfants vaccinés. Dans la période qui suit la vaccination, les réactions leucocytaires du sang et les lésions transitoires qu'on trouve dans les organes témoignent de l'absorption du B.C.G. par la muqueuse intestinale et de sa fixation dans l'organisme. Du reste, les malheureux accidents de Lubeck montrent que les bacilles ingérés sont bien absorbés.

On peut écarter également, d'après les observations récentes de Sayé et Weill-Hallé, l'hypothèse d'une reprise tardive de virulence du B.C.G.

De nombreux auteurs tendent de plus en plus à employer comme mode d'administration du B.C.G. la voie parentérale de préférence à la voie digestive. Cette méthode a l'avantage sur l'autre de provoquer des réactions allergiques dans un délai plus court et dans une proportion de cas beaucoup plus élevée.

Les doses faibles, 1/100 à 1/50 de milligramme, injectées par voie sous-cutanée suivant la technique indiquée par l'Institut Pasteur confèrent l'allergie au bout de 7 à 8 semaines sans formation de nodules ni d'abcès.

Pour obtenir l'allergie plus rapidement (3 à 4 semaines) il faut, d'après B. Weill-Hallé et L. Sayé, employer des doses plus élevées de B.C.G. par la voie sous-cutanée, 1/6 ou 1/8 de milligramme en deux injections. Ces doses provoquent la formation de nodules et d'abcès quelquefois très volumineux. Ils guérissent rapidement.

Par voie intradermique, l'allergie se produit plus rapidement et avec un minimum de signes réactionnels.

Les doses de 0mg 05 et 0mg 1 de B.C.G. ont constamment provoqué dans les essais de Weill-Hallé et Sayé l'apparition de l'allergie.

Il ressort des observations de Weill-Hallé et Birencwaig de Heimbeck, de Scheel, de William Park et Kereszturi, et de Wallgren que le B.C.G. administré par voie parentérale confère un haut degré de protection contre l'infection tuberculeuse à des enfants et à des adultes exposés à un contact infectant.

Doit-on substituer la vaccination par voie parentérale à la vaccination par voie buccale, parce que dans le premier cas les réactions allergiques apparaissent dans une proportion plus considérable et parce que, dans les essais de W. Park et C. Kereszturi, elle s'est montrée plus efficace (abaissement de la mortalité par tuberculose de 50 pour 100 chez les enfants vaccinés par la voie buccale et de 25 pour 100 chez les enfants vaccinés par la voie parentérale.).

Nous ne le pensons pas, car les statistiques montrent nettement la valeur de la méthode de vaccination par la voie buccale.

Si cette dernière donne des résultats moins réguliers que la méthode par la voie parentérale au point de vue de la proportion des réactions allergiques et de la protection qu'elle confère, elle a l'immense avantage de pouvoir être généralisée grâce à sa simplicité. Il est probable qu'on pourra remédier à ses défaillances en renouvelant plus souvent les prises de B.C.G.

La vaccination par voie parentérale, d'application plus délicate, sera réservée aux sujets qu'on peut suivre de plus près et à ceux qui sont particulièrement exposés. Elle permet de provoquer l'apparition de l'allergie plus rapidement que la méthode par la voie buccale et de déterminer une allergie plus forte.

LES HÉMORRAGIES UTÉRINES FONCTIONNELLES PRÉMÉNOPAUSIQUES

Par **MM. Claude BECLERE** et **Raymond SIMARD** (Paris).

Les hémorragies utérines anormales sont particulièrement fréquentes chez les femmes qui ont dépassé la quarantaine et qui ne sont pas encore complètement ménopausées.

A cette période de l'existence féminine, il existe parmi ces pertes de sang un très grand nombre d'hémorragies qui sont dues au simple trouble du fonctionnement hormonal de l'ovaire, qui souvent précède la ménopause.

Au point de vue pratique, il est très important de reconnaître ces hémorragies purement fonctionnelles, ca ril est inutile de les opérer, il suffit pour les guérir de supprimer par la Rœntgenthérapie le fonctionnement hormonal anormal de l'ovaire. Actuellement, grâce à un syndrome clinique que l'un de nous a décrit [1] et grâce aux résultats des hystéro-salpingographies, il est très facile de poser rapidement et avec certitude ce diagnostic d'hémorragie fonctionnelle préménopausique.

Fréquence

Il est intéressant, tout d'abord, de préciser la fréquence de ces hémorragies fonctionnelles dans l'ensemble de toutes les hémorragies utérines sans lésion clinique évidente, que l'on observe entre l'âge de 40 ans et la ménopause. Pratiquement, c'est dans plus de 60% de ces cas que l'hémorragie est due aux troubles fonctionnels ovariens.

Syndrome clinique pathognomonique

Au point de vue clinique, l'un de nous a montré que chez les deux tiers de ces malades, on observe un syndrome clinique pathognomonique qui permet de poser déjà le diagnostic d'hémorragie fonctionnelle préménopausique.

L'interrogatoire précis et détaillée de la malade révèle, en effet, la triade symptomatique suivante (Claude Béclère).

1°. Le début est brusque et se fait d'un mois à l'autre par un dérèglement complet du fonctionnement menstruel. Jusqu'à l'âge de 45 ans, par exemple, la malade a été très bien réglée et dans la dernière année les règles n'ont été ni plus abondantes ni plus rapprochées. Puis, brusquement, d'un mois à l'autre, elle est complètement déréglée; elle ne sait plus jamais ni quand les règles vont commencer, ni quand elles vont se terminer.

2°. C'est, qu'en effet, les hémorragies menstruelles normales ont complètement disparu. Les règles normales dont la période, la durée et l'abondance sont constantes ont disparu complètement et sont remplacées par des ménométrorragies tout à fait irrégulières. La date d'apparition de ces hémorragies varie en effet chaque mois. La durée de ces ménométrorragies est également variable et oscille habituellement entre 7 et 20 jours.

L'abondance des pertes sanguines change également fréquemment, mais le plus souvent il subsiste entre les ménométrorragies successives des intervalles libres. Pendant une période variable qui oscille le plus souvent entre 1 et 3 semaines, la malade ne perd pas une goutte de sang.

3°. Enfin il existe des phases d'aménorrhée qui vont alterner avec ces phases de ménométrorragies irrégulières.

Pendant 6, 8 ou 10 semaines, il n'existe ni règles ni hémorragies, la malade ne perd pas une goutte de sang, puis tout recommence comme avant et il se produit à nouveau des ménométrorragies irrégulières.

Ces phases d'aménorrhée viennent signer le diagnostic d'hémorragie fonctionnelle d'origine ovarienne. Jamais, en effet, une lésion intra-utérine ne peut provoquer l'arrêt momentané des règles.

1. Claude Béclère: « Les hémorragies utérines avant et après la ménopause. » (Préface du docteur Jean Quenu). 1 vol. de 209 pages et 68 figures (1936) chez Masson & Cie., éditeurs.

Diagnostic par l'hystéro-salpingographie

Que ce syndrome caractéristique existe ou qu'il n'existe pas, il est nécessaire de vérifier par l'hystérographie le diagnostic étiologique. Grâce à l'hystérographie, on peut, en effet, après quelques minutes d'examen, être certain qu'il n'existe pas dans la cavité utérine de lésion chirurgicale cachée telle que fibrome sous-muqueux, polype intra-utérin, rétention placentaire ignorée ou surtout cancer du corps de l'utérus au début. De même, la salpingographie indique qu'il n'existe pas d'hydrosalpinx bilatéral ignoré.

Aussi, grâce à l'hystéro-salpingographie, on peut affirmer l'absence de lésion chirurgicale cachée.

L'hémorragie utérine, dans ces cas, est donc bien due à un trouble du fonctionnement ovarien.

D'ailleurs, assez souvent, l'image utérine de l'hystérographie présente un aspect caractéristique que l'un de nous a décrit sous le nom d'image dentelée de la muqueuse utérine. (Claude Béclère).

Le contour de l'image utérine au lieu d'être net et régulier, comme il l'est habituellement, est comme dentelé. Il présente de fines incisures qui viennent faire saillie dans la cavité utérine. Ces modifications de l'ombre radiologique sont produites par une hypertrophie anormale de la muqueuse utérine produite par un trouble fonctionnel de l'ovaire.

Hyperplasie glandulaire kystique de la muqueuse utérine

Chez les malades qui présentent ainsi des hémorragies fonctionnelles préménopausiques, si on réalise un curettage biopsique, on constate très souvent l'existence d'une hyperplasie glandulaire kystique de la muqueuse utérine.

Cet aspect qui a été étudié par Schroeder est également celui que les Américains dénomment: « Swiss cheese », expression que nous traduisons par « aspect en fromage de Gruyère ».

Cet aspect histologique bien particulier est dû, lui aussi, au trouble du fonctionnement hormonal de l'ovaire.

Ainsi, grâce à l'interrogatoire clinique, grâce à l'hystéro-salpingographie, grâce aussi, dans certains cas, au curettage biopsique, on peut actuellement poser avec certitude le diagnostic d'hémorragie fonctionnelle préménopausique.

Traitement

Quant au traitement, il est simple. Pour assurer la guérison complète et définitive de ces malades, il suffit de supprimer par la Rœntgenthérapie le fonctionnemnt hormonal de l'ovaire qui est devenu anormal et qui provoque les hémorragies fonctionnelles.

Un simple traitement Rœntgenthérapique est le procédé de choix qui permet cette guérison sans douleur, sans hospitalisation et arrêt de l'existence des malades.

Voici, maintenant, quelques observations de malades qui ont été étudiées, traitées et suivies à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, dans le service de notre maître, M. le Professeur Raymond Grégoire.

Observation I. Mme De., 49 ans. Réglée à 13 ans, cycle 28 jours, durée de 2 à 3 jours, deux garnitures par jour. Rapports à 19 ans. Trois grossesses. Accouchements et suites normaux. Pas de fausse couche.

Quelques pertes muqueuses au moment des règles; pas de pertes jaunes ni de brûlures à la miction.

Modification des règles. Réglée tous les 15 jours depuis deux ans, avec une durée de 3 jours, puis ménorragies.

En juillet et en août 1937, aménorrhée complète. En septembre, les règles reviennent et durent 4 jours; hémorragie continue depuis.

Examen. 4 novembre 1937. Utérus de volumes normal, dans l'axe du bassin, mobile, régulier, non douloureux. Col normal. Cul-de-sacs souples, non douloureux.

Hystérosalpingographie. Cavité de dimension normale à contour très dentelé. Trompes, pas de passage tubaire.

Diagnostic. Métrorragies fonctionnelles préménopausiques.

Traitement. Rœntgenthérapie, 10 séances. A la quatrième séance (décembre 1937), hémorragie importante.

Guérison définitive. Malade revue.

Observation II. Mme Be., 42 ans. Réglée à 14 ans, cycle 28 jours, durée de 3 à 4 jours, 4 garnitures par jour. Les règles sont très douloureuses surtout le premier jour. Rapports à 20 ans. Deux grossesses jusqu'à l'âge de 23 ans. Accouchements et suites normaux. Fausse couche à 23 ans suivie de 6 grossesses normales. Fausse couche à 40 ans.

Modification des règles. Métrorragies d'un jour depuis deux ans avec diminution de l'abondance des règles. Aménorrhée de 6 semaines suivie de métrorragies qui ont duré du 28 septembre au 14 octobre 1937.

Examen. 21 octobre 1937. Utérus augmenté de volume, en position indifférente, régulier, mobile, non douloureux. Col normal. Cul-de-sacs souples, non douloureux.

Hystérosalpingographie. Cavité utérine agrandie mais non déformée. La trompe droite est obturée à la corne; la trompe gauche est perméable.

Diagnostic. Métrorragies fonctionnelles préménopausiques.

Traitement. Rœntgenthérapie 10 séances. Guérison définitive. Malade revue.

Observation III. Mme Ba., 51 ans. Réglée à 13 ans, cycle 30 jours, durée de 4 jours, 2 garnitures par jour. Rapports à 26 ans, suivis d'une fausse couche de 4 mois. Grossesses à 27, 29, 31 et 38 ans. Accouchements normaux. Infection génitale à gonocoques à l'âge de 31 ans (métrite et salpingite). Depuis plusieurs années ne présente aucun signe infectieux.

Modification des règles. Très bien réglée jusqu'en juillet 1937. Puis, brusquement, aménorrhée de deux mois. En octobre 1937, les règles reviennent normalement mais sont suivies de petites métrorragies.

Examen. Novembre 1937. Utérus de volume normal, en antéposition, régulier, mobile, non douloureux. Le col et les cul-de-sacs ne présentent rien de particulier.

Hystérosalpingographie. Cavité utérine de dimension normale mais à contour très déchiqueté. Obturation tubaire bilatérale à la corne.

Diagnostic. Métrorragies fonctionnelles préménopausiques.

Traitement. Rœntgenthérapie 10 séances. Guérison définitive. Malade revue.

Observation IV. Mme Bo., 45 ans. Réglée à 11 ans, cycle 28 jours, durée de 4 à 5 jours, 3 garnitures par jour. Rapports à 19 ans. Neuf grossesses: accouchements et suites normaux. Pas de fausse couche. Aucun signe d'infection génitale.

Modification des règles. Depuis deux ans ans, déréglement brusque sous forme de ménorragies progressivement croissantes. La malade est réglée à tous les 14 ou 15 jours. Aucune période d'aménorrhée. (Bouffées de chaleur).

Examen. Juin 1936. Utérus en antéposition, augmenté de volume et de surface irrégulière. Il est libre, mobile, non douloureux. Le col ne présente rien de particulier. Le cul-de-sac gauche est souple et non douloureux; le cul-de-sac droit est empâté et douloureux.

Hystérosalpingographie. Utérus vu par le fond. La cavité est normale. Les trompes présentent une perméabilité bilatérale.

Diagnostic. Métrorragies fonctionnelles préménopausiques.

Traitement. Rœntgenthérapie 10 séances. Guérison définitive. Malade revue.

Observation V. Mme Ba., 46 ans. Réglée à 13 ans, cycle 25 jours, durée de 4 jours, 4 garnitures par jour. Rapports à 19 ans. Une seule grossesse à l'âge de 32 ans. Stérilité involontaire.

Modification des règles. Début brusque depuis un an par des ménométrorragies importantes en février 1935. Les règles durent 7 semaines (jusqu'à la fin de mars) et s'accompagnent de bouffées de chaleur. En avril, les règles redeviennent normales et se maintiennent ainsi jusqu'en octobre; disparition des bouffées de chaleur. En octobre, aménorrhée complète. En novembre et décembre, ménométrorragies importantes.

Examen. Janvier 1936. Utérus légèrement augmenté de volume, dans l'axe du bassin, régulier, mobile, non douloureux. Col exulcéré (exocervicite ancienne). Cul-de-sac gauche rétréci mais non douloureux. Cul-de-sac droit souple, non douloureux.

Hystérosalpingographie. Cavité utérine de dimension normale et non altérée. Les trompes sont perméables.

Diagnostic. Métrorragies fonctionnelles préménopausiques.

Traitement. Rœntgenthérapie 10 séances. Guérison définitive. Malade revue.

Observation VI. Mme Gui., 47 ans. Réglée à 16 ans, sans cycle précis; durée de 7 à 8 jours, 5 garnitures par jour. Les règles sont très douloureuses. La malade a toujours été réglée très irrégulièrement avec de fréquentes périodes d'aménorrhée. Cette absence de règles s'est même maintenue pendant toute une année. Rapports à 22 ans. Un accouchement normal, une fausse couche provoquée (5 semaines) et une fausse couche spontanée (3 mois). Après l'accouchement, les règles sont demeurées irrégulières.

Modification des règles. Ménométrorragies qui se sont installées brusquement et qui ont duré de novembre 1935 jusqu'en mars 1936.

Examen. Mars 1936. Utérus en rétroposition, mobile, non douloureux et régulier. Le col et les cul-de-sacs ne présentent rien de particulier.

Hystérosalpingographie. La cavité utérine est de dimension normale, mais à contour légèrement dentelé. Petite image lacunaire isthmique. Les trompes sont perméables.

Diagnostic. Ménométrorragies fonctionnelles préménopausiques.

Traitement. Rœntgenthérapie, 10 séances. Guérison complète jusqu'en mai. Malade non contrôlée.

Observation VII. Mme Dag., 47 ans. Réglée à 12 ans, cycle 28 jours, durée de 4 jours, 3 garnitures par jour. Rapports à 20 ans. Trois grossesses normales.

Modification des règles. Bien réglée jusqu'en novembre 1934. A partir de cette date, métrorragies presque quotidiennes qui durent jusqu'au mois de février 1935. Alors aménorrhée d'un mois, puis à nouveau métrorragies abondantes.

Examen. Avril 1935. L'utérus est augmenté de volume, légèrement douloureux à la mobilisation; il semble régulier. Le col ne présente rien d'anormal. Le cul-de-sac droit est libre et non douloureux. Le cul-de-sac gauche est rempli par une petite masse très mobile et légèrement douloureuse.

Hystérosalpingographie. La cavité utérine est de dimension normale, mais à contour très déchiqueté. Image lacunaire au niveau de l'isthme. Les trompes sont oblitérées à la corne. On propose un curettage biopsique à la malade qui le refuse.

Diagnostic. Hémorragies fonctionnelles préménopausiques probables.

Traitement. Rœntgenthérapie, 10 séances. Guérison définitive. La malade, revue 1 an après le traitement, n'a pas perdu une seule goutte de sang depuis.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE [1]

Par **Wilder PENFIELD** et **William CONE**,
Institut Neurologique de Montréal.

L'hypertension artérielle est un symptôme et non une maladie. Néanmoins, chez de nombreux malades, elle ne s'accompagne d'aucune lésion importante et elle peut être alors considérée comme essentielle. On peut traiter cette hypertension essentielle par une opération qui, dans la plupart des cas, déterminent une amélioration symptomatique et, chez quelques malades, la guérison.

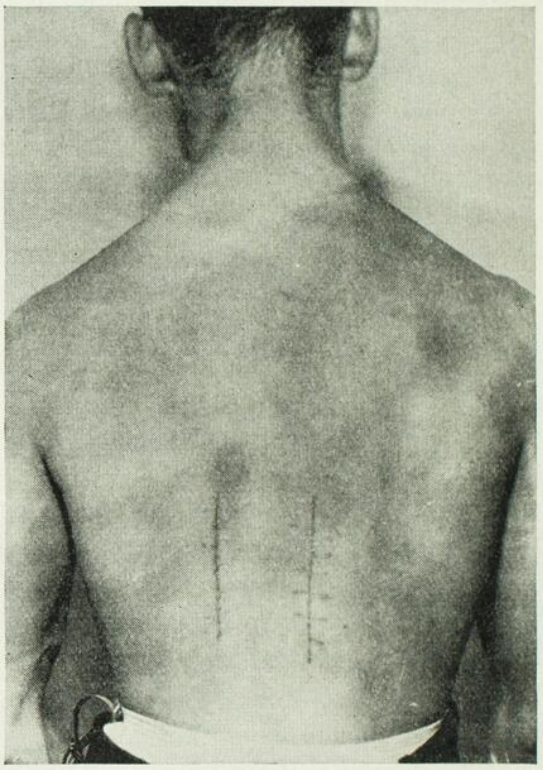
Nous désirons, par cette communication, rapporter brièvement les observations de malades qui ont subi ce traitement. Nous allons décrire les indications opératoires des malades opérés par nous et les résultats obtenus. Nous ne ferons pas la revue bibliographique des travaux publiés sur ce sujet, et nous ne décrirons pas les autres procédés chirurgicaux qui, à notre avis, sont moins efficaces.

Technique

Nous avons employé une technique qui consiste dans la neurectomie susdiaphragmatique des splanchniques combinée à la ganglionectomie. Cette technique fut suggérée par Danielopolu, par Pende et par Bruening. Elle fut réalisée d'abord par Pieri en 1929 (1).

La technique de Pieri, modifiée par Peet, est la suivante:

Sous anesthésie intra-trachéale à l'éther, on procède à la *résection bilatérale et extra-pleurale des nerfs splanchniques* (grand et petit splanchniques et splanchnique inférieur, et la chaîne sympathique comprenant les dixième, onzième et douzième ganglions thoraciques). Le malade en décubitus ventral, l'incision (Fig. 1) est faite au niveau de la onzième côte et on résecte environ 3 pouces de cette côte. La plèvre est décollée de la paroi thoracique à la pointe mousse. Les rameaux communicants qui viennent des dixième et onzième nerfs intercostaux sont immédiatement aperçus par l'ouverture (Fig. 2) ; les rameaux des neuvième et douzième nerfs peuvent être atteints et suivis jusqu'à la chaîne sympathique. Les branches émergeant à cette chaîne, à ce niveau, dirigent l'opérateur vers les nerfs splanchniques, le grand, le petit et quelquefois l'inférieur.



Incision pour la résection bilatérale des nerfs splanchniques.

L'aspect anatomique que présente le champ opératoire peut varier de celui qui est reproduit dans les manuels et les traités. Cependant, par une dissection bien faite, l'opération peut être complétée. L'écarteur plat et lumineux de Frazier aide à la visibilité. Les splanchniques et la chaîne thoracique sont réséqués jusqu'au diaphragme et parfois dans le diaphragme même. La plaie est ensuite fermée par plans successifs.

1. Communication présentée au XVe Congrès de l'A.M.L.F.A.N., Ottawa-Hull, septembre 1938.

Il est préférable de répéter immédiatement cet acte opératoire du côté opposé, à moins que l'état du malade ne le contre-indique; il est alors différé à quelques jours.

La tension artérielle s'abaisse lorsqu'on résèque les splanchniques d'un côté; et davantage à la résection de ceux de l'autre côté.

de pousser la dissection jusque dans le diaphragme, pour trouver cette branche du douzième intercostal. Connaissant et réalisant ce détail de technique, la résection pourra toujours être complète.

(3) L'hémorragie, l'écoulement du chyle du canal thoracique sont facilement évités par

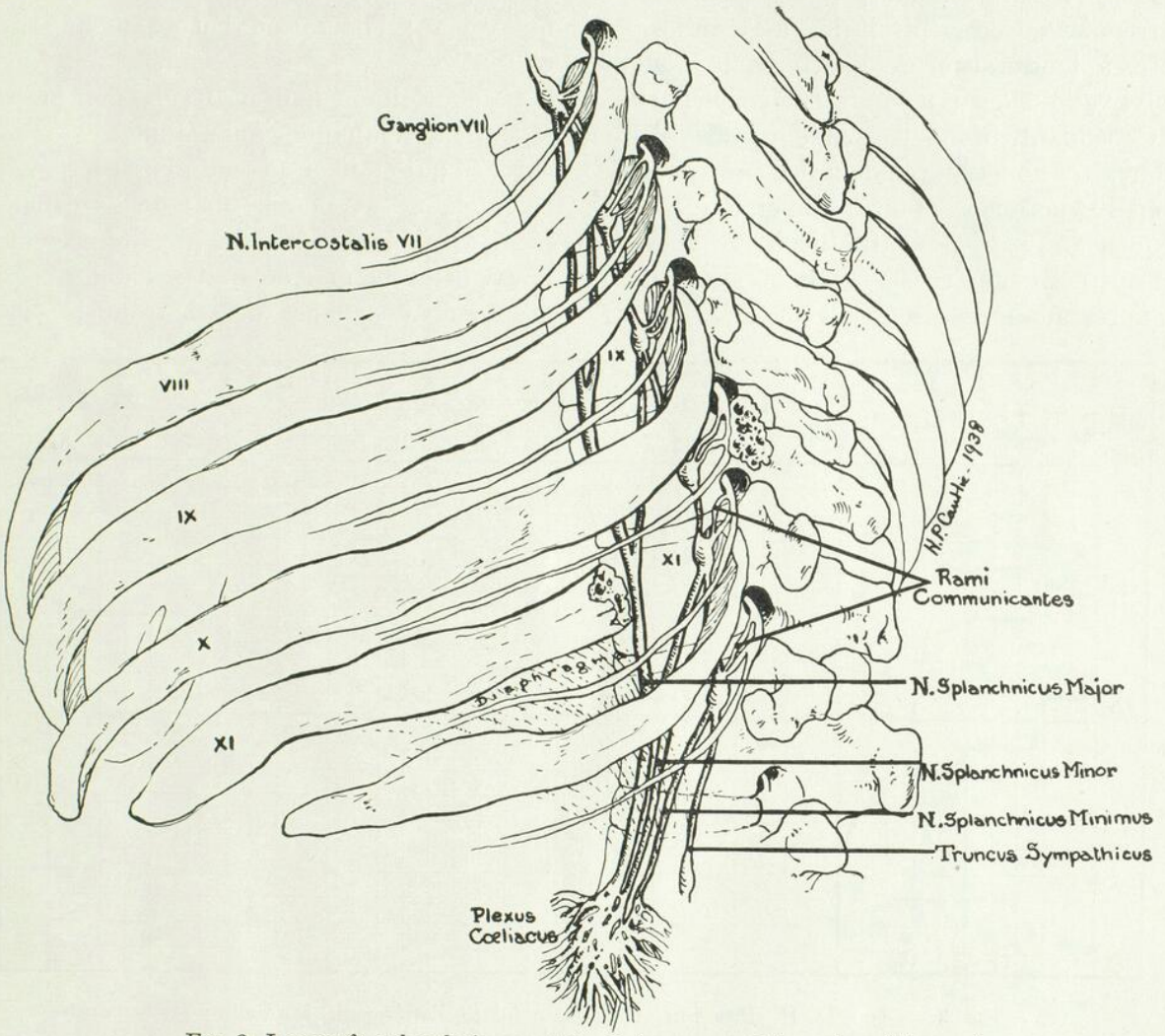


FIG. 2. Les nerfs splanchniques et la chaîne sympathique du côté gauche.

On doit éviter les complications suivantes:

(1) Dilacération de la plèvre, complication qui survient rarement et qui ne comporte aucun danger, si l'anesthésie intratrachéale est employée par un anesthésiste toujours prêt à insuffler le poumon à une pression positive maintenue jusqu'à la fermeture de la plaie opératoire du thorax.

(2) Impossibilité de trouver et enlever le nerf splanchnique inférieur qui naît du douzième nerf intercostal. Il est parfois nécessaire

l'usage de « clips » d'argent de MacKensie-Cushing, mis en place à l'aide de longues pinces.

Choix des malades

Cette série de malades comprend 20 cas. Dix-neuf ont subi une splanchnectomie bilatérale; un, une splanchnectomie unilatérale. Nous incluons ce dernier cas dans notre série grâce à l'obligeance de notre collègue, le docteur Arthur Elvidge.

Les âges des malades variaient de vingt-deux à cinquante-trois ans. Nous avons refusé des malades plus âgés ou dont la fonction rénale n'était pas suffisamment bonne.

Il va sans dire que cette opération ne doit pas être effectuée sur des malades dont l'hypertension est secondaire à des tumeurs des surrénales ou de la pituitaire, à l'artério-sclérose, à l'induration de l'aorte, à la maladie polykystique des reins ou à la pyélonéphrite.

Cependant, parmi les vingt malades il s'en trouvait, à fonction rénale à peu près normale, dont l'hypertension pouvait avoir été la conséquence d'une glomérulo-néphrite ancienne ou qui était apparue et avait persisté durant et après une grossesse.

Une malade mourut à domicile deux mois après l'opération. Cette malade était âgée de trente-huit ans; son hypertension était apparue au cours d'une grossesse. A son admission à l'Institut Neurologique de Montréal, sa pression systolique oscillait de 220 à plus de 300 millimètres. Une papillite la rendait presqu'aveugle; l'opération encourait un risque réel.

La chute immédiate de la pression artérielle se fit à cinquante-huit millimètres de mercure, ce qui était un niveau plus bas que désiré, mais néanmoins la malade se comporta bien. Après l'opération, la pression s'éleva de nouveau et la malade quitta l'hôpital, étant grandement soulagée de ses troubles subjec-

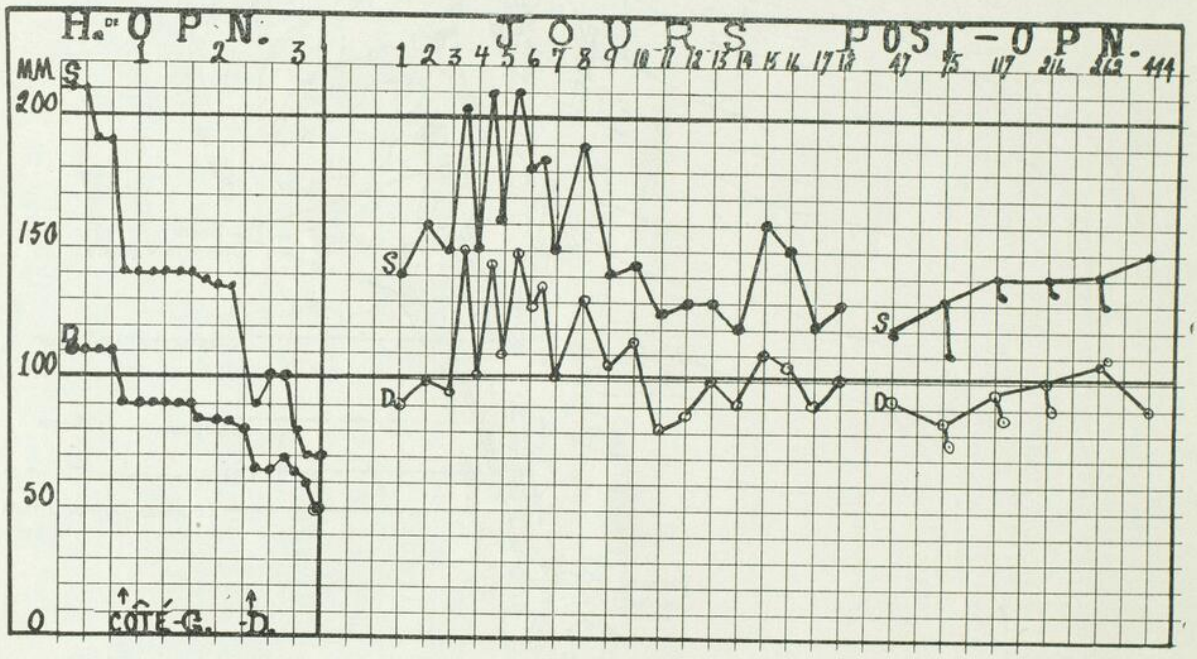


FIG. 3. — Cas R. H. Pression artérielle pendant l'opération, à gauche; post-opératoire, à droite. S. Systolique. D. Diastolique.

Nous nous sommes décidés à opérer des malades qui avaient un gros oedème de la papille, qui présentaient des signes évidents de défaillance cardiaque, d'autres qui étaient sujets à des crises d'oedème aigu du poumon; la pression artérielle de certains malades dépassait trois cents millimètres de mercure.

Résultats

Ils concernent les vingt cas dont nous avons traité l'hypertension artérielle par la splanchnectomie.

tifs. Elle mourut à domicile sans être réexaminée.

Plusieurs autres mauvais cas se sont mieux comportés.

Ainsi, le malade M. B., âgé de quarante-cinq ans présentait une pression systolique au-dessus de 300 millimètres et un œdème papillaire prononcé. Durant son hospitalisation et avant l'opération, il eut plusieurs crises d'œdème pulmonaire. La discussion au sujet de l'opération, durant la visite, suffisait à déclancher une de ces crises. Après l'opération, la

pression artérielle ne s'abaissa pas autant que nous l'avions espéré, mais elle dépassa rarement deux cents (200) et le malade fut grandement soulagé de ses troubles. Lorsqu'il revint à la consultation quatre mois plus tard, sa pression artérielle était de cent soixante-dix sur cent dix (170/110). Tous les troubles cardiaques étaient disparus, sauf une légère dyspnée à l'effort. Des radiographies du cœur montrèrent qu'il avait diminué de volume. La céphalée et l'œdème papillaire n'existaient plus. Grabataire auparavant, il pouvait maintenant entreprendre un travail léger.

Un troisième cas semblable est celui d'une malade de quarante-neuf ans (49) (S. Mc.) dont la pression était, à l'admission, de deux cent soixante sur cent quarante (260/140). Son cœur était défaillant et sa vue grandement diminuée. Après l'opération, plus de troubles subjectifs, les exudats et les hémorragies de la rétine disparurent, ainsi que l'œdème papillaire. La vision s'améliora au point de permettre la lecture des journaux. Quatre mois après l'opération, la pression, contrôlée à la consultation, était deux cent cinquante-cinq sur cent dix (255/110). Néanmoins, l'amélioration subjective persistait.

Ces trois premiers cas constituent les plus mauvais de la série. Chacun retira un bénéfice subjectif et chez les trois, on put constater une réduction de la pression durant les premières semaines après l'opération.

Mais, assez souvent, la tension sanguine redevient élevée, malgré la persistance de l'amélioration subjective. Ainsi le malade W. L. âgé de 46 ans, dut quitter son emploi de mécanicien sur locomotive, parce qu'il était pris de crises de vertige. Il se plaignait aussi d'accès de dyspnée, d'amblyopie et de céphalée occipitale. Maintenant, c'est-à-dire un an et cinq mois après l'opération, tous les malaises sont disparus et il travaille régulièrement comme chauffeur de locomotive. Cependant, sa pression artérielle est de deux cent soixante sur cent cinquante-cinq (260/155).

Enfin, deux cas sur les vingt peuvent être considérés comme guéris, du moins jusqu'à nouvel ordre.

J. G., célibataire de trente-trois ans, souffrait de céphalée sévère, de fatigabilité et de dyspnée paroxystique depuis sept ans. Elle fut prise d'une hémiplégie droite qui disparut presque complètement un mois avant d'être sous les soins de notre collègue, le docteur McEachern, un mois avant l'admission. Des contrôles horaires ont montré que la pression durant le jour était en moyenne de deux cent quarante sur cent cinquante (240/150). Durant le sommeil, elle baissait à cent cinquante sur quatre vingt dix (150/90). Il existait de l'œdème papillaire et le cœur était hypertrophié.

Cinq semaines après l'opération, elle quitta l'hôpital avec une pression sanguine de cent trente sur quatre-vingt-dix (130/90); le cœur avait repris son volume normal. Actuellement, huit mois après l'opération, elle ne ressent aucun malaise et a réintégré son emploi d'infirmière technicienne. Sa pression, durant son travail régulier, est de cent quarante-cinq sur quatre-vingt-quinze (145/95).

R. H., le second cas guéri, est celui d'une jeune femme de 28 ans. Elle souffrait de céphalée, de vertige, d'anorexie et de dyspnée. Sa pression artérielle oscillait, avant l'opération, entre cent vingt-huit sur cent vingt (128/120) et deux cent vintg-huit sur cent quarante (228/140); des exudats hémorragiques se trouvaient sur les rétines.

Après l'opération, la pression ne tomba pas immédiatement comme il est d'usage (Fig. 3), mais s'abaissa graduellement jusqu'à cent dix-huit sur quatre-vingt-douze (118/92). Elle reprit son travail de ménagère, n'ayant plus aucun ennui, malgré un accroissement de poids de soixante livres depuis l'opération. Sa pression artérielle était normale au dernier contrôle; un an et trois mois après l'opération, elle était de cent cinquante sur quatre-vingt-dix (150/90). Cette malade est apparemment guérie.

A noter que ces dernières malades, qui ont bénéficié d'une guérison étaient, toutes les deux, jeunes au moment de l'opération.

Discussion

Le mécanisme physiologique de l'hypertension artérielle est mal connu. On n'a pas encore explicitement démontré comment il se fait que la splanchnectomie et la ganglionectomie améliorent ou guérissent les malades hypertendus.

On a émis l'hypothèse que, dans l'hypertension dite essentielle, la résection des nerfs splanchniques et des ganglions thoraciques inférieurs soustrait les reins, les surrénales et les viscères abdominaux au contrôle sympathique, et que cette libération explique les bienfaits de l'opération.

Goldblatt a exposé expérimentalement que l'ischémie rénale produit une hypertension permanente.

Il est possible que l'opération abolisse un spasme des artères rénales.

Quoi qu'il en soit, il est certain que des branches nerveuses et des ganglions aussi importants assurent des fonctions définies; il est heureux que, chez les hypertendus, leur résection ne donne que des améliorations et n'entraîne aucune conséquence regrettable.

L'abolition presque certaine des troubles subjectifs, même avec la persistance de l'hypertension, a été constatée par d'autres chirurgiens (Peet, 4; Heuer, 5; etc.). Ce phénomène est difficilement explicable. Nous avons cependant observé un cas où la pression systolique, prise à différents intervalles après l'opération, était encore au-dessus de deux cents (200). Le malade ayant été hospitalisé, la prise de la tension systolique à toutes les heures, démontra qu'elle se maintenait régulièrement à cent soixante (160).

On pourrait par conséquent expliquer l'opposition entre l'état subjectif favorable et les résultats tensionnels, par le fait que la pression s'élève encore au cours de l'émotion causée par la visite au bureau du médecin, et qu'elle tombe au-dessous de son niveau préopératoire lorsque le malade n'est pas excité.

Conclusions

La neurectomie splanchnique, bilatérale, est une opération comportant peu de danger.

Elle détermine une guérison apparente chez un faible pourcentage de malades. Deux malades sur les vingt (20) de notre série demeurent guéris depuis plus d'un an.

Cette opération accorde une importante amélioration des symptômes subjectifs dans la grande majorité des cas, amélioration pour laquelle les malades nous sont habituellement reconnaissants.

BIBLIOGRAPHIE

(1) ALESSANDRI, R. et VALDONE, P. *Soc. Internat. d. chirurg.* XI, congr. Bruxelles, Sept. 1938.

(2) PEET, M. *Soc. Internat. d. chirurg.* XI, congr. Bruxelles, Sept. 1938.

(3) GOLDBLATT, H. *Ann. Int. Med.*, **11**: 69. 1937.

(4) PEET, M. *Univ. Hosp. Bull., Michigan*, **1**: 17, 1935.

(5) HEUER, G. *Bull. N. Y. Acad. Med.*, **13**: 692, 1937.

LES TREMBLEMENTS [1]

Diagnostic clinique

Par **Roma AMYOT,**
Professeur agrégé de l'Université de Montréal.
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Charcot, dans ses Leçons sur le système nerveux et dans ses Leçons du Mardi, à la Salpêtrière, porta, à plusieurs reprises, un intérêt profond à l'étude des tremblements.

Il s'efforça de mettre de la clarté dans leur étude, de les classifier, de les distinguer selon leurs caractères extrinsèques, c'est-à-dire selon deux ordres d'attributs: la fréquence du rythme, les conditions physiologiques par lesquelles ils se manifestent avec le plus d'évidence.

A l'époque où la neurologie émergeait du chaos et de l'obscurité, où la sclérose en plaques, maladie à tremblement, était isolée d'autres affections à tremblement et à mouvements involontaires comme la paralysie agitante et la chorée, Charcot accordait à la séméiologie des tremblements une importante capitale.

En fait, il en dressa une classification purement clinique, qui, par son objectivité et sa simplicité, n'est pas, maintenant encore, hors d'usage.

La fréquence du rythme lui permet d'établir trois groupes de tremblements selon qu'ils sont *lents* (4-5 oscillations par seconde), *de rapidité moyenne et intermédiaire,* enfin *rapides* et comportant de 8 à 9 oscillations par seconde.

Il distinguait aussi un *tremblement de repos* dont le prototype était celui de la paralysie agitante, du *tremblement intentionnel* qui était parfaitement illustré dans la sclérose en plaques et par lequel il établissait une différenciation clinique essentielle entre cette affection et la paralysie agitante.

Ainsi, extrayant de chaque symptôme jusqu'aux plus subtils critères discriminateurs de l'affection sous-jacente, les contemporains de Charcot accréditèrent aux tremblements une importance diagnostique qu'on ne leur accorde plus aujourd'hui.

Ils les étudiaient avec méticulosité et fine analyse, recherchant des caractères électifs éventuels qui pourraient suggérer, sinon imposer, un diagnostic. Cette méthode clinique était essentielle à l'époque où on faisait un choix judicieux des éléments qui devaient servir à l'édification de la nosologie nerveuse.

La séméiologie neurologique prenait naissance; elle était d'étendue limitée; on utilisait avec d'autant plus d'énergie et insistance chacune de ses unités.

Telle n'est pas la situation actuelle. Telle ne doit pas être notre attitude à l'égard des tremblements. Mieux partagés en critères diagnostiques, nous ne faisons pas assumer à leur seule analyse la responsabilité d'un diagnostic différentiel, sinon d'un syndrome, du moins d'une affection.

On doit cependant s'appliquer à leur étude; on doit connaître soit les conditions physiologiques dans lesquelles ils se montrent, soit les affections par lesquelles ils se manifestent, intriqués aux autres symptômes, ou y prenant figure de signe objectif prépondérant.

On doit aussi être familier avec les caractères divers, avec la topographie plus ou moins étendue par lesquels ils sont mis en lumière dans les affections où ils se trouvent.

De cette façon, leur connaissance pourra parfois contribuer à la recherche du diagnostic, à aiguiller l'esprit vers la voie qui y conduit.

C'est ce que nous allons nous efforcer de mettre en valeur au cours de cette brève communication, sans adopter absolument les cadres rigides d'aucune classification définie dans

1. Communication présentée au XVe Congrès de l'A.M.L.F.A.N., Ottawa-Hull, septembre 1938.

lesquels on ne pourrait, sans arbitraire ni confusion, intégrer électivement tous les tremblements.

Nous laissons de côté toute explication théorique, physio-pathologique de ces phénomènes moteurs. Elle ne serait d'ailleurs qu'hypothèse. S'agit-il d'un processus d'excitation nerveuse, d'inhibition ou d'abaissement du potention de la neuro-motricité ou du tonus musculaire? Nous n'en savons rien de définitif. Et en quoi cette connaissance nous aidera-t-elle à définir la valeur séméiologique des tremblements? Limitons-nous à la clinique, seul terrain sûr et pratique, comme le faisait Charcot il y a 50 ans, et sans en rougir.

Les tremblements sont des mouvements ou, encore mieux, des oscillations rythmiques et involontaires d'une ou de plusieurs parties du corps autour de la position d'équilibre.

Le rythme dans les mouvements est ce qui distingue essentiellement le tremblement des autres cinésies involontaires. Il peut être lent ou rapide selon la fréquence des oscillations qui, indépendamment, sont de grande ou de petite amplitude.

Que cette amplitude soit régulière ou irrégulière dans le temps, les oscillations demeurent symétriques autour de leur axe.

Le tremblement peut être localisé à un segment de membre, à tout un membre; il peut être étendu aux membres d'un côté du corps, aux quatre membres.

Il peut être constaté à la langue, aux lèvres, à la tête et aux globes oculaires, si on admet, pour des besoins de clarté, que le nystagmus est un tremblement des yeux. Il peut être généralisé.

Nous verrons qu'il a des localisations électives au cours de certaines affections; ce caractère topographique, sur lequel on n'insiste peut-être pas suffisamment dans les études consacrées aux tremblements, possède une importance diagnostique appréciable.

* * *

Bien que notre étude porte sur les tremblements pathologiques, nous devons mentionner qu'il existe UN TREMBLEMENT PHYSIOLOGIQUE.

C'est celui qui survient occasionnellement au cours de la vie de tout être humain sous l'effet d'une cause passagère, fugace comme le tremblement déclenché.

Les tremblements dus à la fatigue, à l'émotion, au froid et à l'hyperthermie sont physiologiques. Ils sont généralisés, parfois violents comme au cours de certaines émotions fortes. Le tremblement causé par l'hyperthermie de la fièvre et par le froid s'accompagne de frisson.

* * *

Les tremblements pathologiques sont plus intéressants; importants à connaître, ils nous retiendront davantage.

Il s'agit de tremblements qui se manifestent au cours de certains syndromes ou affections, y assumant un rôle, parfois prépondérant, toujours très apparent.

Ces syndromes ou affections peuvent être du domaine de la neuro-psychiâtrie; dans d'autres cas, ils sont de celui de la pathologie générale.

Charcot parlait d'un tremblement intentionnel, d'une dénomination employée par les auteurs allemands; nous adopterons une locution plus récente et dont le sens est plus générique.

Nous dirons qu'il y a un TREMBLEMENT CINÉTIQUE, c'est-à-dire qui naît ou s'exagère manifestement au cours ou à l'occasion des mouvements, de la *contraction cinétique des muscles.*

Charcot désignait le tremblement de la paralysie agitante par la locution de tremblement de repos, signifiant que le membre, immobile et même reposant sur un appui, montre son tremblement, qu'il en est le plus souvent libéré aussitôt qu'il entre en mouvement, que du moins il n'est pas alors plus agité que lorsqu'il est au repos.

Nous disons aujourd'hui TREMBLEMENT STATIQUE, c'est-à-dire s'objectivant à l'occasion de certaines attitudes locales, ou encore au cours de *l'activité statique des muscles.*

Les muscles du membre paraissent au repos complet, cinétique et statique, et pourtant il

peut conserver son tremblement; c'est que l'action répercussive de l'attitude générale, à tonus vicié, exagérée et maintenue, exerce à distance une activité musculaire statique déclenchante. (Froment.)

Cette dernière distinction, assez subtile, a trait surtout au tremblement parkinsonien qui, n'étant pas physiologiquement un tremblement de repos, apparaît comme l'étant au premier abord.

Donc, position de contraste de ces deux ordres de tremblement: *d'une part, tremblement de contraction cinétique des muscles, de l'autre, tremblement de contraction statique.*

Pour faciliter la démonstration, conservons cependant la dénomination toute artificielle de TREMBLEMENT DE REPOS qui servira à désigner un *certain tremblement statique.*

* * *

On peut affirmer que le TREMBLEMENT DIT DE REPOS est, sinon en principe, du moins en pratique et le plus souvent, un *tremblement des syndromes extrapyramidaux par lésion des noyaux gris centraux.* Il accompagne habituellement *le syndrome parkinsonien,* soit de la maladie de Parkinson pré-sénile, soit de l'encéphalite épidémique. Ses oscillations sont lentes ou de fréquence intermédiaire; elles sont de petite ou de moyenne amplitude.

Il est de prédilection situé à la langue, aux lèvres, aux membres. La tête ne tremble pas, ou qu'exceptionnellement. Ajoutons que, dans la plupart des cas, les paupières supérieures étant maintenues activement abaissées sur les globes, sont le siège d'un tremblement apparent. Ce signe devra être recherché et aidera au diagnostic.

Le tremblement disparaît durant le sommeil.

Le tremblement de la langue provoque un sautillement des masses musculaires bien différent de la trémulation qui accompagne l'atrophie linguale, et des « mouvements de trombone » de la paralysie générale.

Aux membres, le tremblement peut être limité à un segment, à un seul membre; il peut être à disposition dimidiée ou étendu aux quatre membres.

Le plus souvent, il apparaît d'abord à un membre, puis il atteint l'autre du même côté; si l'affection progresse, plus tard, il envahira les membres du côté opposé.

Aux membres supérieurs, il se montre surtout à la main, aux doigts qui tremblent pour leur propre compte et figurent des mouvements coordonnés comme ceux d'émietter du pain, de rouler une cigarette, de filer de la laine.

Si le sujet déplace assez rapidement le membre qui, arrêté, tremble, toute agitation disparaît ou s'atténue durant le mouvement; si le déplacement est lent, le tremblement peut s'atténuer, mais il persiste comme si « le mouvement lent était le passage graduel à des attitudes successives ». (André-Thomas.)

Le tremblement dit de repos est un des principaux signes objectifs des syndromes extrapyramidaux du domaine strié, et tout particulièrement du syndrome parkinsonien. En clinique, presque toujours, un tel tremblement est une manifestation neurologique d'un tel syndrome.

Il servira au diagnostic de ce syndrome par sa présence d'abord, par ses caractères distinctifs et surtout par son association à d'autres troubles neurologiques bien caractéristiques: l'hypertonie plastique, la bradycinésie, l'absence ou l'atténuation des mouvements automatiques (balancement des membres supérieurs à la marche, signe de la chaise, l'épreuve du moulinet), la monotonie de la mimique, la fixité du regard, la rareté du clignement, l'hypersalivation (signe de la taie d'oreiller souillée durant la nuit).

En progressant ainsi, du général au particulier, l'étude analytique de certains tremblements et des troubles neurologiques concomitants dévoilera avec évidence l'affection extrapyramidale sus-jacente, en particulier la maladie de Parkinson et le syndrome parkinsonien post-encéphalique.

* * *

Par opposition, le TREMBLEMÉMT CINÉTIQUE se produit à l'occasion des mouvements et par l'activité cinétique des muscles.

Bien que cette définition soit arbitraire et trop schématique, puisque le tremblement cinétique ne s'y trouve pas isolément et qu'il y est habituellement accompagné, à un degré moindre cependant, de sa composante statique, nous pouvons affirmer, pour mieux fixer les idées, que le *tremblement dit intentionnel ou cinétique est inhérent aux syndromes cérébelleux.* Il se rencontre au cours de la sclérose en plaques qui comporte un contingent de signe cérébelleux dans environ 75% des cas et qui servit à la première description de ce type de tremblement par Charcot, dans la maladie de Friedreich, dans le syndrome de Benedickt enfin dans toutes les affections qui s'accompagnent d'une atteinte importante des fonctions cérébelleuses.

Aux membres, les oscillations sont de grande amplitude; elles sont lentes de fréquence. Elles intéressent surtout la racine des membres et siègent plus manifestement aux supérieurs.

Elles font défaut à l'état de relâchement absolu des muscles.

Elles sont peu apparentes au cours des mouvements lents.

Elles montrent leur maximum d'intensité à l'occasion des mouvements rapides, et surtout au début comme à la fin du mouvement, à la mise en marche comme à l'arrêt, par le mécanisme de discontinuité de la contraction musculaire. (André-Thomas.)

L'émotion les exagère comme d'ailleurs tout tremblement.

Elles ne sont pas sans déformer considérablement l'écriture.

Dans les grands syndromes cérébelleux la marche, la station verticale et même la position assise sont marquées d'oscillations antéro-postérieures de grande amplitude du tronc et de la tête, qui compromettent l'équilibre.

Ce dernier phénomène démontre que le tremblement ne possède pas uniquement le caractère cinétique, mais que l'effort statique peut aussi y provoquer des oscillations siégeant surtout dans les muscles du tronc et du cou.

Dans la sclérose en plaques, dans la maladie de Friedreich, dans les syndromes cérébelleux qui comportent des lésions de l'axe encéphalique et l'atteinte fonctionnelle des noyaux vestibulaires, le nystagmus oculaire, occasionnellement celui de la tête, peuvent être observés. Les oscillations des globes, à composantes lentes et rapides, sont parfois verticales; elles sont surtout horizontales et rotatoires. Elles se montrent de préférence lorsque les globes sont portés en positions extrêmes du regard, en haut pour le nystagmus vertical, latéral pour le nystagmus rotatoire et horizontal.

Le nystagmus de la tête est horizontal; il peut être spontané; il est surtout révélé par le maintien de la tête en rotation.

* * *

Les tremblements dont nous avons à traiter maintenant peuvent être rangés dans les cadres de TREMBLEMENTS STATIQUES.

Leurs oscillations sont rapides, de faible amplitude et surtout apparents aux membres.

C'est aux parties distales des membres supérieurs qu'ils se montrent avec le plus d'objectivité et c'est dans la position dite du serment que l'on pourra les observer avec le plus de facilité. Cependant, certains de ces tremblements persistent durant les mouvements; ils rendront difficiles les réalisations motrices qui exigent de la précision et de l'adresse, comme l'écriture, le dessein et la couture. Ils n'entraveront pas d'autre part, les mouvements plus grossiers, de plus grande amplitude et qui nécessitent le déplacement des segments proximaux. Des affections d'observation courante sont marquées de ce type de tremblements qui s'y trouvent assez symétriquement répartis.

L'uniformité des caractères généraux qu'ils comportent est toutefois altérée par quelques éléments différentiels, topographiques ou autres, discrets, mais dont l'analyse fournit une part de différenciation diagnostique.

Un des symptômes importants de la *maladie de Basedow* est le tremblement.

Ce tremblement se manifeste surtout aux mains. Il est très rapide, de petite amplitude, il est vibratoire.

Il a tendance à se généraliser et dans les cas sévères, on peut sentir, en posant la main sur la tête du malade debout, une vibration de tout le corps (Charcot).

Si on lui demande d'abaisser légèrement les paupières on constate un papillotage qui ressemble au tremblement des paupières closes du syndrome parkinsonien post-encéphalique.

Ainsi, tremblement des membres, fin rapide, vibrations des paupières supérieures abaissées, associés aux signes suivants: hyperémotivité avec insuffisance du sommeil et troubles de l'humeur et du caractère, exophtalmie, goitre, tachycardie, amaigrissement, diarrhée, exagération du métabolisme basal, signes oculaires de de Graefe, de Stellwag, de Jellinek, de Moebius, accidents vaso-moteurs, sont les critères les plus importants de la maladie de Basedow.

Certains cas de ce qu'on est convenu d'appeler névrose *neuro-végétative* possèdent un syndrome qui se rapproche étroitement de la symptomatologie de cette dernière maladie, pour le moins dans ses formes frustes.

Il ne comprend pas, il est vrai, les phénomènes découlant directement de l'hyperthyroïdie, comme la diarrhée, l'amaigrissement, l'augmentation du métabolisme basal; il ne comporte pas, non plus, l'hypertrophie de la thyroïde, l'exophtalmie, ni les signes oculaires de la maladie de Basedow, mais il contient plusieurs symptômes, dont un tremblement qui a absolument les mêmes caractères.

Cette névrose neuro-végétative qu'on pourrait assimiler à la neurotonie est habituellement liée à un état d'hyperémotivité morbide.

On l'observe dans la psycho-névrose hyperémotive ou névrose d'angoisse, au cours de certaines mélancolies et durant l'évolution d'épisodes de fatigue nerveuse qu'on est autorisé à dénommer neurasthénie.

Le tremblement et la tachycardie persistants de ces affections, entre autres symptômes principaux, suggéreraient de prime abord le diagnostic d'une hyperthyroïdie. Une observation plus approfondie de ces syndromes montre qu'il s'agit plutôt de dérèglement de l'affectivité et du système vago-sympathique avec abaissement du potentiel nerveux, s'installant chez des sujets prédisposés et fragiles.

Ce dérèglement ne va pas d'ailleurs sans vices fonctionnels des glandes endocrines qui influent considérablement, soit primitivement, soit en retour, sur certains éléments du syndrome.

L'intoxication chronique par le thé, le café et même le tabac, provoque un tremblement qui se montre surtout durant la période où le sujet est sous l'influence du toxique. Il faudra y penser en présence de certains malades à tremblement du type que nous étudions, associé à de l'exaltation de l'affectivité, tout particulièrement de l'émotivité, et à de l'insomnie.

Il faudra aussi se souvenir que l'intoxication par la *morphine, par la cocaïne,* s'accompagne d'un tremblement encore plus grossier, plus manifeste des membres, à oscillations plus amples et qui se produit périodiquement, durant les phases d'amorphinisme ou d'acocaïnisme, pour disparaître à peu près complètement aussitôt que l'organisme reçoit la dose de toxique auquel il est habitué.

Il en est ainsi de *l'alcoolisme chronique.* Cette intoxication est fréquente. Les alcooliques sont l'objet d'un tremblement tout particulièrement le matin au réveil, l'organisme ayant éliminé durant la nuit l'alcool auquel il est adapté et qui lui est nécessaire pour remplir ses fonctions avec des apparences de normalité.

Le tremblement alcoolique se voit de préférence aux membres supérieurs. Il est rapide, de petite amplitude, mais à oscillations plus grandes que celui de la maladie de Basedow.

La main tremble globalement, mais, en plus, les doigts ont tendance à trembler individuellement, caractère sur lequel insista Charcot.

Autre particularité: dans le cas d'intoxication sévère, la langue et les lèvres sont également animées de tremblement.

On le met en évidence aux lèvres en demandant au malade de faire la moue; à la langue, le tremblement peut créer de la dysarthrie.

Aussi, par l'intensité et la disposition du tremblement, par un état confusionnel ou démentiel concomitant, l'aspect clinique de certains cas d'alcoolisme chronique ressemble à s'y méprendre à celui de paralysie générale évolutive.

Une observation plus détaillée permet cependant la différenciation. La pituite du matin, l'épigastralgie, l'hypertrophie douloureuse du foie, l'hyperesthésie à la pression des mollets, l'aréflexie achilléenne occasionnelle, la prédominance du tremblement le matin ou au cours des périodes de continence et sa disparition par l'ingestion d'alcool, sont des critères objectifs importants de l'étiologie véritable.

La paralysie générale est une maladie bien connue. Elle cause des troubles mentaux: euphorie ou tristesse, idées délirantes mégalomaniaques et saugrenues sur lesquelles on est bien renseigné, du délire à thème mélancolique qu'on connaît insuffisamment, état démentiel. Elle est marquée de modifications biologiques caractéristiques du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Mais elle s'accompagne aussi de signes neurologiques: surréflectivité tendineuse, modifications dans la forme, les dimensions et surtout de la réflectivité photomotrice des pupilles.

Le tremblement de la langue, des lèvres, des membres fait partie de ce contingent neurologique.

Le tremblement des mains est comparable à celui de l'alcoolisme chronique. Il est statique et cinétique pour les mouvements de petite amplitude et qui exigent de l'application et de la finesse.

La calligraphie du paralytique général est grandement perturbée par le tremblement.

La langue tirée hors de la bouche présente une agitation globale, en masse. Selon son intensité, cette agitation prend plus ou moins l'allure de mouvements successifs de retrait et de protraction de la langue; c'est ce que Magnan décrivait par la locution descriptive des « mouvements du trombone ».

La dysarthrie est en grande partie due au tremblement lingual.

Les lèvres sont trémulantes, surtout lorsqu'elles sont portées en avant comme pour faire le museau de carpe, la moue ou opérer l'acte de siffler.

Chez des malades, le tremblement est un symptôme isolé. L'examen neurologique et somatique ne décèle aucun autre signe pathologique, l'enquête du médecin ne découvre aucune cause définie.

C'est le cas du *tremblement héréditaire dit essentiel.*

On connaît bien peu de chose sur ses origines et sa nature.

On classe sous sa rubrique tout tremblement isolé, présentant certains caractères, qui ne peut fournir la preuve d'une étiologie acquise.

Il peut découler d'une hérédité similaire; il peut être familial; il serait toujours la conséquence d'une hérédité névropathique.

Il est polymorphe, mais on peut schématiser son aspect en le réduisant à deux formes.

Dans sa forme sénile, il apparaît habituellement à la vieillesse. Il est progressif, s'installant d'abord aux muscles du cou pour déterminer un tremblement de la tête à type négatif ou affirmatif, selon que les oscillations de cette dernière sont rotatoires de droite à gauche et inversement ou à direction antéro-postérieure, pour se montrer éventuellement plus tard aux lèvres, à la mâchoire inférieure et aux mains. Il produit ainsi des mouvements de marmottage, de mâchonnement et une agitation des mains qui ressemble grandement au tremblement parkinsonien. Les oscillations sont lentes et l'amplitude moyenne.

Alors que le type sénile dont nous venons de faire une brève esquisse est de préférence localisé à la tête, la *forme juvénile* du tremblement héréditaire se voit surtout aux membres supérieurs.

Il s'installe surtout durant la première décade de l'âge adulte, il peut débuter durant l'adolescence et même l'enfance.

Il est statique, et cinétique pour les actes délicats, d'une amplitude et d'une fréquence qui se rapprochent des tremblements de la paralysie générale et de l'alcoolisme chronique.

Il arrive qu'il soit associé à une hypertonie trémulante et fonctionnelle de certains muscles du cou prenant l'allure d'un torticolis spasmodique des plus typiques. Nous en avons observé trois cas semblables durant ces dernières années.

* * *

Il va sans dire que nous n'avons pas, par cette communication, épuisé la question des tremblements: le temps nous manquait, ces phénomènes moteurs qui participent simultanément à la physiologie normale et à la physiologie pathologique conservent des coins obscurs qui rendent forcément leur étude incomplète.

Cependant, nous avons l'impression d'avoir schématisé sans originalité, mais d'une façon utile à la pratique de la médecine, ce que les tremblements peuvent offrir, par leur aspect extrinsèque, d'objectif et d'important pour la poursuite de la vérité diagnostique. Encore une fois, leur étude ne fournira que très rarement des critères indiscutablement discriminateurs.

Nous avons passé en revue les principales maladies et les plus fréquentes où ils se trouvent comme symptôme important.

Ils se rencontrent dans bien d'autres syndromes et effections plus rares appartenant surtout au domaine neurologique, et dans des affections plus communes, mais selon une objectivité de second plan. Une étude générale et vraiment utile ne doit pas dissoudre dans une accumulation de considérants d'ordre secondaire, ce qui domine en importance et en fréquence.

A tout événement, même au risque de nous répéter, nous terminons en affirmant que l'observation et l'investigation cliniques de tout tremblement doivent s'appuyer sur les éléments suivants:

Fréquence des oscillations; leur amplitude; leur siège; le caractère purement acinétique ou de repos, statique ou d'attitude, cinétique ou intentionnel; ou enfin les combinaisons de ces différents caractères montrant les conditions physiologiques principales qui favorisent la mise en train du tremblement.

QUELQUES NOTIONS PREMIÈRES EN SYMPATHOLOGIE [1]

Par **Antonio BARBEAU,**
Professeur agrégé à l'Université de Montréal.

En cette ère de spécialisation médicale à outrance, les idées simples attirent peu et retiennent encore moins l'attention. Et cependant, sans elles, aucune systématisation, aucun savoir véritables ne sont possibles.

On m'a demandé de vous causer du système nerveux végétatif. Quel programme! Tout le monde en parle. Plus ou moins sensément. Mais enfin, les neurologistes, les internistes, les psychiâtres, les chirurgiens aiment, en des multitudes d'articles et de volumes, confier aux confrères intéressés leurs observations, leurs expériences, leurs opinions, leurs hypothèses. La montagne est en travail. Comment voulez-vous qu'en vingt minutes je vous en décrive les innombrables et bruyantes tranchées...

Je préfère, après la projection de clichés dont le but est de vous rappeler l'anatomie et l'histologie du système nerveux végétatif, philosopher avec vous sur certains grands principes, trop oubliés parce que trop simples, de sympathologie. C'est encore la meilleure façon d'être pratique.

* * *

On dit système nerveux sympathique, végétatif, autonomique. Abus, imprécision, incongruité des termes. Sympathique? il l'est pour le médecin, guère pour le malade. Végétatif? oui, mais non exclusivement. Autonomique? pas du tout.

Les physiologistes classent sous deux grandes rubriques les mécanismes de l'organisme: fonctions de relation, fonctions de nutrition ou de la vie végétative. Distinction purement verbale et pédagogique. Elle fait bien dans les manuels élémentaires mais ne correspond aucunement à la réalité profonde. Les fonctions de relation plongent leurs racines dans l'intimité de nutrition; celle-ci s'émeut sans cesse des moindres frémissements de la vie de relation. Réactions et conditionnements perpétuels dont les exemples foisonnent. Ainsi le muscle squelettique est bien un organe de la vie de relation. Pour qu'il fournisse une contraction convenable il lui fait le ressort moelleux d'une nutrition parfaite. Et quand il fonctionne, il établit un cycle d'échanges de matière et d'énergie entre le sang, le foie, le pancréas, le poumon, etc...

En d'autres mots, chaque cellule de l'organisme possède son milieu humoral [1] qui l'imbibe, dans lequel elle vit, par quoi et pour quoi elle vit. Elle y puisse ses aliments, ses excitations et ses inhibitions fonctionnelles; elle y déverse ses déchets et les produits de son activité. Tantôt, il s'agit d'éléments sans grande ou sans aucune spécificité d'origine: simples métabolites, CO^2, sels et bases divers, glucose, ions calcium et potassium, choline, histamine, etc., mais importants du point de vue physiologique (équilibre acide-base; équilibre CO^2/O^2, action locale marquée sur les tissus voisins; augmentation de la susceptibilité des terminaisons sensitives (sensitines) [2]. Tantôt, on a affaire à des composés plus particularisés, nés de tissus plus spécialisés (stimulines). Les uns, dont la formule est fragile, agissent et périssent sur place (v. g. *neurostimulines*: hormone cardiaque, sympathine E et I, parasympathine, etc.). Les autres, *endostimulines*, résultant d'une élaboration sécrétoire de la cellule, franchissent les frontières prochaines, sont convoyées à distance, exercent une action spécifique (hormones véri-

1. Communication présentée au XVe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, Ottawa-Hull, septembre 1938.

1. On entend ici par milieu humoral, le milieu sanguin, le milieu interstitiel et le liquide céphalo-rachidien.

2. La terminologie employée est celle de Danielopolu.

tables: adrénaline, thyroxine, principes hypophysaires, génitaux, etc.) [3].

Tout cela constitue un milieu humoral très hétéroclite dans lequel plongent les terminaisons nerveuses, cérébro-spinales et sympathiques, périphériques et centrales. Ce milieu agit sur elles qui, de leur côté, y déversent certaines substances. Excitants, inhibants, régulateurs pour tel et tel type de structure nerveuse se coudoient. Donc, milieu essentiellement amphotrope, exemple frappant de l'intime intégration de la vie de relation et de la vie de nutrition.

* * *

Autre axiome de sympathologie: le système nerveux végétatif n'est pas autonome. Il dépend foncièrement de la vie de nutrition nous venons de le voir; il possède avec le système nerveux de la vie de relation d'étroites liaisons, nous allons le démontrer.

On sait que dans l'intimité de l'axe cérébro-spinal, depuis la moelle épinière jusqu'au diencéphale au moins [4], existent des amas cellulaires, à caractères franchement végétatifs, sympathiques ou parasympathiques. Chacun de ces noyaux peut être une voie finale commune. Mais cette notion vaut d'être précisée. Un exemple, emprunté au système nerveux cérébro-spinal, y servira.

Voici les noyaux radiculaires de la corne antérieure de la moelle épinière. Leurs axones réunis sortent de l'axe nerveux pour constituer la racine antérieure, entrer dans le nerf périphérique, aboutir à l'organe d'exécution. C'est simple. Mais du côté des dendrites de ces noyaux radiculaires, quelle complication! Y aboutissent, venues du système cérébro-spinal des fibres de toutes les régions supérieures et inférieures, homo et hétérolatérales, venues du système végétatif des fibres sympathiques et parasympathiques. Or, chacune de ces fibres peut occasionnellement véhiculer des propriétés physiologiques diverses: excitation, inhibition, dynamogénie, sommation, etc. qui luttent les unes les autres pour prendre possession de cette voie finale commune. La réponse, dans l'organe d'exécution, est la somme algébrique de ces influences à un moment donné. Ainsi s'intègrent étroitement au niveau des centres axiaux les sensibilités variées et les motricités des systèmes nerveux végétatif et cérébro-spinal.

Les noyaux végétatifs sont pareillement des voies finales communes. Tous le sont-ils? Peut-être. Nous savons que certains le sont. Entre autres les noyaux diencéphaliques qui, outre leurs subtils rapports avec l'hypophyse, s'unissent à des fibres sensorielles et cérébro-spinales.

Donc, aux deux pôles extrêmes du système nerveux végétatif, des influences jouent, qui en déterminent et en spécifient l'opération.

D'une part, dans l'axe nerveux central, les variations humorales affectent les cellules nerveuses et les voies finales communes végétatives sont les points d'arrivée d'excitations homologues ou dissemblables; d'autre part, le milieu humoral périphérique, dans lequel plongent en fin d'analyse les terminaisons végétatives, est un « melting pot » aux potentialités innombrables. Si bien qu'il ne peut exister une sympathologie autonome et indépendante. Le fonctionnement physiologique du système *végétatif,* tout comme ses distorsions pathologiques, tiennent à l'organisme tout entier. C'est dans les domaines étiologique et thérapeutique une notion que les spécialistes oublient facilement.

* * *

Homéostasis résume en un mot les fonctions du système nerveux végétatif. Cannon désigne ainsi la conservation du milieu intérieur, essentiel à la physiologie, essentiel à la vie même.

3. Le tonus végétatif de l'organisme étant le produit de tous ces facteurs, tissu propre de l'organe, tissu nerveux, stimulines diverses, auquel il faut ajouter un facteur mécanique (pression sanguine), on voit combien l'étiologie des dystonies neuro-végétatives peut être protéiforme.

4. On pourrait inclure les noyaux gris centraux et l'écorce cérébrale. Les produits hypophysaires atteignent par voie nerveuse les noyaux gris centraux et la zone sensitive corticale est influencée par les trois zones réflexes végétatives: tissulaire, cardio-aortique, sino-carotidienne, de même que par les centres psychiques...

Ce milieu intérieur, point de départ et d'arrivée de toutes les activités biologiques, ne saurait varier que dans des limites restreintes. L'alimentation, la respiration, les éliminations électives et diverses pourvoient, de façon lointaine, à cette stabilité relative. Mais — chez l'animal un peu élevé dans l'échelle zoologique — les systèmes nerveux sympathique et parasympathique y concourent l'un et l'autre selon des modes différents.

C'est un fait, de longtemps connu, que le sympathique excite et le parasympathique inhibe une série d'organes dont la mission est d'accélérer l'utilisation des matières alimentaires: protides, lipides, glucides; d'où l'adjectif catabolique joint au sympathique et le qualificatif anabolique donné au parasympathique. Au surplus, agissant sur la perméabilité capillaire, la ventilation pulmonaire, les sécrétions rénales, sudorales, endocrines etc., le système nerveux végétatif règle la teneur du sérum en eau, en chlorure de sodium, en adrénaline, en choline, en ions calcium et potassium etc., et maintient l'équilibre acide-base des humeurs. Est-il nécessaire d'ajouter que, par un choc en retour, il est impressionné par toutes les variations qu'il peut produire? Mécanisme circulaire amphotrope sur lequel Danielopolu a beaucoup insisté.

La disparité fonctionnelle du sympathique et du parasympathique dans l'homéostasis apparaît tant du point de vue anatomique que physiologique. Le sympathique est construit pour la diffusion, le parasympathique pour la concentration. Voyons un peu.

Dans chaque rameau communicant blanc, les fibres préganglionnaires gagnent au moins 5 à 9 ganglions de la chaîne latérale, une même fibre préganglionnaire peut s'articuler à des fibres post-ganglionnaires dans plusieurs ganglions (Langley). En outre, les médullo-surrénales sont, on le sait, les homologues des neurones post-ganglionnaires; leur produit de sécrétion, l'adrénaline, peut, par voie sanguine, diffuser partout. Le champ récepteur est donc immensément vaste. La structure anatomo-histologique du système nerveux sympathique le prédispose déjà à l'action physiologique globale que nous décrirons dans un instant.

Certes le parasympathique, à l'instar du sympathique, possède une étendue et une variété de distribution considérables. Mais les fibres préganglionnaires atteignent des ganglions situés dans ou au voisinage de l'organe; les fibres post-ganglionnaires, courtes, innervent une portion restreinte de tissu. D'où possibilité d'une action physiologique quasi isolée. Enfin on ne connaît pas d'hormone parasympathique à action générale, pas de substance parasympathicomimétique agissant à distance, et qui serait l'équivalent ou le pendant de l'adrénaline.

Ce n'est pas trop étendre la signification du terme milieu intérieur que de l'estimer physiologiquement sauvegardé, quand la contraction de la pupille s'oppose à la dangereuse illumination, quand, excitée par le VII et le IX, la sécrétion salivaire facilite la déglutition et commence l'hydrolise des glucides, quand le pneumogastrique par inhibition lutte contre l'hyperactivité cardiaque ou bien stimule la sécrétion des sucs gastriques et pancréatiques, détermine l'activité rythmée et péristaltique de l'œsophage, de l'estomac, du petit intestin. Et c'est encore protéger ce milieu intérieur que de participer au vidage des émonctoires (vessie, côlon, rectum). Toutes ces fonctions ressortissent, vous l'avez reconnu, au parasympathique. Celui-là concourt donc à l'homéostasis en assurant la nutrition du corps dont il protège et conserve les réserves organiques. Mais il le fait en douceur, par parties isolées, successivement ou intermittemment agissantes. Son excitation globale est incohérente et chaotique. Rien ne rattache, en un faisceau significatif, la contraction de la pupille, le ralentissement du cœur, l'augmentation de la motilité gastro-intestinale, la contraction de la vessie et du rectum, l'engorgement des tissus érectils. Que voulez-vous, le parasympathique ne peut opérer que selon sa nature!

Le sympathique est aussi capable d'action isolée. Au cours du fonctionnement normal, si délicat, si muet, si souple, si nuancé, c'est ainsi qu'il œuvre assurément. Certaines dystonies

neuro-végétatives nous le démontrent. Mais survienne une cause perturbatrice, brutale, essentiellement désastreuse: exercice musculaire, violent, douleur, asphyxie, anoxémie, émotions, choc hypoglycémique, exposition au froid intense, etc., le sympathique répond brusquement par une réaction globale, dont tous les éléments visent, dans une synergie merveilleuse, vers une téléologie manifeste.

Un exemple illustrera bien cette finalité salvatrice. Ne voit-on pas, au cours d'un violent exercice musculaire, le cœur accélérer son rythme, les vaisseaux se resserrer dans les régions au repos, le débit sanguin augmenter dans les territoires en activité et avec lui l'apport d'oxygène et d'énergie, le métabolisme, les éliminations de chaleur et de déchets? Les bronches se dilatent. Comprimée par la contraction de ses muscles lisses, la rate lance dans la circulation un nombre plus grand de globules rouges. Les glandes sudoripares sécrètent davantage et multiplient l'élimination calorique. L'adrénaline libérée impressionne tous les neurones post-ganglionnaires: le sucre sanguin est mobilisé, la coagubilité du sang accrue, etc. Enfin, de par l'excitation sympathique, la sensation de fatigue apparaît plus tardivement dans le muscle strié. N'est-il pas évident que toutes ces réactions convergent, en présence d'un danger imminent, pour sauvegarder d'urgence l'essentielle intégrité du milieu intérieur?

De toute façon, le système nerveux végétatif n'a pas de signification plus exhaustive que celle-là. Le jeu de ses trois lois physiologiques fondamentales (de l'amphotropisme, des prédominances, du mécanisme circulaire amphotrope), nous le prouverait également. Certes, il y a des accrocs, des bourbes, des escapades, des embardées. Nous voici dans la pathologie, qui s'éclaire elle-même à la lumière de ce concept physiologique.

* * *

Les vingt minutes permises sont écoulées... depuis longtemps. Et nous avons l'impression de n'avoir encore rien expliqué. Sur le même ton, nous pourrions rappeler d'autres grands principes, que la scrupuleuse observation des faits a permis d'énoncer et qui résument, en les expliquant, la physiologie et la pathologie du système nerveux végétatif. Pas entièrement toutefois. Le monde, a-t-on dit — ou à peu près — est plus vaste que toute philosophie. Quand on comprendra parfaitement le système nerveux végétatif et ses intégrations fonctionnelles, que nous restera-t-il à apprendre? Que nous restera-t-il à réaliser?

Chercher des événements nouveaux? Oui, mais pour les incorporer dans des lois. N'en déplaise aux pragmatiques décadents qui pourraient subsister, il y a plus riche que le Fait... Et c'est l'Idée.

LE PSYCHISME DE L'ACCIDENTÉ [1]

Par **I. COTE.**

Les quelques remarques qui suivent s'appliquent non seulement aux accidentés du travail mais à tous les réclamants qui revendiquent auprès de nos tribunaux civils, et aux médecins qui les représentent.

J'apprendrai rien de nouveau à mes professeurs et à tous ceux qui pratiquent leur art avec probité et prudence; prudence au point que les mieux renseignés ne veulent pas exposer leur crédit au palais de justice, craignant de le voir amoindri par un avocat sans scrupule ou un confrère hâbleur.

Je vous soumets que cette classe, bien que restreinte, cause un tort incalculable au reste de la profession.

Comme fiche de consolation, je peux cependant ajouter que je n'hésiterais pas à dire la même chose en hébreu ou en anglais.

* * *

Trente ans à peine nous séparent du jour où un accidenté du travail recevait les soins d'urgence de son patron. Il était transporté chez lui ou à l'hôpital, et là se limitait la responsabilité de l'employeur.

En 1898, en France, le gouvernement votait une première loi d'accidents du travail; au Canada, nous suivions une dizaine d'années plus tard.

Il est intéressant de se rappeler quelle indemnité recevait alors le blessé:

« Aucune durant les trois premières semaines; demi-salaire durant un nombre de semaines limité; incapacité permanente, mais touchant 50% du chiffre fixé, donc la moitié du montant correspondant à la lésion, et encore, pour avoir cet argent, devait-il partiellement batailler à ses frais. Seul, il devait solder ses experts, ses soins médicaux, ses frais extra-judiciaires, et une fois le litige terminé, il arrivait fréquemment qu'il restait, non seulement le porteur d'infirmité, mais que le capital perçu n'avait pas été suffisant pour payer toutes ses dépenses. »

L'accidenté d'alors n'avait qu'un intérêt: guérir au plus tôt et retourner à l'industrie.

Subséquemment, les législateurs sous la pression du travail organisé ont mis en vigueur toute une série de lois, la dernière étant toujours plus généreuse que la précédente, et celle qui nous régit actuellement est en force depuis le 1er septembre 1931.

Que reçoit maintenant la victime d'un accident du travail?

1° Son plein salaire, s'il n'excède pas $12.50 par semaine, et ce à partir du jour de l'accident, excepté si la guérison s'obtient dans un délai de 8 jours.

2° Les deux-tiers du salaire hebdomadaire pour les ouvriers de $18.00 par semaine et plus.

3° Les frais médicaux et d'hospitalisation.

4° Nous rencontrons très fréquemment des accidentés qui font partie de sociétés de secours mutuel et qui touchent $5.00 à $10.00 par semaine.

Il en est résulté un intérêt incontestable à ne pas guérir, et nous voyons accorder des périodes d'incapacité nullement proportionnées à la gravité de la lésion.

Nous assistons à une série de revendications où il est allégué avec véhémence l'impossibilité absolue de reprendre l'ouvrage, et le médecin notera que les raisons données sont généralement d'ordre psychique, le symptôme le plus commode est l'affirmation de l'existence de douleur, et je trouve malheureux de constater que bien des fois le médecin est leur porte-parole, et souvent en des termes qu'une prudence élémentaire devrait en faire éviter l'emploi.

Il devrait savoir que généralement les grands blessés sont muets, les petits blessés crient et ceux qui n'ont rien du tout, hurlent.

1. Communication présentée au XVe Congrès de l'A.M.L.F.A.N., Ottawa-Hull, septembre 1938.

Celui qui est réellement blessé n'a aucune difficulté à faire valoir ses droits, mais le faux réclamant a nécessairement besoin d'un appui, et il n'en a pas le choix car seul son médecin peut l'aider à exploiter l'industrie; alors, par tous les moyens possibles, il essaie de le convaincre de la gravité de sa lésion, et lorsqu'il réussit, lorsque nous avons apposé notre signature sur des documents de nature à l'aider, sans scrupule il se servira de notre nom, et il lui sera plus facile encore de surprendre la bonne foi de la députation et d'autres personnes qu'il aura intéressées à sa cause.

Nous avons des dossiers d'au delà cent pages concernant des réclamants qui eurent des blessures insignifiantes ou imaginaires, et je suis certain que toute cette correspondance eût été évitée si le médecin avait été un homme averti.

Vous me direz, peut-être, qu'après tout, je dois faire allusion aux cas particuliers; je le regrette, et je n'en parlerais pas si je ne craignais cette tendance à la généralisation. Je ne veux pas parler des simulateurs, du reste, il y en a peu, mais je fais allusion au petit blessé qui est enclin à se laisser supporter par le fonds d'accident et ce, de connivence avec nous...

Je veux vous parler de l'élément douleur; je vous dirai que je n'ai pas l'intention de discuter avec vous la question de la psycho-névrose, de la neurasthénie traumatique, des névroses post-traumatiques, de la sinistrose et de l'hystérie traumatique; nous en avons tous quelques notions, grâce au contact avec nos psychiatres de carrière ou aux études personnellement faites. Du reste, les atteintes au système nerveux faisant suite à un traumatisme grave sont à juste titre indemnisées par les législateurs, mais je ne puis concevoir que la simple égratignure déclanche une perturbation alarmante du système nerveux; d'ailleurs, même les traumatismes sérieux ne produisent pas d'emblée les névroses, elles font presque toujours suite à une période de méditation durant les jours ou les semaines qui suivent l'accident, et s'il est vrai que la prédisposition peut jouer un certain rôle, il est également reconnu que les gens exempts de toute tare développent rapidement des psycho-névroses d'autant plus rebelles, qu'au début le traitement approprié ne fut pas appliqué.

Inconsciemment, dans un grand nombre de cas, le médecin est devenu leur complice. Dans d'autres cas, plus exceptionnels, il a probablement réalisé qu'après tout il n'y avait pas conflit d'intérêt, car plus se prolonge la période d'incapacité, plus les honoraires s'élèvent, et alors qu'au début du traitement une persuasion douce mais énergique eut rapidement amené la guérison, lorsque des semaines se seront écoulées, vous vous trouverez en face de difficultés bien plus difficiles à surmonter.

Les exagérateurs, ceux qui souffrent d'hystéro-traumatisme plus ou moins conscient sont pour un grand nombre excusables: porteurs d'un système nerveux épuisé par des circonstances extérieures pénibles, maladie, douleurs, manque de pain, déchéance physique ou morale, autant de facteurs qui invitent à notre indulgence; mais je crois que nous n'avons pas d'excuses à offrir, nous, médecins, si en face de ce tableau pénible, au lieu d'encourager notre patient, de lui faire comprendre qu'après tout il n'est pas moribond, nous allons ajouter à ses misères, en empoisonnant son esprit.

Que de blessés viennent à moi, me disent avoir souffert, par exemple:

de fracture de deux côtes et d'enfoncement de trois autres, de déchirures de muscles lombaires, suites d'effort, de luxation tibio-tarsienne, même si le travail fut continué durant des jours.

Et, lorsque je vois dans les rapports médicaux les mêmes diagnostics, je ne puis m'empêcher de conclure qu'il y eut indiscrétion de la part du médecin qui fit part au patient de son diagnostic fantaisiste.

Depuis deux décades, les psychiâtres me concéderont, je crois, que le nombre des névrosés a pratiquement doublé, et tout s'y prête: notre vie électrique émousse notre cellule nerveuse, le téléphone, la radio, le cinéma, l'auto et les soubresauts constants qui en résultent, ont certainement une influence néfaste sur notre système nerveux; mais je ne

crois pas qu'il en soit résulté un déséquilibre tel que le moindre choc puisse faire de nous des impotents, et s'il nous faut reconnaître qu'un bout de doigt écrasé puisse déclancher une petite crise d'hystérie, je reste tout de même convaincu que l'hystéro-traumatisme consécutif sera évité si le médecin traitant est l'apôtre d'hier, qui n'a qu'en vue la guérison rapide de son patient.

Je réalise cependant, que même si cette théorie est admise, la pratique présente de grandes difficultés, car, nous ne pouvons accorder un nombre de semaines déterminé à l'avance selon la nature du traumatisme, et après un certain nombre de jours aller nier la souffrance d'emblée causerait dans certains cas de graves préjudices.

Plusieurs méthodes ont été employées pour déterminer l'existence de la douleur et, à mon avis, elles sont loin de constituer une règle absolue, surtout si elles sont prises individuellement, par exemple, la dilatation pupillaire, l'accélération du pouls, si nous faisons pression sur un endroit douloureux, nous renseignent imparfaitement.

Nous pouvons être sous l'impression qu'un individu ne souffre pas, mais de là à affirmer, il nous faut plus qu'une impression, et là comme dans tout le reste de la science médicale, c'est l'ensemble des symptômes qui pourraient nous permettre de porter un jugement.

Je ne veux pas nier la valeur reconnue de certains signes, tels par exemple, suite de lésion grave de l'encéphale: l'existence de nystagmus, du Romberg, l'incoordination des mouvements, des modifications de la réflectivité tendino-osseuse, etc.; chacun de ces signes a en lui-même une très grande signification et le médecin possède une base sérieuse sur laquelle il peut se former une opinion, mais à mon avis, la difficulté est encore plus grande lorsque la douleur est alléguée et qu'il y a absence de tout symptôme objectif.

Je suis d'avis qu'il faut alors au clinicien beaucoup d'esprit d'observation pour former une opinion, et c'est très souvent l'ensemble de petits signes — j'oserais dire insignifiants, extramédicaux — qui peut guider sûrement le médecin.

L'homme averti doit commencer son examen dès qu'il entrevoit le patient; il peut toujours juger du type d'homme avec lequel il doit traiter; il peut dire s'il est actif ou paresseux par la simple manière dont il se déplace.

A l'entrée de votre bureau de consultation, vous verrez quelquefois des claudications formidables sans étiologie justificative; en même temps, observez le regard du patient, il est nécessairement anxieux de connaître l'effet produit; vous verrez d'autres fois sur sa figure une expression de souffrance alarmante, bien que le pronostic soit loin d'être inquiétant.

S'il est blessé à l'un des membres supérieurs, il le tient fréquemment en écharpe; il est souvent porteur de pansements énormes qui recouvrent des plaies cicatrisées depuis longtemps; se dévêtir constitue toute une industrie, presque toujours il demande votre aide; mouvements actifs des articulations souvent impossibles, généralement diminués; les mains sont moites; les mouvements passifs provoquent des réactions vives, même avant que nous touchions le membre; faire pression sur l'endroit traumatisé, même légèrement, entraîne des protestations. Si cependant par une conversation soutenue, rapide, sans répit, vous faites une pression beaucoup plus intense, vous constaterez que la douleur n'est plus alléguée. Par la persuasion, vous allez souvent déplacer le mal à votre gré; observez quelquefois l'illogisme des sensations du chaud et du froid ou de la piqûre d'épingle. Méfiez-vous du patient qui augmente ses plaintes au fur et à mesure que la blessure se consolide.

Je conseille au médecin des villes d'observer la différence qui existe entre certaines nationalités; il y a une race qui ne guérit jamais; il y en a une autre qui est toute compliment pour le médecin, homme merveilleux qui l'améliore de jour en jour, qui malheureusement ne peut réussir à faire disparaître la dernière douleur.

Il nous faut connaître l'histoire de famille, les antécédents personnels, maladies ou trau-

matismes; enfin, le médecin doit se tenir au courant des activités de l'industrie; les faux accidents sont plus nombreux à la fin des contrats; l'automne, par exemple, pour les débardeurs et les navigateurs; le printemps pour les bûcherons.

J'ajouterai toutefois pour cette dernière classe qu'elle connaît très bien la saveur que l'on éprouve à passer le Jour de l'An en famille, d'où augmentation marquée des petits accidents en décembre et leur guérison spontanée après les Rois.

Lorsque vous êtes en présence d'un cas qui ne guérit pas dans un délai logique, vous devez penser au fait que la blessure est peut-être entretenue; vous pouvez, après avoir défendu au patient de défaire son pansement, appliquer vous-même des diachylons avec un entrecroisement tel qu'on ne saurait le défaire à votre insu. Dans nos hôpitaux, on fait fréquemment un plâtre, ce qui est évidemment un moyen plus sûr.

Je demande pardon à nos confrères étrangers si je touche un point qui concerne exclusivement la province de Québec, je veux en terminant vous dire un mot du « choix du médecin »

Le gouvernement actuel a donné à la profession médicale ce qu'elle n'a pas connu dans le passé; il a confié à l'un des nôtres un des plus importants ministères. A la Commission des Accidents du Travail, il a voté une loi pour la formation d'un bureau de révision composé de trois médecins dont la décision en matière d'accidents au point de vue médical fera loi, c'est-à-dire qu'il confère à trois médecins des pouvoirs plus grands que ceux que possèdent nos juges de Cour d'Appel, et enfin, à la victime d'accident, il a donné le choix du médecin.

Bien que reconnaissant tout ce qu'il y a d'humain à permettre au blessé de choisir un médecin de son goût, je ne vous cacherai pas que je trouve que cet article de la loi sera grave de conséquence, si le médecin traitant ne fait pas preuve de la reconnaissance attendue de l'Etat, si en retour il ne donne pas son entière coopération.

Il existe un budget pour indemniser le vrai blessé, mais il n'est pas suffisant pour payer en plus le faux réclamant, et même, en ce qui concerne celui qui réellement eut un accident, vous devez l'induire à retourner au travail immédiatement après la consolidation juridique de sa blessure, et je vous donnerai un exemple:

En 1937, il y eut 70,000 accidents répartis dans la province de Québec. Supposons qu'à 50,000 d'entre eux vous ayiez donné une semaine de trop, et comment le bon médecin de famille peut-il refuser une semaine de repos additionnl à son vieux patient? J'ai fait de la pratique générale et je comprends certaines difficultés.

Prenons ensuite la moyenne d'indemnité de $15.00 par semaine et vous aurez soutiré du fonds d'accident $750,000 et cette semaine additionnelle de traitement entraînera nécessairement quelques honoraires; $750,000, quand tout le budget dépasse à peine $6,000,000!

Autre danger, l'accidenté choisit son médecin: a-t-il la connaissance voulue? Et le médecin une fois choisi, a-t-il toujours assez de probité professionnelle pour, à l'occasion, sacrifier ses honoraires et remettre son patient entre les mains de spécialistes? Demandons-nous donc si dans certaines circonstances notre cupidité ne nous a pas fait entreprendre le traitemet de cas qui ne sont pas du domaine de notre compétence. Quel en fut fatalement le résultat? Des incapacités totales temporaires indûment prolongées; des incapacités partielles permanentes nécessairement plus élevées; un plus grand infirme et un plus plus pauvre trésor.

En 1931, la loi donnait à la victime le choix du médecin; en 1932, une autre loi le lui enlevait; en 1937, une nouvelle loi redonnait à la victime le choix du médecin.

De quoi demain sera-t-il fait? Je ne le sais pas, mais réalisez qu'il nous faut rivaliser avec la province d'Ontario qui a la même loi que nous, et qui ne donne pas au blessé le choix du médecin; et, si le taux d'assurance allait être plus élevé dans Québec que dans Ontario,

il y aurait danger de voir nos industries s'installer davantage chez nos voisins, ce qu'un gouvernement clairvoyant ne saurait tolérer.

Nous nous flattons à juste titre d'appartenir à une classe d'élite; il nous faut être à la hauteur de la situation; nous devons réaliser le rôle que nous jouons dans la société. Au détriment de nos intérêts nous devons admettre que ce ne sont pas seulement des accidentés qui se présentent à nos bureaux de consultation, mais qu'il doit tout de même rester encore quelques malades.

En face d'un patient qui souffre d'arthrite, nous n'avons pas le droit d'insinuer ou de lui demander s'il n'aurait pas eu quelque accident. Nous devons d'abord rechercher les causes les plus naturelles de cette arthrite, infection, diathèse rhumatismale ou autre, car nous pouvons être assurés que l'industrie n'a pas le moyen d'assumer le paiement des indemnités aux blessés et en plus, le coût de la perte de temps résultant de maladies diverses.

Je n'ai pas voulu blesser qui que ce soit par mes remarques; je vous ai fait part courageusement des abus que je constate fréquemment. Je réalise qu'il eut été probablement meilleure politique en ce qui me concerne, de faire à mes confrères des compliments plutôt que des reproches. Encore une fois, ces remarques sont faites sans animosité et pour le plus grand bien de ceux d'entre nous qui faisons notre devoir, et c'est la majorité.

LES HÉMORROÏDES ET LEUR TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS SCLÉROSANTES [1]

Par **J.-A. DENONCOURT,**
Chirurgien des hôpitaux Saint-Joseph et Cooke (Trois-Rivières).

Cet exposé sommaire que je vais vous présenter au sujet des hémorroïdes et de leur traitement ne s'adresse pas aux spécialistes de la matière, mais plutôt aux médecins praticiens des villes et des campagnes, qui sont chaque jour consultés à ce sujet et qui, devant le nombre considérable de nouveaux traitements, sont dans une telle confusion qu'ils se demandent quelle méthode employer dans tel ou tel cas.

En résumé, nous ferons ensemble une revue de la définition de cette affection et de ses différents aspects anatomiques et cliniques. Nous verrons comment doit se faire l'examen d'un hémorroïdaire, et ensuite les divers traitements applicables à chaque mode de la maladie, traitements à la portée de chacun d'entre nous.

Définition

Les hémorroïdes sont des varices ano-rectales. Elles résultent de l'altération des veines hémorroïdales dont les branches s'anastomosent sous la muqueuse intestinale et voisinent les fibres du sphincter anal.

Les réactions de la muqueuse et du sphincter conditionnent la plupart des symptômes de cette maladie. Les varices se développent en effet immédiatement sous la muqueuse à laquelle elles sont intimement unies. Il en résulte une inter-action constante entre muqueuse et varices. L'inflammation de la veine entraîne une anite réactionnelle et vice versa.

Les incidents ou accidents des hémorroïdes ont pour cause essentielle l'infection et par là-même l'inflammation locale. C'est donc dire que les diverses manifestations qui révèlent la présence des hémorroïdes sont toute déclenchées par la phlébite et par l'anite associées.

1. Communication présentée au XVe Congrès de l'A.M.L.F.A.N., Ottawa-Hull, septembre 1938.

Division

Tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique, les hémorroïdes se divisent en trois grandes variétés: externes, internes, mixtes ou intermédiaires.

I) Hémorroïdes externes.

Les hémorroïdes externes, situées au-dessous du sphincter, se trouvent sous la peau ou au voisinage de la jonction cutanéo-muqueuse, et se découvrent par l'examen direct de la région.

Elles se subdivisent en deux modes:

a) *simples;*

b) *compliquées.*

a) On dit qu'elles sont *simples* lorsqu'elles se présentent sous forme de petites masses bleutées, recouvertes d'une muqueuse épaissie qui se prolonge insensiblement dans sa partie inférieure par le revêtement cutané. En période de calme, elles sont molles, non douloureuses; leur siège le plus fréquent est la région latérale de l'anus. En période d'inflammation, elles augmentent de volume, sont tendues, dures, douloureuses.

b) On les dit *compliquées* lorsqu'elles sont le siège d'une poussée phlébitique aboutissant à une thrombose hémorroïdaire. A la suite d'un effort, brusquement et presque instantanément, le malade ressent une douleur inaccoutumée, en même temps qu'il perçoit l'apparition d'une petite masse dure et douloureuse. Ces sensations, tolérables durant deux ou trois jours, vont s'accentuant et l'obligent à consulter son médecin.

L'examen révèle, sur les parois latérales de l'anus, une tumeur variant du volume d'un pois à celui d'une petite olive d'une teinte bleutée, de consistance dure et douloureuse au toucher.

L'incision précoce dès les premiers jours de cette hémorroïde thrombosée amène une guérison rapide et complète.

Laissée à elle-même, la thrombose évoluera en différents sens: lorsqu'elle est de petite dimension, elle peut se resorber; en quelques jours, la douleur disparaît, la masse indurée se ramollit, se réduit progressivement, et au bout de quelques semaines, on ne trouve plus qu'une petite excroissance cutanée, molle, flétrie, classiquement désignée sous le nom de *marisque*.

Au contraire, au lieu de s'amender, la thrombose peut évoluer vers les complications suivantes. La tuméfaction devient de plus en plus douloureuse, une petite escarre noirâtre apparaît suivie d'un orifice par lequel le caillot s'élimine spontanément. Cette escarre peut elle-même s'aggraver, soit de la formation locale d'un abcès avec fistule secondaire, soit d'une hémorragie abondante et difficile à contrôler; c'est le seul cas où une hémorragie prend naissance d'une hémorroïde externe.

Chez d'autres malades, les phénomènes inflammatoires prennent un tout autre aspect. Autour de cette thrombose se développe une grosse poussée œdémateuse; la marge de l'anus est déformée par une saillie rouge, suintante, très sensible, au milieu de laquelle le thrombus initial passe facilement inaperçu. A ce moment, aucune intervention chirurgicale n'est de mise.

En définitive, trois complications peuvent aggraver la thrombose hémorroïdaire externe:

escarre;
poussée œdémateuse, et
abcès de la marge de l'anus.

II) HÉMORROÏDES INTERNES.

Les hémorroïdes internes sont uniquement sous-muqueuses. Elles siègent à l'intérieur du rectum, au-dessus du sphincter et, pour les découvrir, il faut employer l'anuscope.

Elles se subdivisent à leur tour en deux variétés:

a) *simples*;
b) *compliquées*.

a) Les hémorroïdes internes simples sont d'une fréquence infiniment plus grande que toutes autres. Elles restent souvent latentes pendant des années, sans donner lieu à aucun trouble fonctionnel. Au contraire, à la suite d'une constipation, d'une purgation, d'écarts de régime, elles se révèlent par un ou plusieurs de leurs symptômes, lesquels sont au nombre de quatre:

douleur,
hémorragies,
prolapsus,
écoulement séreux ou séro-purulent.

Ces symptômes consistent rarement chez le même malade. Habituellement, l'affection reste longtemps mono-symptomatique. Le tableau clinique varie avec les sujets. Chez certains, c'est un état chronique, persistant des mois et des années avec ces symptômes estompés. Chez d'autres, il s'agit de poussées congestives, subaiguës, s'accompagnant tantôt de douleurs, tantôt d'hémorragies, tantôt de prolapsus.

Si on pratique l'endoscopie au moment d'une poussée congestive, on observe, en outre des lésions de rectite toujours présentes, deux aspects de l'hémorroïde interne:

soit la couronne rouge carminée des varices agiomateuses,

soit la turgescence des masses variqueuses tumorales, dures, douloureuses, avec tendance à prolaber.

b) Les hémorroïdes internes ont pour complications:

1) *L'hémorragie grave.* Cette hémorragie peut varier du simple suintement continuel qui, graduellement conduit le malade à un état d'anémie marqué, jusqu'à l'hémorragie massive, véritable cataclysme qui entraîne un état de choc et nécessite un traitement d'urgence.

2) *Le prolapsus.* Le prolapsus peut être *simple et réductible.* Cette extériorisation des hémorroïdes internes est, soit *accidentelle,* se produisant lors de la défécation et se réduisant spontanément dans les minutes qui suivent, ou manuellement; soit *permanente,* mais cependant encore réductible; chaque fois que le malade a réduit son prolapsus, il le sent réapparaître quelques instants après ou au moindre effort. Ou le prolapsus est *irréductible.* Alors le malade consulte d'urgence. Cette

irréductibilité survient en général brusquement chez un sujet qui, porteur d'un prolapsus récidivant, avait pu jusque-là le réduire chaque jour. Ce n'est pas l'étranglement par le sphincter qui est la cause essentielle, mais l'inflammation locale, la poussée de phlébite qui joue tout le rôle dans cet accident.

Les aspects sont différents si l'on examine le malade dans les premières heures ou plus tard.

Dans les premières heures, le malade souffre encore peu, mais il est gêné pour marcher et s'asseoir. La tumeur prolabée est circonférentielle, la muqueuse est rouge, vineuse, œdématiée, parfois déjà excoriée.

C'est à cette période précoce que l'on doit entreprendre la réduction avec douceur et patience. Plus tard, et assez rapidement, le tableau clinique s'aggrave: les douleurs deviennent intolérables et obligent le malade à s'immobiliser et à demander un calmant. L'examen révèle alors une tumeur augmentée de volume, de couleur bleu-noirâtre, parsemée de zones ulcérées ou de plaques de sphacèle.

Abandonné à lui-même, ce prolapsus va continuer à se compliquer de suppuration, de gangrène et d'une atteinte sérieuse de l'état général. L'évolution peut se faire vers l'élimination spontanée des paquets variqueux au prix de longues suppurations; ou aboutir à des abcès de la fosse ischio-rectale, qui laissent des fistules interminables.

III) Hémorroïdes mixtes ou intermédiaires.

Nous désignons par là des varices ano-rectales qui sont à cheval sur la marge et sur le sphincter. Visibles à l'extérieur, elles apparaissent à l'intérieur sous forme de bourrelet qui remonte dans le canal anal. Elles sont donc à la fois internes et externes. Cette variété se rencontre le plus souvent au niveau du raphé antérieur, alors que les autres hémorroïdes sont ou franchement externes, ou franchement internes. Il est important de reconnaître ces varices mixtes, car ce sont les plus difficiles à traiter et les plus fertiles en incidents après la cure.

Examen du malade

C'est l'examen complet du malade qui permettra de porter un diagnostic exact d'hémorroïdes. Et c'est ce diagnostic qui servira de guide précis au traitement.

Première partie de l'examen:

Etat général. Il faut d'abord noter l'état général de celui qui vient consulter pour hémorroïdes: s'il est anémique, songer aux hémorragies à répétition; s'il est amaigri depuis peu, penser au cancer.

Système circulatoire. On sait que les hémorroïdes poussent sur un terrain veineux général. Alors voir si le patient n'est pas porteur de varices aux membres inférieurs ou ailleurs. On sait aussi que souvent les hémorragies de la région anale sont la soupape de sûreté des pléthoriques, alors faire la lecture de la pression artérielle. S'il s'agit d'une femme, savoir si elle est enceinte. Dans ce cas, les hémorroïdes se produisent par compression mécanique.

Système digestif. S'enquérir des différents troubles hépatiques, gastriques, intestinaux: constipation, diarrhée de toutes natures. Faire une révision des habitudes alimentaires, surtout de l'alcoolisme qui joue un rôle capital.

Deuxième partie de l'examen:

L'hémorroïdaire consulte dans la majorité des cas pour un des symptômes suivants:

1) *Hémorragies.* Symptôme très fréquent, dont il faut savoir préciser les caractères: aspect du sang, fréquence des hémorragies, horaire, abondance.

2) *Douleurs.* C'est la traduction de l'inflammation locale. S'enquérir de son intensité, de sa ténacité, de son apparition et de son paroxysme.

3) *Prolapsus.* Ce symptôme s'accompagne de douleurs ou non. Il est permanent ou accidentel; existe depuis longtemps ou depuis peu.

4) *Suintement ou prurit.* Le suintement séreux est le résultat de l'hypersécrétion d'une muqueuse enflammée; le suintement purulent indique une infection secondaire, une anite suppurée, ou une fistule anale qu'il faut rechercher.

Le prurit anal, affection tenace, coexiste fréquemment avec les varices ano-rectales.

Troisième partie de l'examen:

Examen direct: le diagnostic repose essentiellement sur cet examen. Il faut savoir le faire; il est des plus simples, ne nécessite ni long apprentissage, ni instrumentation compliquée. Toutefois, il ne faut jamais négliger cet examen.

1) *Position du malade.* Position genu-pectorale sur une table d'examen.

2) *Inspection.* Elle est toujours indispensable pour déceler la présence d'hémorroïdes externes, ou d'un prolapsus.

3) *Toucher rectal.* Il a pour but d'explorer le canal anal. Avec le doigt recouvert d'un doigtier bien lubrifié, masser d'abord bien légèrement l'orifice externe de l'anus pour l'amadouer et diminuer ainsi le spasme. Le doigt doit pénétrer avec extrême douceur pour éviter la réaction douloureuse.

4) *Endoscopie.* L'examen du canal se pratique au moyen d'un anuscope et d'un éclairage par une lampe frontale ou un miroir frontal. L'anuscope est introduit avec douceur à fond de course; le mandrin est enlevé; l'exploration se pratique en retirant l'appareil. L'examen du rectum, au moyen du rectoscope, doit compléter l'examen de cette région, car l'existence d'un cancer doit toujours être notre préoccupation au premier examen d'un hémorroïdaire.

C'est l'endoscopie qui permettra de juger de l'importance des hémorroïdes internes. Ici, il faut savoir que les hémorroïdes internes ne réalisent jamais un aspect analogue à celui des varices des membres inférieurs. La dilatation veineuse hémorroïdale existe, mais elle est profonde et très peu visible. Ce qu'il importe de reconnaître, c'est l'existence de la rectite hémorroïdale, lésion de la muqueuse qui ne constitue pas une complication, mais qui est un signe primordial de l'affection.

La muqueuse est alors très congestionnée et rouge écarlate; superficiellement, se dessinent les mailles d'un riche réseau capillaire. Les points qui saignent sont souvent indiqués par de petites érosions. D'autres fois, l'état hémorroïdal est uniquement marqué par une zone vermillon plus foncée que le reste de la muqueuse.

Traitement

Le traitement de toute hémorroïde comporte, obligatoirement associés, un traitement général et un traitement local.

I) TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Basé sur la notion du terrain hémorroïdaire, ce traitement s'applique à toutes variétés d'hémorroïdes, à toute période d'évolution. Il est la base indispensable de toute autre thérapeutique locale. « C'est à la connaissance de ce traitement, dit Rachet, que sont dus la plupart des incidents et des échecs des traitements locaux. »

a) *Hygiène générale.* Comme les hémorroïdaires sont souvent des pléthoriques, sédentaires, gros mangeurs, d'où insuffisance hépatique et troubles intestinaux, on conseillera: 1) d'éviter la sédentarité, en prescrivant un exercice quotidien en plein air, de la gymnastique, la balnéothérapie, etc.; 2) de régler l'alimentation en quantité et en qualité: restreindre les menus, s'abstenir d'épices, condiments, vinaigre, sauces grasses, charcuterie, viandes faisandées, fritures, fromages fermentés, patisseries, pain en excès, vin, bière, café, thé fort, et surtout alcool. Le rôle de ce dernier est particulièrement néfaste.

b) *Hygiène intestinale.* Tout hémorroïdaire est porteur de quelque trouble intestinal, et le plus souvent, c'est la constipation. On remplacera les laxatifs irritants, les purgatifs salins, par une alimentation appropriée, à base de légumes verts et de fruits. S'il est nécessaire, on ajoutera les laxatifs huileux et les mucilages.

c) *Hygiène veineuse.* Il est souvent très utile d'employer pour les hémorroïdaires les médicaments qui rendent service aux veineux. Parmi ces nombreux médicaments, retenons les suivants: le marron d'inde, le cupressus, l'hamamélis.

d) *Hygiène sanguine.* Si le temps de saignement est élévé, on administrera les médications modificatrices classiques.

II) Traitement local.

Ce traitement peut être: a) palliatif et b) curatif.

a) *Traitement palliatif.*

Le traitement palliatif convient au malade qui se plaint à étapes éloignées de petits troubles locaux. Il suffit généralement aux hémorroïdaires hypertendus, aux cardiaques, aux vieillards, aux névropathes. Enfin, il doit précéder, en période aiguë, tout traitement curatif.

1) Traitement palliatif des hémorragies. Les petites hémorragies, apparaissant surtout après la défécation, bénéficient de l'hygiène locale, lavage, bain de siège; de l'hygiène intestinale; et localement des pommades antihémorroïdaires à base de marron d'inde, de cupressus, d'adrénaline. Les hémorragies plus importantes nécessitent le repos au lit avec immobilité. On administrera de petits lavements chauds, soit à l'eau pure, soit additionnée d'antipyrine, ou d'une petite quantité de sérum de cheval.

2) Traitement palliatif des douleurs. Lorsqu'il s'agit d'une hémorroïde externe en période d'inflammation aiguë, on tente de calmer la douleur par des applications de pansements humides chauds, ou des vessies de glace, ou encore des bains de siège prolongés. Si cette fluxion s'accompagne d'une thrombose, mieux vaut recourir à une petite intervention qui amène un soulagement très rapide. Après légère anesthésie locale à la cocaïne, on incise à la base de l'hémorroïde la poche sous tension, et on exprime le caillot noirâtre qui sort facilement. Cette petite intervention à la portée de tous les praticiens, doit être précoce, dans les huit premiers jours de la thrombose; plus tard, le caillot devient fibreux et ne s'énuclée pas facilement.

Lorsqu'il s'agit d'hémorroïdes internes, dans une poussée phlébitique, sans prolapsus, le traitement des poussées congestives hémorragiques convient: repos, bain de siège, petits lavements chauds, pommades calmantes. A ce traitement, l'électricité, sous forme de haute fréquence ou diathermie, est tout indiquée.

3) Traitement palliatif des prolapsus. Le prolapsus simple, accidentel ou recidivant, n'est pas grave, mais justifie un certain nombre de précautions peur éviter les complications. On conseillera au malade d'éviter la constipation, les laxatifs irritants; on lui prescrira l'hygiène locale, et on lui apprendra à réduire lui-même son prolapsus.

Le prolapsus inflammatoire aigu doit être traité d'urgence. Traité à bonne heure, il guérit rapidement. Vu tardivement, il entraîne parfois des complications graves, toujours longues à guérir. Appelé précocement, le médecin doit tenter la réduction manuelle du prolapsus, laquelle réduction n'a de contre-indication que dans la crainte de l'infection et de la douleur. Il faut bien connaître la technique de cette manœuvre qui se résume tout entière en des manipulations douces, prudentes et progressives. Le malade est placé dans le décubitus latéral. La masse prolabée est abondamment lubrifiée. Avec beaucoup de douceur, après un léger taxis, on réduit progressivement, paquet par paquet, chaque masse hémorroïdaire, en agissant avec le doigt sur la base de la varice. La réduction obtenue, on applique une pommade antiseptique et calmante. Le malade garde le lit quarante-huit heures.

Si le médecin est appelé tardivement, toute réduction est contre-indiquée; elle risquerait d'aggraver les accidents au lieu de les amender. Dans ce cas, on prescrit l'alitement du malade, l'application de pansements humides chauds, ou de vessies de glace, et les pommades calmantes. On est même autorisé d'administrer la morphine ou l'opium. Ici, l'électricité, sous forme de haute fréquence ou de diathermie, nous est d'un grand secours.

b) *Traitement curatif.*

Ce traitement se pratique de deux modes:

1) le mode ambulatoire, c'est-à-dire qu'il n'immobilise pas le malade, mais lui permet de vaquer à ses occupations habituelles le jour même du traitement;

2) le mode immobilisant, c'est-à-dire qu'il nécessite le repos au lit et un séjour plus ou moins long à la chambre.

Le *traitement ambulatoire* comprend essentiellement les injections sclérosantes sus-hémorroïdaires, et accessoirement certains traitements électriques.

Les injections sclérosantes

Ce mode de traitement a pour but de réduire la circulation sanguine. Ces injections sclérosantes se font de deux manières: intra-hémorroïdaires et sus-hémorroïdaires. Les intra-hémorroïdaires présentent des inconvénients: elles ne traitent pas les lésions d'ano-rectite, et le plus souvent, elles ne sont pas ambulatoires, nécessitant une anesthésie locale ou générale et entraînant des réactions locales, souvent escarifiantes, qui demandent un repos au lit. Les injections sus-hémorroïdaires ont notre préférence parce qu'elles sont strictement ambulatoires et qu'elles traitent à la fois l'hémorroïde et l'anite qui l'accompagne.

Technique des injections sclérosantes. Méthode de Bensaude.

a) *Solution.* Solution aqueuse de chlorydrate double de quinine et d'urée à 5%. On en injecte de 3 à 5 c.c. à chaque séance dans la région sus-hémorroïdaire.

b) *Instrumentation.* Une seringue de 5 c.c. avec un embout métallique de 10 cm. surmonté d'une aiguille fine et courte.

c) *Manuel opératoire.* Le malade étant dans la position génu-pectorale, l'anuscope est introduit à fond de course et en retirant, on découvre la zone sus-hémorroïdaire où doit se pratiquer l'injection. On reconnaît le point d'élection à la coloration rosée de la muqueuse, immédiatement au-dessus du bourrelet carminé où il ne faut pas piquer. Après léger badigeonnage à l'iode, l'aiguille est enfoncée franchement au travers de la muqueuse. L'injection doit se faire dans la région sous-muqueuse, c'est-à-dire entre la muqueuse et la musculeuse. Elle doit être faite lentement. Si par hasard, on éprouve de la résistance, c'est que l'aiguille a pénétré dans la musculeuse, alors il s'agit de la retirer quelque peu, ou que l'aiguille est dans une zone déjà sclérosée, dans ce cas, il n'y a qu'à changer d'endroit. Si la manœuvre est bien exécutée, on ne doit apercevoir qu'un léger gonflement, siège d'une ischémie, signe de vaso-construction. Si, au lieu du gonflement sous-muqueux, on voit une vésicule claire, c'est que l'injection a été faite trop superficiellement dans la muqueuse même.

d) *Rythme de la cure.* Les injections sont faites à raison d'une par semaine, et chaque piqûre est pratiquée dans une zone aussi éloignée que possible de la précédente, sur le pourtour de la muqueuse. Il y a deux zones qu'il ne faut pas piquer: les raphés antérieur et postérieur. La cure totale est de 8 à 12 injections, suivant l'abondance des hémorroïdes.

Indications.

On peut affirmer qu'en pratique cette méthode peut toujours être tentée, et qu'en cas d'échec, elle n'empêche aucune autre tentative thérapeutique.

a) *Indications formelles.* Ce mode de traitement est tout indiqué:

1) aux hémorroïdes internes qui saignent, c'est l'indication majeure;

2) aux hémorroïdes à prolapsus récidivant; pourvu que le sphincter ait une bonne tonicité, les résultats sont excellents;

3) aux hémorroïdes internes traitées par la chirurgie qui récidivent après quelque temps.

b) *Indications relatives.* Cette méthode s'applique:

1) aux hémorroïdes internes, type tumoral, où on obtient de grandes améliorations, et comme traitement complémentaire, on ajoute, les coagulations diathermiques;

2) aux hémorroïdes entraînant ou entretenant un prurit; ce dernier étant souvent causé par une varice ano-rectale;

3) à toutes les variétés d'hémorroïdes internes, surtout chez les malades dont l'état général contre-indique les interventions choquantes, les vieillards, les cardiaques, etc.

c) *Contre-indications.* On ne doit pas traiter par les injections sclérosantes:

1) les hémorroïdes externes, à cause des réactions inflammatoires et des escarres. Il est fréquent de voir disparaître les hémorroïdes externes après le traitement des hémorroïdes internes qui leur sont presque toujours associées;

2) les hémorroïdes internes en poussée congestive aiguë. Les injections ne doivent se faire qu'en période de calme;

3) les hémorroïdes de certains malades:

a) les femmes en grossesse;

b) les grands hypertendus;

c) les malades intolérants à la quinine.

Résultats.

Cette technique d'une grande simplicité, d'une innocuité absolue, employée à bon escient, pour peu qu'on ait une courte expérience, donne des résultats excellents, toujours réels en tous cas, même dans ceux incomplètement guéris.

Selon les statistiques de Rachet, par ce mode de traitement, il obtient 70% de guérison totale; 15% d'amélioration, et 15% d'échecs imputables à des causes locales et générales diverses.

Traitememts immobilisants.

Ils sont au nombre de trois:

1) certaines injections sclérosantes;

2) presque toutes les méthodes électriques;

3) les traitements chirurgicaux.

1) Certaines injections sclérosantes, différentes de celles de Bensaude, dont les unes se font à la glycérine phéniquée, d'autres à l'alcool, d'autres à une solution concentrée de quinine et d'urée sont injectées dans l'hémorroïde même, après anesthésie. On obtient ainsi un flétrissement de l'hémorroïde et le plus souvent une escarre et une chute des tissus coagulés.

2) Les traitements électriques, que je connais très peu, ont, à mon avis, pour but la sclérose de l'hémorroïde. Ces différentes méthodes électriques, pour être efficaces, s'accompagnent de réactions locales qui obligent le malade à prendre le lit, ou du moins, l'immobilisent pour quelque temps.

3) Les traitements chirurgicaux qui sont indiqués:

a) aux hémorroïdes externes à poussée récidivante;

b) aux hémorroïdes internes du type tumoral, et à celles qui ont résisté aux injections sclérosantes;

c) aux hémorroïdes compliquées de fissure, ou d'un ulcère atone.

Deux procédés chirurgicaux sont mis en œuvre:

1) l'opération de Whitehead, résection de la muqueuse et du bourrelet hémorroïdaire en totalité, paraît être l'intervention idéale entre les mains des chirurgiens expérimentés; et

2) la ligature des paquets hémorroïdaires, paquet par paquet, intervention plus facile et donnant des résultats excellents.

Conclusions thérapeutiques

On peut résumer les indications des divers traitements selon la variété anatomique ou clinique de la façon suivante:

1) Pour les hémorroïdes externes, le plus souvent, pas de traitement. Si thrombus: incision à l'anesthésie locale; si poussée aiguë: diathermie; si poussée récidivante: excision chirurgicale ou coagulation diathermique.

2) Pour les hémorroïdes internes, si hémorragie ou prolapsus: injections sclérosantes sus-hémorroïdaires; si grosses tumeurs hémorroïdaires: mieux vaut le traitement immobilisant par la coagulation diathermique ou l'excision chirurgicale; si hémorroïdes en couronne, avec quelques masses: débuter par les injections sclérosantes et, s'il y a lieu, terminer par la coagulation diathermique ou l'exérèse.

Ces quelques notions, que je viens de vous exposer au sujet des hémorroïdes, ont été puisées dans les écrits de Bensaude, proctologiste français de grande renommée, dans ceux de ses collaborateurs: Oury et Rachet, dans les revues médicales publiées en France et aux Etats-Unis et de ma propre expérience.

LES HÉMORRAGIES UTÉRINES [1]

Par **Edmond PIETTE,**
(Joliette).

En présence d'un cas de métrorragie pathologique, le problème suivant est à résoudre: *la malade est-elle enceinte ou non*?

Si elle est enceinte, à quel moment de la grossesse est-elle arrivée? Je crois que la conduite à tenir en présence d'une métrorragie est différente, selon que la grossesse date de quelques mois, ou qu'elle atteint un stade où l'enfant peut naître viable.

1° *Aux premiers mois,* la métrorragie peut être causée par un *avortement* se manifestant par des douleurs, des tranchées qui peu à peu effacent, dilatent le col utérin et détachent l'œuf pour produire son expulsion. Ce décollement incomplet de l'œuf produit généralement des hémorragies souvent considérables qui demandent une intervention prompte. Nous nous rappelons aucun cas d'avortement avec métrorragie et *dilatation* du col, où l'œuf soit parvenu à sa maturité après expectation; ou bien l'expulsion se fait naturellement; ou il faut l'aider par une intervention quelconque. Sitôt les dernières parties de l'œuf expulsées, la métrorragie est contrôlée.

Une autre cause des métrorragies des premiers mois est *la rupture d'une grossesse ectopique.* Généralement la femme est à vaquer aux soins du ménage, lorsque subitement, elle ressent une douleur très aiguë, en coup de poignard, dans le bas de l'abdomen, douleur tellement vive qu'elle demeure clouée sur place et ce sent défaillir.

Messieurs les médecins praticiens, vous êtes presque toujours appelés dans ces cas à prodiguer vos soins. Il importe de bien questionner votre malade sur les débuts de ce drame. Assez souvent la malade ignore sa grossesse ou n'a que des doutes, les menstruations peuvent n'être en retard que de quelques jours, la métrorragie n'être qu'un simple écoulement rougeâtre et peu abondant au début, mais vous serez étonnés de trouver une malade anxieuse avec un pouls rapide, une pâleur qui s'accentue progressivement, un abdomen en état de défense musculaire très marquée dans le bas-ventre, particulièrement du côté de la lésion. Au toucher, la palpation révèle la présence d'une masse sensible généralement du côté où la douleur fut ressentie.

Il nous fait plaisir de féliciter les médecins de Joliette et des environs pour l'excellence de leur diagnostic dans ces cas, et leur empressement à diriger leurs malades à l'hôpital. La conduite à tenir est une intervention chirurgicale qui donne cent pour cent de guérison, si elle est faite peu de temps après la rupture.

2° *A une période avancée de la grossesse,* les métrorragies sont dues à *un décollement prématuré du placenta ou à son insertion vicieuse, centrale ou marginale.*

Dans les cas du décollement prématuré du placenta, l'expectation au repos absolu a généralement raison de la métrorragie. Quant aux insertions vicieuses du placenta avec métrorragies graves, répétées et de plus en plus abondantes, vous savez mieux que moi combien l'accoucheur est peu efficient dans ces cas en pratique générale et combien élevé le pourcentage des décès principalement dans les cas d'insertion centrale.

Depuis quelques années, nous conseillons la césarienne qui doit être pratiquée avant le début du travail. Nous n'avons pas eu à nous repentir de cette conduite, puisque les résultats furent heureux.

Une autre catégorie de malades qui entrent dans ce cadre sont les accouchées qui présentent des suites de couches anormales par *rétention placentaire* plus ou moins volumineuse.

Durant treize ans, combien de ces malades avons-nous reçues profondément intoxiquées, exsangues par des métrorragies répétées, avec une température élevée, un pouls rapide et

1. Communication présentée au XVe Congrès de l'A.M.L.F.A.N., Ottawa-Hull, septembre 1938.

des lochies fétides, un col ouvert, un utérus mou et non régressé. Quelque conduite avon-nous suivie? Toujours la même, le curage au moyen d'une pince porte-éponge recourbée de Fœrster.

Après nous être entouré de toutes les précautions aseptiques: une bonne désinfection de la peau et du vagin, nous donnons une piqûre de Pituitrine, nous plaçons une valve vaginale, saisissons le col et avec cette pince mousse délicate que nous introduisons dans l'utérus que nous explorons, nous saisissons la placenta où le débris pour les extraire. Vous nous objecterez peut-être que nous opérons à l'aveuglette, mais comme tout aveugle, nous répondons qu'on devient habile au point de sentir parfaitement, si nous avons extrait tous les débris importants. A la deuxième phase de cette méthode, nous introduisons dans l'utérus, au moyen de la pince à pansements utérins, une éponge ou une mèche d'une dimension variable, en rapport avec le volume de l'utérus. Cette éponge introduite jusqu'au fond de l'organe et bien tassée, est saisie avec une pince et tournée pour en faire un écouvillon.

Ce petit procédé très efficace pour l'extraction des derniers débris, est répété autant de fois que nous le jugeons nécessaire.

A la troisième phase, nous donnons une douche intra-utérine avec une solution iodée et le tout est terminé en introduisant dans l'utérus une mèche de gaze iodoformée qui sera enlevée après vingt-quatre heures.

Cette méthode, préconisée par **Devlin,** gynécologue du « Misericordia Hospital » de New-York nous a toujours été fidèle. Notre assistant, le Dr Forest, l'a également employée avec succès.

Cette méthode nous fut des plus utiles dans les cas de *môle hydatiforme* que nous avons eu à traiter pour métrorragies foudroyantes.

Cette dégénérescence kystique des villosités choriales, est de nature à surprendre le médecin, parce qu'il est étonné autant que la femme elle-même du développement anormal de l'abdomen. A la fin du deuxième mois ou le troisième, l'utérus a déjà atteint des proportions d'une grossesse de sept mois et plus; des pertes séro-sanguinolentes se produisent sans cause notable et se répètent à intervalles variables, pour aboutir presque toujours à des métrorragies alarmantes principalement au moment où l'utérus se contracte pour l'expulsion de la môle.

Dans les deux cas que nous avons eu à traiter, les symptômes étaient identiques: développement extraordinaire du volume de l'utérus pour le temps de la grossesse, métrorragies répétées avec caillots et un col utérin entr'ouvert pour permettre l'introduction d'un ou deux doigts, et dans ces conditions, nous devions faire l'évidement de ce gros utérus rempli de vésicules en nombre incalculable. Nous avons apprécié ici plus que jamais cette méthode de curage à la pince pour procéder vite et bien.

Vous n'avez aucune crainte à avoir dans ces cas et vous serez surpris de cette quantité anormale de vésicules à extraire. Les métrorragies de peu d'importance des suites de couches par rétention de petits débris placentaires avec col utérin fermé, sans température, sont traitées avec succès par le curettage simple.

Messieurs les praticiens, nous croyons avoir traité des principales causes de métrorragie d'origine puerpérale: métrorragie par avortement simple, rupture d'une grossesse ectopique, insertion vicieuse du placenta, rétention placentaire et métrorragies par môle hydaliforme.

Votre patiente n'est pas enceinte et se présente à votre bureau pour métrorragie, nous diviserons ce chapitre *en métrorragie de cause tumorale et en métrorragie de cause lésionnelle.*

1° *Dans les causes tumorales,* au point de vue subjectif, la patiente se plaint d'une pesanteur dans le bas-ventre, *souvent de troubles urinaires,* de menstruations très irrégulières d'une semaine le plus avant la date normale, très prolongées et quelquefois très abondantes avec ou sans douleur. Il vous importe de ne pas négliger l'examen objectif de votre malade et de le faire dans d'excellentes conditions en position vraiment gynécologique.

Les principales tumeurs qui sont cause de métrorragie sont: le fibrome, le polype muqueux et le cancer.

Au point de vue subjectif, le *fibrome* est cause de métrorragies plus ou moins abondantes qui anémient graduellement la patiente, de leucorrhée, d'hydrorrhée intermittente mais sans odeur, de compression sur le rectum et la vessie.

Au point de vue objectif, les signes physiques varient suivant le volume de la tumeur. C'est une tumeur médiane pelvienne ou pelvi-abdominale qui fait corps avec l'utérus et qui est facilement palpable au toucher bimanuel.

Si au toucher, vous palpez un utérus normal avec une petite tumeur pédiculée fixée au col ou ayant dilaté celui-ci, vous penserez alors au *polype muqueux*, vous confirmerez ce diagnostic par l'examen au spéculum.

Ces polypes ne sont pas toujours petits, ils peuvent prendre des proportions notables avant de faire parler d'eux. Nous nous rappelons un cas de polype assez volumineux pour avoir fait penser à une tête de fœtus; vous ne serez pas surpris si nous vous disons que les manœuvres pour l'extraire échouèrent.

Le polype ne doit pas être confondu avec l'inversion chronique de l'utérus; si l'apparence peut être la même, au toucher bimanuel la palpation de l'utérus est négative, puisque le corps est inversé.

Le toucher vaginal a une importance primordiale dans les cas de *tumeurs malignes du col ou du corps de l'utérus*. Ici trois symptômes subjectifs sont accusés par votre patiente: ce sont les métrorragies, les écoulement leucorrhéiques et les douleurs.

L'hémorragie se présente en général en dehors des règles, chez les femmes âgées souvent après la ménopause. De peu d'importance au début, elle apparaît à l'occasion du toucher vaginal, d'une fatigue, d'un traumatisme local tel que le coït, pour augmenter et réapparaître d'une façon plutôt régulière jusqu'à devenir constante.

Les écoulements leucorrhéiques sont un symptôme qui attire l'attention de la malade lorsqu'ils sont *teintés* de sang. La phrase banale est toujours la même: « lorsque je ne perds pas en rouge je perds en blanc », et à une période de sphacèle, cet écoulement a une odeur de gangrène, de putréfaction qui repousse.

Quant à la douleur, elle se présente tardivement dans le cancer du corps, alors qu'il y a envahissement du tissu cellulaire péri-utérin, d'où la gravité du cancer du corps, parce que trop souvent hélas! il n'y a que ce symptôme pour décider la malade à consulter son médecin.

Dans le cancer du col utérin, la douleur est précoce, vague et régulière au début pour se présenter ensuite nous forme de crises paroxystiques régulières et extrêmement douloureuses avec irradiation dans le bas-ventre, les reins et les cuisses.

C'est un devoir impérieux pour les médecins de rechercher le cancer dès le début et de ne pas omettre un toucher vaginal qui permettrait de confirmer vos soupçons conçus au cours de votre examen subjectif.

Dans le cancer du col, par le toucher, vous trouverez un gros col végétant, dur, mais qui vous donne une sensation de friabilité, saignant très facilement ou bien une ulcération en profondeur. Il importe de compléter cet examen en exerçant votre odorat au contact de vos doigts retirés du vagin.

Dans le cancer du corps utérin, celui-ci est augmenté de volume. Le col est indemne, mais généralement un peu ramolli et entr'ouvert. La mensuration de l'utérus à l'hystéromètre atteindra quelquefois quinze centimètres et déterminera presque toujours un écoulement de sang.

Nous n'avons pas l'intention de parler de la variété des tumeurs malignes, nous considérons que les symptômes étant les mêmes, la différenciation dans la pratique est impossible.

Notre manière de faire dans ces cas n'a pas varié beaucoup.

Pour les cas de cancer probable et opérable: hystérectomie totale; radiothérapie pour les autres.

Pour les polypes: ablation et cautérisation à la surface d'insertion.

Quand aux fibromes, les patientes présentant des contre-indications sérieuses à l'opération, furent dirigées vers les radiothérapeutes, mais le plus grand nombre d'entre elles furent opérées.

Nous considérons que l'hystérectomie subtotale faite après une bonne préparation de la malade par la prise d'huile de ricin, de bicarbonate de soude pour alcaliniser l'organisme, de NaCl., pour prévenir l'intoxication par les polypeptides et par une excellente aseptie, nous considérons, disons-nous, que cette opération n'est absolument pas dangereuse et que les résultats opératoires sont excellents.

Votre examen subjectif et objectif ayant éliminé la grossesse et ses suites, les tumeurs comme cause de métrorragies, vous devez orienter votre diagnostic vers une lésion probable de l'utérus et des annexes.

2° Nous pouvons affirmer que les métrorragies sont sous la dépendance exclusive du corps utérin. Quant aux lésions des annexes, elles ne seront causes de métrorragies que par suite de l'inflammation du voisinage.

Dans la métrite chronique, au point de vue subjectif, votre malade accuse a) de la douleur dans le bas-ventre, dans les régions iliaques, douleurs explicables du fait que la métrite s'étend souvent aux trompes, enfin dans la région lombaire inférieure. Cette douleur est sourde, persistante, gravative, la malade se plaint d'une pesanteur dans le bassin; b) de la leucorrhée, symptôme constant; c) de la dysménorrhée, symptôme fréquent; d) des métrorragies qui sont d'autant plus abondantes que l'endométrite est la lésion principale.

Au toucher, le col est plutôt gros, plus ouvert, altéré dans sa consistance, souvent déchiré, l'utérus peu douloureux au palper éveillera de la douleur, si vous lui imprimez un mouvement de ballottement en faisant basculer le col, les culs-de-sac sont libres.

A l'examen au spéculum, le col apparaît volumineux, d'un rouge vif ou violacé, recouvert d'un écoulement visqueux ou purulent; parfois le col est ulcéré, végétant, en état d'ectropion; la cavité utérine est augmentée et parfois vous sentez avec l'hystéromètre que la muqueuse n'est pas régulière, présente des fongosités qui saignent, lorsque vous retirez votre sonde. Vous êtes alors fixés sur le diagnostic d'une endométrite chronique à laquelle on ajoute souvent le qualificatif d'hémorrhagique.

Dans la pratique, le traitement des métrites chroniques avec hémorragies, consiste dans le repos, les douches vaginales, les applications de cônes antiseptiques astringents ou en applications locales de certains médicaments. Le médecin souvent désappointé par le peu d'efficacité de ces procédés vous dirige sa malade pour un curettage, une réparation du col dont les résultats ne répondent pas toujours à son attente, mais il faut tout tenter avant de penser à des interventions sérieuses, telles que l'hystérectomie.

Dans notre pratique journalière, nous avons eu souvent à traiter ces cas avec succès par la physiothérapie: l'ionisation au sulfate de cuivre avec une électrode positive dans le vagin ou l'utérus et la négative sur la région hypogastrique.

La physiothérapie que nous pratiquons depuis 1918 éviterait, nous croyons, un grand nombre d'interventions, si les malades voulaient s'y soumettre.

Nous avons souvent l'occasion de constater les relations étroites entre l'utérus et les annexes par conséquent entre l'inflammation de ces organes; il importe donc de terminer votre examen par l'exploration des annexes.

Si vous vous rappelez l'étude anatomique des vaisseaux lymphatiques des organes génitaux, vous comprenez facilement l'explication des métrites hémorragiques compliquant des lésions inflammatoires des annexes et du tissu péri-utérin.

Nous n'avons pas l'intention de nous attarder à vous donner en détail les lésions propres aux annexes. Nous considérons qu'il importe peu aux médecins praticiens de faire un diagnostic différentiel de ces lésions, mais bien de se rendre compte si la métrorragie accusée par une patiente peut être applicable à une lésion annexielle quelconque. Toujours par le toucher bimanuel, vous explorez les annexes, droit et

gauche, afin de savoir s'ils sont normaux ou non.

S'ils ne sont pas normaux, immédiatement vous pensez au diagnostic de salpingite que Pozzi classifie en salpingite kystique et non kystique.

Dans la salpingite kystique, rappelons l'hydrosalpinx, l'hematosalpinx et le pyosalpinx et, dans la salpingite non kystique, la salpingite aiguë, simple, purulente ou chronique.

La même classification des ovarites a été proposée par Paul Petit dans son « Traité Pratique de Gynécologie »: ovarite kystique et non kystique.

Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu de faire entrer dans le cadre de ce travail les périmétrites aiguës, les abcès pelviens, les phlegmons péri-utérins, parce que le symptôme métrorragie qui peut accompagner ces lésions inflammatoires du voisinage est bien secondaire au point de vue clinique aux symptômes propres à ces affections.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE DE QUELQUES AGENTS HYPOGLYCÉMIANTS GLUCOKININ

Par **G. MASSON, M.V., L. ès Sc.,**
Professeur de Physiologie, Ecole Vétérinaire d'Oka.

Lorsqu'on aborde l'étude des agents hypoglycémiants, on est frappé par le nombre de ceux-ci, ainsi que par les résultats souvent contradictoires obtenus par les différents expérimentateurs. Une seule substance semble avoir jusqu'à l'heure actuelle triomphé de toutes les épreuves, c'est l'insuline, qui, sous des formes différentes, est employée quotidiennement en clinique. Parmi les autres substances, certaines, qui au premier abord semblaient très prometteuses, ont, petit à petit, été délaissées, alors que les autres n'ont même pas atteint le domaine pratique. L'objet de ce travail est donc d'étudier parmi ces agents, les levures, les plantes et les bactéries en rapport avec leur action hypoglycémiante et de voir s'il est permis d'entrevoir prochainement leur utilisation comme moyens thérapeutiques contre le diabète.

Action des levures

A la suite des travaux de l'Ecole de Toronto sur le rôle de l'insuline dans le métabolisme des hydrates de carbone et plus spécialement ses rapports avec la fixation du glycogène, Collip (1) se basa, dans ses recherches, sur l'hypothèse que l'insuline est indispensable aux organismes vivants contenant ce glucide dans leurs tissus. Le premier auquel il s'adressa fut la levure. Il fit, suivant des méthodes différentes, des extraits dont l'injection déterminait toujours une hypoglycémie plus ou moins marquée précédée ordinairement d'une hyperglycémie d'intensité variable. L'auteur en conclut donc qu'il existait dans la levure une substance hypoglycémiante différente de l'insuline quant à son mode d'action, qu'il dénomma « GLUCOKININ » (insulinoïde d'après Boivin).

Dans la suite, des résultats identiques furent obtenus par Funk et Corbitt (2), Hutchinson, Smith et Winter (3), Shikinami (4), Von Euler (5), Maehara (6), Kaufmann (7), et, Binet, Fabre et Bargeton (8).

Méthodes de préparation

Elles sont très variées, par le fait que l'on ne sait pas si l'on a affaire à une substance chimique bien déterminée. Au début, on essaya les procédés qui avaient servi à l'isolement de l'insuline, mais on s'aperçut bien vite que tout ceci était inutile, car une simple extraction par l'eau bouillie et froide (Binet, Fabre et Bargeton) ou l'administration par voie buccale de levure sèche [Bickel et Nigman (9) ; Costa (10)], donnait des résultats identiques.

Nature de l'insulinoïde

On émit l'idée que l'insulinoïde de levure, par son action hypoglycémiante, pourrait bien être de l'insuline ou encore un dérivé de la guanidine analogue à la synthaline (décaméthylèneguanidine). Boivin (11), pour résoudre la question de l'identité avec l'insuline, tenta d'appliquer à plusieurs sortes de levure les méthodes d'extraction et d'isolement de l'insuline. Il essaya la précipitation par l'alcool (précipité A), la précipitation sous forme de chlorhydrate par transformation du picrate suivant la méthode de Dudley (précipité B), ou la précipitation au point isoélectrique (précipité C). Le précipité A n'a montré d'activité hypoglycémiante que dans le cas de la levure de bière. Quant au précipité B obtenu, il avait, contrairement à ce qui se passe pour l'insu-

line, une activité inférieure à celle du précipité A. Enfin, il ne réussit aucune précipitation au point isoélectrique. Pensant à des phénomènes d'adsorption qui ne joueraient pas dans le cas des tissus animaux, il mit de l'insuline dans la levure et réussit son extraction par les trois méthodes. Ainsi il ne faisait plus aucun doute que insulinoïde et insuline sont deux substances différentes faisant toutes les deux parties du groupe des polypeptides, puisque la trypsine fait disparaître leurs activités.

Il montra enfin qu'il n'existe aucun rapport entre l'insulinoïde et les dérivés guanidiques, contrairement à l'opinion émise par Simola (12).

Action physiologique

Il n'existe pas un syndrome hypoglycémique particulier par administration de levure ou d'extrait de levure, car les résultats rapportés par les différents auteurs sont assez dissemblables. Certains n'ont trouvé aucune action sur la glycémie, d'autres de l'hypoglycémie précédée d'une forte hyperglycémie et enfin d'autres seulement de l'hypoglycémie. Ces divergences proviennent peut-être des échantillons et du mode de culture des levures. La question de pureté semble la plus importante. En ce qui concerne le mode de culture, Funk et Corbitt (2) rapportent que les injections de levure fraîche produisaient de l'hyperglycémie alors que les extraits faits à partir de levure ayant poussé en milieu riche en vitamine D amenaient de l'hypoglycémie. Par contre Hutchinson, Smith et Winter (3), tout en cultivant, avant de faire toute extraction, la levure pendant 24 heures à 26 degrés C dans un milieu contenant du phosphate disodique et des pommes de terre bouillies, remarquent des variations considérables dans l'activité des extraits, certains même étant complètement inactifs.

Ils émirent l'idée que ces différences étaient causées par la présence de microorganismes, auxquels serait due l'activité de la levure. Essayant d'étayer cette théorie sur des faits, ils cultivèrent sur agar de la levure active, et réussirent à isoler une culture pure d'un bacille. Des extraits de ce dernier, injectés à la dose de 0.06 milligrammes par 1 kilo déterminèrent chez le lapin une baisse de la glycémie, et, en certains cas, des convulsions qui disparaissaient par injection de glucose. La levure dont ils ne purent isoler de microorganismes, ne montra aucune action sur le taux du sucre sanguin.

Binet, Fabre et Bargeton (8), à la suite de leurs expériences sur des chiens dépancréatés, rapportent deux types de réactions.

Le premier type est une chute immédiate de la glycémie dans la demi-heure qui suit, chute qui s'accentue vers la deuxième ou la troisième heure, et peut amener la glycémie à la moitié de sa valeur initiale. Le maximum est atteint entre la troisième et la huitième heure. (Voir fig. 1.)

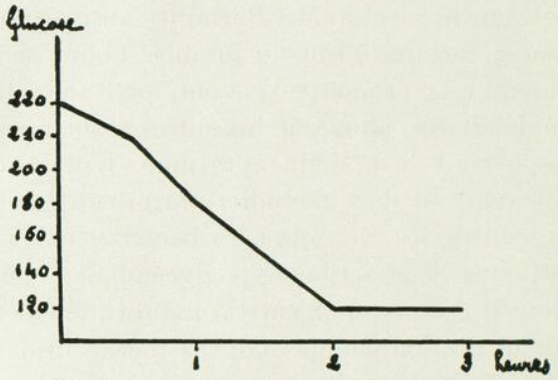


FIG. 1. — Action des extraits de levure. Réaction du type nº 1.

Le deuxième type consiste en une ascension brève dans la demi-heure qui suit, puis la courbe prend une allure analogue à la précédente. (Voir fig. 2.)

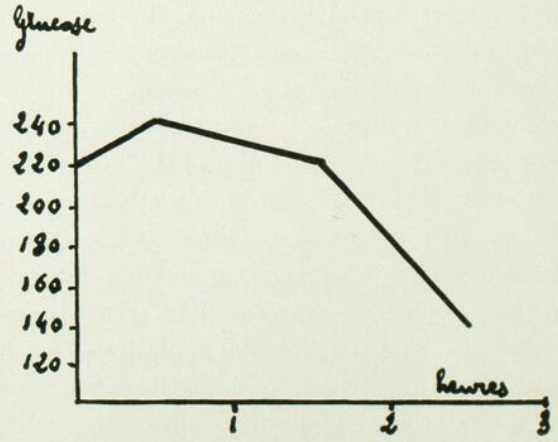


FIG. 2. — Action des extraits de levure. Réaction du type nº 2.

D'une façon générale, lorsqu'il y a hypoglycémie, cette dernière est lente à apparaître et lente à disparaître. On peut déclancher chez le lapin des crises comateuses qui disparaissent par administration de glucose, ce qui établit à ce point de vue une similitude avec l'insuline. Cette hypoglycémie retardée, d'après Funk et Corbitt (2), aurait son origine dans la transformation en insuline dans l'organisme d'une substance inconnue contenue dans la levure.

La nature des principes actifs est donc inconnue, et jusqu'ici on en est réduit à des hypothèses. D'après les auteurs précédents, on aurait affaire à une pro-insuline qui se transformerait en insuline dans l'organisme. Glaser et Halpern (13) rapportent que l'extrait de levure pressée ne montre aucune action après ébullition, mais qu'il est possible de l'activer en l'amenant à un pH de 7,8. D'après Kaufmann (7), le principe proviendrait des acides nucléiques si abondants dans la levure. Enfin, à la suite des données récentes sur les vitamines B et le rôle de celles-ci dans le métabolisme des hydrates de carbone (Randouin), il est plausible d'établir une relation entre le haut pourcentage de vitamine B dans la levure et son action sur la glycémie.

Action des extraits de plantes

Collip (1) étendant son hypothèse, pensa que les plantes où les réactions chimiques portant sur les glucides quel qu'ils soient, sont les plus actives, peuvent contenir des substances hypoglycémiantes. Il prépara des extraits de bulbe d'oignons verts, d'orge, de laitue, de blé, de gazon, et après injection à des lapins et à des chiens dépancréatés obtint une baisse du sucre sanguin. Il donna aussi à ces extraits le nom de glucokinin.

Dès lors les travaux se succédèrent sur les végétaux les plus divers avec plus ou moins de succès, en ce sens que certains résultats ne purent être confirmés par d'autres auteurs.

Les plantes, dont l'action hypoglycémiante semble admise, sont les suivantes: céleri [Dubin et Corbitt (14); Best et Scott (15)], laitues et endives [Sammartino (16)], oranges, citrons et pamplemousses [Fisher et McKinley (17)], haricots, pois et lentilles [Kaufmann (18); Eisler et Portheim (19)], avoine, blé et orge [Kaufmann (20); Best et Scott (15)], taxus cuspidata et pinus densiflora [Shikinami (4)], myrtilles [Eppinger, Mark et Wagner (21)], orties [Marx et Alder (22)], épinards [Dubin et Corbitt (14); Sammartino (16)], fatsia horrida [Large et Brocklesby (23)] et choux [Dubin et Corbitt (14)].

Nombreuses sont les plantes qui ont amené des divergences dans les résultats des expérimentateurs.

Collip en 1923 rapporta dans sa première étude que les tiges et les bulbes d'oignons déterminaient une baisse dans la glycémie, ce qui fut confirmé d'ailleurs par Janot et Laurin (24), Laurin (25), et Laland et Havrevold (26). Par contre Best, Jephcott et Scott (27), puis Braun et Rees (28), les premiers utilisant les méthodes qui servent à l'extraction de l'insuline, les derniers, les propres méthodes employées par Laland et Havrevold, furent incapables de répéter les mêmes expériences.

Dubin et Corbitt (14) rapportèrent des résultats négatifs à la suite de leurs essais sur les carottes, mais Franke, Malczynski, Giédoz et Onysymow (29), arrivèrent à isoler un composé jaune amorphe qui en solution dans l'huile, amenait une chute de la glycémie chez le chien, le lapin et l'homme.

Best et Scott (15), Sammartino (16), et récemment Rychlik (30) réussirent dans leurs expériences avec des extraits de betteraves fraîches ou sèches, là où avaient échoué auparavant Dubin et Corbitt (14), puis Best, Jephcott et Scott (27).

Pour les pommes de terre, rapportons les résultats positifs de Best et Scott, Simola (12) et, Laland et Havrevold (26), et les résultats négatifs de Hutchinson, Smith et Winter (3).

Best et Scott (15) en 1923, puis Funk et Corbitt (2) trouvèrent des propriétés hypoglycémiantes au riz, mais en 1935, Braun et Rees (28), utilisant le même mode opératoire que Best et Scott dans la préparation des ex-

traits, échouèrent dans onze essais. Cette dernière conclusion fut appuyée par Best.

Méthodes de préparation

Chaque auteur ayant généralement une méthode particulière, il s'ensuit que celles-ci sont très nombreuses. Certaines sont basées sur les principes qui servent à l'extraction de l'insuline à partir du pancréas (méthode de Dudley, méthode de Somogyi, Doisy et Shaffer.) Les autres consistent en un traitement soit par l'acide sulfurique-alcool, soit par l'acide sulfurique-alcool-ammoniac, soit par l'alcool à différentes concentrations (Dubin et Corbitt). Collip (1), avant tout traitement, cherchait à détruire les cellules végétales soit en comprimant et décomprimant brusquement les plantes à l'autoclave, soit en les broyant après les avoir congelées avec de la neige carbonique. Le seul reproche que l'on puisse faire à toutes ces méthodes est qu'elles sont longues et coûteuses, par rapport à l'extraction par l'eau, qui souvent suffit. Voici la marche à suivre d'après Large et Brocklesby (23) : on fait bouillir à trois reprises la plante dans deux fois son volume d'eau et on filtre. On défèque avec une solution d'acétate neutre de plomb; l'excès de plomb est précipité par un courant d'hydrogène sulfuré puis l'excès d'hydrogène sulfuré disparaît à l'ébullition. L'extrait est finalement évaporé, de façon à établir un rapport simple entre le volume de liquide et le poids de plante utilisé. On alcalinise, on filtre et la solution est prête à être utilisée.

Nature des extraits végétaux.

Nombre d'auteurs rapportent n'avoir pas pu poursuivre l'étude chimique des extraits de plantes, par suite de manque de matériel, c'est pourquoi les renseignements sur ce sujet sont très succincts.

Dubin et Corbitt (14), dans leurs expériences sur les choux, rapportent que l'alcool à 93% amène la précipitation d'une substance blanchâtre, donnant presque immédiatement un sirop par exposition à l'air. Sa constitution permet de la classer parmi les protéines. Le précipité par l'alcool à 80% serait formé principalement d'hydrates de carbone. En effet, il réduit la liqueur de Fehling, donne une réaction de Molisch positive, une réaction positive à la liqueur de Barfoed et une phénylosazone fondant à 204-205 degrés C. Il y aurait du soufre et du phosphore mais pas d'azote. En tant qu'il s'agit du dernier précipité, il serait formé presque exclusivement par du glucose, car aucune variation de la glycémie n'a pu être obtenue même à la dose de 2 grammes par kilo [Braun et Rees (28)].

Franke, Malczynski, Giedosz et Onysymow (29) isolèrent des carottes une poudre jaune amorphe, soluble dans l'huile.

Laland et Havrevold (26) identifièrent dans l'ail un composé cristallisé, qui est entraîné par la vapeur d'eau, soluble dans l'éther, fondant à 174 degrés C, ne contenant pas de soufre, mais donnant les réactions caractéristiques des alcaloïdes. L'action hypoglycémiante ne peut être obtenue que si on mélange ce produit avec les sulfures si abondants dans l'ail.

Mark et Wagner (31) ont isolé des bleuets un corps amorphe gris-brun, impur du point de vue chimique, qu'ils ont appelé myrtillin. Il ne leur a pas été possible d'isoler ou d'identifier la vraie substance active.

Ce sont les seuls renseignements que nous ayons pu trouver. Il semble, d'une façon générale, que l'on ait affaire à une substance protéique (peut-être identique à celle rapportée dans la levure par Boivin) puisqu'elle contient de l'azote, donne les principales réactions des protéines et est précipitée par le sulfate d'ammonium et l'acide picrique [Braun et Rees (28)].

Action physiologique

L'action des extraits végétaux sur la glycémie présente les mêmes caractères que celle des extraits de levure, à savoir: inconstance des effets pour une même plante et pour une même dose, hypoglycémie quelquefois précédée d'hyperglycémie, chute glycémique longue

à apparaître et lente à disparaître généralement. (Voir fig. 3.)

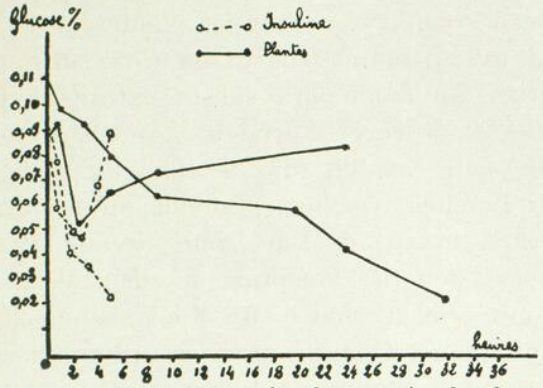


FIG. 3. — Actions comparées des extraits de plantes et de l'insuline (Shikinami).

Dubin et Corbitt (14) pensèrent que l'hyperglycémie et l'hypoglycémie étaient dues à des principes différents qu'ils cherchèrent à séparer. Pour cela, ils eurent recours à deux méthodes. La première est basée sur la précipitation par l'alcool à des concentrations différentes: le principe hyperglycémiant est précipité par l'alcool à 80%, alors que le principe hypoglycémiant l'est par l'alcool à 93%. Ils purifient ensuite ce dernier en le précipitant sous forme de picrate ou de dinitrosalicylate. La deuxième méthode utilise le pouvoir absorbant du charbon de bois vis-à-vis du principe hypoglycémiant; il est facile après de le séparer par l'acide acétique glacial.

Plus récemment, Large et Brocklesby (23) se basèrent sur l'insolubilité dans l'acétone. Ils constatèrent que le principe hypoglycémiant était moins soluble dans l'acétone dilué (30 à 40%) que dans l'eau. Ils ajoutent de l'acétone à l'extrait végétal de façon à amener sa concentration aux environs de 40%; on constate alors la formation d'un précipité qui contient le principe hypoglycémiant, tandis que l'autre principe reste en solution. L'étude expérimentale, sur le lapin, du précipité et de la solution, confirma très nettement les vues des auteurs.

Parmi les substances hypoglycémiantes, il est intéressant de signaler un principe préparé par Mark et Wagner (31) sous le nom de myrtillin (myrtomel d'après Allen). Braun et Rees (28) se basant sur le nom scientifique de la plante à partir de laquelle elle a été retirée, trouvent cette désignation malheureuse, parce que, selon eux, le bleuet ou airelle (whortleberry ou blueberry), appartenant au genre vaccinium, n'est pas un myrte, et que, d'autre part, Willstätter a donné ce nom à une anthocyanine. L'origine de l'appellation de Mark et Wagner provient, à notre avis, du fait que les bleuets portent le nom populaire de myrtilles en Europe.

Nous traitons un peu à part ce qui a trait à cette question parce que, d'après Allen (32), la myrtillin est une substance différente de l'insuline et des glucokinin, que l'on rencontrerait dans toutes les plantes vertes, et en particulier dans les feuilles de bleuets où elle s'y trouverait en plus grande abondance. Il est curieux de vouloir faire un groupe distinct pour ce principe que l'on ne connaît pas mieux que les glucokinin du point de vue chimique; et, si l'on considère le point de vue physiologique, une seule propriété semble particulière à la myrtillin: celle de n'avoir aucune action sur la glycémie normale, et de ne jamais causer d'hypoglycémie. Les propriétés des glucokinin étant loin d'être toutes identiques, il n'y aurait aucun inconvénient à y faire rentrer la myrtillin.

D'après Wagner et Allen (31,32), avec des doses de 0,3 à 2 grammes par jour, on obtient les résultats suivants:

1) Une réduction de la glycosurie et de l'hyperglycémie consécutives à une administration de glucose ou d'adrénaline.

2) Une accélération de la consommation d'oxygène après une ingestion d'hydrates de carbone, ce qui indiquerait une stimulation des combustions.

3) Une survie de 4 à 6 semaines chez le chien totalement dépancréaté; les animaux montrent une hyperglycémie et une glycosurie modérées.

Un autre fait frappant est qu'une dose de 1 gramme fait baisser le sucre sanguin pendant plusieurs semaines, comme s'il y avait une stimulation durable des combustions par suite d'une mise en réserve de la substance.

Les auteurs ont aussi trouvé un principe hyperglycémiant qu'ils éliminent pendant la préparation du produit.

Ces résultats expérimentaux ont été retrouvés par Braun et Rees (28) qui réduisent le taux du sucre sanguin chez des lapins en hyperglycémie expérimentale (10 grammes de glucose par kilog) par administration de myrtillin à raison de 1 gramme par kilog. Par contre, Jorgensen et Lynn (33) essayèrent sans succès les feuilles de deux espèces du genre vaccinium (v. ovatum et v. dumosum).

Passage du principe hypoglycémiant

Collip (1) dans ses premières expériences, rapporte que le sang d'animaux ayant reçu des extraits de plantes, était capable, lorsque injecté à d'autres, de déterminer à nouveau de l'hypoglycémie. Cette transmission semblait possible indéfiniment. Chose curieuse, les convulsions et la faiblesse caractéristiques du syndrome hypoglycémique ne disparaissaient que momentanément sous l'action du glucose, et ce dernier était incapable d'empêcher une issue fatale. Ces résultats ne purent jamais être obtenus à nouveau ni par l'auteur ni par d'autres expérimentateurs, jusqu'en 1927 où Collip (34) annonça qu'il avait réussi à isoler du sang un coccus dont l'injection amenait la mort par hypoglycémie. Il semble donc que la transmission ait été due à un microorganisme.

Action des bactéries

Collip (34) dans ses études sur la transmission du pouvoir hypoglycémiant, et, Hutchinson, Smith et Winter (3) à la suite de leur travaux sur l'activité de la levure de bière, montrèrent que certaines bactéries étaient douées d'une action semblable à celle de l'insuline. Aucun de ces auteurs ne fut capable d'identifier le microorganisme auquel il avait à faire.

À la même époque, Little, Levine et Best (35) isolèrent de souches de Bacterium coli et de Bacillus subtilis, un extrait hypoglycémiant.

Shikinami (4) répéta ces expériences sur un nombre plus élevé de bactéries. Il les cultivait sur agar pendant 24 heures à 38 degrés C, puis il les traitait par des méthodes identiques à celles employées pour les plantes. Avec 20 cultures, il obtint 0,03 gramme de substance active. Son étude porta sur des extraits de bacilles et de cocci. Parmi les bacilles (Bacterium coli, Bacillus subtilis, Bacillus prodigiosus, Bacillus pyocyanus, Bacillus proteus, Bacterium ozænæ et Bacterium fœcalis alcaligenes), tous à l'exception des deux derniers, montrèrent au bout de 6 à 8 heures une chute glycémique. Quant aux cocci (Staphylococcus pyogenes aureus et Streptococcus hæmolyticus), seuls le premier montra une certaine action.

Le même auteur remarqua que seules les bactéries, cultivées en milieu sucré, produisant des acides au bout de 24 heures, étaient douées du pouvoir hypoglycémiant.

Par contre Levine et Kolars (36) montrèrent que Streptococcus hæmolyticus provoquait de l'hypoglycémie.

Delafield (37) étudiant l'action de Bact. ærtrycke conclut que les injections intraveineuses au lapin de suspension de bactéries tués et de filtrat bactérien déterminait une hyperglycémie suivie d'hypoglycémie. Le traitement des corps bactériens par l'alcool, l'acétone, la chaleur humide sous pression, ne modifie en rien la réponse de l'organisme.

Pour ce qui est de la préparation des extraits, il semble que les méthodes employées pour les plantes ou tout simplement les suspensions dans l'eau, donnent des résultats identiques.

L'action physiologique ne diffère pas sensiblement de celle obtenue avec les autres extraits: hyperglycémie, puis hypoglycémie d'apparition tardive.

Conclusions

Devant tous ces résultats, souvent contradictoires, on peut se demander ce qu'il y a d'exact dans toute cette question; on est même tenter d'aller jusqu'à douter de l'existence des glucokinin. En effet, certains auteurs, après avoir obtenu des résultats positifs, ont été incapables de les confirmer à nouveau. Pour

juger de la valeur réelle de toutes ces expériences, il est nécessaire de mettre de côté toutes les causes susceptibles d'amener des conclusions erronées.

Considérons d'abord le côté animal. Botschareff et Grigorieff (38) ont montré que sur 170 lapins normaux à jeun pendant 18 à 24 heures, la glycémie était de 104 + 13,7 avec des extrêmes de 164 et 82. Si on détermine la glycémie à intervales donnés pendant plusieurs semaines, les variations peuvent encore être plus marquées et être de l'ordre de 20 mgr. Des fluctuations du même ordre peuvent se produire en un jour. Ainsi Delafield (37) donne les valeurs suivantes qu'il a obtenues pendant un intervalle de 2 heures chez le lapin: 125, 107, 128 et 123. Scott (39) d'après 1625 observations faites sur 215 lapins arrive aux mêmes résultats.

Est-ce que le fait d'avoir une hyperglycémie suivie d'une hypoglycémie permet de conclure à l'existence d'une substance hypoglycémiante? Nombre d'observateurs ont attiré l'attention sur le fait que même une hyperglycémie par ingestion de glucose est suivie d'une hypoglycémie. György et Herzberg (40) ont montré que l'hyperglycémie par l'adrénaline amène une hypoglycémie compensatrice.

H. Selye (41) a prouvé que sous des causes diverses (formol, froid, exercice, histamine), il se produit en l'espace de 24 heures des variations dans le taux du sucre sanguin consistant en une hyperglycémie suivie d'une hypoglycémie. Il ne semble pas qu'il y ait lieu de rapprocher dans l'ensemble, l'action des glucokinin de ce que Selye a décrit sous le nom de réaction d'alarme, parce qu'en tant qu'il s'agit de ces premières, les variations glycémiques présentent des écarts plus considérables. Dans la réaction d'alarme, les maximum et minimum s'établissent dans l'espace de 24 heures et plus, tandis que dans le cas des glucokinin, l'hyperglycémie apparaît brusquement, dans l'heure qui suit, amenant une hypoglycémie dans un intervale compris entre 3 et 8 heures. Il faut toutefois faire une exception pour les extraits microbiens: ainsi les courbes obtenues par Delafield (37) après injection de Bact. ærtrycke tués, se rapprochent étrangement de celles obtenues par Selye. (Voir figs 4 et 5.)

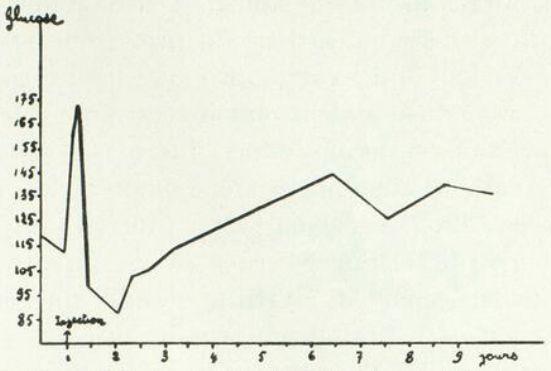


FIG. 4. — Effets de Bact. ærtrycke tué à la dose de 6 x 10^9 (Delafield).

Best, Jephcott et Scott (27), examinant le même aspect de toute cette question, affirment qu'il y a un certain nombre de raisons pour lesquelles les travaux précédents n'ont pas de signification du point de vue quantitatif. Parmi ces raisons, il invoque la présence possible d'un microorganisme qui peut causer de l'hypoglycémie, et, la possibilité de contamination des solutions par de l'insuline. Ils concluent ainsi: « Il devient évident que toute la question de la distribution de

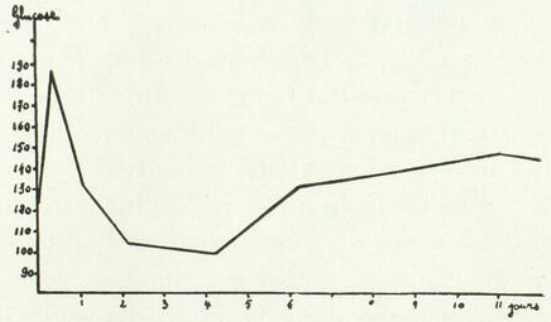


FIG. 5. — Action du formol (Selye).

l'insuline et des glucokinin doit être réouverte, et que beaucoup, si ce n'est tous, de résultats obtenus jusqu'à date doivent être rejetés. »

Quel avenir peut-on prédire aux glucokinin?

Certes, du point de vue théorique, la question des glucokinin ouvrirait des horizons nou-

veaux dans le traitement du diabète: le fait que ces substances agissent lentement, permettrait une combinaison heureuse d'insuline et de glucokinin [Nothmann (42)].

Un seul produit a été essayé en clinique: la myrtillin ou myrtomel. Cette étude fut faite sur les indications du professeur Durig de Vienne, qui avait appris que les infusions de myrtilles étaient employées avec succès par les paysans des Alpes. Les essais sur des patients diabétiques furent poursuivies par Allen (32), Anderson (32), Morrell (32) et Sherrill (32). Sur 81 cas, 35 ne furent pas influencés par la myrtillin, tandis que chez les autres, le traitement réussit, au point qu'il fut possible d'augmenter le régime alimentaire ou de diminuer l'insuline, ou même de faire les deux. L'arrêt complet de l'insuline ne fut possible que chez 6 malades. Son désavantage est qu'elle possède une action faible comparée à celle de l'insuline. C'est là qu'il faut voir la raison pour laquelle le produit n'a pas été accepté en clinique.

A notre avis, il ne faut pas rejeter en bloc tous les travaux qui ont été faits. Certaines plantes ne furent essayées que parce que la coutume populaire leur attribuait des succès dans le diabète. Sans accepter aveuglément pour exact tout ce qui se trouve dans la médecine populaire, il faut passer tous ces remèdes au feu de l'expérimentation. On sait à quel sort ont été vouées nombre de plantes, soi-disant que, ne contenant aucun alcaloïde, elles ne pouvaient avoir une action thérapeutique; mais quelques années plus tard avec la découverte et l'extraction des glucosides par Bourquelot, toutes ces plantes recouvrèrent leur place dans la pharmacopée. Peut-être en sera-t-il ainsi pour les glucokinin, si, en reprenant toute cette étude, on arrive à isoler un principe chimique défini à action hypoglycémiante.

BIBLIOGRAPHIE

1. COLLIP, J. B.: *J. Biol. Chem.*, **56**, 513 (1923); **57**, 65 (1923); **58**, 163 (1923).
2. FUNK, C., et CORBITT, H. B.: *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, **20**, 442 (1923).
3. HUTCHINSON, H. B., SMITH, W., et WINTER, L. BB.: *Biochem, J.*, **17**, 683 (1923).
4. SHIKINAMI, Y.: *Tohohu J. Experi., Med.*, **10**, 560 (1928).
5. VAN EULER, P., *Biochem, Z.*, **194**, 197 (1928).
6. MAEHARA, K.: *Folia Endocrinol. Japon.*, **9**, 34 (1933).
7. KAUFMANN, E.: Z, *ges. exptl. Med.*, **62**, 739 (1928).
8. BINET, L., FABRE, R., et BARGETON, D.: *Compt. rend. soc. biol.*, **113**, 235 (1933).
9. BICKEL, A., et WIGMANN, G.: *Biochem. Z.*, **203**, 421 (1928); **210**, 443 (1929).
10. COSTA, A.: *Boll. soc. ital. biol. sper.*, **5**, 878 (1930); *Pathologica*, **26**, 278 (1934).
11. BOIVIN, A.: *Bull. soc. chim. biol.*, **12**, 244 (1930).
12. SIMOLA, P. E.: *Ann. Acad. Sci. Fennicæ*, **29**, No 15, 1 (1927).
13. GLASER, E., et HALPERN, G.: *Biochem. Z.*, **207**, 377 (1929).
14. DUBIN, H. E., et CORBITT, H. B.: *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, **21**, 16 (1923); U. S. Pat. No 1, 653, 452 (20 décembre 1927).
15. BEST, C. H., et SCOTT, D. A.: *J. Metabolic Research*, **3**, 177 (1923).
16. SAMMARTINO, U.: *Arch. farmacol. sper.*, **45**, 7 (1928).
17. FISHER, N. F., et McKINLEY, E. B.: *Proc. Soc. Expt. Biol. Med.*, **21**, 248 (1924).
18. KAUFMANN, E.: Z. *ges. exptl. Med.*, **60**, 285 (1928); **55**, 12 (1927).
19. EISLER, M., et PORTHEIM, L.: *Biochem. Z.*, **148**, 566 (1924).
20. KAUFMANN. E.: Z. *ges exptl. Med.*, **62**, 147 (1928).
21. EPPINGER, H., MARK, R. E., et WAGNER, R. I.: *Klin. Woch.*, **4**, 1870 (1925).
22. MARX, A. V., et ALDER, R.: *Arch. exptl. Path. Pharmakol*, **112**, 29 (1926).
23. LARGE, R. J., et BROCKLESBY, H. N.: *Can. Med. Asso. J.*, juillet 1938.
24. JANOT, M., et LAURIN, J.: *Compt. rend. Soc. Biol.*, **191**, 1098 (1930).
25. LAURIN, J.: *ibid.*, **192**, 1289 (1931).
26. LALAND, P., et HAVREVOLD, O. W.: *Z. physiol Chem.*, **221**, 180 (1933).
27. BEST, C. H., JEPHCOTT, C. M., et SCOTT, D. A.: *Am. J. Psysiol.*, **100**, 285 (1932)
28. BRAUN, E., et REES, F. M.: *J. Chem. Ed.*, oct. 1935.
29. FRANKE, M., MALCZYNSKI, S., GIEDOSZ, B., et ONYSYMOW, J.: *Compt. rend. soc. biol.*, **115**, 1363 (1934).
30. RYCHLIK, W.: *Compt. rend. soc. biol*, **116**, 1135 (1934).

31. MARK., E. E., et WAGNER, R. I.: *Klin. Woch.*, **4**, 1692 (1925).
32. ALLEN, F. M.: *J. Am. Med. Assoc.*, **89**, 1577 (1927); *Am. J. Physiol.*, **81**, 462 (1927).
33. JORGENSEN, P. S., et LYNN, E. V.: *J. Am. Pharm. Assoc.*, **24**, 389 (1935).
34. COLLIP, J. B.: *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, **24**, 731 (1927).
35. LITTLE, J. T., LEVINE, V. E., et BEST, C. H.: *J. Biol. Chem.*, 59, *Proc.* 37 (1924).
36. LEVINE, V. E., et KOLARS, J. J.: *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, **24**, 36 (1926).
37. DELAFIELD, M. E.: *J. Path. Bact.*, **34**, 177 (1931); **35**, 53 (1932).
38. BOTSCHKAREFF et GRIGORIEFF: *Bioch. Ztschr.*, 1927, CCXV.
39. SCOTT, E. L.: *Arch. of Internal Med.*, **43**, 393 (1929).
40. GYORGY et HERZBERG: *Bioch. Ztschr.*, 1924, Lix.
41. SELYE, H.: *Congr. of Amer. Physiol. Soc.*, Baltimore, mars 1938.
42. NOTHMANN: *Klin. Woch.*, **5**, 297 (1926).

Benzédrine (Nouveau médicament neuro-stimulant [1]).

Les travaux de langue anglaise nous ont fait connaître les curieux effets neuro-stimulants des sels de benzédrine.

La benzédrine ou β-phénylsopropylamine se rapproche par sa structure et ses effets pharmacologiques, des sympathomimétiques, tels que l'adrénaline et l'éphédrine. C'est une substance volatile, vasoconstrictive, hypotensive, inhibitrice de l'activité intestinale.

Le sulfate de benzédrine a été appliqué tout d'abord au traitement de la narcolepsie, par Prinzmetal et Bloomberg, en 1935. Il s'est montré nettement supérieur à l'éphédrine, ce qui fut confirmé par Ulrich, Trapp et Vidgoff, Nathanson.

Mais bientôt les malades, ainsi traités, signalèrent une impression de bien-être et d'augmentation de l'énergie. La nouvelle s'en répandit et les étudiants américains usèrent et abusèrent de cette drogue qui stimule également l'activité cérébrale, pour remplacer café et caféine, pendant la période précédant les examens.

Les psychoses dépressives paraissent être aussi favorablement influencées.

Les Parkinsonniens post-encéphalitiques tirent également bénéfice de cette médication, seule ou associée à la scopolamine ou au datura, sous l'influence de laquelle leur raideur s'atténue, leur activité corticale s'accroît et la somnolence disparaît. En somme, il semble que chez la plupart des indivdus, normaux ou malades, la benzédrine provoque une stimulation nette du système nerveux central, à des doses qui ne déterminent pas d'action périphérique sympathomimétque (Nathanson).

Une sensation d'euphorie et d'optimisme, une diminution de la fatigue, un accroissement de l'énergie et de la capacité de travail suivent régulièrement l'administration per os de 10 à 30 milligrammes de benzédrine.

Il n'y a cependant pas que des avantages: on peut observer aussi à la suite de l'administration de cette drogue, de l'insomnie, des vertiges, des palpitations.

En conséquence, la posologie doit être prudente: 10 à 30 milligrammes comme dose de début, per os. Cette dose peut être augmentée, si les résultats ne sont pas satisfaisants. On a pu donner ainsi jusqu'à 100 et 200 milligrammes par jour, sans incident.

Les effets du médicament se font sentir de une à trois heures après l'absorption, et se prolongent de trois à huit ou neuf heures. Il est recommandé de le faire absorber dans la matinée ou vers midi, pour éviter les phénomènes d'insomnie. L'administration peut être continuée longtemps sans inconvénients.

Les contre-indications, encore à l'étude, semblent devoir être l'hypertension artérielle, la coronarite, l'excitation maniaque, la tendance à l'agitation et à l'insomnie.

Il s'agit, à coup sûr, d'un médicament, intéressant, dont l'étude demande d'ailleurs à être poursuivie, mais qui, d'ores et déjà, semble présenter des avantages certains, en regard d'inconvénients minimes.

P. HARVIER.

1. L'année Médicale pratique (René Lépine, éditeur, Paris, 1938).

MÉDECINE SOCIALE

SITUATION DE LA TUBERCULOSE À MONTRÉAL [1]

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

Permettez-moi tout d'abord de remercier bien sincèrement le distingué président du Comité Provincial de défense contre la tuberculose, M. le docteur Jarry, de m'avoir choisi pour traiter ce soir de la question de la tuberculose à Montréal. Cet honneur lui appartenait pourtant, mais il a bien voulu s'effacer et me confier cet agréable devoir. Je l'en remercie de tout cœur et je peux l'assurer que si je suis aujourd'hui à l'honneur, je serai demain au combat.

Le Comité Provincial de défense contre la tuberculose m'a appelé, dès ma nomination au poste de directeur du service de Santé, à siéger comme l'un de ses membres. Depuis ce temps, j'ai mis toute ma bonne volonté à étudier la question de la tuberculose à Montréal. Je crois que c'est pour cette raison que le docteur Jarry m'a demandé de vous en parler au nom du Comité.

Je dois dire que l'existence de ce Comité n'a été rendu possible que grâce à la collaboration assurée d'avance de nos autorités religieuses, par la voix autorisée de son Eminence le Cardinal Villeneuve et le prestige de son Excellence Mgr Geo. Gauthier. Le Comité a aussi reçu la collaboration du Ministre de la Santé, l'Hon. A. Paquette, dont la sollicitude nous a été d'un précieux secours et qui a bien voulu nous déléguer son Sous-ministre, le docteur Jean Grégoire, comme membre du Comité, ce qui est un gage de succès.

La coopération des autorités municipales de Montréal qui s'intéressent grandement à la santé de leurs administrés, le dévouement et la science des membres du Comité dont je ne mentionne pas les noms, mais qui ne ménagent ni leurs efforts ni leur temps, pour le succès de l'œuvre entreprise, sont autant de facteurs de réussite.

Je tiens aussi à remercier les journaux pour leur campagne intelligente, les médecins et les infirmières et tous les autres collaborateurs, petits et grands, qui servent d'une façon anonyme mais non moins généreuse et qui contribuent hautement à la lutte contre la tuberculose.

La tuberculose est une maladie qui donne bien des soucis aux hygiénistes par ses ravages et les pertes de vie qu'elle cause. C'est une maladie contagieuse très commune.

Elle crée un vaste problème social. Nous la trouvons surtout parmi les classes peu fortunées — où la résistance à la maladie est diminuée par une alimentation défectueuse, un logement insalubre et surpeuplé, le surmenage, la misère, l'alcoolisme. Elle devient une maladie de classe.

C'est aussi une maladie familiale, et la sauvegarde de la famille dépend de l'action prophylactique du dispensaire, de l'influence du médecin traitant, de l'activité et du dévouement des infirmières visiteuses et de l'œuvre d'isolement et de traitement au sanatorium.

La science a étudié les divers aspects du problème, il appartient à la Société d'appliquer les connaissances acquises. La justice sociale joue un rôle important dans la médecine préventive.

Dans son discours à Québec, à l'ouverture officielle de la campagne antituberculeuse, notre distingué président, le docteur Jarry, disait: « La province de Québec a perdu, du-

1. Conférence faite à l'ouverture officielle de la campagne antituberculeuse dans la Province de Québec, à l'Ecole du Plateau, le 2 octobre 1938.

rant les 10 dernières années, environ 30,000 tuberculeux, chiffre équivalent à la population d'un comté entier. »

Mortalité par tuberculose année 1935-36-37

	Prov. de Qué.	Dist. de Mont.	Cité de Mont.
Population 1936	3,110,000	1,473,975	875,000
Nombre moyen des décès	1,466	1,231	706
Taux moyen par 100,000	90.8	83.5	80.9

La situation de la mortalité par tuberculose, pour les trois dernières années, 1935-36 et 1937, se traduit par les taux suivants par 100,000 de population: dans la province 90.8 — dans le district de Montréal 83.5 — dans la cité de Montréal proprement dite 80.9.

Si notre ville a le taux le plus favorable il ne faut pas trop s'en enorgueillir, car la comparaison avec les autres grands centres de notre pays est moins avantageuse.

Comparaison avec les autres provinces du Canada (1936)

La province de Québec est de tout le Dominion, la province où le taux de la mortalité causée par la tuberculose est le plus élevé. C'est chez nous que la tuberculose recrute le plus grand nombre de victimes.

Pour l'année 1936, ce taux est de 93.3 par 100,000 de population. Québec est suivie de près par la Nouvelle-Ecosse avec 89.1 et le Nouveau-Brunswick 82.1. Viennent ensuite, la Colombie-Anglaise, l'Ile du Prince-Edouard et le Manitoba avec des taux respectifs de 74.8, 66.3, et 59.1. Les provinces de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan qui ont les taux les plus favorables et les plus bas: 49.4, 36.0 et 29.8, sont aussi les provinces où existent les meilleures organisations de lutte antituberculeuse dans le Dominion du Canada. Nous garderons l'Ontario, la plus près de nous, comme point de comparaison.

L'écart des taux entre les deux provinces peut être expliqué par le fait qu'en Ontario le taux de natalité est moins élevé et que chez nos voisins, on a commencé bien avant nous la lutte à la tuberculose.

Mortalité par tuberculose par nationalité

Une étude épidémiologique de la mortalité par tuberculose chez les différents groupes ethniques qui composent la population à Montréal a permis de faire les constatations suivantes: (voir graphique).

1° *les Canadiens français* ont le taux de mortalité par tuberculose le plus élevé, soit 95.8 par 100,000 en 1937;

2° *les Britanniques* i.e. les Anglais, les Ecossais et les Irlandais, ont un taux inférieur au taux général, soit 57.0;

3° *chez les Juifs,* le taux de la mortalité par tuberculose est le plus bas, 26.6 en 1937.

La cause de ces différences de taux a fait l'objet d'une étude très intéressante de la part de mon collègue et assistant le docteur E. Gagnon. Deux facteurs principaux expliquent le taux élevé de la mortalité chez les Canadiens français: la natalité élevée et surtout un outillage moins complet pour combattre la tuberculose.

La natalité élevée ne diminue pas les qualités de la race, mais elle crée un vaste problème social. D'abord, elle rend le contact familial plus étendu dans une famille nombreuse; d'autre part, cette dernière se rencontre plus particulièrement dans le monde ouvrier où les ressources sont modestes et où le père seul ayant à subvenir à plusieurs enfants, ne peut accorder à chacun tous les soins nécessaires.

Tuberculose par quartier

Nous avons dit, plus haut, que le taux moyen de mortalité par tuberculose pour Montréal était de 80.9 pour les 3 années 1935-36-37; le nombre de personnes décédées par tuberculose au cours de ces trois années est 2,119; la moyenne des décès par année est 706.

Dans la distribution de la mortalité par tuberculose par quartier, ces derniers ont été divisés en quatre troupes:

1° ceux où le taux est le plus bas, de 40-74.9;
2° " " de 75.0 à 84.9;
3° " " 85.0 à 94.9; - et,
4° " " 95.0 et plus par 100,000.

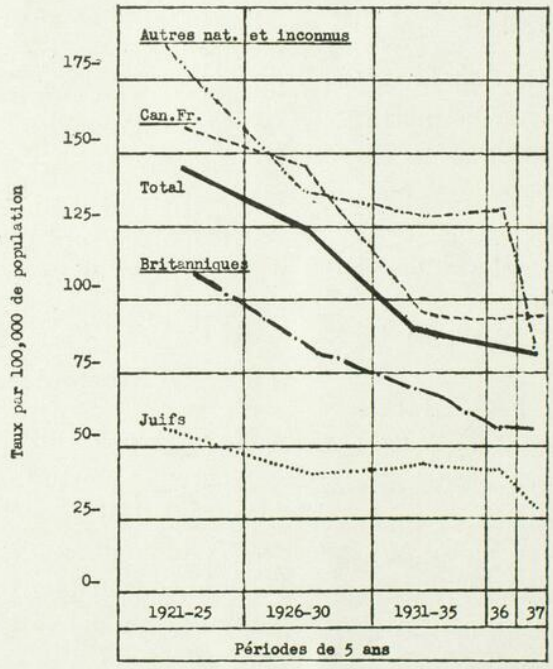
Le premier groupe où le taux est le plus favorable, comprend les quartiers excentriques et neufs: Ahuntsic, Villeray, Montcalm, Saint-Michel, Saint-Denis et Saint-Jean-Baptiste, dans le Nord et le Centre; Rosemont, Saint-Eusèbe et Mercier dans l'est; et, Mont-Royal, Notre-Dame-de-Grâces, Saint-André, Saint-Paul et Saint-Gabriel, dans l'ouest.

Il est à noter que le cercle va se rétrécissant des extrémités vers le centre; que les taux les plus favorables sont dans les quartiers excentriques et nouveaux, et que la situation s'aggrave dans les quartiers plus anciens qui composent le centre de la cité.

Le taux de la mortalité par tuberculose est beaucoup moins favorable dans les quartiers

MONTREAL — MORTALITE PAR ORIGINE SOCIALE ET PAR PERIODES DE CINQ ANS, DE 1921 A 1937.

ANNEES	TOTAL	Canadiens français	Britanni ues	Juifs	Autres races et inconnus
1921-25	144.9	161.9	112.9	53.9	187.3
1926-30	126.5	145.3	92.3	45.5	139.4
1931-35	92.3	98.7	71.8	45.8	130.7
1936	85.3	93.0	56.1	42.3	132.8
1937	82.0	95.8	57.0	26.6	83.9



Le taux est aussi favorable dans le second groupe qui comprend les quartiers Saint-Edouard, Laurier, Delorimier et Villemarie dans le nord et le centre; Préfontaine, Hochelaga et Maisonneuve dans l'est; et Saint-Henri, Sainte-Cunégonde et Sainte-Anne dans l'ouest.

des troisième et quatrième groupe: Saint-Louis et Lafontaine, et très élevé dans les quartiers Saint-Joseph, Saint-Georges, Saint-Laurent, Crémazie (où le taux est le plus haut), Saint-Jacques, Bourget, Papineau et Sainte-Marie; ajoutez le quartier Saint-Jean, isolé (au nord-ouest de la carte).

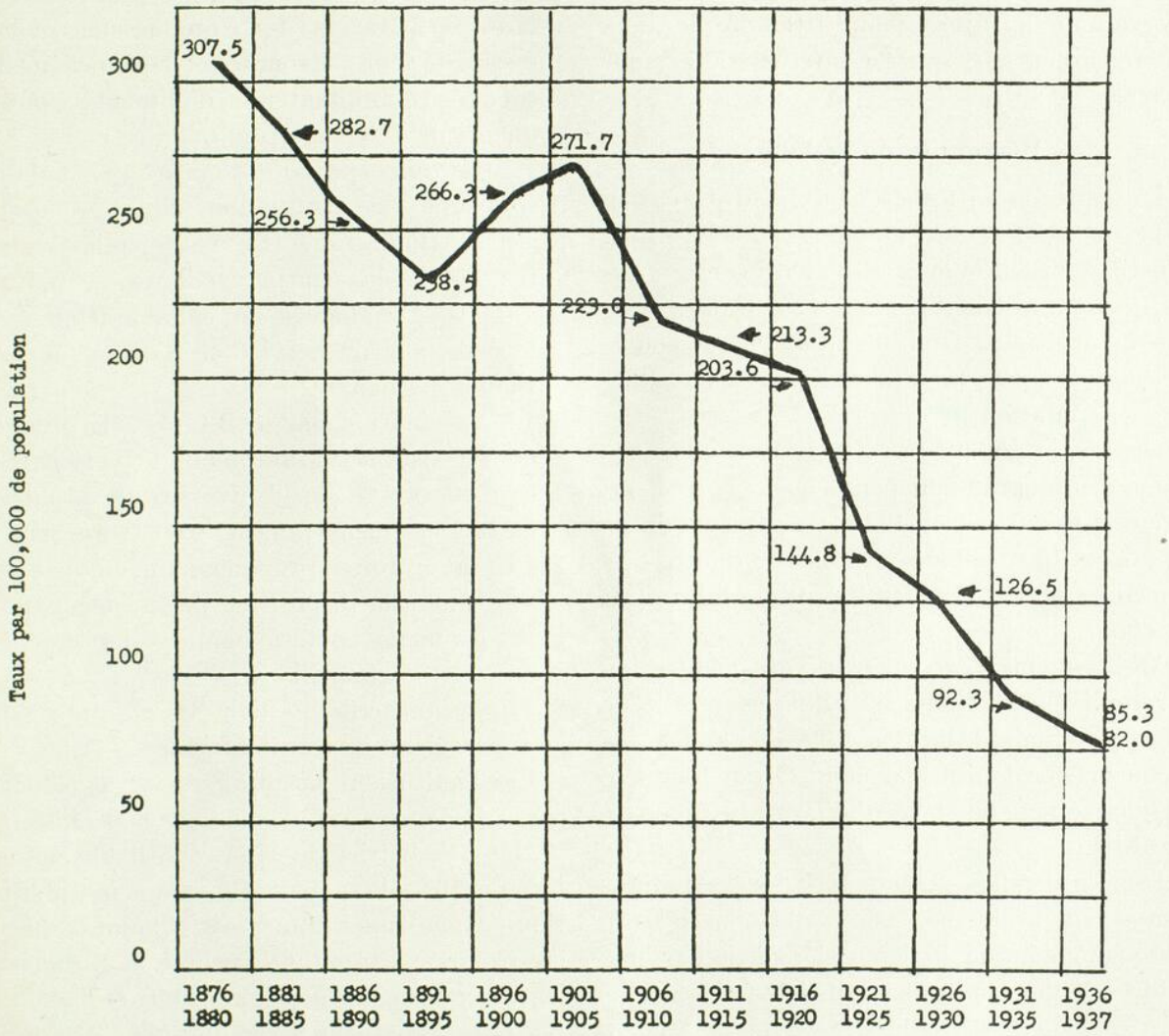
Diminution de la mortalité par tuberculose à Montréal

Malgré la situation que je viens de décrire, des progrès sensibles ont été réalisés à Montréal; depuis 60 ans, la diminution de la mortalité par tuberculose a été constante, passant du taux de 307.5 par 100,000 pour la période de 1876-1880, à 82.0 en 1937, soit une diminution de 73.3%; *depuis les dernières* 15 *années, les progrès ont été plus sensibles et le taux de la mortalité a été diminué de moitié.*

La diminution du taux de mortalité par tuberculose a été plus accentuée chez les sujets âgés de moins de 20 ans, et ce pourcentage de diminution est plus élevé pour la tuberculose non-pulmonaire (soit 72.2%) que pour la tuberculose pulmonaire (56.7%).

La diminution graduelle de la tuberculose non-pulmonaire depuis 1915 correspond avec les progrès de l'assainissement du lait, par l'éradication totale (100%) de la tuberculose des troupeaux qui produisent le lait vendu dans la cité et le pourcentage élevé (95%) du lait pasteurisé vendu.

TAUX DES DECES PAR 100,000 DE POPULATION POUR CHAQUE PERIODE DE 5 ANS, DE 1876 A 1937.



Il faut rendre hommage ici, aux travailleurs qui ont réussi à faire adopter le « règlement du lait et de la pasteurisation » et qui ont ainsi rendu un service immense à la population, surtout aux enfants. Parmi ces travailleurs, permettez-moi de citer le nom de mon

prédécesseur, le docteur S. Boucher, et celui du docteur J.-E. Dubé, ici présent.

La diminution de la tuberculose pulmonaire chez les enfants indique moins de contamination massive. Il importe donc que l'on mette tout en œuvre pour assurer la protection de l'enfance contre toute contagion.

Les progrès réalisés sont très encourageants si l'on considère qu'ils ont été obtenus avec un armement incomplet auquel a suppléé un dévouement inlassable. Ces résultats et l'importance du problème nous tracent le programme à suivre pour atteindre le taux obtenu ailleurs — qui est inférieur à 50 pour 100,000.

Historique de la lutte

L'organisme antituberculeux à Montréal en 1914, ne comprenait que deux dispensaires: l'Institut Bruchési et le Royal Edward; le total des lits ne dépassait pas 125. Une campagne d'éducation a été faite au moyen de conférences publiques pour obtenir la coopération de la population. .

Depuis, le nombre de dispensaires et de lits a augmenté graduellement. Des progrès ont été réalisés surtout en 1925; l'organisme destiné à la lutte se composait alors de quatre dispensaires et le total des lits disponibles était de 606.

Mentionnons l'excellent travail d'éducation accompli par la Ligue antituberculeuse et de Santé Publique de 1924 à 1928 (et dont le directeur général était le docteur Grant Fleming, doyen actuel de médecine, de l'Université McGill).

Les Universités ne sont pas restées indifférentes au problème, aussi ont-elles assuré l'enseignement de la « phtisiologie » par une chaire spéciale préparant ainsi le futur médecin.

L'organisation actuelle (1938) comprend:

1° Six dispensaires, de dépistage précoce et de collapsothérapie, situés dans les divers quartiers de la ville, dont cinq dirigés par l'Institut Bruchési et par le Royal Edward Institute; et un sixième (situé à Cartierville) dirigé par l'hôpital du Sacré-Cœur.

2° Le contrôle des cas déclarés par les infirmières attachées au service de Santé (division des maladies contagieuses) et le Service social par les infirmières attachées à l'Institut Bruchési et au Royal Edward Institute.

3° Les camps de Santé pour garçons et filles (situés à Saint-Hippolyte) dirigés par l'Institut Bruchési, pour les contacts tuberculeux.

4° L'inspection médicale des élèves et des professeurs dans les écoles, grâce à la bienveillante coopération des Commissions scolaires et de leur personnel, et l'examen médical des manipulateurs d'aliments contribuent au dépistage préliminaire.

5° L'attention spéciale donnée aux enfants souffrant de dénutrition dans les écoles par le Bureau des Œuvres Sociales scolaires et de la cantine scolaire et œuvres anglaises analogues en collaboration avec le personnel du Service de Santé et le personnel enseignant.

6° La vaccination par le B.C.G. à la clinique de l'Assistance Maternelle, le Service Social du B.C.G. de l'Université de Montréal et le Placement familial (O. Grancher).

7° Les laboratoires provinciaux et municipaux sont mis à la disposition des médecins pour les examens bactériologiques des crachats ou autres échantillons.

8° Disponibilité de lits dans les hôpitaux pour tuberculeux et les sanatoriums.

Les institutions hospitalières et les sanatoriums jouent un grand rôle dans cette lutte.

Dans le district de Montréal, il y a actuellement 1033 lits, dont 503 dans les institutions canadiennes-françaises: l'hôpital du Sacré-Cœur et l'Institut Bruchési; 438 dans les institutions anglaises: Grace Dart Home, Laurentian Sanatorium, Children's Memorial Hospital, Brehmer Rest et Royal Edward Institute, et, 92 lits dans une institution privée, le Mount Sinaï Sanatorium; ajoutons ici un nouvel hôpital en voie d'organisation: le Jewish Incurable Hospital.

La proportion du nombre de lits par décès, (standard actuellement employé), doit être de

2 lits par décès. La situation présente est dans la province de 0.6 lit par décès et dans le district de Montréal 0.8 lit par décès.

Dans la province d'Ontario, il y a 2.6 lits par décès.

Il n'a pas été possible d'établir la proportion « par nationalité » pour le district de Montréal; il a été fait pour la Cité de Montréal avec le résultat suivant:

Proportion de lit disponible pour

a) Canadiens français 0.9 lit par décès,
b) Anglais 3.8 "
c) Juifs 6.6 "

Si nous reportons la proportion des lits par décès, pour la Cité de Montréal, à la population entière du district de Montréal, cette proportion des lits serait plus basse.

La province d'Ontario a un lit pour tuberculeux par 1,150 âmes, Québec n'a qu'un lit pour 2,692 âmes — d'où il lui faudrait 950 lits de plus pour atteindre le niveau d'Ontario.

D'autre part, le nombre et le taux des décès et par conséquent des cas, étant plus grands, les besoins sont aussi plus grands.

Nous pouvons conclure pour le district et la cité de Montréal à un besoin d'environ 1,200 lits de plus, dont 900 à 1,000 pour les besoins plus urgents de la population canadienne-française.

Il n'y a donc pas dans le district de Montréal, actuellement, un nombre de lits suffisant pour les tuberculeux, et la cité de Montréal en souffre d'une façon particulière. Un plus grand nombre de lits permettrait de diminuer proportionnellement le nombre des décès, c'est le résultat obtenu ailleurs.

9° Qu'il me soit permis de noter l'action bienfaisante de l'Œuvre des Colonies de Vacances et des camps de scouts — sans omettre les quelques heures de joie et de vie heureuse au grand air que procure à nombre d'enfants de la Cité l'Association du Bien-être de le Jeunesse.

Après une étude complète de ce problème et pour permettre de compléter l'organisme de la lutte antituberculeuse dans la Cité et le district de Montréal, le Comité provincial de défense contre la tuberculose, en est venu à la conclusion que le besoin le plus pressant consiste dans l'augmentation du nombre de lits de Sanatoriums pour tuberculeux chez les Canadiens français, et l'amélioration des services de dépistage et de leur service social dans les organisations existantes.

La fondation de Sanatoriums pour enfants et adultes, s'impose pour répondre à ce besoin, et il y aurait lieu d'améliorer l'organisation actuelle des dispensaires antituberculeux, de raffermir leur situation et en même temps d'intensifier la coopération entre ces organismes et les services officiels du Ministère de la Santé et des Services de santé municipaux.

Plus tard, au fur et à mesure des besoins, il faudrait augmenter et améliorer le nombre des lits dans les hôpitaux déjà existants et tenir compte des besoins d'hospitalisation des tuberculeux des autres nationalités.

On devra étudier (pour la province) l'élaboration d'un programme d'organisation des œuvres de protection de l'enfance comprenant: préventorium et camp d'été, écoles en plein air, placement familial (œuvre Grancher), la vaccination par le B.C.G., la réaction à la tuberculine, etc.

Pour la plus grande protection des enfants, le Comité provincial de défense contre la tuberculose a soumis au Conseil de l'Instruction publique, un mémoire à l'effet que tout membre du personnel enseignant, et tout aspirant à un emploi d'instituteur, subisse un examen médical avec radiographie au moment de son engagement et, par la suite, un autre chaque année. J'ai le plaisir de vous dire que cette demande a reçu un accueil favorable.

La prévention de la tuberculose chez l'enfant est importante; c'est la base même de toute la lutte entreprise.

On doit établir le bilan, connaître la situation exacte où nous sommes.

L'une des premières mesures pour y arriver est « l'épreuve à la tuberculine » des enfants d'âge préscolaire et scolaire. Chez les premiers, elle nous permet de rechercher ceux qui réagissent positivement et de découvrir les contacts familiaux, dépistage excessivement important

dans l'éradication de la tuberculose familiale; dans le cas des enfants des écoles, ceux des classes supérieures nous intéressent d'abord, l'adolescence étant l'âge de l'évolution de la tuberculose. Il importe, par ce moyen, de se rendre compte dès le début, des sujets malades et de les recommander pour la fluoroscopie ou la radioscopie.

Cette épreuve est déjà faite dans les instituts antituberculeux et au Child Welfare Association.

Pour perfectionner la lutte contre la tuberculose à Montréal, et faire suite à l'étude d'un projet préparé par le service de Santé et la Commission d'Hygiène, les administrateurs de la Cité, soucieux de la santé publique et du succès de la campagne entreprise ont facilité l'exécution des importantes mesures suivantes:

La création d'une *Section de la tuberculose* dans la division des maladies contagieuses avec nomination d'un personnel entraîné et spécialisé, constitue une amélioration notable et qui s'imposait. Il s'agit d'un organisme de corrélation entre les diverses organisations de lutte antituberculeuse.

Le docteur Léo Ladouceur a été nommé médecin de la nouvelle section; c'est un spécialiste en tuberculose qui jouit d'une vaste expérience ayant été attaché pendant une quinzaine d'années à l'Institut Bruchési. Le docteur Ladouceur devra d'abord prendre contact avec les organisations antituberculeuses de Montréal et voir à l'organisation pratique de la nouvelle section.

Cet organisme nous permettra entre autre de tenir un fichier de tous les cas de tuberculose à Montréal, ce qui nous aidera à suivre la situation au jour le jour.

Le Service de Santé a aussi institué un *Système de distribution gratuite de tuberculine* aux médecins et aux institutions qui leur permettra de coopérer plus facilement à la campagne antituberculeuse.

Dans les consultations de nourrissons et dans les écoles, surtout dans les écoles supérieures, le personnel du Service de Santé procédera, chez les enfants, à l'épreuve à la tuberculine; les cas positifs seront suivis par le personnel de cette nouvelle section, pour faire dans la famille le dépistage de la tuberculose, et ces cas seront référés au médecin de famille pour examen clinique et radiologique.

Le Service de Santé a donné son appui à un mouvement du ministère de la Santé pour améliorer l'alimentation dans notre population. En effet, il est démontré qu'un régime alimentaire bien balancé augmente la résistance de l'organisme aux infections, en particulier à la tuberculose.

Le Service de Santé de la Cité a reproduit sous forme de circulaire distribuée à des milliers d'exemplaires l'article intéressant et documenté du docteur Sylvestre, directeur de la division de la nutrition au ministère de la Santé.

La mise en vigueur des règlements de construction est aussi de grande importance au point de vue de la santé publique et de la salubrité du logement. D'autre part, le logement insalubre, par son manque d'ensoleillement ou d'éclairage naturel est contraire à la prophylaxie de la tuberculose et est préjudiciable à la santé de ses occupants.

C'est pourquoi l'on interdit à Montréal, entre autres choses, la construction et l'habitation de pièces qui ne sont pas éclairées directement à l'air extérieur. C'est ainsi que le casier sanitaire de l'habitation a fait supprimer de 1921 à 1937, près de 8,000 de celles-ci et placarder environ 4,000 autres, soit un total de 12,000 durant les derniers 15 ans.

Au cours de la même période environ 500 logements ont été évacués pour cause d'insalubrité et en ces dernières semaines, une soixantaine d'autres logis ont subi le même sort.

Il serait superflu de démontrer aux hygiénistes la nécessité de l'action directe contre les maux de l'habitation insalubre et du surpeuplement. Dans le programme de la lutte que nous engageons contre la tuberculose, nous n'ignorons pas qu'il y a un problème de l'habitation et un problème de la nutrition.

Pour compléter cette organisation, le Service de Santé, en collaboration avec le Comité

de défense contre la tuberculose, entreprendra, à la suite de l'« offensive » de ce soir, une grande campagne d'éducation sous la conduite de notre collègue et assistant, le docteur Adrien Plouffe.

L'objet et le mot d'ordre seront d'inviter tous et chacun à se faire examiner par un médecin et par là prévenir pour lui et les siens la tuberculose et ses effets.

Des réunions publiques seront tenues dans les diverses parties et paroisses de Montréal. Les écoliers seront intéressés à ce problème par le personnel médical et les infirmières de notre Service.

Je crois que le Service de Santé peut compter sur la précieuse coopération de l'actif président de la Commission des Ecoles Catholiques de Montréal et sur celle de son collègue des Ecoles protestantes, sur celles des membres des deux commissions, sur l'intérêt des directeurs et directrices d'écoles et sur l'appui précieux de tous les autres membres du personnel enseignant.

En réclamant l'appui du clergé, dont l'influence est très grande, je désire assurer son Excellence Mgr L'Archevêque, de notre propre collaboration pour conduire une lutte conjointe contre la tuberculose et l'alcoolisme que je citais plus haut comme cause médiate.

Pour la réussite de cette campagne, il faut aussi l'appui essentiel de MM. les médecins, dont le rôle social est grand et je les sais prêts à le remplir; de Mlles les infirmières dont je connais le dévouement, des diverses œuvres sociales et clubs sociaux toujours de l'avant, et du public en général le plus intéressé.

Parmi les collaborations obtenues, je désire signaler ici l'initiative heureuse prise par les autorités de l'hôpital du Sacré-Cœur et du Sanatorium Mount Sinaï qui ont organisé avec succès des « semaines cliniques » et, je dois aussi souligner la série de conférences sur la « Tuberculose expérimentale et préventive » que donne actuellement à l'Université de Montréal, sous les auspices de la Faculté de médecine et de l'Institut scientifique Franco-canadien, M. le docteur H. L. Nègre, notre hôte d'honneur.

En terminant, je sollicite votre collaboration et celle de tous nos concitoyens afin que la lutte entreprise puisse porter ses fruits et j'ai le ferme espoir que d'ici peu d'années l'on pourra dire que, c'est dans la province de Québec que la tuberculose fait le moins de ravages et le moins de victimes.

DISPOSITION DES DÉCHETS DE CUISINE PAR PULVÉRISATION ET DILUTION DANS LA CANALISATION PUBLIQUE

Par **Léo-Paul CABANA, I.C.,**
Secrétaire, Division de la Salubrité, Service de Santé, Cité de Montréal.

Le problème de la collecte et de la disposition des déchets de cuisine a, depuis nombre d'années, attiré l'attention des hygiénistes et des ingénieurs qui n'ont cessé de démontrer son importance.

Plusieurs méthodes, cependant, ont été tour à tour employées pour la disposition des déchets de cuisine: alimentation des porcs, dépotoirs, jet à la mer, dans les rivières, etc., enfouissement, (sanitary fill) réduction, incinération, etc., mais aucune de ces méthodes n'a pu résoudre entièrement ce problème, d'une manière hygiénique et économique à la fois.

En ce qui concerne les modes d'amassement à la maison, et de collecte de ces déchets, il y a eu très peu d'améliorations depuis la dernière génération. Des récipients en métal avec couvercles, et des véhicules étanches pour le transport, sont utilisés à certains

endroits, mais malheureusement cette pratique ne s'est pas généralisée, et la disposition des déchets organiques est toujours un des problèmes sanitaires les plus importants pour une municipalité.

Cependant, depuis quelques années, des recherches et des expériences ont été faites sur la pulvérisation des déchets de cuisine et sur leur disposition dans la canalisation publique, avec les eaux et les matières usées.

En effet, pourquoi ne pas utiliser la canalisation publique pour la disposition de ces déchets; ils sont de même nature et de provenance organique. Tous deux sont très putrescibles, et peuvent servir de véhicules aux agents qui causent les maladies; ils favorisent la vermine et les insectes, et la pullulation des microbes. Ils sont en outre préjudiciables au confort et à la santé publique et causent la contamination de l'atmosphère.

Selon le Dr H. Pottevin, on a conçu l'idée d'assurer l'évacuation des ordures ménagères, aussitôt produites, en les entraînant par l'eau. Une conduite spéciale dans chaque maison et un réseau spécial d'égouts dans la ville seraient chargés de les recevoir. Ce n'est que 25 ans après l'étude de la possibilité de ce mode de disposition que les ingénieurs américains ont réalisé sa mise à exécution.

En 1923, la ville de Lebanon, dans l'état de Pennsylvanie, fut la première à pulvériser ses déchets de cuisine et à les disposer dans la canalisation publique se terminant à une usine d'épuration des eaux usées.

Cette méthode, cependant, ne fut pas adoptée ailleurs, pendant quelques temps, malgré qu'un tel procédé paraisse attrayant. On croyait alors, que les usines d'épuration avaient assez de difficultés à traiter les eaux usées seules, sans y ajouter les déchets de cuisine.

Mais lorsque le traitement des boues fut placé sur des bases scientifiques, les recherches reprirent et une étude fut faite sur le traitement des eaux usées et des déchets de cuisine.

Au mois d'août 1932, des expériences de laboratoire furent faites à l'usine d'épuration de la ville de Baltimore, et il fut trouvé que, lorsque des déchets de cuisine étaient ajoutés à une quantité suffisante de matériel déjà traité, placés sous l'étuve à 28° Centigrade et maintenu à une valeur de pH entre 6.8 et 7.2, le traitement était complété avant 30 à 40 jours. La quantité de gaz et sa teneur en méthane étaient approximativement les mêmes que si on n'avait pas ajouté de déchets de cuisine.

De plus, l'expérience a démontré que lorsque les déchets de cuisine sont ajoutés au matériel déjà traité, en quantité de 5% des matières solides volatiles initiales, le produit obtenu était inoffensif et pouvait être facilement asséché.

Ce procédé fut mis en pratique en 1923, à Baltimore pour disposer le surplus des déchets durant l'été. A Indianapolis, en 1935, une grande quantité de déchets de cuisine ont été pulvérisés et traités avec les eaux usées par le procédé des boues activées. A ces deux endroits, les résultats obtenus ont été satisfaisants.

Trois méthodes générales de disposition ont été suggérées:

1° Le transport des déchets de cuisine à l'usine d'épuration, leur pulvérisation et leur déversement dans des bassins « Imhoff » ou dans des fosses de digestion des boues.

Par cette méthode, les déchets de cuisine ne circulent pas dans la canalisation publique; cependant, le transport des déchets sur de longues distances pour atteindre l'usine d'épuration, offre des inconvénients; sans compter que ce procédé n'améliore pas le problème de l'amassement à la maison et de la collecte par les services spécialement préposés à cette fin.

2° La deuxième méthode consiste à établir à différents endroits de la ville, des dépôts centraux, où les déchets y seraient transportés, pulvérisés et déversés dans la canalisation publique.

Dans ce cas, il faut tenir compte dans le choix de ces dépôts, de la dimension de l'égout

à ces endroits, de sa pente, et de la vitesse de circulation, afin de permettre un écoulement rapide des matières pulvérisées et diluées dans la canalisation publique.

3° La troisième méthode consiste à placer un pulvérisateur sous l'évier de cuisine et à le relier au tuyau de renvoi. Les déchets de cuisine et les matières organiques, les os y compris, sont pulvérisés par cet appareil et sont transportés dans la canalisation publique avec une certaine quantité d'eau provenant du robinet de l'évier. Cette méthode éliminerait complètement l'amassement à la maison, la collecte et le transport des déchets de cuisine; mais malheureusement, comme toute chose nouvelle, le coût d'un tel appareil est trop élevé pour être pratique. Aux Etats-Unis, le prix actuel est d'environ $200.00.

Maintenant, voyons de quelle manière les déchets de cuisine peuvent affecter la canalisation publique et nuire au traitement des eaux usées.

La quantité de déchets de cuisine produite journellement dans la plupart des villes du continent américain est de .06 de 1% de la quantité des matières d'égout produite dans la même période. Ainsi, vu ce faible pourcentage, il n'y aurait aucune nécessité d'augmenter le diamètre des égouts pour recevoir les déchets de cuisine. La concentration plus élevée des matières solides, plutôt que l'augmentation de la quantité relative des déchets de cuisine doit être l'objet de considération. Les déchets de cuisine produisent en moyenne par 1000 de population, 125 livres de résidus solides par jour, alors que les matières d'égout pour la même population et la même période, système combiné, en produisent 667 livres.

Nous devons noter, cependant, que ces quantités représentent des chiffres moyens et qu'une variation de 100% et même plus peut être obtenue à différents temps de l'année et pour différentes villes. La production, en été, peut augmenter de 50% et même plus. Heureusement, cette augmentation se produit lorsque l'activité biologique à l'usine d'épuration est au maximum.

Les résultats obtenus, à date, sont insuffisants pour déterminer l'augmentation du B. O. D., demande bio-chimique d'oxygène, à 5 jours, des matières d'égout résultant de l'addition des déchets de cuisine; cependant quelques expériences déjà faites ont démontré une augmentation de 10, 20 et même 25%.

On pourrait se poser une autre question. Est-il possible que les déchets de cuisine pulvérisés, provenant des habitations ou des dépôts centraux, obstruent la canalisation publique?

L'opinion commune à ce sujet, est que les matières solides provenant du pulvérisateur sont plus petites que les matières solides déjà en suspension dans l'égout; il y aurait beaucoup moins de danger d'obstruer la canalisation publique, avec les déchets de cuisine pulvérisés, qu'avec les matières d'égout.

Il n'y a aucun doute, cependant, que ces trois modes de disposition vont augmenter le coût et le travail à l'usine d'épuration. Les tamis (screens) en particulier vont être affectés. A Baltimore, par exemple, lorsque des enveloppes de blé d'Inde furent pulvérisées durant l'été, la quantité de résidus enlevés de ces intercepteurs (ayant 7/8″ d'ouverture), avait augmenté de 50 à 55%.

A Indianapolis, il a été observé une augmentation de 20 à 35% de matières solides volatiles dans les fosses à sable, lorsque ces déchets de cuisine étaient ajoutés. Le résidu enlevé de ces fosses dégageait de très mauvaises odeurs et devenait nuisible s'il n'était pas enlevé immédiatement.

La formation d'écume et de graisse dans les bassins préliminaires peut nuire aux opérations. A Indianapolis, on a constaté une augmentation de ces matières variant de .74 à 2.94 pi. cu. par million de gallons d'eaux usées. L'effluent des bassins de sédimentation portera naturellement plus de solides en suspension que si les eaux usées seules étaient traitées.

Maintenant, voyons en ce qui concerne le coût de ce mode de disposition. C. K. Calvert, surintendant du département des égouts et de l'enlèvement des déchets à Indianapolis, estime à $0.372 la tonne le coût total de fonctionnement, y compris les charges fixes, d'un dépôt central, disposant 24,000 tonnes de déchets par année. C. E. Keefer, assistant ingénieur, bureau des égouts, à Baltimore, porte à $0.426 la tonne, le coût du même traitement. Naturellement, à cela, il faut ajouter l'augmentation du coût d'opération à l'usine d'épuration et les améliorations nécessaires à l'usine elle-même.

A Indianapolis, le coût total de la disposition des déchets de cuisine, y compris la pulvérisation, l'augmentation du coût à l'usine d'épuration, l'intérêt, la dépréciation, etc., est de $0.572 la tonne.

L'économie faite sur le transport est de $0.20 la tonne-mille; et pour un territoire d'un rayon de 2 milles, l'économie totale est de $0.40 la tonne. Ce qui fait un coût net de $0.172 la tonne.

D'un autre côté, le coût net du procédé de disposition par réduction, déduction faite du montant rapporté par les sous-produits, est de $3.38 la tonne de déchets. Si on compare ce chiffre à $0.172 pour la pulvérisation et la dilution dans la canalisation publique on voit qu'il y a économie.

Il est intéressant aussi de comparer le procédé de pulvérisation avec le procédé de disposition par incinération. La chambre de commerce des Etats-Unis dans un rapport du mois d'avril 1931, intitulé: « Disposition de déchets dans les villes américaines », donne comme coût total d'opération d'un incinérateur, y compris les charges fixes, $1.85 la tonne.

En ce qui concerne l'installation de pulvérisateurs dans les habitations, l'économie réalisée par la municipalité serait encore plus grande puisqu'ils supprimeraient, tout transport de déchets organiques; les autres, cendres, débris, etc., pouvant être utilisés pour remplir les terrains bas, sans causer de nuisance.

Conclusion

Cette méthode ultra-moderne de se débarrasser des déchets de cuisine par la simple manipulation d'un bouton électrique, mérite notre attention. Il semble que l'hygiéniste est en voie de réaliser un mode de disposition économique et sanitaire des déchets de cuisine. C'est un pas plus loin que le tout à l'égout. Espérons qu'avant longtemps, ce procédé de pulvérisation et de dilution dans la canalisation publique sera de plus en plus développé et généralisé, à l'avantage de la santé et de la salubrité publiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. C. K. CALVERT et S. L. TOLMAN: « The effect of ground garbage on sewage treatment plant operation. » *Water Works & Sewerage Journal,* **83**: (mai) 1936.
2. N. N. WOLPERT: « Garbage and Sewage discussed by New York Sanitarians. » *Municipal Sanitation,* **7**: (juillet et août) 1936.
3. « Discussion on Disposal of Garbage with Sewage. » *Water Works & Sewerage Journal,* **83**: (janvier) 1936.
4. « The Kitchen Waste Unit. » General Electric Co. Specification sheet No. M-58 Rev. Déc. 1935.
5. Dr S. BOUCHER, directeur du Service de Santé, Montréal: « Disposition des rebuts-déchets de cuisine. » 1916.
6. Morris M. COHN, Sanitary Engineer, City of Schenectady, N. Y.: « A New Advance in Municipal Sanitation. » *Municipal Series*, causerie, poste WGY, 4 janvier 1936.
7. Don E. BLOODGOOD: « Digestion of garbage with sewage sludge. » *Sewage Works Journal,* **8**: (janvier) 1936.
8. Dr H. POTTEVIN, secrétaire général de l'Office International d'Hygiène: « Egouts et vidanges — Ordures ménagères, etc. » *Séries Brouardel,* vol. XV, p. 409.

VARIÉTÉS

ÉTATISATION DE LA MALADIE OU ASSURANCE-MALADIE [1]

Par l'Honorable **POWER**,
Ministre de la Santé du Canada.

Hanté comme vous par le phénomène de la vie et soucieux de la santé de gens qui, pour moi, ne se limitent pas à mes électeurs, croyez le bien, non plus que pour vous ils ne se limitent à vos clients, vous trouverez naturel que le ministre de la Santé vous accueille et vous souhaite la bienvenue.

Je me ferais faute de ne pas remarquer particulièrement la présence de mon collègue l'honorable Albini Paquet, ministre de la Santé dans le gouvernement de la province de Québec, qui est président honoraire de votre Congrès. Vous permettrez que mon salut se fasse particulièrement cordial à l'adresse de mes concitoyens de la province de Québec, qui sont ici nombreux, et qu'il ne soit pas moins chaleureux à l'égard de médecins distingués et de haute réputation qui nous viennent de France et des Etats-Unis. Je sais que vous devez leur présence surtout à des relations confraternelles que vous savez admirablement entretenir, ce dont je vous félicite. Mais je n'ai qu'à jeter un coup d'œil sur le programme de votre Congrès pour avoir la preuve que la présence de savants éminents, venant de chez-nous et d'ailleurs, s'explique et se justifie. La portée de vos travaux, leur inspiration strictement moderne et scientifique de même que les noms prestigieux que je remarque suffisent à inviter l'intérêt et l'attention. Tout prouve que vous vous acharnez à découvrir «'L'homme, cet inconnu », à le défendre, à le guérir, à lui permettre de durer et de mieux utiliser sa vie. Et c'est de quoi, aussi, je tiens à vous féliciter chaleureusement. Le ministre de la Santé se sent à l'aise parmi vous et admet volontiers qu'il vous *devait* d'être présent.

Ce n'est pas sans quelque hésitation, toutefois, que j'ai accepté l'aimable invitation de votre président. Voici un Congrès de médecins canadiens-français. Or je ne suis ni médecin, ce dont vous ne pouvez me blâmer, ni canadien-français, ce dont vous pourriez peut-être me plaindre. Mais quand je n'aurais pas les devoirs de ma fonction, je ne pourrais oublier ce que ceux de ma race doivent aux Canadiens français, et particulièrement aux médecins. Un Irlandais qui lit son histoire sait ce qu'il advint de ses ancêtres qui immigrèrent pour des raisons d'ordre économique et politique et trouvèrent particulièrement dans la province de Québec non seulement la liberté, mais aussi le droit et les moyens de vivre. Bien plus, il n'est que de rappeler les terribles épidémies de choléra de 1832, de 1847 et 1849, les victimes qui trouvèrent ici la consolation suprême, mais surtout le nombre de ceux qui furent soignés, hébergés à la Grosse Ile et éventuellement sauvés au prix du plus grand dévouement et d'incroyables sacrifices. Il y a là tout un chapitre que l'un d'entre vous peut-être aurait le goût d'écrire. Croyez bien que les renseignements seraient faciles à obtenir, car il n'est guère de famille de ma race qui n'ait quelque souvenir qui lui fut transmis, de la générosité et de la charité des vôtres.

J'aurais d'autres raisons, encore plus personnelles, de vous exprimer ma reconnaissance car depuis vingt ans je suis le représentant au parlement de gens qui en majorité ne sont ni de ma langue ni de ma race!... Mais je me dis que si ceux qui me connaissent, à Québec, purent s'accommoder de moi depuis vingt ans, vous aurez peut-être la patience de m'écouter pendant dix minutes.

1. A la séance d'ouverture du XVe Congrès de l'A.M.L.F.A.N., Ottawa-Hull, le 6 septembre 1938.

Dans le monde troublé d'aujourd'hui, vous êtes, messieurs, comme une sorte d'avant-garde. Il semble que la lutte s'avive entre les éléments destructeurs, d'une part, et les éléments qui travaillent à la reconstruction sociale. Cette lutte éclate dans tous les domaines. Les chocs se multiplient dans la vie politique, sociale, civile, internationale et s'étendent même à la vie intime pour ainsi dire chimique de chacun. Au premier rang de ceux qui veulent protéger la race humaine contre elle-même, contre ses propres misères, il y a la profession médicale. Vous êtes le bouclier, et parce que nous avons besoin de croire en vous et parce que rien ne doit vous atteindre sans que nous en souffrions, il est nécessaire que vous gardiez votre prestige et votre individualité. Surtout à l'heure qu'il est, alors que grâce à des annonces de journaux ou de radio, à certaines campagnes de publicité où excellent naturellement les charlatans, à la propagande ingénieuse de vendeurs de drogues, chacun veut devenir son propre médecin. Le profane s'arroge volontiers le droit de faire un diagnostic et d'indiquer même les prescriptions. Pour plusieurs, surtout parmi les plus ignorants, le voile de la science est levé et la médecine est en voie de perdre tout son mystère. Ce serait déjà assez mal pour vous, messieurs, s'il n'y avait pas par surcroît la menace contre la santé publique. Mais ce n'est pas tout.

Pour faire face aux conditions modernes, on exige une meilleure organisation sociale assurant le secours médical à la masse. Les uns réclament l'étatisation de la médecine, les autres l'assurance-maladie. Dans le premier cas, cela implique les traitements gratuits assurés à tous les citoyens et la rémunération des médecins par l'Etat. Dans l'autre cas, quiconque contribue à la rémunération des médecins, sous une forme ou une autre, est assuré du secours médical. Je n'ai pas à décider. Les deux propositions valent d'être étudiées sérieusement. L'Etat doit faire sa part, bien qu'il y ait une limite à ses ressources et à l'étendue des services exigés de lui. La profession médicale, certes, doit aussi faire sa part généreusement. Mais il y a les contingences de la vie qui existent pour le médecin comme pour ses patients. Ce dont il faut aussi tenir compte. Je ne crois pas à l'utopie d'un monde complètement sain où la maladie n'existerait pas et qui par conséquent pourrait se passer de médecins. Quelques-uns se demandent si le temps est mûr pour l'institution de l'assurance-maladie à base de contribution. Il reste que le médecin ne se trouve pas partout là où on devrait le trouver; que les services d'hôpitaux ne sont pas à la disposition de ceux qui en ont le plus besoin. Les centres urbains semblent plus avantagés, alors que les centres ruraux sont plutôt dépourvus. Ce sont les très pauvres ou les très riches, souvent, qui bénéficient à volonté des services du médecin. Trop souvent la famille de classe moyenne n'a pas les moyens d'obtenir les soins médicaux qu'elle requiert.

Autant de constatations que vous avez faites vous-mêmes et qui ne pourront être absentes de vos pensées au cours de vos délibérations. Vous ne trouverez peut-être pas impertinent que je vous les rappelle. Simple profane, comme je l'ai déclaré sur le parquet de la Chambre des Communes, je sais comme vous que trop d'enfants meurent en naissant; il y a aussi l'hécatombe inutile des mères; et quelle que soit la juridiction en cause, la juridiction provinciale ou la juridiction fédérale, je sais que les victimes de la dégénérescence de l'âge mûr sont trop nombreuses. Nous ne connaissons pas encore la cause du cancer, ni le remède. Si nous avons pu contrôler jusqu'à un certain point la tuberculose, elle reste toujours une menace pour notre population. Les maladies mentales prévalent toujours et constituent un lourd fardeau pour notre population. Les maladies vénériennes restent un problème de première envergure. La question ne se pose-t-elle pas, même en étiologie, de considérer d'abord l'aspect social de chaque maladie? A tout événement, le Canada devrait avoir une meilleure santé. Notre taux pour maladie est trop élevé pour le pays tout entier. Avec le climat dont nous jouissons, à coup sûr le plus uniforme au monde, avec une population dérivant des plus robustes souches européennes,

avec des savants qui ne le cèdent en rien à ceux des autres pays, avec des universités dont les diplômes conduisent aux plus hauts postes, même à l'étranger, il me semble que nous pourrions faire plus et mieux que nous ne faisons. Dans ce but, il faut, vous le savez, la coopération de tous les organismes provinciaux, municipaux et fédéraux et aussi celle de la profession médicale. Je sais d'avance que la vôtre nous est acquise. Je vous promets solennellement, sur une base méthodique et scientifique et avec tout l'appoint d'une organisation à pied d'œuvre et galvanisée par l'initiative et le dévouement de tout le personnel, la coopération du ministère de la Santé.

OUVERTURE OFFICIELLE DES COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL LE 19 SEPTEMBRE 1938

Allocution du doyen, M. Albert LeSage

Nous avons cru opportun, cette année, de faire revivre une coutume chère à la Faculté de Médecine: l'*Ouverture officielle des cours*. Il convient, en effet, que le Doyen, au début de l'année académique, souhaite la bienvenue aux Etudiants en Médecine, et que tous les professeurs s'y associent. Les *jeunes sont si attrayants* qu'on doit saisir avec empressement toutes les occasions de les fréquenter, même après les heures consacrées à l'enseignement, car il ne doit pas y avoir de cloisons étanches entre le professeur et l'élève, et pas davantage entre les professeurs ou les hôpitaux. Cette pratique viendrait à l'encontre des règles d'une *saine pédagogie* et d'*une amicale confraternité*, car du point de vue social, nous occupons le même rang puisque nous appartenons tous à une classe que l'on désigne d'un mot consacré par l'usage: *l'élite*.

Si certains, parmi vos aînés, ce que j'hésiterais à admettre, — ont déjà commis l'imprudence de vous ignorer ou de vous témoigner une sympathie un peu hautaine, sous prétexte qu'ils ont de l'expérience, des lettres, ou un peu de science!... ne leur en tenez pas compte; ils oublient, sans doute, une chose plus enviable qu'ils n'ont plus ou qui leur sera peu à peu ravie: *la jeunesse*, c'est-à-dire: *l'élan, la joie de vivre, le sourire, beaucoup de témérité et une ample provision d'optimisme*.

Ces qualités essentielles, si elles sont dirigées avec savoir et bon sens, développeront, chez chacun de vous, la *personnalité*, dont le rôle est prépondérant dans la carrière que vous avez choisie.

C'est pour cette raison que j'ai toujours douté de l'action bienfaisante des mesures disciplinaires plutôt rigoureuses, en cas d'insubordination ou d'écarts spontanés et imprévus, lorsqu'il s'agit d'un « *roseau pensant* ».

Je préfère le raisonnement pourvu qu'on s'entende franchement; c'est plus logique lorsqu'on s'adresse à l'intelligence. Songeons que tout homme a un passé dont on doit tenir compte, surtout s'il est jeune, *car il y a l'avenir*. Si le sens aigu de la responsabilité est plus lent à se développer chez les uns que chez les autres, c'est que l'éducation — très probablement — n'a pas reçu partout le même accueil. Or, il n'est pas interdit d'en acquérir, même à l'Université dont c'est aussi la mission: *Fides et Scientia*.

J'en exprime le vœu au début d'un règne... éphémère! comme nos aspirations et nos goûts!...

Un jour, dit-on, les grenouilles, après maints essais, élirent un roi et elles exigèrent du dieu Jupin qu'il fût « *remuant et coi* »...

Déjà, vous le voyez, on lui attribuait le rôle d'un Machiavel. Qu'advint-il de ce royaume?

Demandez-le à ce bon et inimitable La Fontaine.

Je compte plutôt sur vous-mêmes, Messieurs les Etudiants en Médecine, pour l'observance des règlements de cette Maison en ce qui concerne la ponctualité aux cours et le maintien en public, ici et là. Vous avez de l'esprit, cela suffit, souffrez qu'on vous le dise, mais fuyez les occasions de vous en repentir et on vous en prêtera davantage.

La gaieté est une vertu mais ne la confondez pas avec la turbulence — pratiquez-la avec sagesse; seul le bruit est lugubre et décevant... même pour ceux qui le recherchent...

Apprenez de bonne heure à exercer la maîtrise de vos propres actes en subissant votre sort avec sérénité: ainsi, *vous vous dispenserez d'autrui.*

D'autre part, si vous avez des requêtes à présenter, adressez-vous au Doyen, à certaines heures: vous serez toujours bien accueillis.

Mais n'allez pas, comme jadis, je vous en prie, chercher auprès du public ou de la presse les conseils que vous devez recevoir de nous, vos chefs hiérarchiques.

« *Si tout prend de nouveaux traits, de nouveaux caractères, soyez quand même, les enfants de vos pères.* » (Lefranc.)

Les vacances sont terminées — l'heure du travail méthodique a sonné.

Je viens de vous dire, très brièvement, ce que nous attendons de vous.

Qu'attendez-vous de nous?

— Que l'on vous enseigne la médecine selon les méthodes modernes agréées dans les grandes universités?

D'accord.

Quelles sont *ces méthodes?*

— Deux principales: *théorique et pratique.* Je profite de cette occasion pour poser de nouveau ce problème devant vous, mais non le résoudre.

La théorie

La théorie enseigne la doctrine actuelle et son évolution dans le temps, elle étudie les phénomènes, classe les connaissances acquises, découvre les lois: *c'est la science.*

La leçon, sans cesse rajeunie, doit faciliter le travail de sélection indispensable, écarter les classifications trop erronées, mettre de la précision et de l'harmonie entre ce qui est certain et probable, simplifier et débrouiller les textes, en faire le *commentaire* au lieu de forcer l'élève à écrire, sous la dictée, des pages entières qu'il pourrait lire avec plus de profit chez lui. Je n'hésite pas à dire que ce type de professeurs, qui dicte ou lit son cours, devrait, s'il en existe encore, quitter les chaires de l'enseignement théorique.

L'érudition, sans doute, est nécessaire dans nos cours théoriques, car le dédain des antérieurs, selon Leibniz, expose à l'hésitation et à l'erreur; mais elle doit porter ses fruits et comporter un programme de connaissances *illustrées* et *vivifiées* par une iconographie qui renforcera d'images visuelles les images auditives, plus parfaitement qu'on ne saurait le réaliser parfois avec le malade.

L'enseignement théorique en médecine ne peut plus être, comme autrefois, une rhétorique supérieure où le matériel se réduit à un *tapis vert, un carafon* et *un verre.*

Nous n'avons pas l'ambition d'enseigner aux praticiens l'universalité de la science médicale, mais le progrès est si rapide, le rôle scientifique et social du médecin est tel que l'étudiant requiert une instruction suffisamment étendue pour servir de fondement à son initiation professionnelle. C'est dans ce but que nous avons maintenu, jusqu'ici, les cours théoriques, malgré les critiques adressées parfois aux procédés de culture verbale, en particulier à la pathologie médico-chirurgicale.

On lui reproche,entre autres, d'utiliser des classifications purement arbitraires, et que l'étude des organes, abstraits par la pensée d'un tout vivant, est une œuvre artificielle, une analyse aride et desséchante, une image déformée et plus ou moins altérée.

Tout cela est exagéré. Nos méthodes sont tellement perfectionnées, grâce au cinéma et à la photographie en couleurs, que nos élèves ne sauraient se plaindre de cet enseignement,

à moins que le professeur néglige de préparer convenablement sa leçon.

Qui donc, en ce lieu, oserait médire de soi-même?

L'enseignement théorique de la pathologie médico-chirurgicale est utile et nécessaire, dit-on, il est le guide que vous devez et pouvez suivre, car il vous donnera, avec la méthode de travail, le sentiment des vues générales sans, pour cela, vous éloigner des vues pratiques qu'il vous faut réaliser. Le livre ne peut pas remplacer les cours théoriques.

Il vieillit vite et devient désuet; vous en savez quelque chose, — faites la revue de ceux que vous possédez et vous me donnerez raison. D'ailleurs, il est souvent difficile de reconnaître, dans l'exposé des doctrines, celles qu'il convient de retenir, si l'on vous prive des commentaires du professeur pour diriger vos lectures.

J'admets, chers étudiants, qu'il y a des cours théoriques ennuyeux, monotones, et que votre esprit s'égare fréquemment tandis

« *qu'un peuple muet d'infâmes araignées*
« *vient tendre ses filets au fond de vos cer-*
[veaux. »

Vous croyez, en pareil cas, avec Mgr Gerlier « que la prédication toute seule n'a jamais suffi à propager l'Evangile. » *Vous avez raison.* Mais ne vous en plaignez pas trop. J'en ai entendus, même à Paris, où, certains jours, la classe d'un grand maître se composait de quelques rares auditeurs dans d'immenses amphithéâtres — car ces cours sont libres là-bas. C'est une méthode utile, selon nous, mais périlleuse: le professeur a l'auditoire qu'il mérite. Mais, soyons justes, cela dépend aussi de la matière, souvent aride, qui exige des prodiges d'érudition et de clarté lorsqu'on s'adresse aux primaires que nous sommes au début de nos études.

Si, malgré tout, en pareil cas, vous persévérez dans vos études en conservant votre bonne humeur tandis que le professeur, acharné dans sa lecture, n'ose lever les yeux sur vous — juges implacables et résignés — consolez-vous: cela veut dire que vous avez la vocation!... Cette première victoire sur vous-mêmes est le prélude d'un brillant avenir, et ce même professeur, plus tard, illusion ou inconscience! se glorifiera de vous compter parmi ses meilleurs élèves! ... *celui qui, jadis, écoutait paisiblement sans mot dire!...*

C'est enfin une méthode incomparable pour les agrégés qui se destinent à l'enseignement. C'est donc une méthode bipolaire.

La clinique

C'est une autre modalité de l'enseignement médical: elle observe directement le malade.

C'est l'art.

Elle offre beaucoup d'attraits, car elle n'est pas tenue d'obéir à des règles précises, à un programme méthodique. Elle encourage la personnalité, la critique, les conceptions nouvelles, les théories préférées, mais elle ne saurait suffire à l'éducation médicale entière, et elle n'implique pas l'abandon des cours théoriques. Cependant, on a déjà proposé de transporter l'enseignement théorique à l'hôpital où il serait plus en contact avec la clinique!...

La très grande majorité s'y oppose parce que cette méthode pourrait nuire à la clinique. Voici quelques-unes de ses objections.

— Si l'on se borne aux faits que l'on peut mettre sous les yeux, on ne saurait faire toute la pathologie à l'hôpital; l'élève ne recevrait qu'une instruction incomplète soumise aux hasards de l'entrée des malades.

— Si l'on s'attache à l'enseignement tout entier, on perdra un temps précieux à exposer oralement des faits dont on aura aucun exemple à montrer, tandis qu'il y a tant de choses à faire voir.

Les divergences d'opinion proviennent, sans doute, d'une discrimination imparfaite entre les deux méthodes d'enseignement: elles se complètent mais ne sauraient se conjuguer.

En effet, *la clinique* va de l'analyse à la synthèse; elle revise et sélectionne les symptômes en vue du diagnostic.

Le cours théorique va de la synthèse à l'analyse: le diagnostic est posé, les symptômes se déroulent dans un ordre rigoureux et sans

discussion, bien qu'ils s'inspirent de la clinique.

Les deux méthodes diffèrent aussi à un autre point de vue — *essentiel* — celui-là.

L'enseignement théorique s'accommode des grands amphithéâtres, des auditoires nombreux; par contre, *l'enseignement clinique* exige la répartition des élèves par petits groupes, surveillés et dirigés, afin que chacun puisse voir, entendre et prendre part à l'action. Il faut aussi que chaque groupe soit réparti selon le degré de l'instruction qu'il possède, sinon l'enseignement, s'adressant à des esprits inégalement préparés, serait excessif pour les uns et insuffisant pour les autres.

Enfin, les *laboratoires,* dont l'indispensable et incessante collaboration jette constamment de nouvelles clartés sur les routes obscures du diagnostic et de la pathogénie, exigent aussi des connaissances théoriques et pratiques qui se succèdent et se complètent sans empiéter outre mesure l'une sur l'autre [1].

Médecine sociale

— Tel est le problème de l'enseignement médical dans toute sa nudité. Je le pose brièvement devant vous sans préjuger la question, qu'une longue expérience m'a permis, cependant, de situer au bon endroit. — N'oublions pas — je m'adresse à tous sans distinction — qu'une Faculté de Médecine moderne doit être un centre d'enseignement supérieur et un centre d'enseignement professionnel et social.

J'ai bien dit « SOCIAL », car c'est une tradition à notre Faculté de Médecine, d'enseigner et de pratiquer la SOCIOLOGIE.

Depuis sa fondation, elle s'est constamment tenue en étroite collaboration, à ce point de vue, avec les pouvoirs publics en les incitant à lutter contre les maladies sociales...

Voulez-vous des faits, MM. les Etudiants, je vous en apporte quelques-uns, car je veux, en vous les faisant connaître, saisir cette nouvelle occasion de vous dire la fierté que j'éprouve d'appartenir à une Faculté qui a joué un grand rôle dans cette lutte homérique contre les préjugés et les pestes blanches.

1) Qui a suggéré la création d'un service d'Hygiène à la Cité de Montréal?

Le docteur Dagenais, professeur d'Obstétrique à Laval en 1871-72.

2) Qui a été l'instigateur obstiné de la vaccination obligatoire contre la variole?

Le professeur Rottot, ancien doyen, 1872.

3) Qui a fondé le Conseil Provincial d'Hygiène de la province de Québec?

Le professeur E.-P. Lachapelle, ancien doyen, 1886.

4) Qui a participé le plus à la fondation des ligues du lait pur: traite, distribution, consommation, stérilisation, pasteurisation; des gouttes de lait; des ligues antituberculeuse et antialcoolique; des camps de repos pour enfants issus de parents tuberculeux?

Le professeur émérite J.-Edmond Dubé.

5) Qui a instauré l'antisepsie dans nos hôpitaux?

Le professeur Oscar Mercier, en 1891, *à Notre-Dame et Marien, à l'Hôtel-Dieu en* 1896.

6) Qui a institué l'inspection médicale des écoles pour enfants?

Des professeurs de ma génération.

7) Qui a suggéré la fondation de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène?

Le professeur T. Parizeau, doyen honoraire, aidé du Dr Frappier, le directeur.

8) Qui a fondé l'Institut du Radium pour la lutte contre le cancer, véritable maladie sociale?

Le professeur Gendreau.

9) Qui a introduit et vulgarisé l'emploi du B.C.G. dans le Québec et fondé l'Ecole d'Hygiène Sociale appliquée, dont les services sont si appréciables?

Le professeur J.-A. Beaudoin.

10) Qui donc a proné la construction de nouveaux hôpitaux canadiens-français, en ce temps-là, en vue de recueillir nos malades s'étiolant dans des abris misérables ou cherchant asile chez nos aimables voisins?

Toujours les mêmes, E.-P. Lachapelle, Mercier, Dubé et d'autres.

1. Ces opinions sont ainsi celles de la Faculté de Médecine de Paris dont j'ai consulté les nombreux rapports sur cette question. Je suis heureux de m'appuyer sur d'autres autorités en matière aussi importante. — L.

C'est là, MM. les étudiants, que chaque jour, vous exercez votre ministère au service du public.

Et j'en oublie, mais retenez ces quelques faits essentiels concernant le rôle de la Faculté de Médecine du point de vue social seulement.

Une Faculté de Médecine doit donc non seulement former des générations de médecins instruits, mais elle doit aussi initier l'*élite,* parmi les élèves et les prefosseurs agrégés ou assstants, aux recherches scientifiques; aider ceux qui ont l'ambition d'enseigner et maintenir cet idéal élevé sans lequel les études pratiques restent elles-mêms stationnaires.

Déjà, quelques rares Mécènes nous ont versé des sommes importantes en vue de poursuivre ces travaux: en particulier, MM. Rougier et Charbonneau, que je salue et que je remercie, au nom de la Faculté de Médecine. D'autres suivront, sans doute, leur exemple, si on leur en fournit l'occasion.

Nous avons, depuis trois ans, grâce à ces dons généreux, et malgré des conditions défavorables, obtenu des résultats très encourageants qui ont valu à leurs auteurs des éloges publics.

Je me permets, en passant, d'adresser, en votre nom, des remerciements à l'Université McGill dans la personne du Doyen de la Faculté de Médecine, représenté ici par le prof. Archibald, pour avoir accueilli, chez elle, quelques-uns de nos agrégés désirant y poursuivre des travaux de recherches impossibles à réaliser chez nous.

En ce moment, si notre situation financière nous force de surseoir temporairement à des changements radicaux, nous en ferons de moindres imposés par des nécessités concrètes afin de maintenir la *continuité* dans l'œuvre que nous accomplissons avec persévérance, abnégation, courage et même bonne humeur.

Mais il faut, sachez-le, beaucoup d'intelligence et beaucoup de cœur pour la préserver et la soutenir sans brutaliser l'ordre et le rythme naturels de notre évolution.

Jadis, Paris valait, dit-on, une basse messe!... l'Université de Montréal ne vaut-elle pas un peu de confiance? Ayons foi en l'avenir, et dans ceux qui dirigent actuellement les destinées de la Province de Québec, dont nous avons déjà reçu une preuve non équivoque de l'intérêt qu'ils nous portent...

Une évolution est plus lente à s'accomplir qu'une révolution, mais elle est plus stable... C'est donc vous qui en bénéficierez...

Telle est la tradition, en Médecine, dans notre Maison.

Contrairement à la majestueuse immobilité des choses sacrées, si elle implique l'habitude du conformisme, elle se meut et change continuellement sans rompre avec le passé dont elle essaie de renouveler les cadres afin d'accélérer sa marche vers le progrès, car, dit-on, « *on doit sans cesse cultiver son jardin.* »

Laissez-moi, en terminant, vous raconter une anecdote rapportée d'Oxford par un Américain. Celui-ci, émerveillé par la beauté du gazon dans le jardin du collège, en demanda le secret au jardinier, qui lui répondit:

« *Plantez de l'herbe, sir, tondez, arrosez-la, ne fut-ce que pendant trois ou quatre siècles, et vous aurez un gazon tout aussi beau que celui-ci.* »

Cela veut dire, MM. les étudiants, qu'il ne faut pas laisser *jaunir son gazon,* en un mot, renouveler sans cesse ses méthodes d'enseignement afin de les adapter aux temps actuels, puisque les institutions demeurent et grandissent.

C'est la mission de vos professeurs et du Conseil de la Faculté de Médecine, car il y a des lacunes que nous nous efforçons, sans cesse, de combler afin de vous mieux servir et de répandre, par vous, le *bon renom de notre Université.*

— Si, ce soir, j'ai pêché, pardonnez à l'étudiant qui veille dans le doyen que je suis.

Allocution du secrétaire, M. E.-P. Benoit

L'Exécutif de la Faculté, inspiré par le Doyen, a pensé que l'ouverture des cours offrait une occasion favorable à l'exposé des mouvements, des changements, des initiatives dont la Faculté a été le théâtre pendant la session académique 1937-38.

L'Exécutif a donc chargé le secrétaire de faire connaître au corps enseignant et aux élèves les événements les plus marquants de l'année dernière. C'est ce rapport que j'ai l'honneur de vous présenter.

Les départs

Et d'abord, il y a eu les départs.

La Faculté a perdu, en douze mois, soit par décès, soit par retraite ou démission, dix de ses professeurs.

Parmi les décès, le plus considérable pour nous fut certainement celui du professeur Louis-Napoléon Delorme, qui occupa de si longues années la chaire d'Anatomie, qu'il illustra par son talent et sa réputation, par la dignité simple de sa vie professionnelle et par son inaltérable bonté. M. Delage, son assistant, dirige maintenant l'enseignement de l'Anatomie à la Faculté.

Le même mois, octobre 1937, mourait à un âge relativement jeune, le professeur Ernest Bousquet, homme distingué, praticien de renom, qui occupait à l'Hôtel-Dieu la chaire d'ophtalmo-laryngologie, et qui n'est pas encore remplacé.

Le 10 novembre, disparaissait à son tour Louis-Janvier Dalbis, docteurs ès-sciences, conférencier admirable, professeur d'histologie à la Faculté et directeur-fondateur de l'Institut Scientifique Franco-Canadien. Ce Français d'outre-mer n'eut chez nous que des amis. Il a été remplacé à la direction de l'Institut par M. Gilson, professeur honoraire de l'Université. Je crois à propos de citer le fait, car si M. Gilson ne fait pas partie de notre Faculté, c'est tout de même un universitaire.

Le printemps précédent, au mois de mai, était mort le Dr Raphaël Trudeau, professeur agrégé de gynécologie et l'un des plus anciens assistants du Dr de Lotbinière-Harwood, remplacé à la Faculté jusqu'à tout dernièrement par le professeur Aldège Ethier.

Enfin, au début de 1938, en février, le Dr Théodule Bruneau, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur titulaire de clinique médicale, nous quittait, comme allait faire trois mois plus tard, en mai, et très brusquement, le Dr Noé Fournier, professeur agrégé chargé de la clinique d'urologie à l'hôpital Notre-Dame.

A ces départs, que je qualifierai de mortuaires, il faut ajouter ceux des retraités et des démissionnaires. Le premier départ, de ce côté, fut celui de l'ancien doyen et directeur des études, le Dr Télesphore Parizeau, qui réussit, après onze années de travail persévérant et inlassable, à placer solidement sur ses bases actuelles l'enseignement de notre Faculté et qui donna cette année, pour des motifs personnels, sa démission.

Peu après, trois professeurs titulaires imitèrent le doyen Parizeau, et prirent leur retraite, malgré que deux d'entre eux n'eussent pas atteint l'âge règlementaire. Ce furent le Dr J.-E. Dubé, professeur de clinique médicale, dont l'activité remarquable a rendu, dans nos milieux hospitaliers et nos milieux sous-médicaux, des services nombreux et importants; le docteur Aldège Ethier, praticien très recherché, successeur à Notre-Dame du docteur Harwood dans son service de gynécologie, et professeur titulaire de gynécologie après la mort de son chef; le Dr Damien Masson, praticien très pris par une grande clientèle et qui donnait à la Faculté le cours de thérapeutique appliquée, dont il était titulaire.

Pour ne pas perdre le bénéfice de l'expérience acquise par ceux qui l'ont si bien servie, la Faculté a nommé M. Parizeau doyen honoraire; elle se propose de nommer MM. Dubé, Ethier et Masson, professeurs émérites, et de convoquer tous ces messieurs retraités ou démissionnaires aux séances de la Faculté à titre de membres consultatifs.

Les arrivées

Ces départs nombreux devaient créer dans notre Faculté un mouvement considérable et des déplacements. Il est dans l'ordre, n'est-ce pas, au voyage universitaire, que les départs soient suivis d'arrivées.

Pour dix départs de l'enseignement, nous avons eu à date, au titulariat, à l'agrégation et aux services de cliniques, quatorze arrivées, dont je vous donnerai, dans un instant, une énumération; car il convient de mentionner d'abord l'accession au décanat, en juillet dernier, après une carrière remplie de dignité professionnelle et de mérite scientifique, du professeur Albert LeSage, dont il faut louer également les qualités d'organisation.

Je dois aussi vous rappeler l'arrivée, à la direction des études de la Faculté, du professeur Georges Baril. Après un stage comme assistant directeur, sous l'ancien doyen Parizeau devenu honoraire, le professeur Baril a été nommé directeur des études par le Conseil, et chacun a pu constater depuis, son activité et sa clairvoyance.

Avant la nomination du nouveau doyen, le 8 juin 1938, la Faculté avait élu au titulariat, leur permettant ainsi d'entrer au Conseil, les professeurs agrégés suivants:

Le Dr Edmond Dubé, professeur de pathologie externe.

Le Dr Urgèle Gariépy, professeur de médecine opératoire.

Le Dr Gaston Lapierre, professeur de pédiatrie.

Le Dr Albéric Marin, professeur de dermato-syphilis.

Le Dr Roméo Pepin, professeur de matière médicale et de thérapeutique.

Le professeur Pepin devenait titulaire de son cours après l'avoir professé plusieurs années au titre d'agrégé et de chargé de cours.

Le 12 juillet dernier, le Conseil de la Faculté, inaugurant une politique nouvelle, autorisait le professeur Pepin à permuter au cours de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, devenu vacant par le décès du professeur Bruneau et la retraite du professeur Dubé. M. Nadeau, assistant du professeur Pepin, est maintenant chargé du cours de matière médicale et de thérapeutique appliquée.

Le 18 juin 1938, le professeur agrégé Roméo Boucher était promu professeur titulaire du cours de pathologie générale. Puis le 22 juin, le Dr Wilbrod Bonin devenait professeur agrégé, après la présentation et la soutenance d'une thèse remarquée, et était chargé par la Faculté, du cours d'histologie et d'embryologie, succédant ainsi aux professeurs Dalbis et Van Campenhout.

Les initiatives

Enfin, il y a les initiatives. La Faculté a décidé, avec l'approbation de la Commission des Etudes de l'Université, d'inaugurer deux nouvelles chaires: une chaire d'urologie et une chaire de neurologie.

Le 22 juin dernier, le Conseil nommait titulaire à la chaire d'urologie le professeur agrégé Oscar Mercier, fils d'un ancien membre de la Faculté, spécialiste distingué de l'Hôtel-Dieu.

Cette nomination, ainsi que toutes celles énumérées précédemment, ont reçu l'approbation de Son Excellence Monseigneur Gauthier, chancelier de l'Université, ainsi que les règlements l'exigent.

Le professeur agrégé Emile Legrand a été chargé du cours de Neurologie.

A ce propos, je me permets de rappeler la mémoire du Dr Albert Prévost, que l'ancienne Faculté avait autrefois nommé professeur de neurologie, poste qu'il occupa jusqu'à sa mort prématurée, provoquée par un regrettable accident d'automobile. La chaire de neurologie n'est donc pas une initiative tout à fait nouvelle.

Les nouveaux assistants

Ce repport des mouvements du personnel enseignant serait incomplet si je ne mentionnais pas les nominations suivantes d'assistants:

1° *Nominations* du 31 mars 1938.

Assistants à la clinique médicale de l'hôpital Notre-Dame: MM. les Drs Gaétan Barry, Jules Prévost, Charles-Emile Grignon.

Assistant à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu: M. le Dr Adrien Brunet.

2° *Nominations* du 22 juin 1938.

Assistant à la clinique médicale de l'hôpital Notre-Dame: M. le docteur Georges Hébert.

Assistant au cours de médecine légale et toxicologie: M. le Dr Jean-Marie Roussel.

*
* *

Vous le voyez, malgré les départs, et grâce aux arrivées, la vie continue. Notre bilan se solde par un surplus.

Nous sommes une Faculté pauvre en finances, mais riche en personnel.

Nous voulons fournir aux élèves de la Faculté toutes les possibilités d'apprendre et de bien apprendre leur profession.

Voilà pourquoi la Faculté s'agite et se donne du mouvement malgré sa pauvreté.

CONGRÈS D'OTTAWA-HULL [1]

Allocution du professeur agrégé R. Turpin au banquet de clôture

Maintenant que les derniers échos du Congrès sont éteints et que cette imposante manifestation scientifique s'achève, je suis heureux de l'occasion qui s'offre à moi de vous exprimer, au nom de mes Collègues Français, notre gratitude et notre admiration.

Je faillirais à ma mission si je ne m'inclinais tout d'abord, respectueusement, devant les hautes personnalités qui voulurent bien vous accorder leur patronage. Elles vous ont montré, par leurs discours, lors de la séance inaugurale, tout le prix qu'elles attachaient à vos travaux. Ainsi que le rapportait fort opportunément Monsieur le Sénateur Lacasse dans sa communication, la santé des peuples doit compter parmi les préoccupations dominantes des pouvoirs publics soucieux de leurs hautes responsabilités.

Monsieur le Président, vous devez éprouver ce soir, une grande joie devant la réussite de ce Congrès dont le sort vous était confié, et s'il vous a fallu parfois, me disiez-vous, prendre des mesures dictatoriales, les difficultés n'ont pas dû résister longtemps à votre aimable autorité qui agissait dans l'intérêt général. Nous n'ignorons pas, Monsieur le Directeur Général, l'aide que votre expérience d'ancien président a pu fournir aux organisateurs de cette réunion, qui a bénéficié aussi de votre contribution scientifique.

A vous, Messieurs les Secrétaire et Trésorier, incombait la tâche, combien lourde, de l'exécution. Soyez persuadés que tous les Congressistes emporteront le souvenir d'une organisation parfaite qui a rendu possible l'achèvement, sans le moindre heurt, d'un lourd programme.

Enfin ne ferais-je point preuve d'une noire ingratitude si je ne rendais hommage, Mesdames, au charme de votre présence qui a donné, à nos réunions un peu sévères, l'éclat de votre élégance et l'agrément de votre gaîté.

L'un de nos quotidiens faisait paraître il y a peu de temps, l'opinion de diverses personnalités sur les avantages et les inconvénients des Congrès.

Le prince de Broglie, l'illustre physicien, mettait en garde l'opinion contre des réunions trop fréquentes qui portent atteinte à la méditation scientifique. Il n'est pas douteux que chacun doit défendre jalousement son temps, condition primordiale de toute œuvre.

Mais cette réserve faite sur la volonté de protéger sa vie intérieure, il faut reconnaître que le Congrès peut exercer sur les milieux scientifiques une influence très salutaire.

C'est un moyen d'émulation qui stimule le chercheur; c'est un centre émetteur d'idées et les vibrations des voix qu'il fait entendre se propagent au-delà des frontières; c'est une école de modestie.

Souvent l'intellectuel, replié sur lui-même et méconnaissant l'œuvre d'autrui, tend à donner à ses travaux une importance démesurée.

1. Délégué officiel du Ministère de l'Education Nationale de France.

Parfois même, sa pensée saisie de l'esprit de parti, devance les impressions qu'elle devrait recevoir, et, suivant l'expression de Madame de Staël: « l'œil donne la forme au lieu de recevoir l'image. »

Enfin et surtout, les Congrès permettent aux hommes de bonne volonté de se réunir et de s'unir dans un effort commun vers le progrès.

La science ne connaît pas, ou mieux ne devrait pas connaître de frontières; c'est un thème banal de dissertation, mais qui n'a pas perdu son actualité.

A l'heure où la domination Napoléonienne s'étendait sur l'Europe, l'histoire rapporte que l'Impératrice, quand elle voulait obtenir de son Auguste époux l'élargissement d'un prisonnier Anglais, avait coutume de dire: « Sire, c'est Jenner qui le demande. » « Ah! c'est Jenner répondait l'Empereur, je ne puis rien refuser à Jenner. »

Enfin, la réunion dont vous venez de nous donner l'éclatant spectacle possède encore à nos yeux un prestige plus élevé. A l'appel de votre voix, des points les plus reculés de cet immense continent, des villes et des campagnes canadiennes, du Maine, de la Louisiane, de Cuba même, sont accourus plus de 500 congressistes. Quelle émotion éprouverait ce soir le Professeur Brochu, fondateur de votre Association!

Vous imaginez les sentiments que cet élan spontané d'une élite peut faire naître dans le cœur des Français qui s'honorent ce soir de votre accueil, et si « la bienséance, comme dit Descartes, empêche qu'on ne les publie, elle n'empêche pas pour cela qu'on ne les ressente ».

Vous n'avez jamais oublié que vos qualités héréditaires, patrimoniales, exigent pour s'épanouir, les disciplines particulières au génie de votre race, et au milieu de difficultés quasi insurmontables, privés au début des livres indispensables, vous avez édifié des Ecoles, puis des Facultés, des Universités enfin, de plus en plus étendues.

Quel réconfort nous fournit votre exemple!

Aujourd'hui, messager de la France au Canada, je deviendrai demain messager du Canada en France.

A ceux de mes Maîtres ou de mes Collègues qui vous connaissent, je dirai le succès, dans tous les domaines, du XVe Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

A ceux qui ne vous ont pas encore rendu visite et qui montrent parfois trop d'attachement aux doux loisirs des vacances, je dirai que le temps n'est plus où Madame de la Pelleterie, répondant à l'appel du Père Lejeune, mettait trois mois pour aller de Dieppe au Canada.

Mais, ma plus grande joie sera de confier mes impressions aux jeunes, stagiaires et externes, qui m'attendent dans mon service. Ils sont de Normandie, de Bretagne, de Charente, et leurs yeux brilleront d'une flamme d'orgueil, lorsqu'après avoir évoqué votre prestigieux passé, je leur dirai les progrès de votre expansion, vos possibilités, et leur parlerai de votre avenir.

Si vos regards se tournent souvent vers le pays de vos ancêtres, les nôtres, croyez-le bien, ne se détachent pas non plus de ces terres que nous nommions autrefois la Nouvelle-France, car, pour le plus grand bien de l'humanité vous montrez au Monde ce que peut faire une race indestructible au service du spiritualisme chrétien.

ACTUALITÉS

TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL POUR L'ÉTUDE DU GOITRE

Le troisième Congrès International pour l'étude du goitre, organisme qui se réunit tous les sept ans environ, tenait ses assises, cette année, à Washington D.C., les 12, 13, 14 septembre dernier, sous les auspices de l'« American Association for the Study of Goiter », sous la présidence distinguée du Docteur Frank Lahey.

Les Etats-Unis, le Canada, Cuba, le Mexique, l'Argentine, la France, la Suisse, l'Italie, l'Allemagne, la Pologne, la Roumanie, la Hongrie avaient, à cette occasion, un ou quelques représentants.

354 médecins se sont inscrits à ce congrès.

Il faut admettre qu'un programme surchargé est exécuté avec ordre, méthode et ponctualité chez nos confrères américains.

J'ai constaté, cette année, ceci dû probablement au fait qu'il s'agissait d'un congrès international, que la majeure partie des travaux présentés revêtaient un caractère général. De la pratique courante du goitre il en fut peu guestion.

Si nous parcourons le programme, nous constatons que le premier jour est consacré à l'étude du goitre endémique et à son étiologie, le deuxième, à l'endocrinologie et le troisième, à l'hyperthyroïdie.

L'étiologie et l'endémie du goitre ont fait le sujet de nombreuses et intéressantes discussions. Il faut lire à ce sujet les travaux de Eggenberger et de Wegelin (Suisse), de Gordon (Brooklin).

L'étude de l'endocrinologie et du métabolisme nous a fourni l'occasion d'assister à des leçons magistrales de confrères d'une haute compétence.

Le docteur Edouard Uhlunhuth, de Baltimore, a isolé, le premier, la thyréo-stimuline, qu'il appelle « thyreoactivator ». Il a étudié la fonction de 600 thyroïdes bovines. La substance colloïde diminue de quantité, quand la glande est en activité et augmente à l'état de repos. Le produit qu'il a isolé crée une activité anormale de la fonction thyroïdienne, suivie d'une diminution de la colloïde.

Il faut lire les travaux de Uhlenhuth. Il a le mérite d'avoir isolé l'une des stimulines du lobe antérieur de l'hypophyse, la thyréo-stimuline, la gonado et la somato-stimulines ne l'étant pas encore.

Le docteur Thompson, de Chicago, a démontré l'influence de la glande pituitaire sur la viciation de la physiologie de la glande thyroïde.

Collip, de Montréal, avec une documentation considérable, a étudié, chez de nombreux et divers animaux, les modifications du métabolisme chez des animaux hypophysectomisés. Inutile d'insister sur l'intérêt que présente ce travail.

Georges Washington Crile, de Cleveland, est toujours le conférencier recherché. Sa facilité d'expression, son verbe, son érudition font de lui un médecin des plus éminents. Il nous parle avec force détails, mais toujours avec une grande clarté, de l'action nocive des capsules surrénales en hyperactivité sur la fonction thyroïdienne.

Wegelin, de Suisse, et Frazier, de Philadelphie, ont démontré qu'il y a déficience de certaines vitamines chez les hyperthyroïdiens, constatations faites in vitro.

J. de J. Pemberton, de la Clinique Mayo, a présenté une statistique impressionnante des tumeurs malignes de la glande thyroïde. Dans 6% des cas seulement le diagnostic de cancer est porté avant l'acte chirurgical. L'épithélioma et le sarcome sont spécialement cause du haut pourcentage de mortalité. Le traitement

radiologique et chirurgical combinés donnent de meilleurs résultats qu'une thérapeutique isolée.

Si, dans l'intimité, Henri Welti, de Paris, que nous avons eu le grand avantage de connaître à Montréal, a une personnalité captivante, il n'en a pas moins du haut du prétoire. Sa grande compétence, son érudition française et son débit, au cours de ses conférences, nous font oublier son accent anglais; parce que Welti parle anglais aux Etats-Unis. Ses gesticulations, toutes françaises d'ailleurs, diffèrent très agréablement de la monotonie du verbe anglais et américain. Ses conférences sur le cancer de la glande thyroïde et sur la chirurgie de la maladie de Basedow chez l'enfant et l'adolescent doivent être lues. Son exposé est caractérisé par une grande clarté et se termine toujours par un point de vue pratique.

Les travaux de Haines, de la clinique Mayo, de Means (Boston), de Curtis (Columbus, Ohio), sont d'un très grand intérêt non seulement scientifique mais aussi pratique. Ils ont traité avec maîtrise de l'hyperthyroïdie, de l'iodothérapie, Curtis spécialement, de la fonction iodée de la glande thyroïde.

Le docteur André Crotti (Columbus, Ohio), est toujours intéressant à écouter. Il nous a parlé avec de nombreuses observations à l'appui, de l'action de l'hormone thyréotrope chez l'hypothyroïdien. Si ce qu'il a constaté, au cours de ses observations, est plutôt décevant pour le praticien, il a mis en évidence le fait que les recherches d'une thérapeutique efficace chez l'hypothyroïdien doivent s'orienter différemment que dans le passé. La parole est aux chercheurs.

Le temps et l'espace ne me permettent pas de parler plus longuement des travaux très multiples présentés.

Qu'on me permette de tirer quelques conclusions d'ordre général.

L'observation en série de cas de pathologie de la glande thyroïde, depuis plusieurs années, nous a permis de mieux connaître sa physiologie, sa physio-pathologie, ses fonctions diverses, puis, d'instituer une thérapeutique plus adéquate contre ses anomalies fonctionnelles.

Les congrès spécialisés, celui de Washington en particulier, présentent le grand avantage, sinon d'élucider de façon parfaite et définitive, la pathologie de la glande thyroïde, du moins, d'élargir l'horizon de nos connaissances actuelles et de fournir un champs très vaste d'action aux travailleurs. Les fouilles de chaque médecin en particulier permettront un jour, il faut l'espérer, d'extérioriser de la demi-obscurité où elles se trouvent actuellement la physio-pathologie et la thérapeutique de la glande thyroïde.

Mais le seul moyen d'y arriver, à mon avis, c'est l'observation en série. Celle-ci ne sera efficace qu'avec le concours précieux de divers collaborateurs compétents, chacun dans sa sphère, et non jaloux.

Le fruit des études spéciales de ceux qui ont essayé d'approfondir certains chapitres de la médecine, la gynécologie, l'urologie, l'orthopédie, l'endocrinologie, etc., permet aujourd'hui à tout médecin ou chirurgien général d'instituer une thérapeutique plus adéquate dans chaque cas en particulier.

Je ne puis terminer ce court exposé du congrès de Washington sans mettre en évidence un nom avantageusement connu de nous et de nos confrères européens.

Ceux qui lisent certains confrères américains, qui assistent à leurs leçons magistrales ou qui les voient travailler avec acharnement se rendent compte, j'en suis sûr, qu'il y a au delà de la ligne 45ième des médecins de haute valeur, dont la culture intellectuelle, littéraire et médicale n'a rien à envier à celle de tout autre confrère.

Frank Lahey, pour n'en nommer qu'un, est de ceux-ci.

Le docteur Frank Lahey, de Boston, n'a d'égal à son humilité que sa grande culture générale et sa haute compétence médicale. Très facile d'abord, son entregent est des plus agréables. On ne pouvait mieux choisir pour présider avec honneur le congrès de Washington.

Conclusions pratiques. Nous, médecins canadiens-français, assistons en grand nombre à nos congrès médicaux français et à ceux de nos confrères anglais et américains. Nous constaterons tout d'abord que bon nombre de nos confrères d'ici, français et anglais, sont tout à fait à la page à tout point de vue et, ensuite, au delà des bornes de la province de Québec, qu'il en est ainsi de la profession médicale américaine.

Réal DORE.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE FRANCO-AMÉRICAINE

Impressions d'un médecin franco-américain

Le 5 octobre, de nombreux médecins et chirurgiens franco-américains, de toutes les régions de la Nouvelle-Angleterre, se dirigèrent vers l'hôtel Bancroft de Worcester, Mass. Le troisième congrès annuel de l'Association Médicale Franco-Américaine y avait lieu. La journée était idéale. Les chemins un peu difficiles n'empêchèrent pas de bons vieux médecins, tel le docteur Desrochers, d'Adams, que son fils, médecin également, accompagnait, d'accourir à ce rendez-vous. Il y en avait de partout. Des figures, connues aux congrès des deux dernières années, étaient souriantes à la rencontre de confrères éloignés, qu'on revoyait. Il faisait plaisir d'apercevoir des visages qui venaient, pour la première fois, assister à cette réunion instructive et agréable.

Malheureusement, encore trop de fils d'Esculape manquaient. Il est vrai que tous n'avaient peut-être pas été atteints par des invitations, mais tous devraient savoir qu'ils sont toujours les bienvenus à ces congrès.

A la lecture du programme, qui pouvait résister au désir d'en voir l'exécution? Pour ceux surtout qui ont fait leurs études à Montréal, des noms tels que ceux des docteurs Marion, Dubé, LeSage, Saucier, Mercier, etc., rappelaient un flot de souvenirs heureux. Ceux qui lisent nos journaux connaissaient d'avance le Dr Lapointe, d'Ottawa, et le Dr Nègre, de Paris. Nous avions tous hâte de les voir, de les entendre. Comme clou de la soirée, il devait y avoir M. Louis Francœur, directeur des services de la Commission Métropolitaine de Montréal. Sa réputation l'avait précédé et il ne devait pas nous désappointer. En plus, il y avait le docteur Raymond Savignac, de Worcester, Mass., pour nous parler de la fièvre des foins, de l'allergie, etc.

Il y avait donc de quoi satisfaire les goûts les plus difficiles.

Le programme du jour s'ouvrit à huit heures du matin. L'hôpital Saint-Vincent, rue Vernon, donna des cliniques médicales, chirurgicales et orthopédiques. Tout se fit en anglais. Ceci s'explique facilement, puisque ce n'est pas un hôpital français. Les autorités de Saint-Vincent ont droit à notre reconnaissance. Comme M. le Dr J.-E. Dubé le fit bien remarquer, durant la soirée, personne ne cita un seul nom français durant toutes ces cliniques. Il nous conseilla fortement et sagement de mettre des noms français, des vedettes françaises, des auteurs français dans chacune de nos conférences, même et surtout parmi les étrangers. Il faut montrer aux adeptes de la médecine allemande, ou américaine, ou anglaise, qu'il existe une école française qui aide et pourrait aider davantage l'humanité souffrante.

Un déjeuner à l'hôtel suivit ces cliniques. Excellente opportunité pour renouveler des connaissances d'un ou deux ans. Le Dr Laframboise, d'Ottawa, nous honora encore de sa présence, cette année. Une forte délégation du Canada était présente. Des confrères de centres très éloignés firent leur apparition.

On peut acquérir de la science un peu partout, mais où peut-on faire tant d'amitiés?

L'ELIXIR DUCRO

ANTIANOREXIQUE • EUPEPTIQUE

- soutient et augmente les forces du malade, stimule l'énergie musculaire.
- produit chez les malades une sensation de défatigue, de réfection, de bien-être général, d'exaltation des forces physiques.
- réveille l'appétit, soutient l'organisme, même à défaut de nourriture.
- est d'un goût agréable et d'une tolérance parfaite.

ASTHÉNIE • ANOREXIE • CONVALESCENCE • GRIPPE • FAIBLESSE
LANGUEUR PHYSIOLOGIQUE • ASTHÉNIE POST-GRIPPALE

DURIEZ, successeur de DUCRO & Cie — Paris, 20, Place des Vosges

Dépôt Général pour le Canada: **ROUGIER FRÈRES — Montréal, P. Q.**

EFFICACE . . .

contre les affections de la gorge, les ulcérations de la bouche, les angines, les amygdalites, les stomatites, les gingivites, les affections causées par le tabac, les maux de gorge, sensibilité et inflammation des cordes vocales.



Dépot général pour le Canada:
ROUGIER FRÈRES, Montréal.

Quel repos, quel bonheur! Nous qui sommes absorbés, jour et nuit, par les « bobos » de nos semblables, savons-nous que, dans ces assemblées fraternelles, nous reprenons courage, nous nous divertissons, nous redevenons enfants et heureux pour quelques heures? Revoir un docteur Dubé, un docteur LeSage, un docteur Marion, celui-ci, celui-là, mais c'est rencontrer de nouveau un vieil ami, un professeur. Ces chers anciens professeurs, réalisent-ils toute la joie qu'ils nous apportent par leur présence, tout le bien qu'ils continuent de nous faire? Notre sincère reconnaissance leur est acquise pour toujours. Que dire du docteur Normand, un des fondateurs de notre association, qui était présent à ce dernier congrès? Merci d'avoir eu cette magnifique idée. Comment assez louanger le Dr D.-J. Milot, président honoraire et co-fondateur? Il faudrait mentionner surtout le Dr Marion, qui a été d'un tel appui à notre jeune entreprise. Il faudrait en nommer une foule d'autres. Le temps et l'espace font défaut. Mais nous ne pouvons passer sous silence la présence du nouveau doyen de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, le docteur Albert LeSage. Toujours digne, droit, aimable, l'âge ne semble pas l'atteindre. Nous sommes certains que, sous sa direction, la Faculté de Médecine fera de nouveaux progrès.

Remplis de souvenirs, l'esprit agité par toutes sortes d'idées et d'espoirs favorables à l'avancement de tous les nôtres, nous entrâmes dans la salle du congrès. Impossible de faire même un résumé succinct de cette partie scientifique du programme. Il nous faudrait des pages et des pages.

M. le docteur Milot, président, souhaita la bienvenue aux délégués et aux invités, et le programme se continua comme suit: « Fièvre des foins » (allergie), docteur Raymond-J. Savignac, Worcester. « Epilepsie », docteur Jean Saucier, Montréal. « Le traitement chirurgical des rétrécissements traumatiques de l'urètre » (film donné en primeur), docteur Oscar Mercier, Montréal. « La vaccination anti-tuberculeuse », docteur Léopold Nègre, de l'Institut Pasteur, Paris.

Tous furent chaleureusement applaudis. M. le docteur Milot présenta la liste des nouveaux dignitaires élus: le docteur Eugène Larochelle, de Manchester, N. H., président; le docteur J.-C. Tassé, de Worcester, 1er vice-président; le Dr J.-R. Larochelle, de Biddeford, Maine, 2e vice-président; le Dr E.-W. Beauchamp, de Chicopee, trésorier; le docteur H.-E. Gauthier, de Woonsocket, R. I., secrétaire permanent; le Dr Ulysse Forget, secrétaire adjoint.

Le nouveau président remercia l'assemblée. Les épouses des médecins en visite étaient assez nombreuses. Le soir, après le banquet, elles purent entendre les discours.

Le docteur LeSage parla le premier. En peu de mots, il nous rappela le rôle du médecin. Il nous dit ce que la Faculté, dont il est le doyen, fait pour aider la profession médicale.

Le docteur J.-E. Dubé, bien qu'il nous avertît qu'il ne voulait pas être sérieux, nous donna tout de même des conseils qui, s'ils étaient suivis, rendraient service à toute la profession.

Lui et son inséparable compagnon, le docteur LeSage, sont deux orateurs agréables à entendre. Il faudrait rapporter en entier les discours du docteur J.-H. Lapointe, d'Ottawa, et de M. Louis Francœur, de Montréal. Le premier, président du récent congrès d'Ottawa, en a fait un succès. Puissions-nous profiter de ses sages avis!

M. Francœur débuta sur un ton badin, mais, en peu de temps, nous réalisâmes qu'il avait un travail soigné, fouillé, apte à porter à de nombreuses réflexions. M. le docteur Dubé avait insisté sur le fait de ne pas mettre de côté les traditions. M. Francœur ne le contredit pas, mais il eut des paroles qui méritent d'être méditées profondément.

« Vivre du passé, dit-il, est certes louable, dans la mesure où l'on met à profit les enseignements de ce passé, mais, sous peine de dépérir, il faut se dire que c'est aujourd'hui qui compte et que c'est demain qu'il faut préparer. Qu'une partie de notre élite soit versée dans les lettres classiques, rien de mieux, mais qu'on



Sirop à base d'Ephédrine et de Drosera

ÉFRYL

Contre la toux

ET AUTRES AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

- **ANTISPASMODIQUE**
- **ANTISEPTIQUE**
- **SÉDATIF**

GRIPPE...

CORYPHÉDRINE

La médication salicylée

- **Réduit l'hypersécrétion des muqueuses**
- **Calme la céphalée frontale.**
- **Diminue la dyspnée**

Présenté en Tubes de 20 et Flacons de 100 comprimés.

Laboratoires **POULENC FRÈRES** du Canada, Ltée

204, Place Youville - Montréal

fasse très large la place à cette autre partie de l'élite que les sciences, les affaires, la finance ou le commerce attirent. »

Le troisième congrès était fini. Les invités reprirent le chemin du retour, non sans admirer le magnifique travail pratique apporté par les médecins franco-américains du sanatorium d'Etat, à Rutland, Mass., en particulier, le docteur Paul Dufault, auteur de l'excellent ouvrage « Sanatorium », qui fut si bien louangé par le docteur J.-E. Dubé. Ce dernier encouragea le Dr Dufault à écrire d'autres ouvrages semblables. Plus nos médecins se font valoir, plus leur gloire rejaillit sur nous tous. Le docteur Dufault et le docteur Armand Laroche avaient exposé, sur un cadre approprié, une longue série de films de poumons tuberculeux. Le médecin, grâce à ces radiographies, pouvait suivre la marche de la tuberculose dans ses différentes poussées évolutives, etc., etc.

Une dernière poignée de main, de nombreux « au revoir », de sincères remerciements au docteur H.-E. Gauthier pour avoir si bien rempli ses fonctions de secrétaire permanent, et nous nous dîmes: « à l'an prochain ».

Antoine DUMOUCHEL.
de North-Adams,
Mass., E. U. A.

Deux nouveaux produits Ayerst

No 937 TRICÉPIOL

No 938 TRICÉPIOL COMPOSÉ

Préparations de trisilicate de magnésium hydraté standardisées selon la méthode de Mutch.



Le Tricépiol et le Tricépiol Composé sont efficaces dans le traitement des ulcères peptiques, de l'hyperacidité gastrique et de la dyspepsie fonctionnelle. Ils possèdent un pouvoir adsorbant et antiacide considérable et sont d'une innocuité parfaite.

- **ACIDITÉ GASTRIQUE**
  Effet immédiat
  Effet prolongé
  Effet localisé
- **ACTION ISOLANTE SUR L'ULCÈRE**
  Très grande
- **SPASME GASTRO-INTESTINAL**
  Soulagement
- **FONCTION GASTRO-INTESTINALE**
  Aucun dérangement
- **ALCALOSE TOXIQUE**
  Absence complète
- **RÉSULTATS CLINIQUES**
  Excellents

No 937 TRICÉPIOL — chaque cuillerée à thé moyenne contient 35 grains de trisilicate de magnésium hydraté, dans un véhicule composé de pectine, de glucose médicinal et de sucrose.

No 938 TRICÉPIOL COMPOSÉ — chaque cuillerée à thé moyenne contient: Trisilicate de magnésium hydraté, 35 grains; sulfate d'atropine, 1/500 grain; phénobarbital, 1/8 grain, dans un véhicule composé de pectine, de glucose médicinal et de sucrose.

Bouteilles de 5½ onces.

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTRÉAL • CANADA

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 « Quartely 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

M. A. GERMAIN. — **Du diagnostic de la méningite tuberculeuse.** "Le Bulletin Médical", **52,** 657 (10 septembre) 1938.

Insistant sur le fait que le diagnostic, le plus souvent, peut difficilement être atteint par le moyen de la clinique seule, surtout si on désire identifier précocement la nature de l'affection, G. s'en remet exclusivement à l'étude du liquide céphalo-rachidien. On sait que, dans la pratique, la plupart des cas de méningite tuberculeuse peuvent être diagnostiqués grâce à l'investigation portant sur le liquide contenu dans les espaces sous-arachnoïdiens.

1° Il va sans dire que la découverte du bacille de Koch dans le liquide est la preuve irrécusable de la nature tuberculeuse de la méningite. Mais, d'autre part, on n'ignore pas que trop souvent on n'arrive pas, même après plusieurs examens microscopiques, à plus forte raison à la suite d'un seul, même s'il est minutieux et prolongé, à trouver le bacille. Et alors, on doit recourir à d'autres critères biologiques.

2° L'inoculation au cobaye ne présente pas d'intérêt pratique, puisque le résultat du procédé ne sera fourni que quelques semaines plus tard; parfois après la mort du malade.

3° L'ensemencement sur milieu de Loewenstein ayant une valeur moins certaine et moins régulière, ne permet pas non plus d'être renseigné précocement.

4° L'hypertension du liquide céphalo-rachidien et l'aspect du liquide, l'hypercytose, à grande prédominance lymphocytaire, l'hyperalbuminose, sont loin d'amener des preuves incontestables. Ces éléments du diagnostic se trouvent dans d'autres méningites; ils affirment l'inflammation méningée et la nature lymphocytaire sub-aiguë de cette inflammation.

5° La baisse des chlorures qui, pour Mestrezat, au-dessus de 6 gr. 30 serait pathognomonique d'une méningite tuberculeuse, ne possède pas une grande valeur diagnostique. On a vu des méningites tuberculeuses typiques, identifiées sûrement, présenter un taux des chlorures de 6 gr. 50 à 7 grammes, comme dans les autres méningites.

6° Il en est de même de la chute du glucose, dont le taux dans le liquide est d'ailleurs très variable.

7° Les réactions de floculation (Pandy, Weichbrodt, benjoin colloïdal) n'ont rien de caractéristiques.

8° La réaction de Vernes — résorcine à floculation très élevée — dans la méningite tuberculeuse, d'après cet auteur (1927), opinion confirmée par d'autres auteurs, serait, d'après G., très inconstante dans ses résultats.

9° La recherche de la tuberculine dans le liquide, soit par auto-intra-dermo-réaction, soit par des intra-dermo-réactions au cobaye, n'a pas été concluante. L'auteur, cependant, conseille de poursuivre des recherches en ce sens en modifiant la technique d'identification de la tuberculine.

10° Enfin, et sur la foi des travaux effectués avec R. Babin, G. conseille la recherche de l'hypercholestérorachie, qui pourrait fournir un critère de présomption important. Au lieu de 1 milligramme 14 pour 1000 qui est le taux normal, la cholestérine du liquide serait augmentée dans la tuberculose méningée jusqu'à des taux variant de 0 gr. 03 à 0 gr. 15 pour 1000. Cette hypercholestérorachie témoignerait d'une importante désintégration du parenchyme cérébral. Elle serait précoce dans la méningite tuberculeuse. Elle n'est pas pathognomonique, puisqu'elle se rencontre dans tous les processus de désintégration parenchymateuse, mais rare dans les méningites et, pour l'auteur, constante dans la méningite par le bacille de Koch.

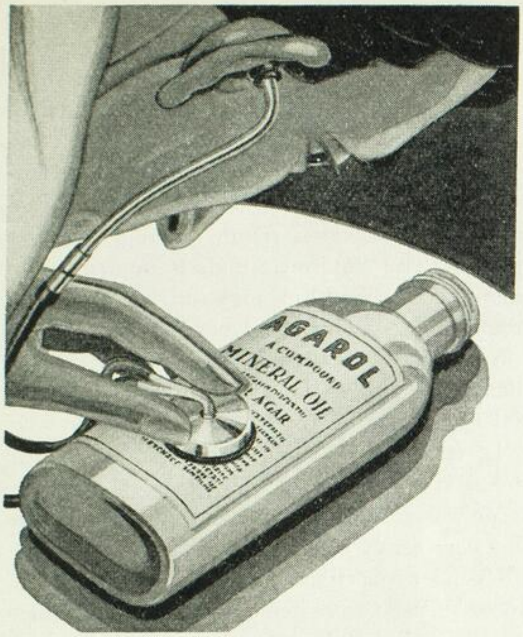
L'auteur utilise la réaction colorée de Liebermann avec la technique de Grigaut adaptée aux faibles teneurs du liquide en cholestérol. Cette technique permet de doser jusqu'au taux de 0 gr. 01 pour 1000, qui est encore un seuil supérieur à la quantité normale de cholestérol dans le liquide céphalo-rachidien. L'auteur donne les détails techniques de cette méthode colorimétrique modifiée.

Roma AMYOT.

PHTISIOLOGIE

L. GOLDKORN. — **La Benzothérapie dans les suppurations et gangrènes pulmonaires.** "La Presse Médicale"; page 131; (janvier), 1937.

Dès 1935, l'auteur relatait les bons résultats obtenus par cette méthode. Elle a servi à traiter 22 cas



AGAROL A SUBI UN EXAMEN PHYSIQUE . . . . .

Le rayon X dit: "Recherchez la densité uniforme comme preuve de pureté" — et l'Agarol est une émulsion parfaitement uniforme dont chaque dose agit de la même façon.

Le microscope dit: "Recherchez les petits globules d'huile uniformes" qui sont un signe de l'émulsification parfaite de l'Agarol. Cela signifie stabilité, absence de goût huileux, miscibilité facile avec l'eau, le lait, les jus de fruits ou tout autre liquide.

Le pharmacien dit: "Si elle coule librement, c'est signe que c'est une bonne émulsion." Et, en effet, l'Agarol est une bonne émulsion d'huile minérale qui a entièrement prouvé combien elle est précieuse pour le soulagement de la constipation aiguë et le traitement de la constipation habituelle.

Demandez-nous-en la preuve. Vous recevrez, sur demande faite sur papier à en-tête, une notice descriptive et un échantillon d'essai d'Agarol.

Agarol est vendu en flacons de 6, 10 et 16 onces.
La dose pour un adulte moyen est de une cuillerée à soupe.

WILLIAM R. WARNER & COMPANY, LTD.
727 KING STREET, WEST TORONTO, ONTARIO

AGAROL POUR LA CONSTIPATION

d'abcès pulmonaires, 6 cas de gangrène, 4 cas de broncho-pneumonie suppurante et 17 cas de dilatation des bronches. L'auteur a continué à suivre ces malades et les heureux résultats se sont maintenus. Ordinairement, 2 grammes de benzoate de soude par jour, soit 10 c.c. d'une solution à 20 pour cent, se montrent effectifs. On peut aller jusqu'à 3 à 4 grammes par jour sans inconvénients. Cependant, l'oblitération des veines à ces fortes doses est à craindre pour la poursuite du traitement. La benzothérapie est certes une méthode de choix dans toutes suppurations et gangrènes du parenchyme pulmonaire.

Paul-René ARCHAMBAULT.

PEDIATRIE

B. TASSOVATZ, (Belgrade). — **La bronchite capillaire et son traitement par la saignée et la transfusion de sang.** "Le Nourrisson", nº 5, septembre 1938.

L'auteur rapporte un nouvel essai de traitement dans la bronchite capillaire, à savoir: la saignée-transfusion.

Il s'agit d'un enfant âgé de deux ans, arrivé au début d'une asphyxie de bronchite capillaire. Après deux heures de traitements habituels, ventouses, stimulants, médications anti-infectieuses, vaccins, etc., on se décide à faire une saignée de 170 grammes environ, puis deux heures après, une transfusion de 120 grammes. D'heure en heure les symptômes graves s'amendent, et deux jours après le danger est conjuré.

La technique de l'intervention n'est pas toujours des plus simples. Chez le nourrisson, la saignée et l'injection de sang doivent être faites au sinus longitudinal. La quantité de sang injectée sera égale à la quantité retirée ou de préférence plus forte.

A 12 mois, les veines du pli du coude préalablement disséquées, la saignée et l'injection sont faisables. Si l'on désire obtenir un traitement probant, il faut le faire dans le début de la phase d'asphyxie.

En résumé, la bronchite capillaire à la phase d'asphyxie est une maladie incurable par son traitement habituel. Elle peut être guérie par la transfusion de sang précédée d'une saignée abondante, ceci étant pratiqué au début de la phase d'asphyxie, c'est-à-dire avant l'extension du processus broncho-pneumonique.

Gaspard MORIN.

A. B. MARVAN. — **Les injections sous-cutanées de lait de vache comme épreuves révélatrices de l'anaphylaxie pour ce lait. Le Nourrison,** no 5., septembre 1938.

L'anaphylaxie pour le lait est un état assez rare, et on lui attribue à tort des accidents de nature dyspeptique, toxique ou infectieuse. L'injection sous-cutanée de lait est l'épreuve de cette démonstration. Les recherches sur les précipitines et l'hémoclasine sont insuffisantes; la cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction sont trompeuses. Le nourrisson sensibilisé ne réagit pas à l'injection d'une certaine quantité de lait bouilli (2 cc. environ); mais le nourrisson en état d'anaphylaxie réagit et présente les signes de fièvre, abattement, pâleur, tendance syncopale.

Voici le procédé de l'auteur: on injecte 5 gouttes de lait dans un demi-centimètre cube de sérum artificiel. Si l'on n'a pas de réaction, on injecte le jour suivant, le triple de la première dose, c'est-à-dire 15 gouttes.

Si pas de réaction, le sujet ne réagira pas à des doses plus élevées, et conclusion: les accidents constatés ne dépendent pas d'une anaphylaxie pour le lait.

Ce procédé n'est pas seulement utile pour le diagnostic, mais aussi c'est le plus sûr moyen de désensibiliser un sujet. Il faut toutefois renouveler les injections à deux ou trois jours d'intervalle; en augmentant les doses, on arrive ainsi à ne plus provoquer de réaction, et après trois ou quatre injections, le patient peut ingérer sans trouble des doses considérables de lait.

Gaspard MORIN.

CHIRURGIE

Raymond GREGOIRE. — **La phlébite bleue.** "La Presse Médicale", no 71, 1313, (3 septembre) 1938.

La phlébite bleue est une affection rare. Elle apparaît le plus souvent aux membres inférieurs et se rencontre chez l'homme aussi bien que chez la femme.

Son début est habituellement subit. La douleur est brutale et intense, mais imprécise quant à son siège. Elle est plutôt diffuse, intéressant le membre d'un bout à l'autre. Sa durée est variable, trois ou quatre heures environ, et disparaît avec les premiers signes du rétablissement circulatoire.

La cyanose est caractéristique de l'affection. Elle varie du rose foncé au violet franc. Cette coloration est uniforme et va de l'arcade crurale jusqu'aux orteils.

La disparition des battements artériels est notée et coïncide avec une chute importante de la pression artérielle.

Les téguments sont refroidis et le membre devient impotent.

L'œdème est ici inconstant et n'apparaît que plusieurs heures ou plusieurs jours après le début des accidents.

La température oscille entre 38° et 39°; le pouls est rapide: 120, 130 pulsations à la minute.

TAMPAX

TAMPONS MENSTRUELS
Préférés parce qu'ils

1. Permettent l'absorption de l'écoulement menstruel au niveau du col utérin.
2. Éliminent tout danger d'irritation.
3. Diminuent les inconvénients des odeurs fétides produites par les substances en décomposition.
4. Diminuent le danger d'infection d'origine périnéale.
5. Enlèvent toute obsession.
6. Donnent une protection hygiénique sous une forme très commode et confortable.

La Méthode Moderne
D'HYGIÈNE MENSTRUELLE

CHAPITRE III

TAMPAX

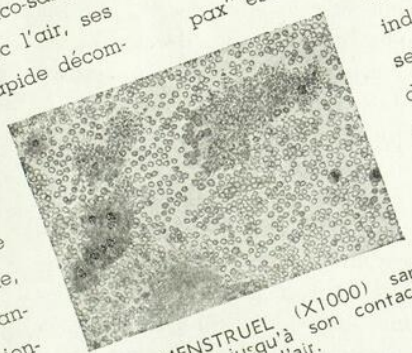
Diminue les inconvénients des odeurs fétides produites par les substances en décomposition...

Il est démontré que le flux menstruel provenant directement de la cavité utérine est non-toxique et sans odeur. Ce sang est pratiquement semblable au sang veineux, excepté qu'il ne contient pas de fibrinogène ni de ferment de la fibrine. Il contient un mélange de cellules épithéliales desquamées, des débris granuleux, du mucus cervical et les bactéries normales du tractus génital... comprenant certains germes saprophytes.

Si ce mélange inoffensif muco-sanguinolent vient en contact avec l'air, ses germes développent une rapide décomposition des éléments, avec le dégagement d'une odeur typique diversement caractérisée comme désagréable, pénétrante et offensante. La gêne occasionnée par l'absorption externe et la rétention de ces substances de décomposition fétides devient aussi sérieuse pour plusieurs femmes que l'irritation locale vulvaire.

"Tampax", par son pouvoir de capillarité, réalise l'absorption immédiate interne au niveau du col utérin et empêche le contact avec l'air extérieur. La disparition de l'odeur révélatrice prouve l'efficacité de cette méthode moderne vraiment hygiénique pour les femmes normales.

Le coton chirurgical, à fibre longue et douce, employé pour la fabrication de "Tampax" est cousu de façon qu'il ne peut se désagréger. L'appareil individuel facilite son insertion vaginale profonde, tandis qu'une ficelle à l'épreuve de l'humidité en facilite son retrait. On peut s'en débarrasser facilement.



FLUX MENSTRUEL (X1000) sans effet nocif jusqu'à son contact avec l'air.

Accepté pour publication par le "Journal of the American Medical Association".

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LIMITED
150, rue Duchess — Toronto, Ont.

Département MD 10

Avez-vous examiné "Tampax"? À titre gracieux échantillons envoyés aux médecins sur demande.

L'atteinte de l'état général est très marquée, beaucoup plus que dans la phlébite habituelle. L'évolution cependant est à peu près la même dans les deux formes quant à la durée et aux séquelles.

Il y a toutefois dans la phlébite bleue une complication très grave qui est le spasme artériel pouvant aller jusqu'à la gangrène du membre.

Par bonheur, la cyanose disparaît dans la plupart des cas, ou spontanément ou sous l'influence du traitement.

Le diagnostic différentiel entre les deux variétés n'est pas toujours facile. Seule l'épreuve de l'acécoline permet d'en établir la distinction, mais ce moyen n'est pas infaillible.

Sous l'action de l'acécoline, le spasme artériel peut cesser et la circulation du sang peut reprendre son cours.

Les méthodes antispasmodiques: (sympathectomie, anesthésie novocaïnique du sympathique lombaire, injections médicamenteuses) ont donné des succès, mais aussi des déboires.

Une observation personnelle à évolution tragique est longuement rapportée.

Edouard DESJARDINS.

C. C. TUCKER et C. A. HELLWIG. — **Les tumeurs ano-rectales.** "Journ. A. M. A.", **11:** 1270 (1 octobre) 1938

Les renseignements précieux obtenus par l'examen systématique des pièces enlevées chirurgicalement ont fait même étendre cette méthode à l'ablation des moindres fragments hémorroïdaires.

Cet examen histologique a été fait dans 951 cas d'affections ano-rectales, et les constations notées ont été d'un grand intérêt. En effet, les A. ont pu, grâce à cette méthode systématique, déceler parmi leurs 951 cas 1.9 pour cent de cancers non diagnostiqués cliniquement. Les lésions du début dans le cancer ano-rectal simulent à s'y tromper les affections bénignes.

La partie haute du canal anal est le site des cancers glandulaires, et les A. y ont rencontré 15 adénomes et 35 adéno-carcinomes. Dans la zone intermédiaire, ils ont décelé 4 tumeurs papillomateuses bénignes, un mélanome et 2 adéno-carcinomes. A la limite de la zone cutanée anale, ils ont relevé dans leur série, 4 carcinomes, 1 mélanome et 1 carcinome baso-cellulaire.

Des lipomes, des fibromes et des myomes ont été reconnus, ainsi qu'un hémangio-endothéliome, un myxome, un xanthome, un myo-sarcome, un sarcome spino-cellulaire et deux lympho-sarcomes.

Un grand nombre des tumeurs malignes étaient de petit volume, et il est bon à noter que 18 des 52 tumeurs malignes reconnues ne doivent leur diagnostic qu'à la coutume de cet examen histologique obligatoire même pour les lésions en apparence anodines. Le cancer s'est développé six fois aux dépens de lésions anales pré-existantes comme les fistules, les fissures et les hémorroïdes.

Rosser a rapporté d'ailleurs, en 1931, treize cas de cancer anal venant compliquer une affection bénigne. Les A. sont donc d'opinion que leurs six observations viennent apporter à la théorie de Rosser de nouveaux arguments.

Leur démonstration est complétée par quatre observations bien probantes.

Edouard DESJARDINS.

S. Milton RABSON et L. H. MEEKER. — **Cancer de la glande de Bartholin.** "Surgery, Gynecology and Obstetrics, **67**; 505 (octobre) 1938.

Le cancer de la glande de Bartholin est une rareté, et le diagnostic n'en est fait habituellement qu'au moment de l'opération.

Il est bien des fois difficile à déterminer si le cancer à l'étude ici est primitif ou secondaire. Quatre signes, d'après Honan, seraient suffisants pour porter le diagnostic précis de lésion primitive. Il les décrit comme suit: d'abord la présence de la tumeur à l'emplacement anatomique normal, c'est-à-dire au tiers inférieur de la grande lèvre, puis son implantation profonde dans celle-ci, sa communication avec le canal glandulaire et enfin la persistance dans la masse de tissu glandulaire intact.

Nous l'avons déjà dit, le cancer de la glande de Bartholin est relativement rare. A la clinique Mayo, sur 170 opérations sur la glande, 150 l'ont été pour des kystes, 17 pour des abcès et 2 seulement pour cancer.

Les A. ont fait le relevé des vingt dernières années au New York Post Graduate Hospital et ont trouvé que 178 cas, opérés à cet endroit pour troubles de la glande de Bartholin, n'ont fourni que deux seules observations de lésions néoplasiques. Celles-ci sont d'ailleurs rapportées ici en détail.

Sans compter ces deux derniers cas, la littérature médicale n'est enrichie, à date, que de 56 observations de cancer de la glande de Bartholin.

Cette affection peut survenir à tout âge, car on l'a rencontrée une fois chez une personne de 19 ans, quatre fois chez des patientes de 26 à 30 ans, 7 fois dans la quarantaine, seize fois dans la cinquantaine, douze fois chez des sexagénaires, cinq fois chez des septuagénaires et trois fois chez des nonagénaires.

Le symptôme capital est l'apparition d'une tumeur au tiers inférieur de l'une des grandes lèvres. La douleur n'est pas constante. La dyspareumie est fré-

POUR LES INSUFFISANCES HORMONALES SEXUELLES MASCULINES

ORÉTON

(PROPIONATE DE TESTOSTÉRONE)

HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE — Les malades éprouvent un soulagement marqué des symptômes qui accompagnent les troubles et la rétention urinaires, et une amélioration frappante de leur état émotif et mental.

HOMMES AU DÉCLIN DE L'ÂGE — L'**Oréton** s'est montré nettement tonifiant, produisant une sensation de mieux-être et donnant un renouveau de vigueur. Les symptômes vasomoteurs et mentaux, tels que la nervosité, les maux de tête, l'excitabilité, la lassitude et la mélancolie, disparaissent généralement. Les mêmes résultats furent observés chez des castrats souffrant des mêmes troubles.

IMPUISSANCE — L'impuissance chez les hommes assez âgés, de même que chez les individus plus jeunes, répond souvent très bien au traitement à l'**Oréton.**

INSUFFISANCE D'HORMONE SEXUELLE MASCULINE — L'**Oréton** a produit des résultats frappants, tant objectifs que subjectifs, même chez des individus ayant largement dépassé l'âge de la puberté. On a observé un grossissement des organes sexuels, l'augmentation du poil au pubis et aux aisselles, et une augmentation du nombre et de l'intensité des érections.

L'ORÉTON* est du propionate de testostérone cristallisé, en solution dans l'huile de sésame. Il est offert en ampoules de 1 cc. contenant 5, 10 ou 25 milligrammes par cc.

Posologie — Dans les cas ordinaires on donne généralement 10 milligrammes, tous les jours pour commencer, puis trois fois par semaine. Dans bien des cas d'impuissance et d'insuffisance d'hormone sexuelle, il faut employer des doses de 25 milligrammes. Comme tonique ou pour la cure d'entretien, il y a des ampoules de 5 milligrammes.

POUR PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS, PRIÈRE DE S'ADRESSER AU SERVICE DES RECHERCHES MÉDICALES.

SCHERING

Copyright 1938, Schering (Canada) Limited.
*Nom déposé au Canada.

SCHERING (CANADA) LIMITED

BOÎTE POSTALE 358, (PLACE D'ARMES) :: MONTRÉAL

quente. On a noté également certains malaises à la marche et à la station assise. Les ganglions inguinaux ont été parfois signalés. Les métastases vertébrales, pelviennes et thoraciques sont des complications possibles.

La thérapeutique est chirurgicale d'abord, puis complétée par les rayons X et le radium. Les récidives sont cependant fréquentes.

Edouard DESJARDINS.

Sylvan D. MAHEIM et Léonard J. DRUCKERMAN. — **Un traitement radical du prurit anal tenace.** "Surgery, Gynecology and Obstetrics, **67:** 500 (octobre) 1938.

Certains cas de prurit anal particulièrement rebelle résistent à toute la gamme de la thérapeutique. Les pommades, les lotions, les injections, la radiothérapie et la fulguration sont appliquées à tour de rôle et sans succès.

Le malade désespère de sa guérison et devient de plus en plus sombre. Du fait de la maladie, des lésions de grattage et de l'irritation médicamenteuse, la peau de la région péri-anale perd ses caractères propres et devient non reconnaissable.

C'est alors, après l'échec des thérapeutiques médicales, que s'impose le traitement radical chirurgical.

La technique employée est simple, n'exige pas une longue convalescence, n'est pas suivie de violentes douleurs post-opératoires et n'entraîne pas de rétrécissement ou d'incontinence des sphincters.

Le sphincter est d'abord dilaté avec délicatesse. Une incision circulaire est faite à deux ou trois pouces de la marge de l'anus, incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Le lambeau est ensuite disséqué jusqu'au sphincter externe.

Le lambeau est alors sectionné sur la ligne médiane antérieure et postérieure, afin de mieux permettre la section consécutive également circulaire de l'anneau muco-cutané. Quatre pinces sont mises sur la muqueuse anale pour l'empêcher de se rétracter et faciliter son union à la peau par des sutures à la soie. Une mèche vaselinée est introduite dans ce nouveau canal anal.

Les résultats post-opératoires ont été très encourageants: le prurit disparut immédiatement après l'opération, les douleurs ont été peu vives. L'hospitalisation a été réduite à onze jours. La guérison complète a pris de 6 à 10 semaines.

Cette méthode ne tend pas à devenir le traitement courant du prurit anal. Elle ne s'adresse qu'aux cas anciens, rebelles à tout traitement.

Edouard DESJARDINS.

UROLOGIE

Gorro. A. PUIGVERT, (Barcelone). — **La tuberculose vésicale primitive.** "Journal d'Urologie, **46:** 113 (août) 1938.

L'auteur expose, dans ce mémoire, les raisons qui plaident en faveur de la possibilté d'une infection vésicale primitive et unique, dans certains cas de tuberculose urinaire. Cependant, un tel diagnostic ne doit être accepté que sous grandes réserves, vu le caractère extraordinairement exceptionnel de cette affection, que de nombreux auteurs nient formellement.

L'A. rapporte ensuite l'observation détaillée d'un cas de tuberculose vésicale sans foyer rénal ni génital. Il s'agit d'une jeune femme chez laquelle on trouve des indices de lésions pulmonaires anciennes, et guéries. Il a traité cette malade par l'antigène méthylique antituberculeux de l'Institut Pasteur, des injections intraveineuses de chlorure de calcium et l'ingestion de bleu de méthylène. Par ce traitement, il a obtenu, dans l'espace de deux mois, la disparition des symptômes subjectifs; après seize mois, des ulcérations vésicales, qui étaient multiples au début, il ne reste plus que deux petites ulcérations banales, et la capacité de la vessie est normale.

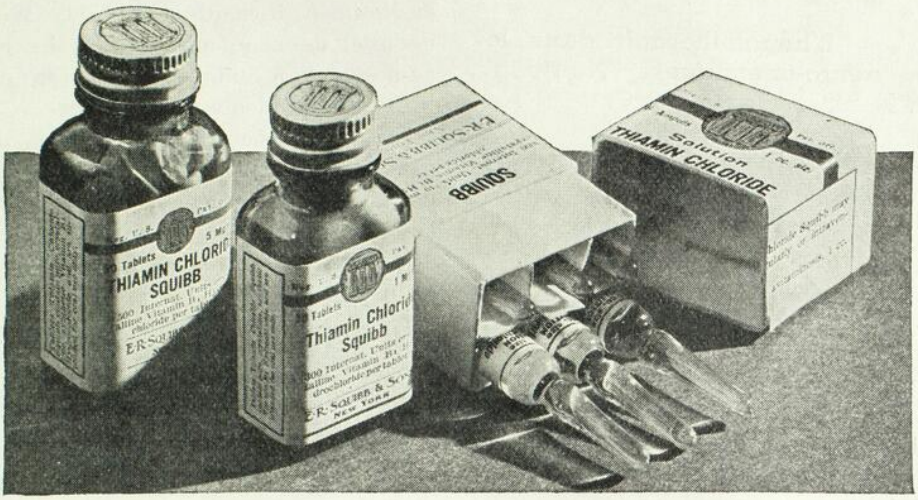
L'A., pour conclure, ajoute que le temps devrait confirmer, ici, le diagnostic de tuberculose urinaire primitivement et uniquement localisée à la vessie, et que ce cas sera « en même temps un enseignement de plus en faveur de la théorie hématogénétique dans l'infection tuberculeuse urinaire. »

Rosaire LAUZER.

G. MARION. — **Technique urologique. De la nécessité de pratiquer une exploration complète de la vessie avant toute prostatectomie.** "Journal d'Urologie", **46:** 1399 (août) 1938.

L'A. illustre, par des exemples de cas qui ont nécessité une réintervention pour certains troubles vésicaux après la prostatectomie, l'importance qu'il y a de pratiquer, chez les malades qui souffrent d'hypertrophie de la prostate, l'examen complet de la vessie, afin d'éclairer suffisamment le diagnostic. En effet, l'observation soignée de nombreux prostatiques lui a révélé l'existence, une fois sur dix, de lésions associées de la vessie, tels que calculs situés dans des diverticules. Ces diverticules sont, eux-mêmes, plus ou moins importants et, de ce fait, requièrent une thérapeutique complémentaire et appropriée, lors de l'ouverture de la vessie. La riche expérience de l'auteur lui a fait imposer, dans son service de Necker, une règle absolue, c'est « qu'avant toute pros-

CHLORHYDRATE DE THIAMINE SQUIBB



Indiqué dans l'insuffisance de Vitamine B^1 à tous les degrés, surtout dans les formes graves. Permet l'administration de doses adéquates sous un volume réduit. Stable et d'emploi commode. Comprimés titrés à 300 Unités Internationales (1 milligramme) et à 1500 Unités Internationales (5 milligrammes) : Flacons de 50. Solutions titrées à 3000 Unités Internationales (10 milligrammes de cristaux) par cc.: Boites de 6 ampoules de 1 cc. Fioles de 5 cc.

SIROP DE COMPLEXE VITAMINIQUE B SQUIBB

Pour les malades qui ont besoin des divers facteurs qui constituent la Vitamine B

Le Sirop de Complexe Vitaminique B Squibb doit sa valeur thérapeutique à sa richesse en Thiamine naturelle (B^1), en Riboflavine (B^2), en Vitamine B^6, en facteurs solubles de Jukes-Lepkovsky et en facteur antipellagreux (acide nicotinique). Les résultats de certaines expériences indiqueraient aussi la présence du facteur W et de la Vitamine B^4.

INDICATIONS: Anorexie. Dysfonction gastro-intestinale chronique. Constipation. Polynévrite et vomissements de la grossesse. Allaitement. Polynévrite de l'alcoolisme. Troubles cardio-vasculaires. Retard de croissance chez les nourrissons et chez les enfants en général. Alimentation des nourrissons. Pellagre.

POSOLOGIE: Nourrissons—une demi-cuillerée à thé par jour. Enfants — de une à deux cuillerées à thé par jour. Adultes — de deux à quatre cuillerées à thé par jour.

PRESENTATION: Flacons de 3 onces et de 6 onces. Pots de 12 onces.

Activité Vitaminique Etablie par de Nombreux Essais Physiologiques.

VITAMINE B1 — 50 Unités Internationales par cc. Thiamine naturelle.
VITAMINE B2 — 10 gammas (0.010 milligramme) par cc. Le nom "Riboflavine" est maintenant accepté pour désigner la vitamine B2 artificielle. Le Sirop de Complexe Vitaminique B contient de la riboflavine naturelle.
VITAMINE B6 — 100 gammas (0.100 milligramme) par cc. Cette vitamine peut maintenant être obtenue synthétiquement à l'état cristallisé; dans ce Sirop elle est présente à l'état naturel.
FACTEURS SOLUBLES — Indice Jukes-Lepkovsky de 27 par cc.
FACTEUR ANTIPELLAGREUX — Est présent en quantité considérable. Ce facteur est maintenant généralement désigné comme acide nicotinique.

Pour imprimés, écrire au Professional Service Department, 36 Caledonia Road, Toronto, Ont.

E. R. SQUIBB & SONS of CANADA, Ltd.

Fabricants de Produits Chimiques pour le Corps Médical depuis 1858.

tatectomie les malades soient et radiographiés et cystographiés ».

Rosaire LAUZER.

NEURO-PSYCHIATRIE

Jean OLMER. — **L'hépatothérapie dans les syndromes neuro-anémiques.** "Nutrition", **7**; 103 (no. 2) 1937.

Il est à peu près généralement admis que l'estomac produit une substance anti-anémique ou hématopoïétique qui a été appelée par Castle « facteur intrinsèque ». D'autre part, ce facteur ne devient efficient que si de la viande pénètre dans l'estomac, soit fournissant elle-même un « facteur extrinsèque » complémentaire comme le croit Castle, soit y paralysant l'action de la pepsine qui se fixe sur la viande et qui, libre, annihilerait l'activité du « facteur intrinsèque ». Dans cette dernière alternative, admise par Greenspon, le « facteur intrinsèque » produirait son effet par lui-même.

A tout événement, il est vraisemblable que le foie est un agent anti-anémique par l'office du facteur intrinsèque seul ou couplé au facteur extrinsèque qu'il contient en réserve dans l'intimité de ses éléments cellulaires.

Les manifestations neurologiques qui apparaissent au cours de la maladie de Biermer ne seraient pas secondaires à l'anémie; souvent elles évoluent pour leur propre compte indépendamment de l'anémie, et même parfois elles précèdent les signes neurologiques.

Il apparaît comme si l'anémie et le syndrome neurologique étaient la conséquence d'une toxi-infection connue ou inconnue, spécifique ou non, qui agit directement ou indirectement sur le sang et le système nerveux, créant une carence en principe anti-anémique. C'est la théorie classique.

Depuis la découverte de Whipple et la mise en œuvre du traitement de Minot et Murphy, on a remarqué une augmentation de fréquence du syndrome neuro-anémique. C'est que peut-être ce traitement, appliqué à dose suffisante pour combattre l'anémie et prolonger la vie des malades, n'est pas réalisé avec assez de vigueur pour éviter l'apparition des manifestations neurologiques.

Aussi, l'auteur mentionne de nombreux exemples d'observations rapportées par différents cliniciens démontrant que l'hépatothérapie a déterminé l'amélioration du syndrome neuro-anémique et même parfois la guérison.

Il rapporte, en parallèle, d'autres observations contenues dans la littérature médicale où l'hépatothérapie fut efficace contre l'anémie, et ne l'a pas été contre les signes neurologiques.

Tout cela est troublant, et on doit convenir que certains résultats favorables indéniables n'aident pas à la compréhension et à l'admission sans réserve de la théorie pathogénique classique du syndrome neuro-anémique.

Quoi qu'il en soit, ainsi que l'ont démontré Schaller et Newman, Richardson, P.-Emile Weil, Starr, il est essentiel de maintenir le taux des globules rouges au-dessus de 5 millions, si on désire prévenir l'apparition des accidents neurologiques.

En ce qui concerne la régression de ces derniers installés, l'opinion générale est que, pour l'obtenir, on doit instituer l'hépatothérapie précocement, longtemps, à fortes doses, et, de préférence, par injections d'extraits. (Nous ajouterions, pour notre part, d'extraits concentrés.)

La régression se montre surtout pour les troubles subjectifs, les lésions polynévritiques et les lésions médullaires récentes.

L'auteur pourrait ajouter que les troubles fonctionnels moteurs s'améliorent souvent bien avant les troubles subjectifs de la sensibilité. Mais l'amélioration se produira et se maintiendra à cette condition primordiale d'amener et de conserver à un taux normal le nombre des globules rouges; condition qui porterait à croire qu'au moins une partie importante des troubles neurologiques du syndrome neuro-anémique, sont secondaires à l'anémie elle-même. Cette dernière opinion est personnelle.

Roma AMYOT.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Hamilton MONTGOMERY. — **De la valeur et des indications de la biopsie en dermatologie.** "Archives of Dermatology and Syphilology", **38**; 329 (septembre) 1938.

L'étude histologique de la peau peut donner des renseignements non seulement au point de vue diagnostic, mais aussi au point de vue pronostic et traitement. Pour ceci il y a certaines précautions à prendre et des indications précises à suivre et, autant que faire se peut, la biopsie devrait être faite par un pathologiste d'expérience ou par un dermatologiste entraîné plutôt que par un aide inexpérimenté. Le lieu de la B. a son importance, et parfois il peut être indiqué de prendre plusieurs lésions à des stades évolutifs différents. C'est surtout dans les épithéliomas cutanés que la biopsie peut donner le plus de renseignements, et les dangers de la biopsie, dans ces cas, auraient été grandement exagérés. La biopsie peut aussi donner des renseignements précis dans quantité d'autres dermatoses qu'on peut rencontrer.

La technique de la biopsie a aussi son importance. En général, il faut prendre un spécimen suffisam-

d o r s . . .

toutes les insomnies
même opiniâtres

SOMNIFÈNE
"ROCHE"

action nerveuse centrale
élimination très rapide

ON DONNE À CHACUN SA DOSE

en gouttes (12 cc.) 20 à 60 gouttes.

en ampoules de 2 cc, dans les troubles nerveux et mentaux, convulsions.

Indiqué particulièrement dans la crise **éclamptique** en injection intraveineuse.

Echantillons, littérature et précisions sur un mot de Messieurs les Médecins.



Gherardo delle Notti (1590-1656)
Jeune dame (Rome, Palais Doria)



SIROP "ROCHE"

au Thiocol

CLASSIQUE

toujours
bien toléré

TOUTES LES AFFECTIONS
DES VOIES RESPIRATOIRES

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE
286 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.

ment gros et profond. Le couteau électrique serait à délaisser, excepté pour les très gros spécimens.

Il peut aussi y avoir avantage à faire l'analyse clinique et bactériologique du spécimen.

F.-L. BOULAIS.

Harry M. ROBINSON. — **Ecthyma de la vulve simulant des plaques muqueuses hypertrophiques.** "American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Veneral Diseases". **22**; 631 (septembre) 1938.

Les lésions d'ecthyma peuvent parfois être confondues avec les lésions syphilitiques.

Aux jambes, elles peuvent ressembler à des gommes ulcérées, mais c'est surtout aux organes génitaux et dans leur voisinage que l'erreur peut le plus facilement être commise. La littérature ne fait nulle part mention de cette possibilité. L'auteur donne ensuite les symptômes du diagnostic différentiel suivi d'une histoire clinique démonstrative. Il s'agit d'une jeune femme porteuse de lésions pustulo-croûteuses de la vulve avec un Wassermann ———+ douteux. Ces lésions avaient été confondues avec des plaques muqueuses vulvaires, mais après six injections d'arsphénamine les lésions n'avaient pas été modifiées. Les lésions guérissent alors rapidement avec quelques applications locales de violet de gentiane.

D'où importance du diagnostic complet par un examen minutieux.

F.-L. BOULAIS.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Milan GITCHCVATY. — **La pyrétothérapie du chancre mou et ses complications.** "Annales des Maladies Vénériennes", (août) 1938, page 457.

Dans ce travail, l'auteur rapporte son expérience dans 200 cas de chancres mous qu'il a traités par la pyrétothérapie vaccinale, c'est-à-dire par des injections intraveineuses de vaccin anti-chancrelleux connu commercialement sous le nom de « Dmelcos ». Dans le chancre mou non compliqué, Kitchcvatz confirme l'opinion émise par Hudelo, que ce traitement ne paraît pas des plus efficaces, bien que certains chancres aient donné l'impression d'avoir été favorablement influencés.

Au contraire, dans la localisation anale de la maladie de Ducrey, et dans sa forme phagédénique, la provocation d'une fièvre vaccinale a fourni d'excellents résultats au point que, dans certains cas, l'allure phagédénique a pu être enrayée dès la première injection et les douleurs, calmées rapidement. Mais ce sont le chancre mou, le phymosis, le para-phymosis, post-chancrelleux, la lymphangite nodulaire et surtout l'adénopathie aiguë du type bubon qui sont, au sens de l'auteur, les véritables indications de la pyrétothérapie microbienne par le strepto-bacille dont il en fait la thérapeutique presque spécifique.

Quelle que soit la forme sous laquelle se présente les manifestations de l'infection par le bacille de Ducrey, l'on doit toujours, avant toute tentative de pyréto-vaccin, rechercher l'état allergique par une intradermo-réaction et même par une injection intraganglionnaire de « Dmelcos », méthode que l'auteur présente comme contribution personnelle aux moyens de diagnostic du chancre mou.

J.-Adrien LAMBERT.

J. GATE et P. S. MICHEL. — **La tuberculose vulvaire.** A propos de deux observations personnelles de tuberculose ulcéreuse de la vulve, apparemment primitive. "Annales de Dermato-Syphiligraphie"; page 657 (août) 1938.

Ces deux observations sont intéressantes, parce qu'elles mettent en relief un sujet dont on ne s'est pas suffisamment préoccupé: la tuberculose de la région vulvaire. L'étude de cette affection, en effet, est passée au second plan en ces dernières années, parce que l'attention du public médical s'est reportée vers des maladies plus fréquemment rencontrées à la vulve, telles que: le chancre syphilitique, la maladie de Nicolas-Favre, le chancre mou, voire même l'ulcère aigu.

A la lumière des deux présentes observations et de celles plus nombreuses encore que rapporte la littérature médicale récente, on se convainc que la tuberculose vulvaire devrait être plus souvent suspectée et recherchée par les excellents moyens diagnostiques qu'offre le laboratoire.

Les auteurs rappellent que la tuberculose, pour atteindre la vulve, dispose de deux voies: l'une exogène et l'autre endogène.

1) La tuberculose par voie exogène, qui est la plus connue, s'implante à la vulve par auto-inoculation ou par hétéro-inoculation. L'auto-inoculation se réalise de différentes façons dont les plus communes sont: l'usage de linges, de pessaires, de canules infectés par le bacille de Koch; la masturbation. Le mécanisme de ces auto-inoculations s'explique aisément quand il existe déjà une tuberculose des régions voisines, soit tuberculose génito-crurale, intestinale, soit fistules tuberculeuses de l'anus.

L'hétéro-inoculation reconnaît comme mode de contamination: le coït pratiqué par un partenaire porteur de tuberculose génitale. On a pu, en effet,



PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

LA PLUS RICHE EN IODE ORGANIQUE, ASSIMILABLE, UTILISABLE

Iodogénol Pépin

GOÛT AGRÉABLE

TOUTES LES INDICATIONS DE L'IODE ET DES IODURES MÉTALLIQUES

TOLÉRANCE PARFAITE

Bien supérieur aux Sirops et Vins Iodés ou Iodotanniques.

PRESCRIRE

AUX ENFANTS : 10 à 30 gouttes par jour. — AUX ADULTES : 40 à 60 gouttes par jour.

Échantillons sur demande à MM. les Docteurs.

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ. COURBEVOIE — PARIS

Dépôt général pour le Canada: **J. Eddé, Limitée,** New Birks Bldg., Montréal.

prouver, expérimentalement, que le sperme d'un phtisique injecté aux testicules d'un lapin y détermine une tuberculinisation, et la femelle fécondée par ce lapin présente à son tour des lésions vaginales tuberculoïdes.

2) Quant à la voie endogène, les auteurs n'en font qu'une mention, en notant qu'elle existe sous forme de tuberculose métastatique. La fréquence en est assez grande cependant pour que le médecin ne doive pas négliger de rechercher les autres foyers d'infection tuberculeuse à distance avant de conclure à une tuberculose d'origine primitive.

Puis les auteurs énumèrent les formes sous lesquelles se présente la tuberculose de la vulve.

1° Forme ulcéreuse (avec adénite inguinale satellite.

2° Forme ulcéro-hypertrophique (la plus fréquente).

3° Forme hypertrophique pure, très rare.

4° Forme profonde, réalisant la fistule et l'abcès tuberculeux de la vulve.

5° Forme superficielle: le lupus, qui finit généralement par s'ulcérer, à cause des macérations continuelles, fréquentes dans cette région.

Les observateurs rappellent enfin que pour faire un diagnostic positif de tuberculose vulvaire, on doit faire appel à différentes recherches biologiques dont voici les principales:

1) L'intradermo-réaction à la tuberculine.

2) La déviation du complément.

3) L'intradermo-réaction au Dmelcos, d'Ito-Rienstérua.

4) L'intradermo-réaction à l'antigène de Freï.

5) Le Bordet-Wassermann.

6) L'inoculation au cobaye.

7) La biopsie.

8) L'examen des urines.

On doit aussi pratiquer un examen clinique complet, flanqué d'une radiographie pulmonaire.

Et ce n'est que lorsque l'on aura éliminé les maladies communes à la vulve, que l'on pourra en venir aux sanctions thérapeutiques de la tuberculose vulvaire, à savoir: cautérisation de l'ulcération au chlorure de zinc; la radiothérapie des ganglions correspondants.

J.-Adrien LAMBERT.

LABORATOIRE

C. A. GREEN. — **Sensibilité des rhumatisants aux produits streptococciques.** "Journ. of Pathol. and Bact.", (sept.) 1938, p. 337.

Depuis qu'une relation a été établie entre l'infection streptococcique et l'état rhumatismal, on a tenté d'éclairer l'étiologie du rhumatisme par l'étude des réactions intradermiques des patients aux dérivés streptococciques.

On reconnaît généralement que le pourcentage des sujets rhumatisants qui présentent une réaction de Dick positive diffère peu de celui fourni par la masse de la population. Cette condition ne semble donc pas être en rapport avec un manque d'anticorps pour la toxine érythrogénique. Ceci n'exclut pas la possibilité que d'autres exotoxines jouent un certain rôle, mais on ne connaît pas encore ces exotoxines.

L'auteur a préparé, avec des streptocoques hémolytiques, des streptocoques viridans et des streptocoques indifférents des endotoxines qu'il a injectées, en même temps qu'il injectait la toxine de Dick purifiée, à un groupe de patients chez qui il avait préalablement trouvé les mêmes variétés microbiennes.

Les résultats qu'il a obtenus confirment ceux des autres auteurs et démontrent que les rhumatisants, dans l'ensemble, sont plus sensibles aux endotoxines streptococciques que les non-rhumatisants témoins. La sensibilité fut surtout marquée avec l'endotoxine du streptocoque hémolytique. Mais la constitution antigénique de cette endotoxine n'étant pas connue, il devient impossible de dire si la fréquence des réactions observées avec cette endotoxine est due à une plus grande quantité d'un antigène commun aux trois variétés de streptocoques ou si elle résulte de la présence d'une fraction spécifique particulière accompagnant l'antigène commun.

La présence de réactions négatives confirme l'opinion de Gibson, Thomasc et Stewart que la sensibilité de la peau ne doit pas être considérée comme un indice d'une réaction spéciale nécessaire à la production de l'infection rhumatismale, mais elle n'écarte pas la possibilité qu'une partie du syndrome rhumatismal est la conséquence de l'hypersensibilité.

Le fait que certains rhumatisants ont réagi d'une manière fâcheuse aux essais de désensibilisation par les injections sous-cutanées d'endotoxine du streptocoque hémolytique démontre que ces patients ont une sensibilité marquée pour les streptocoques hémolytiques.

Pour l'auteur, il est évident que les infections à streptocoque hémolytique sont un facteur important dans la production de l'état rhumatismal.

A. BERTRAND.

Près de cent années au service de la langue française

LIBRAIRIE **BEAUCHEMIN** LIMITÉE

MAISON ÉTABLIE EN 1842

430, ST-GABRIEL MONTRÉAL

SPÉCIALISÉE DANS LES ÉDITIONS ET LES PUBLICATIONS DE TOUTES SORTES. DEMANDEZ SON DERNIER CATALOGUE DES LIVRES PARUS QUI VOUS SERA ADRESSÉ FRANCO SUR DEMANDE.

•

BEAUCHEMIN
édite, imprime et relie.

BEAUCHEMIN
s'occupe de la vente de tous les ouvrages qu'il édite.

REVUE DES LIVRES

Les ondes électriques courtes en Biologie. Par E. SCHLIEPHAKE, professeur à l'Université de Gressen. Un vol. in-8 de 96 pages avec 37 figures, 30 francs. Librairie Gauthier, Villars (Paris).

Les courants de H. F. furent d'abord obtenus par Hertz sous forme d'ondes courtes; mais les dispositifs employés ne donnèrent durant de longues années des intensités suffisantes qui si on employait des ondes plus longues (il ne faut pas oublier que d'Arsonval se servit un moment, il y a plus de 40 ans, des ondes de moins de 1 mêtre). Les progrès de l'instrumentation moderne permettent actuellement d'obtenir des ondes courtes avec des intensités qui permettent de réaliser soit des applications locales, soit l'échauffement de la totalité du corps humain. Schliephake a mené avec beaucoup de soin depuis le début de l'ère des ondes courtes, les essais thérapeutiques et l'expérimentation biologique. Aussi était-il particulièrement qualifié pour écrire ce volume des « Actualités radiobiologiques ».

Après une étude physique des caractéristiques des ondes courtes, il passe aux actions bilogiques: mode de répartition de la chaleur; action sur les micro-organismes; actions en profondeur; échauffement sélectif des tissus; actions sur les organismes supérieurs; action générale des ondes courtes sur l'animal (action sur les vaisseaux sanguins, le système nerveux central, la thermo-régulation, altération sélective de cellules ganglionnaires déterminées, autres altérations du système nerveux central, action sur la composition du sang, possibilité d'altération de la santé).

Les ondes courtes permettent, on le voit, de provoquer des modifications déterminées à l'intérieur de l'organisme; leur étude biologique prépare donc à l'utilisation thérapeutique et c'est pourquoi on ne saurait trop recommander aux médecins la lecture de cet excellent petit livre.

A. LAQUERRIERE.

Les Etats anxieux. Par H. CLAUDE et LEVY-VALENSI. Librairie Maloine, Paris, 1938.

Les auteurs se font remarquer dès le début par une division concise et claire, puis terminent par une table des matières complétant cette division, de sorte qu'en un coup d'œil on a déjà une idée du contenu substantiel de ce volume.

Les néologismes sont rejetés ou dédaignés; après tout, nous sommes bien d'accord, le vocabulaire psychiatrique est assez vaste sans aller le charger inutilement et à tout propos. Des définitions nouvelles et plus juste remplaceront les anciennes ou celles qui prêtent à discussion, ceci n'est fait qu'après avoir analysé ce qui s'est dit sur la question et après avoir prouvé le bien fondé de la rénovation.

L'anxiété est un sentiment pénible d'attente. L'angoisse est l'ensemble des sensations et réactions somatiques qui accompagnent à l'ordinaire l'anxiété, voilà les deux vraies définitions avec discrimination. Pour les psychanalystes, l'anxiété est, pour chacun de nous, le premier tribut payé à la vie.

La femme, plus proche de l'enfant, demeure plus longtemps émotive, et ce n'est pas le moindre de ses attraits. Tout anxieux est un émotif; tout émotif n'est pas nécessairement un anxieux. L'anxiété constitutionnelle est à paroxysme matutinal; l'anxiété acquise, qui serait assez rare, est surtout à paroxysme vespéral. La constitution anxieuse a une affinité particulière pour la race juive, ce serait peut-être le résultat des tribulations du passé et le fruit, avant tout, des unions consanguines additionnant les tares. Chez les sujets prédisposés, quelques facteurs sociaux fertilisent le terrain, et le milieu familial est l'étuve où se cultive l'anxiété.

L'anxiété mélancolique n'est plus considérée que comme l'un des aspects cliniques de la psychose maniaque-dépressive ou psychose périodique; les grandes formes de la mélancolie occupent une place importante dans les



L'Huile de foie de morue médicinale norvégienne est soumise au contrôle de l'Etat norvégien.

La Norvège est le seul pays au monde où l'Etat contrôle toute l'huile de foie de morue exportée.

Si l'Huile de foie de morue norvégienne que vous avez achetée, est accompagnée du certificat de contrôle gouvernemental, vous pouvez être entièrement sûr de son authenticité et de ses qualités thérapeutiques. Mais, faites attention aux falsifications!

L'Huile de foie de morue médicinale norvégienne conserve en permanence ses excellentes propriétés; elle contient en justes proportions les importantes vitamines A et D.

L'HUILE DE FOIE DE MORUE MEDICINALE NORVEGIENNE

le propre remède de la nature.

Pour plus amples renseignements, s'adresser à:

Reklamefondet for Norsk Medicintran, Boîte Postale 226, Bergen, Norvège.

asiles et les petites formes constituent le gros de la clientèle psychiatrique de ville.

La psychasthénie ne constitue pas une entité morbide; la constitution psychasthénique n'est que la constitution anxieuse avec une tendance dépressive.

Les psychoses d'angoisse sont des troubles purement fonctionnels, dynamiques, pouvant simuler la plupart des organopathies lésionnelles; ainsi se crée la foule de ceux que l'on a appelé les faux urinaires, les faux cardiaques, etc., mots qui expriment de faux diagnostics; malheur à l'urologue qui fait défiler son jeu de sondes, au rhinologiste qui rabote un cornet, au gynécologue qui cautérise un museau de tanche, au gastro-thérapeute qui institue un régime strict, rigoureux, inutile et nocif.

L'hypochondriaque, avec préoccupation de santé exagérée ou sans fondement, est la terreur du médecin et la *proie désignée du charlatan* ou des frotteurs de dos. Les deux éminents neuro-psychiatres sont contre les dictionnaires de médecine et contre les feuilletons et articles médicaux de nos grands périodiques qui seraient responsables de l'hypocondrie future ou alimentée du public. Avec l'intention de faire l'éducation du public en matière d'hygiène, on révèle des tendances qui peut-être seraient demeurées latentes; on localise ces tendances. La vulgarisation de la médecine nuit au malade qu'elle oriente faussement dans la maladie.

Pour ce qui en est de la psychanalyse, les adeptes dissidents, Stekel, Adler, Jung sont cités. Dans le narcissisme, la libido se suffit à elle-même, sans faire intervenir l'extérieur, comme Narcisse qui se contentait de s'aimer soi-même: Stade auto-érotique, ipsation. Plus tard l'enfant se complait dans une rêvasserie qui est déjà une sublimation de la libido. En somme, si on laissait le petit enfant sucer à son gré le sein maternel ou son pouce, salir ses draps, aller à la selle à son gré, plus tard avoir des contacts sexuels avec sa mère et si tout le monde trouvait cela bien, il n'y aurait pas de psychonévroses: voilà la déduction qui découle logiquement de la théorie psychanalytique.

Quant à la thérapeutique des états anxieux, rappelons-nous que la médecine guérit quelquefois, soulage souvent, console toujours.

Ce livre complètera très bien la bibliothèque de ceux qui font de la médecine générale et ajoutera des connaissances à ceux qui s'intéressent à la neuro-psychiatrie.

Alcide PILON.

LIVRES REÇUS EN OCTOBRE 1938

Le docteur Récamier. Par le docteur Louis SAUVE. Volume de 252 pages. En vente aux Editions Spes, Paris.

Nuovi Orientamenti in neuro-psichiatria. Prof. Pier Francesco ARULLANI, Université de Torino. Pamphlet de 8 pages.

L'Ipertrofia delle prostata. Prof. DOTT, N. Carraro E. DOTT, I. WUGMEISTER. Volume de 345 pages. Aux Editions Bocca, Milan.

Tuberculose et Médecine Sociale. Par Etienne BERNARD. Volume de 157 pages. En vente chez Masson et Cie., Paris. 36 francs.

Traitement des Suppurations Pulmonaires. Par Victor CORDIER, avec la collaboration de P. L. Mounier-Kuhn. Volume de 173 pages. En vente chez Masson et Cie., Paris. 32 frs.

La Puberté. Par Guy LAROCHE, M. BOIGEY, E. BOMPARD, A. DESAUX, R. DUCROQUET, L. de GENNES, A. HAMEL, T. HERNANDO, M. HIRSCH, J.-A. HUET, H. LAGRANGE, E. LAYANI, P. Le NOIR, C. LIAN, G. MARANON, Et. MAY, L. MEURS-BLATTER, Ch. RICHET, H. SIMONNET, H. WELTI. Volume de 350 pages. En vente chez Masson et Cie., Paris. 65 francs.

AVIS IMPORTANT

Nous nous permettons d'aviser MM. les Médecins que le

LANTOL

la

PANGLANDINE

et autres produits des Laboratoires Ch. Couturieux, 18, avenue Hoche, PARIS

n'ont jamais cessé d'être en vente au Canada.

●

Tous les **produits Couturieux** portent les marque et adresse ci-dessus, avec sceau de garantie numéroté et ne sont jamais livrés, sous un autre nom ou une autre présentation, ceci pour assurer l'authenticité du produit et la protection de MM. les Médecins.

●

Nous sommes les nouveaux et seuls représentants au Canada. MM. les Médecins sont visités aussi vite que possible. Dès à présent nous fournissons, sur simple demande et au cours d'une visite spéciale, tous les échantillons et tous les renseignements désirés.

●

LABORATOIRES JEAN OLIVE

Agents exclusifs - 533 rue Bonsecours, Montréal - **Tél. HA. 0277-78**

NOUVELLES

BANQUET AU DOCTEUR J.-E. DESROCHERS

Président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec

La profession médicale de toute la province a offert un banquet au nouveau président du Collège des Médecins et Chirurgiens, le 18 octobre. Trois cent cinquante médecins se sont réunis à l'hôtel Mont-Royal dans un but de solidarité professionnelle, pour exprimer leurs félicitations au docteur Desrochers et l'assurer de leur collaboration et de leur appui.

Des discours furent prononcés par Messieurs les docteurs A.-M. Cholette, président de la Fédération des Sociétés Médicales de la province, et qui présidait le banquet; Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé; Albert LeSage, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal; Grant Fleming, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université McGill; F. J. Tees, A. Gauthier, J.-E. Noël, ces deux derniers de la ville de Sherbrooke.

Le docteur Desrochers remercia ses confrères et, au cours de son intéressante allocution, insista sur le rôle du médecin dans la société actuelle et future. Il appuya particulièrement sur la préparation scientifique et sociale du futur médecin, afin qu'il puisse dans l'avenir appliquer ses connaissances et sa compétence en vue d'une médecine surtout préventive. Pour en arriver, à son avis, à la solution des principaux problèmes actuels de la profession médicale, il faut le concours de l'Etat et des Facultés de Médecine. Il serait partisan d'une assurance de médecine préventive, mais il sera toujours un défenseur des droits autant de la collectivité que de la personne et du médecin.

INAUGURATION OFFICIELLE DE L'INSTITUT MICROBIOLOGIQUE DE MONTREAL

C'est au cours d'un banquet offert, au Cercle Universitaire, par le nouvel Institut au Ministre de la Santé, l'honorable Albiny Paquette, et au docteur Léopold Nègre, de l'Institut Pasteur de Paris, que le nouvel organisme prit naissance officielle.

Comme le rappela M. Armand Dupuis, président de l'Institut, modelé sur l'Institut Pasteur de Paris, son but sera de préparer des sérums et des vaccins et d'intensifier la production du vaccin B.C.G.

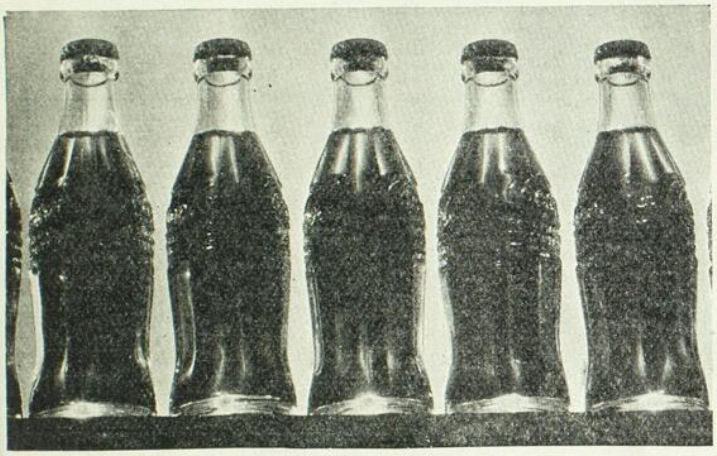
M. le docteur Armand Frappier en sera le directeur.

Tous les citoyens de notre province et en particulier les médecins et les facultés de médecine de nos Universités devraient éprouver un énorme plaisir et une certaine fierté de cette nouvelle création. Il faut voir dans cette heureuse initiative scientifique un acte de libération et d'émancipation intellectuelle, d'indépendance et de progrès. C'est un geste « d'adulte » et une initiation indispensable à la recherche dans le domaine de la biologie.

Le grain est semé.

Espérons que nous aurons, chez nous, un véritable Institut Pasteur réalisant ici, par le travail scientifique des nôtres, les applications biologiques que les nombreux Instituts Pasteur mettent en œuvre en France et aux colonies françaises.

Nous offrons nos félicitations sincères à l'honorable Ministre de la Santé qui a permis la réalisation du progrès, aux docteurs T. Parizeau et Albert LeSage qui l'ont fait naître. au docteur Frappier qui en sera l'âme dirigeante et, enfin, au docteur Léopold Nègre qui, par sa grande expérience de savant bactériologiste et son généreux concours, établira dès le début la solidité de cette création.



"Coca-Cola" est fabriqué dans des usines modernes et sanitaires.

. . . . *La science sauvegarde sa pureté*

"Coca-Cola" est une boisson pure à saveur naturelle. L'eau employée dans la fabrication de "Coca-Cola" est assujettie à une purification absolue par le moyen d'un outillage scientifique — une saine carbonisation la garde pure. Un mécanisme automatique stérilise, remplit et scelle chaque bouteille, la rendant imperméable à l'air, sans contact manuel.

"Coca-Cola" se vend dans 76 pays et est en conformité avec les lois des aliments purs de chacun de ces pays.

THE COCA-COLA COMPANY OF CANADA, LIMITED

Coca-Cola

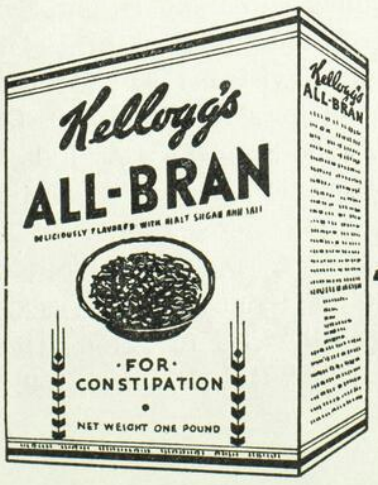
Quelques aspects médicaux de Kellogg's ALL-BRAN comme auxiliaire de l'évacuation

1 *Les autorités médicales concèdent que le « volume » constitué par les résidus alimentaires facilite l'évacuation.*

2 *Les autorités médicales attribuent à la vitamine B_1 l'importante propriété de tonifier les parois intestinales.*

Pris régulièrement, All-Bran de Kellogg fournit un « volume » utile et c'est un aliment qui contient en outre la vitamine B_1 en quantités appréciables.

A ces deux titres, All-Bran de Kellogg se recommande donc à la thérapeutique dans le traitement préventif ou auxiliaire de la constipation causée par le défaut de « volume ». All-Bran est fabriqué au Canada par Kellogg.



HOPITAUX DE LA PROVINCE DE QUEBEC APPROUVES PAR L'"AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS"

Au cours de la réunion annuelle du comité de l'organisation et du rendement des hôpitaux en Amérique, l'*American College of Surgeons* a approuvé, un grand nombre d'hôpitaux de la province de Québec dont les différents services correspondent exactement à ce qu'exige ce Collège pour leur donner son approbation officielle.

Voici la liste des hôpitaux français, anglais, irlandais et juifs du Québec qui ont été officiellement reconnus comme « standard » parmi 2,664 autres. Le chiffre inscrit à la suite de chaque nom indique le nombre de lits de chaque hôpital.

Cartierville — Hôpital du Sacré-Cœur, 900; Gamelin, St-Jean de Dieu Hospital, 4,000.

Hull — Hôpital du Sacré-Cœur, 158.

Lachine — Lachine General Hospital, 48.

Lac Edouard — Sanatorium du Lac Edouard, 200.

Lévis — Hôtel-Dieu du Cœur Agonisant de Jésus, 174.

Montréal — Alexandra Hospital, 172; Children's Memorial Hospital, 330; Grace Dart Home Hospital, 122; Homeopathic Hospital, 124; Hôpital de la Providence, 75; Hôpital Général de la Miséricorde, 716; Hôpital Général de Verdun, 200; Hôpital Notre-Dame, 671; Hôpital Ste-Jeanne d'Arc, 264; Hôpital Sainte-Justine, 500; Hôpital St-Luc, 472; Hôtel-Dieu de St-Joseph, 350; Institut du Radium, 30; Jewish General Hospital, 226; Montreal Children's Hospital, 65; Montreal Foundling and Baby Hospital, 65; Montreal General Hospital: Central Division, 425; Western Division, 175; Hôpital Pasteur, 310; Royal Victoria Hospital, 819; St. Mary's Hospital, 236; Shriner's Hospital for Crippled Children, 60; Verdun Protestant Hospital, 1273.

Québec — Hôpital de l'Enfant-Jésus, 360; Hôpital du Saint-Sacrement, 320; Hôpital St-François d'Assise, 164; Hôtel-Dieu de Québec, 350; Jeffery Hale Hospital, 159.

Rimouski — Hôpital St-Joseph, 125.

Rivière-du-Loup — Hôpital St-Joseph du Précieux-Sang, 94.

Ste-Agathe des Monts — Laurentian Sanatorium, 250; Mount Sinai Sanatorium, 95.

Ste-Anne de Bellevue — Ste. Annes Hospital, 513.

Ste-Foy — Hôpital Laval, 430.

St-Hyacinthe — Hôpital St-Charles, 140.

Shawinigan-Falls — Hôpital Ste-Thérèse, 75; Joyce Memorial Hospital, 42.

Sherbrooke — Hôpital Général St-Vincent de Paul, 250; Sherbrooke Hospital, 88.

Trois-Rivières — Hôpital Saint-Joseph, 125; Hôpital Sanatorium Cooke, 168.

Westmount — Woman's General Hospital, 225.

ASSOCIATION MEDICALE FONDEE A SHERBROOKE

A une assemblée qui réunit une cinquantaine de médecins de la région, tenue à Sherbrooke le 17 octobre, on jeta les bases de l'Association médicale du district de Saint-François, sur l'initiative du Dr P.-P. Beaudry, gouverneur du Collège des médecins et chirurgiens de la province.

Le Dr P.-P. Beaudry a été élu président du nouveau groupe. Les autres officiers sont les Drs J.-A.-C. Ethier, de Sherbrooke, et G.-A. Bowen, de Magog, présidents honoraires; les Drs E.-A. Tomkins, vice-président, R.-L. Duberger, secrétaire; Simon Marius, assistant-secrétaire; Lionel Darche, trésorier; Fred Bertrand, J.-E. Noël et H.-S. Bayne, de Sherbrooke; R.-H. Stevenson, de Danville et Roy, de Wotton, directeurs.

LES MEDECINS DE SAINT-JEAN FORMENT UNE ASSOCIATION

Les médecins du diocèse de Saint-Jean se sont réunis le 16 octobre, pour une journée catholique et pour la formation d'une nouvelle association. L'élection des officiers donna le résultat suivant: président honoraire, S. Exc. Mgr Forget; président, le Dr J.-M. Longtin, de

HÉMOSTYL

Sérum hémopoïétique frais de cheval

FLACONS - AMPOULES

Anémies
Convalescences
Hémorragies

1 à 2 ampoules le matin à jeun dans 1/4 de verre d'eau, par voie buccale.

SIROP

Anémies des enfants
Chloro-anémies

1 cuillerée à potage (enfants une cuillerée à café) avant les trois principaux repas.

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

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

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . COQUELUCHE . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluches et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres
Salons mortuaires

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis 4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

Laprairie; vice-président, le Dr J.-A.-P. Coallier, de Contrecœur; secrétaire-trésorier, le Dr N.-A. Sabourin, de St-Jean; directeurs, les Drs Pierre Hébert, de St-Rémi de Napierville; Alexis Bouthillier, de St-Jean; J.-B. Lamothe, de Longueuil; Jean Beaudin, de Napierville.

Le but de la nouvelle association est d'établir des relations d'amitié entre les médecins du diocèse et des environs; de donner à ces médecins l'occasion d'étudier quelques problèmes de morale médicale selon les directives de l'Eglise; de grouper les médecins du diocèse autour de leur évêque et de leurs prêtres; de favoriser les intérêts des médecins et du public et les intéresser au sort de l'hôpital de Saint-Jean.

NOMINATION

Le **docteur Albéric Marin** vient d'être nommé Président du Conseil Médical de l'hôpital Notre-Dame, en remplacement du docteur Albert LeSage qui avait adressé sa démission à cause du décanat.

Nous sommes heureux d'annoncer les nominations suivantes par le Conseil de la Faculté de Médecine de Montréal.

1° Le docteur **Gérin-Lajoie**, professeur titulaire de la chaire de gynécologie.

2°. Les docteurs **Roma Amyot** et **Jean Saucier**, professeurs agrégés de la chaire de neurologie.

L'Union Médicale s'en réjouit à cause des situations importantes que ces Messieurs occupent dans la Direction et la Rédaction de cette importante Publication Médicale.

SEMAINE INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER

L'Union internationale contre le cancer, qui comprend 92 organisations représentant 52 nations et à laquelle plus de 40 gouvernements ont actuellement adhéré, a pour but, grâce à une liaison constante et agissante entre les organisations se consacrant à l'étude scientifique du cancer et à la lutte sociale contre ce fléau, d'harmoniser les recherches et d'accroître l'aide à ceux que le mal a frappés.

Elle veut intensifier ses campagnes et organise, dans ce but, du 23 au 30 novembre prochains:

LA SEMAINE INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER »

Semaine qui se déroulera simultanément dans cinquante pays, sous le Haut Patronage des Chefs d'Etats respectifs.

C'est la première fois dans l'histoire de la collaboration scientifique internationale qu'on est arrivé à synchroniser une même manifestation dans cinquante pays différents.

Dans le cadre de cette « SEMAINE », se tiendra à Paris, la

Réunion internationale pour la commémoration de la découverte du radium, des électrons, des rayons X et des ondes hertziennes.

Réunion dont le Comité Scientifique est présidé par Messieurs: Jean Perrin, M. de Broglie, P. Langevin, C. Regaud.

Nous donnons ci-après, une partie du programme des conférences qui feront l'objet de la « Réunion ».

Radio activité:

O. Hahn (Berlin-Dahlem): « Possibilités nouvelles pour la chimie comme conséquence de la découverte des radioéléments. »

De Hevesy (Copenhague): Les indicateurs radioactifs en biologie. »

Electrons:

G. P. Thomson (London S. W. 7.): « Diffraction des électrons. »

Prince Louis de Broglie (Paris): « Les propriétés ondulatoires des électrons. »

Rayons X:

M. von Laue (Berlin): « Historique de la découverte de la diffraction des Rayons X. »

Ondes Hertziennes:

Arnold Sommerfield (München): « La propagation des ondes Hertziennes à la surface de la terre. »

TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES

PAR LA

• LIPOSEPTINE

ANTITOXINE POLYVALENTE

L'INNOCUITE DE LA LIPOSEPTINE EST ABSOLUE

•

Laboratoires de la Liposeptine
2, Place des Vosges, - Paris, France

Agents exclusifs: **HERDT & CHARTON, INC.**
2027, ave McGill College, Montréal - Toronto - Winnipeg

SPÉCIALITÉ
• PHARMACEUTIQUE •

•

ELIXIR POLYBROMURE
(Sans sucre)

(Une cuillerée à bouche de 20 grammes renferme 3 grammes de Bromure de Potassium, Sodium et Ammonium, associés à des Teintures amères et toniques.)

Mode d'emploi: 1 à 2 cuillerées à thé dans un peu d'eau toutes les trois heures.

Présentation: 240 c.c.

•

La Pharmacie d'Ordonnances
ARTHUR HIRBOUR
ci-devant Bisaillon-Hirbour

35 ans d'expérience dans l'exécution exclusive d'ordonnances de Médecins. — Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.

Angle Saint-Denis et De Montigny
Téls: LA. 7356 - PL. 0305 - Montréal

Messieurs les Médecins

sont invités à consulter

l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale

au Secrétariat

326 est, boulevard Saint-Joseph

MONTRÉAL

•

dans l'après-midi, de 2 à 5 heures

Léon Brilloin (Paris) : « Récents développements relatifs à la propagation des ondes électromagnétiques guidées. »

Jacques Errera (Bruxelles) : « Etude des macromolécules (Protéines, etc...) par les ondes Hertziennes. »

A. Dognon (Paris) : « Action biologique des ondes courtes. »

Application Biologique des Radiations:

F. Carter Wood (New-York) : « Utilisation des tests biologiques pour un dosage des Rayons X. »

J. D. Bernal (London E. C. 4) : « Etude de la matière vivante et des virus par les Rayons X. »

Dr. H. Stubbe (Berlin-Dahlem) : « Radiation et génétique. »

Paul Lamarque (Montpellier) : « L'Historadiographie. »

Applications Techniques des Radiations des Ondes Hertziennes et des Electrons:

Dr Albert Bouwers (Eindhoven) : « La production des rayons pénétrants, (Rayons β, γ, neutrons ») .

A. G. Clavier (Paris) : « Production et utilisation des ondes électromagnétiques centimétriques. »

Le Corbeiller (Paris) : « Les oscillations de relaxation. »

L. Marton (Bruxelles) : « Le microscope électronique en biologie. »

Les demandes de renseignements et de participation aux travaux de la

Réunion Internationale pour la Commémoration de la découverte du Radium, des Electrons, des Rayons X et des Ondes Hertziennes

doivent être adressées à:

M. L. W. TOMARKIN, Sec.-Général,
18, rue Soufflot, PARIS (Ve)

LA MISSION DU PROFESSEUR GENDREAU A LA SEMAINE INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER

La Faculté de Médecine est très honorée du choix que le comité spécial de la Semaine Internationale contre le Cancer a fait en désignant le professeur Gendreau, de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, pour prononcer l'éloge de Monsieur et de Madame Curie à l'une des séances de cette réunion internationale.

C'est le comité scientifique de cette réunion qui a manifesté le désir que notre éminent collègue prononcât le discours à la séance inaugurale, le 23 novembre 1938, à 20 heures 45, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence du Président de la République.

Le professeur Gendreau exposera l'œuvre de Pierre et Marie Curie.

Nous adressons nos plus vives félicitations à notre éminent collègue qui nous représentera dignement en cette circonstance mémorable.

XXVe CONGRES FRANCAIS DE MEDECINE

En raison des évènements de ces dernières semaines, le XXVe Congrès Français de Médecine, qui devait se réunir à Marseille les 26, 27 et 28 septembre, a été reporté aux jeudi 10, vendredi 11 et samedi 12 novembre.

Les Membres adhérents et associés déjà inscrits sont priés de retenir ces dates et de venir le plus nombreux possible à Marseille.

Les adhésions nouvelles seront reçues avec le plus grand empressement: prière d'adresser dans ce but les cotisations (120 Frs Membre adhérent, 60 Frs Membre associé) par chèque postal adressé au XXVe Congrès Français de Médecine, 43, rue Saint-Jacques, Marseille, C.C. no 47562 ou tout autre chèque bancaire ou mandat.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Professeur H. ROGER, Secrétaire Général, 66 Boulevard Notre-Dame, Marseille.

PEPTO-KOLA ROBIN
NUCLÉARSITOL ROBIN
PEPTONATE DE FER ROBIN

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE R.C. 221839

RACHITISME - FAIBLESSE DES OS
CROISSANCE chez les ENFANTS - ALLAITEMENT
GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, etc.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

J. EDDÉ Limitée
Agent

A votre disposition

Votre banque n'est pas seulement votre caissière et la dépositaire de vos capitaux d'épargne. Elle est en état de vous rendre d'autres services. Vos occupations et vos préoccupations d'ordre professionnel ne vous laissent guère le loisir de vous documenter au jour le jour sur les questions d'affaires. Vous n'en êtes pas moins tenu, à l'occasion, de résoudre certains problèmes financiers qui mettent en jeu vos intérêts. Recourez donc avec confiance au gérant de votre banque dont les avis désintéressés vous seront souvent utiles.

Banque Canadienne Nationale

TABLE DES ANNONCEURS

Abbott Laboratoires, Ltée (Calcidrine Abbott) **28**
Anglo-French Drug, (Hémostérine irradiée) **19**
Ayerst, McKenna & Harrison, Ltée (No 937 Tricepiol) 1225
Ayerst, McKenna & Harrison, Ltée (No 938 Tricepiol Composé) . . . 1225
Banque Canadienne Nationale (à votre disposition) 1251
Bromo-Seltzer Ltd. **23**
Canada Drug (Paveral) 1247
Canadian Tampax Corporation Ltd. 1229
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Trisilex) **9**
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Silicrine) **17**
Ciba, Compagnie, Ltée (Nupercainal) **20**
Coca-Cola Co. of Canada Ltd., The 1245
Dagfin Tollefen (Huile de foie de Morue) 1241
Eddé, J. Limitée (Iodogénol Pépin) 1237
Eddé, J. Limitée (Hémostyl) 1247
Eddé, J. Limitée (Glycérophosphate Robin) 1251
Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1249
Frosst, Charles E., & Co. (Ferro-Catalytic) **1**
Herdt & Charton, Inc. (Liposeptine) 1249
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine) 1253
Hirbour, Arthur (Elixir Polybromure) 1249
Hoffmann-La Roche Limitée (Somnifène) 1235
Hoffmann-La Roche Limitée (Sirop "Roche") 1235
Horner, Frank W., Ltd. (Urasal) **22**
Kellogg's (All Bran) 1245
Laboratoires du Bismol (Upnos) . . . . . **4e page de couverture**
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée (Efryl) 1223
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée (Coryphédrine) 1223
Laboratoire Jean Olive (Panglandine) 1243
Laboratoire Jean Olive (Panglandrine) 1243
Librairie Beauchemin, Ltée (Imprimeurs, Relieurs, Editeurs) 1239
Merck & Co., Ltd (Pyridium) **5**
Millet, Roux & Cie, Ltée (Iodaseptine) **15**
Monty, Gagnon & Monty 1247
Officine Canadienne Incorporée (Aesculin) . . . **3e page de couverture**

UROPRAZINE

GRANULE EFFERVESCENT

ELIMINE L'ACIDE URIQUE

COMPOSANTS PRINCIPAUX:
Pipérazine

Hexaméthylenetétramine

Soufre colloïdal

Formiate de lithine

●

INDICATIONS:

GOUTTE ◆ RHUMATISME ◆ SCIATIQUE

Laboratoires Spartol, Paris, France

Distributeurs: **HERDT & CHARTON, Inc.**
2027, avenue McGill College Montréal

TABLE DES ANNONCEURS (suite)

Rougier Frères (Néo-Gastricine) **7**
Rougier Frères (Hémoglobine Deschiens) **3**
Rougier Frères (Ouabaïne Arnaud) **3**
Rougier Frères (L'Elixir Ducro) 1221
Rougier Frères (Boratol) 1221
Sanatorium Prévost **24**
Sanatorium De Blois **26**
Schering (Canada) Limited (Oréton) 1231
Scott & Bowne (L'émulsion Scott) . . . . . **2e page de couverture**
Squibb & Sons of Canada Ltd. E. R. (Chlorhydrate de Thiamine Squibb) 1233
Usines Chimiques du Canada Inc. (Lactoval) 1254
Vinant Limitée (Solution de Salicylate de soude du Docteur Clin) . . . **11**
Vinant Limitée (Electrargol) **11**
Vinant Limitée (Pulmo-Bailly) **21**
Vinant Limitée (Proveinase) **27**
Vinant Limitée (Ténébryl Guerbet) **27**
Warner, William R., & Co. Ltd., (Agarol) 1227
Winthrop Chemical Company, Inc. (Drisdol) **25**
Wyeth, John & Brother, Inc. (Bewon) **13**

Calcium Lactose

Vitamines A et D

●

Durant les derniers mois de la GROSSESSE, comme préventif de la CARIE DENTAIRE, du RACHITISME et comme diurétique

PRESCRIRE

"LACTOVAL"

VALOR

USINES CHIMIQUES du CANADA, Inc.
MONTREAL

Il est maintenant possible pour la faculté médicale de prescrire l'AESCULUS HIPPOCASTANUM (Marron d'Inde) et l'HAMAMELIS VIRGINICA et d'obtenir des résultats.

L'AESCULIN en contient des extraits concentrés, riches en essence, fraîchement préparés.

L'AESCULIN est préparé selon l'art par des gens de l'art.



FORMULE PAR 100 C.C.

Ext. Aesculus Hippocast. Sem. Liq. "Officine" - - - - -	40 c.c.
Ext. Hamamelidis Virg. Fol. Liq. Officine" - - - - - -	40 c.c.
Sol. glycero-hydroxy-ethylic. citric. - - - - - - - - -	20 c.c.

OFFICINE CANADIENNE INCORPOREE
Fabricants de Spécialités Pharmaceutiques
MONTREAL — LABORATOIRES: LACHINE, QUE.
J. L. GIRARDEAU-GINGRAS, Phm.B., Président—Gérant Général
Distributeurs: Lymans Agencies, Ltée., Casier Postal, 1050, Place d'Armes, Montréal

Pour correspondance et échantillons adresser: 126-3e Avenue, Lachine, Qué.

UPNOS

MÉDICATION SYMPTOMATIQUE

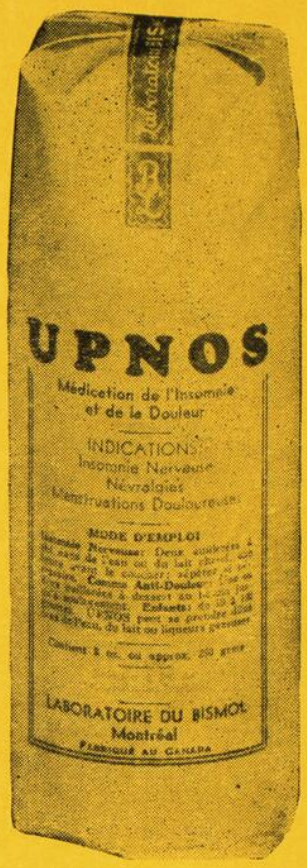
pour

L'INSOMNIE

LES AFFECTIONS NERVEUSES

LA NÉVRALGIE

●



Une solution à 5% de Diéthyl-amino-barbital qui calme la douleur, apaise les nerfs et procure le sommeil, sans les inconvénients causés par les bromures, les chlorures, etc.

Disponible en bouteilles de 100 et 250 grms - Comprimés Upnos en boîtes de 24 et 100.

Dose — une cuillerée à dessert
(1 ou 2 comprimés)

Littérature descriptive à la disposition de la profession médicale.

LE LABORATOIRE DU BISMOL

99 Harbour, KINGSTON, B.W.I.

945, rue Côté
MONTRÉAL

45 Peddar, HONG-KONG

Représentants pour les États-Unis: **Geo. J. WALLAU Inc., 153 Waverly Place, N.-Y.**

DISTRIBUTEURS :

MONTRÉAL: La Cie Pharmaceutique DesBergers.
WINNIPEG et RÉGINA: National Drugs Limited.
VANCOUVER: B. C. Drugs Limited.
TORONTO: Drug Trading, National Drug & Chemical Co. Ltd.
CALGARY et EDMONTON: Alberta National Drugs Ltd.
HALIFAX et SAINT-JEAN: National-Canadian Drugs Ltd.