Un extrait de la série des rapports sur le

Cortone

TRADE-MARK

La clef d'une ère nouvelle en science médicale

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

LA RÉPONSE CLINIQUE dans l'ARTHRITE RHUMATOÏDE et ses VARIANTES

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

L'ARTHRITE RHUMATOÏDE et les affections rhumatismales connexes.

LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

L'ASTHME BRONCHIQUE.

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

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

L'acétate de CORTONE (acétate de Cortisone Merck) est offert aux hôpitaux où fonctionnent certains services essentiels sous la conduite de techniciens entraînés et sous la surveillance de médecins qualifiés. Pour le moment, seuls les malades hospitalisés peuvent recevoir cette drogue au cours de la période initiale du traitement.

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

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

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

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

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

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

Cortone

TRADE-MARK

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

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

BULLETIN

•

Roma AMYOT

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

Suggestions concernant l'exercice de la médecine. Rôle prépondérant du praticien 1117

• • •

J. CHARPY

Essai étio-pathogénique du psoriasis

Germain PINSONNEAULT et Albert JUTRAS

Le cancer du sein. Critique des données actuelles et esquisse d'une classification pratique 1131

INDICATIONS :

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique
Goutte
Diabète arthritique

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

VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

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

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

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

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

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



Une nerveuse représente un véritable musée pathologique...

Pour de nombreux malades, spécialement les femmes, qui se plaignent de tension nerveuse pendant le jour et d'insomnie l'**ESKAPHEN B ELIXIR** est une préparation idéale.

Sous une forme agréable et inoffensive l'**ESKAPHEN B** présente à la fois l'action calmante des barbituriques et l'effet tonique de la thiamine.

Chaque cuillerée à thé (5 cc.) contient ¼ de grain de phénobarbital et 5 mg. de thiamine.

Prescrivez

l'Eskaphen B Elixir

Pour le malade nerveux et sans appétit

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 9

SOMMAIRE
(Suite)

•

RECUEIL DE FAITS

E.-D. GAGNON et Paul DAVID
Traitement chirurgical de la sténose mitrale. Commissurotomie 1142

REVUE GÉNÉRALE

Pierre SMITH
Le cancer de l'estomac: considérations générales 1148

J.-René ROUX
Le cancer du rectum 1151

Jean LeSAGE
Le malade qui vient consulter, se plaignant de son intestin 1154

Saint-Jean DESROSIERS
Le malade qui se plaint de son estomac 1163

Les substances oestrogènes naturelles conjuguées, combinées aux vitamines du groupe B, apportent un prompt soulagement au *syndrome de la ménopause*

★ ★

*Sources à consulter

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

le COMPOSÉ "QUESTRIN"

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

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

Toute documentation désirée vous sera envoyée sans délai.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA



Digitaline Nativelle

telle qu'isolée par Nativelle en 1868

la MARQUE D'ORIGINE DE "DIGITOXINE"

Maintenant reconnue par le "U. S. Pharmacopoeia XIII."

En 1872, Claude Adolphe NATIVELLE soumettait à l'Académie de Médecine de Paris son mémoire sur la découverte de la DIGITALINE, dont le corps médical canadien a toujours apprécié la haute valeur. La supériorité de la DIGITALINE NATIVELLE est maintenant reconnue par tous les éminents cardiologues anglais et américains. (1)

(1) *References*

Sir James Mackenzie, Disease of the Heart, 1925. Sir Thomas Lewis, Disease of the Heart, 1933. New and Non Official Remedies, 1942 to 1946 incl. Gold, Choice of a Digitalis Preparation, Connecticut State Med. Journal, Vol. IX, No. 3, March 1945. Levine, Clinical Heart Disease, 3rd Edition 1946. Gold, Cornell Conferences on Therapy, 1946, U.S.P. XIII (Official, April 1, 1947).

Présentation:

COMPRIMÉS:—0.1 et 0.2 mg.

AMPOULES:—Intrav. 0.2 et 0.4 mg.

SOLUTION:—1-1000 (5 gouttes = 0.1 mg.)



Rougier Frères

SPÉCIALITÉS DE PRESCRIPTION MÉDICALE

350, RUE LE MOYNE MONTRÉAL 1, QUÉBEC

SOMMAIRE

(Suite)

• • •

Ruben LAURIER

La streptomycine en tuberculose 1169

MOUVEMENT MÉDICAL

François FRANÇON

Pathogénie de la goutte 1173

Pierre GROBON

Opothérapie nerveuse et ulcères gastro-duodénaux 1177

ÉDITORIAL

Origène DUFRESNE

Cinquième congrès international du cancer 1182

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

Philippe LANDRY

Dépistage en série de la tuberculose 1184

VARIÉTÉS

La situation des anatomo-pathologistes dans la province de Québec 1191

Roger DUHAMEL

Sous le règne du médecin 1195

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1881 1202

ANALYSES 1204

MÉDECINE

L'interprétation clinique des dosages urinaires des 17-cétostéroïdes (1204). **Analyse clinique et étude de 502 cas de carcinome du poumon** (1204). **L'actinomycose pulmonaire** (1205). **Hernie de l'hiatus** (1205). **Syndrome de Loeffler — Périartérite noueuse** (1205). **Syndrome de Loeffler, infiltrations pulmonaires et éosinophilie périphérique** (1206).

PHTISIOLOGIE

L'analyse de l'infection tuberculeuse depuis la naissance jusqu'au vieil âge. Relation avec la tuberculose clinique et la mortalité par tuberculose (1207). **Etude expérimentale d'anastomoses bronchiques** (1207).

CARDIOLOGIE

L'emploi de la quinidine dans le traitement des arythmies cardiaques (1207).

CHIRURGIE

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

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Myocardite interstitielle à la suite de l'emploi clinique et expérimental des sulfamidés (1208).

ELECTRO-RADIOLOGIE

Angiographie percutanée de l'artère vertébrale (1208).

SOCIÉTÉS

Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec: séance du 3 mars 1950 (1210). Séance du 14 avril 1950 (1211). **Réunion scientifique du bureau médical de l'hôpital Notre-Dame:** séance du 20 avril 1950 (1212).

NÉCROLOGIE 1217

NOUVELLES 1219

REVUE DES LIVRES 1228

Faits intéressants à noter

Une nouvelle préparation pour le traitement de l'hypertension et la prophylaxie des attaques d'angine de poitrine.

"MANNIRUTIN"

Marque d'un composé d'hexanitrate de Mannitol

- procure une vaso-dilatation relativement prolongée,
- augmente la résistance des capillaires,
- diminue l'appréhension.

"MANNIRUTIN"

S.C.T. Nº 435 "Frosst"

Chaque tablette enrobée de sucre contient:

hexanitrate de mannitol	15 mg.
rutine	10 mg.
acide ascorbique	15 mg.
Noctinal (Butabarbital N.N.R.)	15 mg.

POSOLOGIE

1 à 2 tablettes trois fois par jour

PRÉSENTATION

Flacons de 50 et 100 tablettes

CONTRE-INDICATIONS

On doit user de circonspection dans l'emploi de Mannirutin chez les patients souffrant d'anémie ou de tension intraoculaire augmentée, ou encore au cours de thrombose coronaire aiguë.

Renseignements thérapeutiques

"MANNIRUTIN"

Le problème de la prévention et du traitement de l'hypertension demeure irrésolu. Néanmoins, il n'est pas indiqué d'abandonner tout espoir de le résoudre un jour. Nombreuses sont les mesures propres à être essayées, et, dans certains cas, une amélioration de l'état, ou, du moins, l'ajournement de la conséquence inévitable récompense les efforts.

Ce communiqué n'a pas pour objet la discussion des différentes mesures médicales et chirurgicales communément employées dans le traitement de l'hypertension, mais plutôt, l'introduction d'une préparation qui, dans certains cas choisis, peut soulager quelques-uns des symptômes et retarder de façon appréciable le moment du désastre final.

Mannirutin est une combinaison d'agents dont les effets visent à la suppression de certains états associés à l'hypertension —

résistance périphérique au courant sanguin,
fragilité augmentée des capillaires,
excès d'appréhension.

Pour être moins rapide, l'action de l'hexanitrate de Mannitol, [1,2,3] un des nouveaux agents vaso-dilatateurs, est plus prolongée que celle des autres nitrites.

On peut s'attendre à ce que la rutine, [4,5,6] associée à l'acide ascorbique, réduise la fragilité des capillaires lorsqu'il y a augmentation, et offre donc une certaine protection contre l'hémorragie causée par la rupture des capillaires.

Le Noctinal (Butabarbital N.N.R.),[7] est le sédatif diurne par excellence. À doses légères, le Noctinal réduit le niveau de la sensitivité au stimulus sans occasionner de somnolence.

SOURCES À CONSULTER

1. "A pharmacological study of mannitol hexanitrate", L.A. Heppel, Proc. Soc. Exp. Biol. & Med., 48, 72, 1941.
2. "Effect of organic nitrites on coronary flow." Wrightington, Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 52, 184, 1943.
3. "The pharmacological basis of therapeutics." L. Goodman and A. Gilman, MacMillan Company, N.Y.
4. "Effect of rutin on increased capillary fragility in man." Griffith, Couch and Lindauer, Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 55, 228, 1944.
5. "Rutin: A new drug for the treatment of increased capillary fragility." Shannon, Am. J. Med. Sci., 211, 539, 1946.
6. "The chemistry and therapeutic use of rutin." Couch, Krewson Naghski and Copley, Eastern Regional Research Laboratory, Philadelphia.
7. "Selective utilization of barbiturates. As illustrated by a study of Butabarbital Sodium (N.N.R.)". R.D. Dripps, J.A.M.A., vol. 139, 148, le 15 janvier 1949.

Frosst — Depuis 1899 — Le symbole du progrès en recherches pharmaceutiques

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

Faits intéressants à noter

"TRULFACILLIN"

Marque "Frosst" de comprimés de trois sulfamides et de pénicilline

Une préparation combinant la **PÉNICILLINE et les SULFAMIDES** dans le but d'accroître les effets thérapeutiques de chacune de ces drogues.

"TRULFACILLIN"
5-25
C.T. N° 818 "Frosst"

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

POSOLOGIE

de 1 à 2 comprimés toutes les quatre heures.

"TRULFACILLIN"
Pour enfants (3-50)
C.T. N° 819 "Frosst"

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

POSOLOGIE

de ¾ à 1 grain de la combinaison de sulfamides par jour et par livre du poids corporel (p.e., chez l'enfant de 20 livres, un comprimé toutes les quatre heures.)

PRÉSENTATION

Flacons de 20 comprimés.

AVERTISSEMENT

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

L'action synergique des composés chimiothérapeutiques

On reconnaît depuis longtemps que l'effet d'une combinaison d'agents thérapeutiques à activité pharmacologique similaire, agissant de concert, excède souvent les effets additifs prévus de la combinaison.

Il a été démontré que l'action d'une association de pénicilline et de sulfamides est synergique *in vitro* et *in vivo*. En effet, Bigger[1] signalait, déjà en 1944, que la présence du sulfathiazole augmentait considérablement le point de dilution auquel on peut démontrer l'action inhibitrice de la pénicilline sur les staphylocoques et les streptocoques. Dans le même mémoire, il suggérait l'utilisation chez l'homme de cette action synergique des sulfamides et de la pénicilline pour le traitement d'infections qui n'opposent pas de résistance à ces agents.

Stewart[2] ainsi que El Borolossy et Buttle[3], ont démontré qu'une action synergique similaire résulte de l'association de pénicilline et de sulfamides en traitement contre certaines bactéries à Gram-négatif. Le résultat d'expérimentations établit que l'inhibition de certains micro-organismes se fait à des taux de concentration bien moins élevés lorsque le sulfathiazole et la pénicilline agissent de concert que lorsque ces agents agissent isolément. Kolmer[4] donne une excellente analyse de la synergie des agents chimiothéra-



peutiques et met en lumière de nouvelles expérimentations pratiquées sur la souris, qui démontrent sans laisser beaucoup de doute que l'action synergique de l'association de la pénicilline et des sulfamides observée *in vitro* se produit aussi *in vivo* dans les infections à pneumocoque type 1, à staph. aureus, les infections à strep. hémolytique et à typhoïde.

Il est plus difficile d'établir des données cliniques. Toutefois, nous possédons de nombreux rapports indiquant la valeur de la thérapeutique combinée dans la pneumonie causée par le pneumocoque. Dowling, Hussey, Hirsh et Wilhelm[5] ont observé un taux de mortalité de 9.6 p.c. sur 94 cas traités exclusivement à la sulfadiazine, mais seulement 4.3 p.c. sur 94 cas traités à la pénicilline et à la sulfadiazine. Dans la méningite pneumococcique, le taux de mortalité observé a varié entre 58 et 65 p.c. lorsque le traitement consistait en des composés de sulfamide. Ce taux se chiffre à environ 48 p.c. lorsque la pénicilline est employée seule comme traitement. Waring et Smith[6] ont signalé la guérison de 12 patients sur 14 avec la médication combinée de sulfamides et de pénicilline. Dans les cas d'endocardite aiguë causée par des infections à streptocoques beta hémolytiques, pneumocoques, gonocoques et méningocoques, le traitement au moyen d'une combinaison de pénicilline et de sulfamides semble évidemment tout indiqué, tandis que dans les cas de fièvre typhoïde, l'essai semble judicieux.[7] Dans le traitement de la blennorragie, Hargreaves[8] rapporte de meilleurs résultats avec l'utilisation d'une combinaison de pénicilline et de sulfamides.

Les comprimés "TRULFACILLIN" présentent l'avantage, démontré ci-haut, de l'activité synergique de la pénicilline et de sulfamides dans le traitement de certaines infections. Ils possèdent cet avantage additionnel que les sulfamides utilisés, sulfadiazine, sulfamérazine et sulfaméthazine, représentent une combinaison qui élimine presque entièrement le danger de lésions rénales par suite de précipitation de cristaux, et comporte une réduction marquée du danger de réactions d'intolérance aux sulfamides.

Sources à consulter

1. "Synergic action of penicillin and sulphonamides."
   Bigger, Lancet, 2, 142, le 29 juillet 1944.
2. "Studies on the effect of penicillin on Gram-negative bacteria. Penicillin-sulfonamide synergy."
   Stewart, J. of Hygiene; 45, 282, août 1947.
3. The combined effect of penicillin and of sulphonamides in infections with gram-negative organisms.
   El Borolossy and Buttle, J. Ph. & Pharmacol., 2: Nos 2 et 3, 1950.
4. "The synergistic or additive activity of chemotherapeutic compounds."
   Kolmer, Am J. Med. Sciences, 215, 136, 1948.
5. "Penicillin and sulfadiazine compared with sulfadiazine alone in the treatment of pneumococcic pneumonia."
   Dowling, Hussey, Hirsh and Wilhelm, Ann. Int. Med. 25, 950, 1946.
6. "Combined penicillin and sulfonamide therapy in the treatment of pneumococcic meningitis."
   Waring and Smith J.A.M.A. 126, 418, 1944.
7. "Sulfathiazole and penicillin in typhoid fever; report of 6 cases."
   McSweeney, Lancet, 2, 114, 1946.
8. "Synergic action of penicillin and sulfathiazole in gonorrhoea."
   Hargreaves, Brit. J. of Venereal Diseases, 23, 85, juin 1947.
9. "Inhibition of drug precipitation in the urinary tract by the use of sulfonamide mixtures."
   Lehr. Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. vol. 58, No. 11, 1945.
10. "Prevention of renal damage by use of mixtures of sulfonamides."
    Lehr, Brit. Med. J., le 13 décembre 1947, p. 943.
11. "Lowered incidence of sensitization through use of sulfonamide combinations."
    Lehr, Brit. Med. Journ., le 18 septembre 1948, p. 543.
12. "Present-day usage of sulfonamides and antibiotics in various diseases."
    Long, New Eng. J. Med., le 4 décembre 1947.
13. "Prognosis and treatment of pneumonia in children."
    King, Arch. Dis. Childh. 19, 122, 1944.
14. "Sulfonamides in treatment of infections in infancy."
    Henderson and Couper, Ach. Dis. Childh., 21, 23, 1946.
15. "Pneumonia".
    Scadding, Practitioner, 157, 333, 1946.
16. "Neurosurgery in the Eastern Theatre of War."
    Johnson and Dick, Lancet, 2, 193, 1945.
17. "A survey of the outcome of 20 cases of H. influenzae meningitis related to bacterial type."
    Zinnemann, Brit. Med. Journ., 2, 931, 1946.



Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Fondée en 1872

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Pierre Smith

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

BUREAU DE COLLABORATION

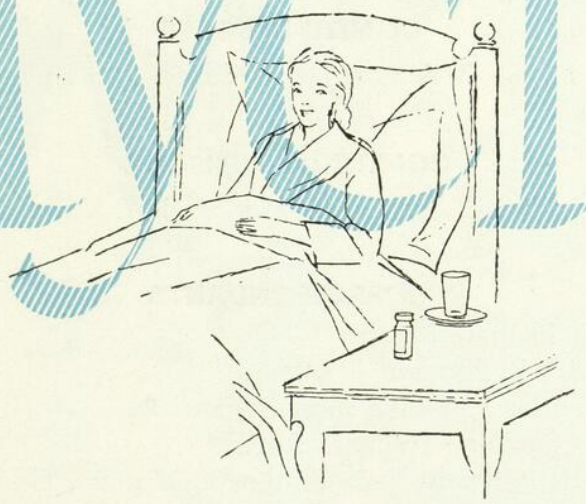
MM. Maurice Beaudry, A. Cantero, Roland Cauchon, Fernand Charest, C.-E. Côté, Paul David, F.-X. Demers, R. Doré, Guy Drouin, Paul Dumas, Origène Dufresne, Roger Dufresne, M. Gervais, Pierre Jobin, Paul Larivière, V. Latraverse, Rosaire Lauzer, Sylvio Leblond, Jean-Louis Léger, J. LeSage, Léon Longtin,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

L'AURÉOMYCINE

dans la tularémie

On sait que la tularémie, affection assez répandue dans de multiples régions de ce pays pour constituer un problème d'importance, se traite avec succès par l'Auréomycine. Tous les types d'infection tularémique, compliquée ou non, sont influencés rapidement par cet antibiotique.

AUREO-MYCIN



L'Auréomycine s'est montrée aussi efficace comme traitement des états infectieux suivants: amibiase aiguë, infections oculaires dues à des bactéries et à des germes apparentés aux virus, septicémie à bactéroïdes, fièvre boutonneuse, brucellose aiguë, infections courantes de l'utérus et de ses annexes, blennorragie rebelle, infections à Gram-positif (notamment celles qui sont sous la dépendance des streptocoques, des staphylocoques et des pneumocoques), infections à Gram-négatif (y compris celles dont les germes pathogènes appartiennent au groupe coli-aerogenes), granulome inguinal, infections à *H. influenzae,* lymphogranulomatose inguinale sub-aiguë, pneumonie atypique primaire, psittacose (fièvre des perroquets), fièvre du Queensland (fièvre Q), vérole à rickettsies, fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, endocardite infectieuse sub-aiguë pénicillino-résistante, infections chirurgicales, fièvre par morsure de tique et typhus.

Conditionnement: Capsules: Flacon de 25 capsules à 50 mg. Flacon de 16 capsules à 250 mg.
Forme ophtalmique: Fiole de 25 mg., avec compte-gouttes; la solution extamporanée s'effectue par addition de 5 c.c. d'eau distillée.

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

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

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

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

SPASMOSÉDINE



LABORATOIRES DEGLAUDE

15, BOULEVARD PASTEUR PARIS (XVe)

Agents généraux au Canada :

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE

MONTRÉAL CANADA

OFFICIERS
DE
l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel,
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Donatien MARION,	Montréal.
Hermile TRUDEL,	Montréal.
A.-L. RICHARD,	Ottawa.
J.-A. VIDAL,	Montréal.
J.-B. JOBIN,	Québec.
Pierre SMITH,	Montréal.

•

COMITÉ DU XXe CONGRÈS

J.-A. VIDAL, président.

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

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

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

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

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

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1950
ARCHAMBAULT, Gérard, 75, boul. St-Joseph, Saint-Jean, P. Q. 1952
BAILLY, Roland, Saint-Pie de Bagot, P. Q. 1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta 1950
BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-E. 1952
BIBAUD, Barthélémi, Valleyfield, P. Q. 1952
BLAIN, Emile, 444 est, rue Sherbrooke, Montréal 1952
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec 1952
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal 1950
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q. 1950
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec. 1952
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1050
DANDURAND, René, 847, rue Cherrier, Montréal 1952
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1950
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1952
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec 1952
DOMINGUE, Albert, Granby. P. Q. 1952
DUBE, Edmond, 6055, rue Saint-Denis, Montréal 1950
GAUTHIER, C.-A. 53½, rue Saint-Louis, Québec 1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. 1950
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. .. 1952
LECOURS, J.-A., 538, avenue King Edward, Ottawa .. 1952
LEMIEUX, J.-R., 17, rue Sainte-Ursule, Québec 1952
MANSEAU, Georges, 1, rue Labrie, St-Eustache, Comté Deux-Montagnes, P. Q. 1952
MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-Etienne-Cartier, Montréal 1952
MICHAUD, R., 170 est, rue Laurier, Ottawa 1950
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. .. 1952
MORRISSETTE, Pierre, Saint-Georges, Beauce, P. Q. 1952
PELLETIER, A., Winchendon, Mass. 1950
PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. .. 1952
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1950
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1950
POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q. 1950
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. 1950
ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté Nicolet, P. Q.. 1952
SORMANY, Albert, Edmundston, N.-B. 1950
TANGUAY, Rodolphe, Sudbury, Ont. 1950
TETRAULT, Adélard, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. 1950
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. 1950
VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. 1950



2 FERS AU FEU

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

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

NEURO-TRASENTINE

NEURO-TRASENTINE "FORTE"

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

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

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE, MONTRÉAL

*Association phénobarbital-adiphénine "Ciba"



Quand *la crise* commence

Il n'y a plus de raison pour que la ménopause continue à être pour la femme une période de tension et d'angoisse. Grâce aux puissantes préparations oestrogéniques, telles que les Linguettes Éticylol, la thérapie de substitution s'effectue d'une manière rapide, commode et économique.

En raison de leur efficacité et parce que leur contenu oestrogénique est absorbé *directement* dans la circulation générale, les Linguettes Éticylol offrent au médecin un traitement remplaçant avantageusement l'administration parentérale, toujours dispendieuse et souvent incommode.

L'efficacité prononcée des Linguettes Éticylol assure de bons résultats thérapeutiques à raison de doses fort réduites ce qui rend le traitement très économique. A titre d'exemple, une posologie initiale de 0.05 mgm. de Linguettes Éticylol, une à trois fois par jour, offre un soulagement rapide et le traitement d'entretien est assuré par 0.01 mgm. de Linguettes Éticylol, deux fois par jour.

Un autre fait est également à souligner: la patiente éprouve rapidement une sensation d'euphorie et sent revenir ses forces qu'elle désespérait de recouvrer. Cet effet est de la plus haute importance dans le traitement de la ménopause.

LINGUETTES **

Éticylol *

Présentation: 0.01 mgm — Linguettes roses
0.05 mgm — Linguettes blanches, (rainurées)

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE — MONTRÉAL

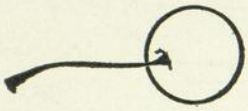
*Ethinyl Oestradiol — Ciba.
**Marque déposée.

La nouvelle

TERRABON*

Marque d' ELIXIR DE TERRAMYCINE

fournit: Terramycine: 250 mg. par petite cuillerée (5 cm.³)



couleur-cerise attrayante

arome cerise-menthe 

TERRABON constitue le seul antibiotique à large spectre d'action offert sous forme d'élixir et d'un tel degré d'efficacité. Etant donné qu'une petite cuillerée (5 cm.³) de ce médicament est l'équivalent en teneur de Terramycine d'une capsule de 250 mg. *la thérapie à base de cet élixir ne nécessite pas qu'on en force les doses ou qu'on en prolonge l'administration.*

la forme préférée pour administration aux

Sujets Pédiatriques
Sujets Gériatriques
Malades "sensibles" qui éprouvent des difficultés pour prendre les formes courantes de médicaments administrés par la bouche.

L'excellent goût et l'élégante présentation pharmaceutique de TERRABON ajoutent l'attrait à la vaste activité antimicrobienne, à la grande efficacité clinique et haut degré de tolérance de la

Terramycine—le plus récent des antibiotiques à large spectre d'action.

Dosage de Terrabon: Une petite cuillerée (5 cm.³) de Terrabon est l'équivalent en Terramycine d'une capsule de 250 mg. Pour les adultes et les enfants âgés, on recommande de 2 à 3 g. par jour en doses divisées à prendre toutes les 6 heures. Pour les enfants pesant moins de 20 kg. on recommande une dose journalière de 100 mg. par kg. du poids de l'enfant.

Mode de présentation: Terrabon est obtenable sous la forme d'un paquet-combinaison comprenant:
1. Une fiole qui contient 1,5 g. de Terramycine sous forme de chlorhydrate de Terramycine.
2. Un flacon qui contient 1 once liquide d'un diluant spécialement amorti et aromatisé.

Obtenable aussi: Sous forme de chlorhydrate de Terramycine cristalline en 3 formats commodes de capsules:

250 mg., flacons de 16 et 100;
100 mg., flacons de 25 et 100;
50 mg., flacons de 25 et 100.

**Marque de fabrique*

CHAS. PFIZER & CO., INC.
Service d'Exportation,
81 Maiden Lane, New-York, N.Y., U.S.A.

OPTB-J31(F)

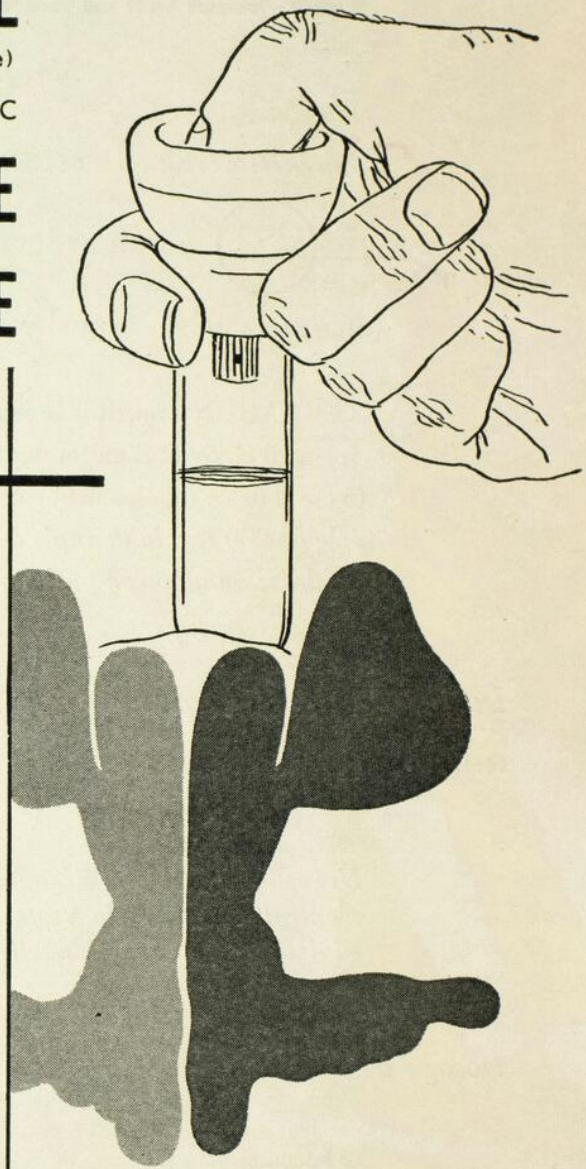
Vasoconstriction
associée à la
thérapeutique antibiotique dans la

NEO-SYNEPHRINE

(marque de la phényléphrine)

avec

PÉNICILLINE CRISTALLISÉE



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

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

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

NEO-SYNEPHRINE

avec

PÉNICILLINE CRISTALLISÉE

Stable - Plein rendement

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

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

443 Sandwich Street — Windsor, Ontario.

Néo-Synéphrine, marque de commerce enregistrée aux E.-U. et au Canada. 454M





9 RAISONS pour lesquelles LIVIFER est la prescription de choix dans le traitement des cas d'insuffisances multiples, pour stimuler le métabolisme et pour créer cette sensation de bien-être si essentielle au rétablissement.

1. Prépare selon les meilleures données scientifiques.
2. Goût agréable – Acceptable aux plus difficiles.
3. Stimule l'appétit – Seconde l'action d'un traitement spécifique.
4. Résultats rapides – Sensation de bien-être obtenue en quelques jours.
5. Haute concentration – Une ou deux bouteilles de 8 ozs sont habituellement suffisantes.
6. Doses minimes – La dose usuelle pour adultes est de deux cuillerées à thé par jour – Enfants, selon l'âge.
7. D'une tolérance parfaite.
8. Le fer contenu dans LIVIFER ne tache pas les dents.
9. Prix raisonnable.

LIVIFER

Formule idéale sous laquelle peuvent se prescrire l'Extrait de Foie, la Vitamine "B" et les Sels Minéraux. Préparation des mieux balancée, rendue acceptable même aux plus difficiles.—

Présenté sous le format original de 8 ozs. pour votre prescription.—

Dose moyenne: Une ou deux cuillerées à thé matin et soir.

FORMULE

	Par oz. fl.	Par c.c.
e Thiamine (B_1)	3 mg.	0.10 mg.
avine (B_2)	3 mg.	0.10 mg.
namide	20 mg.	0.66 mg.
rophosphate de Ca.	2 grs.	0.066 grs.
" Sod.	4 grs.	0.133 grs.
" Pot.	½ grs.	0.016 grs.
" Mang.	¼ grs.	0.008 grs.
hate de Fer (soluble)	16 grs.	0.533 grs.
(Chlorure)	1/20 grs.	0.0016 grs.

tel qu'extrait de 230 grains de Foie Frais (par once)

POUR ENFANTS

A la suite des résultats obtenus par des essais cliniques, des Pédiâtres nous ont signalé que le Livifer est un adjuvant précieux dans les cas suivants: Malnutrition chez les bébés et les enfants, Anémie de l'enfance, Anorexie, et est aussi un aide à l'assimilation et à la croissance.

m&m

Mowatt & Moore Ltd
FINE PHARMACEUTICALS
MONTREAL

Le
SPASME
engendre la
DOULEUR

NEUROPHEN

lève le
SPASME

FORMULE

- Novatropine ..... 1 mg.
- Phénobarbital ..... 20 mg.
- Acide Acétylsalicylique . 150 mg.
- Vitamine K ..... 0.25 mg.

INDICATIONS

- Douleur spastique
- Dysménorrhée
- Coliques biliaire et rénale
- Pyloro- et entéro-spasme

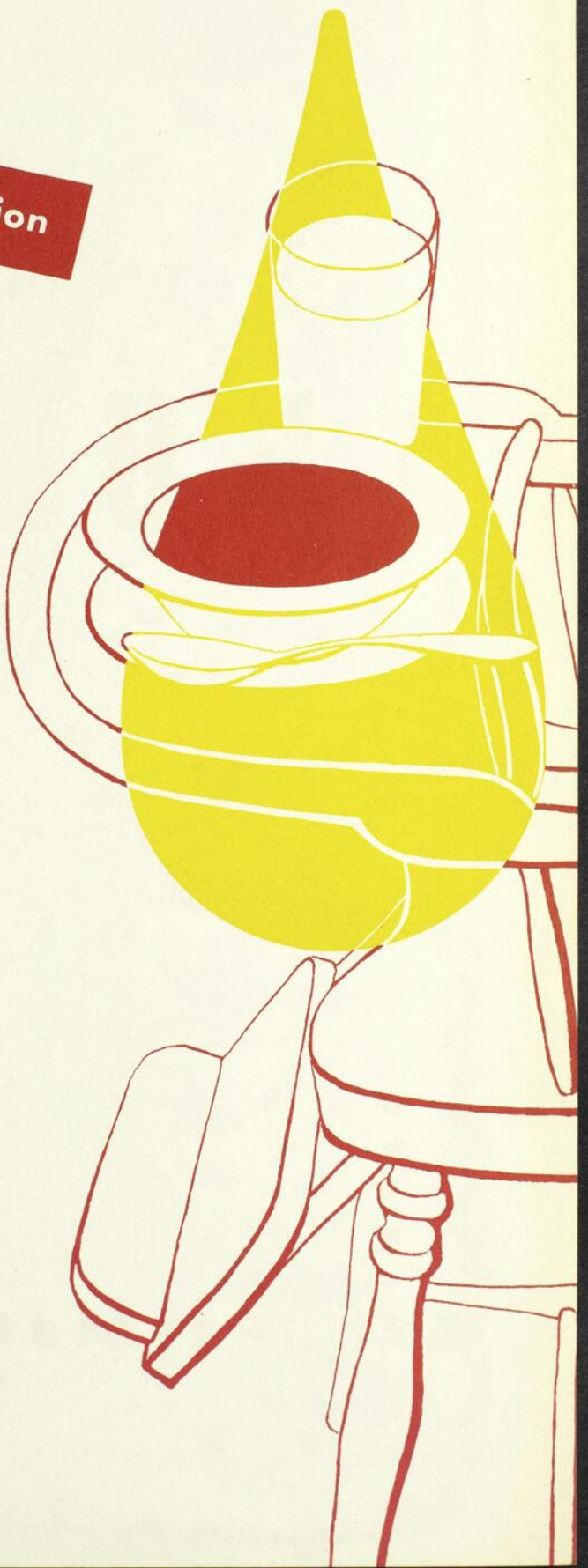
LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

MONTRÉAL

Nouvelles préparations vitaminées miscibles à l'eau

Augmentent l'absorption et la rétention

chez les
nourrissons et
les enfants



"Alphamette" Aqueux No 929

Une goutte contient approximativement:

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

Dose journalière conseillée: 2 gouttes.

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

Gouttes "Supplavite" No 931

10 gouttes (0.6 cc.) représentent approximativement:

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

Dose journalière conseillée: 5 à 10 gouttes.

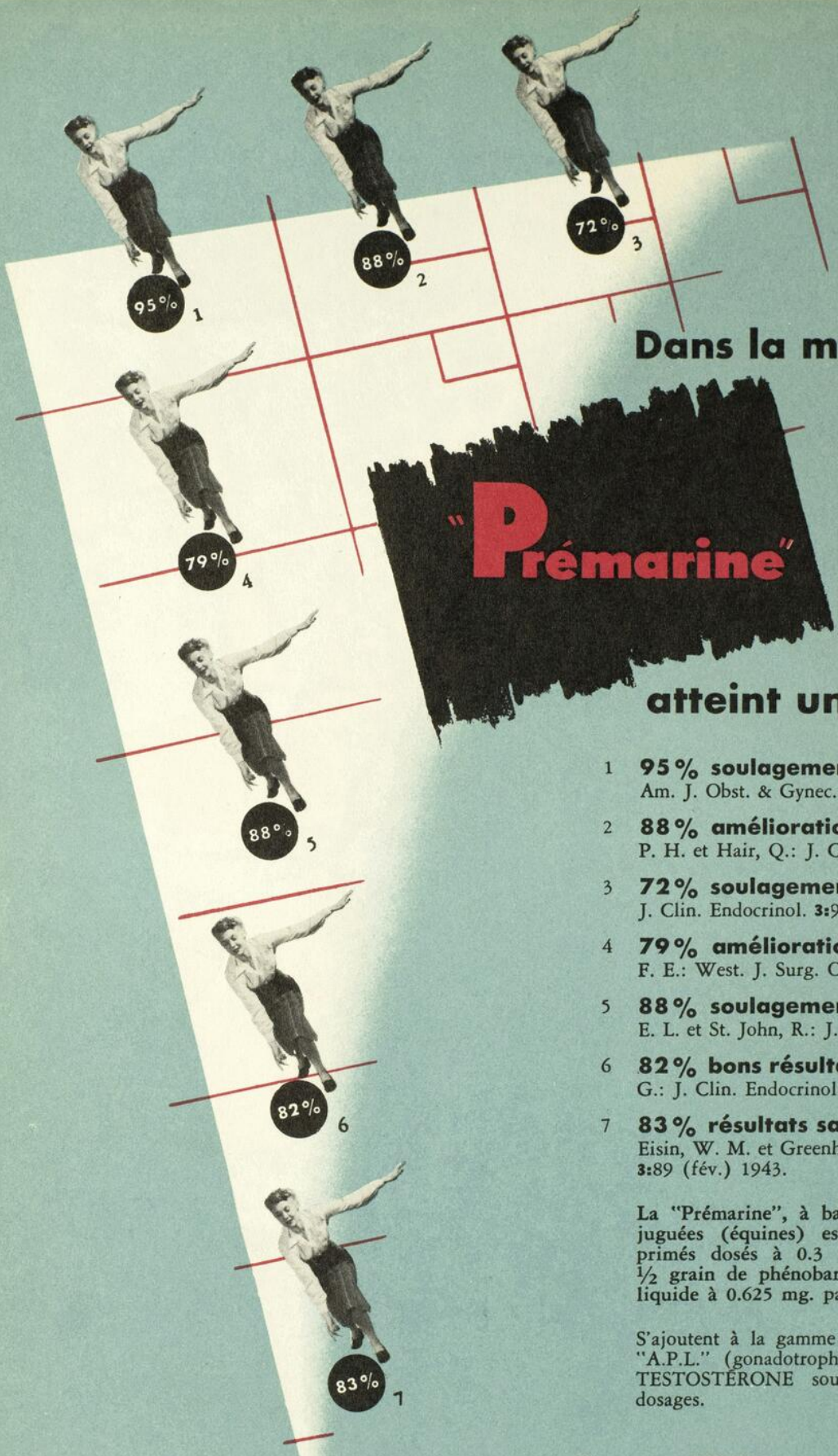
Flacons de 8, 15 et 30 cc. munis de compte-gouttes.

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens

Montréal, Canada

25e Ayerst ANNIVERSAIRE



Dans la ménopause

"Prémarine"

atteint une haute moyenne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens

Montréal, Canada

25e Ayerst ANNIVERSAIRE

COMBIEN DE FOIS VOTRE ÉQUIPEMENT EXIGERA-T-IL NOS SERVICES?



L'entretien soigné et minutieux est le plus sûr moyen d'obtenir le rendement le plus efficace de votre appareil. Mais à cause de leur complexité, les appareils à Rayons X et d'électricité médicale requièrent des mises au point fréquentes.

L'homme de service de X-Ray and Radium qui vous rend visite est très bien entraîné à notre usine. Son rôle est de s'assurer que les inspections et ajustements de routine préviennent des contretemps évitables. Quand une panne imprévue arrive, il est chez vous rapidement pour remettre votre appareil en fonction aussitôt que possible.

Ainsi, qu'il s'agisse d'une inspection ou ajustement de routine, de l'installation d'un accessoire, ou d'une réparation, vous pouvez compter sur le service de X-Ray and Radium.

Comme distributeurs des appareils Keleket, Sanborn et Raytheon, nous croyons que notre personnel est capable de vous donner le meilleur service au Canada.

Radium, accessoires et instruments de radiothérapie.

Radium en aiguilles, en cellules, en tubes et en plaques de toutes dimensions avec une série complète d'accessoires et d'applicateurs. Egalement, instruments de mesure pour calculs des doses et équipement pour travaux de recherche avec "tracers".

NOUVELLE SUCCURSALE À QUÉBEC

Nous avons le plaisir de vous annoncer qu'une nouvelle succursale est maintenant ouverte à 36, rue Poulin, à Québec, où vous pouvez obtenir l'équipement, les accessoires et le service désirés. Téléphonez à 3-3367 pour un service rapide sur toute marque d'appareil. Vous serez satisfait du service expert de nos ingénieurs.

X-ray AND Radium
INDUSTRIES LIMITED

261 Davenport Road, Toronto 5

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

PULMO-BAILLY

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

Composition : Pulmonaria ext. 0.005, Garragaheen ext. 0.005, Gaïacol liquide nat. 0.080, Phospho-Gaïacolate de Calcium 0.005, Phospho-Gaïacolate de Codéine 0.010, Phospho-Gaïacolate de Sodium 0.005, Acide Phosphorique 0.080, Glycérine 0.500, Excip. diss. 4,310 — soit 5 gr. (une cuillerée à café).

Propriétés : Médication antiseptique de base de certaines affections des voies respiratoires, antidyspnéique et sédative de la toux.

Indications : Laryngites, trachéites, bronchites aiguës et chroniques. Calme la toux et la dyspnée, facilite l'expectoration, favorise la résistance du terrain, combat l'asthénie.

Posologie : Une cuillerée à café diluée dans un peu d'eau sucrée, matin et soir ou au milieu des deux principaux repas.

Présentation : Flacon de 90 cc.

Laboratoires A. BAILLY, Paris

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

RHINAMIDE

para-amino-phényl-sulfamide
éphédrine
élycaïne

Affections du Rhino-Pharynx

LABORATOIRES A. BAILLY
SPELY-EXPORT
19 RUE DU ROCHER - PARIS
Agents pour le Canada - VINANT Limitée, 200 rue Vallée, MONTRÉAL

instillations pulvérisations



Spécifiquement pour la patiente enceinte

Comme supplément alimentaire, il n'y a rien de meilleur que le Mol-Iron avec calcium et vitamine D *de White*

Pour plus de facilité, lorsque vous prescrivez le Mol-Iron — la ferrothérapie la plus efficace connue [1, 2, 3] — à vos patientes enceintes ou en période de lactation, de généreuses quantités de calcium et de phospore y ont été ajoutées en proportion optimum, en outre d'une quantité suffisante de vitamine D. Chaque capsule de gélatine, facile à avaler, contient:

Mol-Iron	198 mg.
Phosphate de dicalcium (anhydre)	869 mg.
Vitamine D_3	200 unités

Dose prophylactique: Une capsule trois fois par jour après les repas.

Dose thérapeutique: Deux capsules trois fois par jour après les repas (fournissant 240 mg. de fer par jour).

Présentation: Capsules de gélatine molle, en flacons de 100.

Aussi: Mol-Iron en comprimés, flacons de 100 et de 1000; Mol-Iron liquide, en flacons de 16 onces; et Mol-Iron avec foie et vitamines en capsules, en flacons de 100.

White's **Mol-iron** **avec**

CALCIUM et VITAMINE D

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

1. Dieckmann, W. J., and Priddle, H. D.: Am. J. Obstet. & Gynec. *57*:541, 1949
2. Chesley, R. F., and Annitto, J. E.: Bull. Margaret Hague Mat. Hosp. *1*:68, 1948
3. Dieckmann, W. J., et al.: Am. J. Obstet. & Gynec. *59*:442, 1950



En thérapeutique plurisulfamidée, la sécurité et l'efficacité exigent que la méthode d'administration soit "à sens unique" afin d'obtenir les meilleurs résultats.

CETTE MÉTHODE, c'est avec alcalinisation soutenue.[1-2]

L'alcalinisation soutenue peut être obtenue par addition de lactate de sodium aux sulfamides dans un rapport de 3:1.[3]

La SULFA-LACTATE CO.—MRT contient les trois sulfamides les plus actifs et les moins toxiques[9] et, en plus, du lactate de sodium.

La SULFA-LACTATE CO.—MRT fournit exactement le degré d'alcalinisation nécessaire. Le lactate de sodium qu'elle contient est mis en réserve par l'organisme et dégagé au fur et à mesure qu'il est requis pour maintenir un pH de 7.5. Cette alcalinité soutenue garantit contre le risque de cristallurie[4,5,6] et contre l'alcalose,[7] et assure une meilleure absorption, d'où des niveaux sanguins plus élevés.[8]

La SULFA-LACTATE CO.—MRT est une suspension liquide d'une saveur exceptionnellement agréable, dont chaque cuillerée à thé fournit

0.166 gm. de sulfadiazine
0.166 gm. de sulfamérazine
0.166 gm. de sulfaméthazine
1.500 gm. de lactate de sodium

destinée à être employée chaque fois qu'une sulfamidothérapie mixte est indiquée.

Posologie: Adultes—première dose, 1 à 2 cuillerées à thé, suivie de 2 cuillerées à thé toutes les 4 heures, jour et nuit.
Enfants—dose en proportion.

Chaque cuillerée à thé fournit 0.5 gramme (7.7 grains) de sulfamides et 1.5 gramme (23.1 grains) de lactate de sodium.

D'UN INTERET SPECIAL

La valeur de la sulfamidothérapie mixte est incontestée. La crainte de la cristallurie et de l'alcalose a empêché son usage de se généraliser. La SULFA-LACTATE CO.—MRT assure la pleine activité thérapeutique avec absence complète d'effets fâcheux.

NOTE AU SUJET DE LA PÉNICILLINE: La SULFA-LACTATE CO.—MRT est le véhicule idéal pour la pénicilline. Elle peut être ajoutée en toute quantité voulue, permettant ainsi de régler avec précision les doses orales dans une solution convenablement tamponnée.

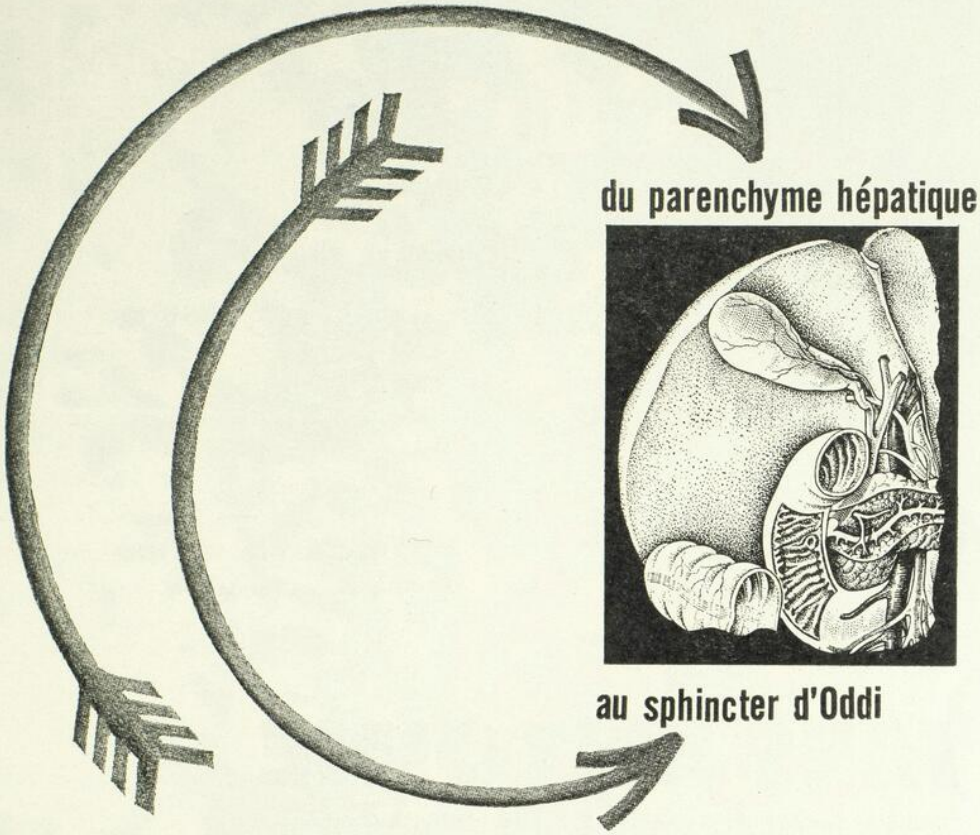
Note: **La Sulfa-Lactate Co.—MRT n'étant pas encore disponible dans tout le Canada, nous serons heureux d'envoyer des renseignements complets et des échantillons sur votre demande.**

THE WINGATE CHEMICAL CO. LTD.
MONTREAL

— SULFA-LACTATE CO MRT

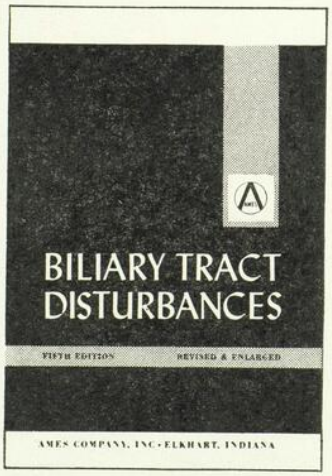
AUTREFOIS SULFA-TRI-AZINE

References: 1. Lehr, D., J. Urol. 55:458 1946. 2. Lehr, D., et al., J. Pediat. 29:275 1946. 3. Fox, C., (to be published). 4. Lehr, D., J. Urol. 55:548 1946. 5. Lehr, D., et al., J. Pediat. 29:275 1946. 6. Frick et al., Brit. M.J. 4487:7 1947. 7. Rohr, J. H., Proc. Cent. Soc. for Clin. Res. 20:69 1947. 8. Boyd et al., Am. J. Med. Sci. 213:459 1947. 9. Sulfonamides in combination Lancet. 1:878 1947.



On peut maintenant se procurer la cinquième édition de "Biliary Tract Disturbances", un ouvrage qui étudie la vésicule biliaire dans toutes ses ramifications — son anatomie et sa physiologie, ainsi que le diagnostic et le traitement de ses affections.

Les médecins et les chirurgiens, qui sont déjà familiers avec cette monographie dans ses éditions précédentes, trouveront encore plus pratique cette revision nouvelle, augmentée et illustrée. La brochure présente sous une forme concise les théories fondamentales de la pathologie biliaire, puis elle passe en revue les progrès que l'on a récemment accomplis dans le traitement de ces affections par les hydrocholérétiques ou autres moyens.



AMES

AMES COMPANY OF CANADA, LTD.
TORONTO, ONTARIO

Decholin

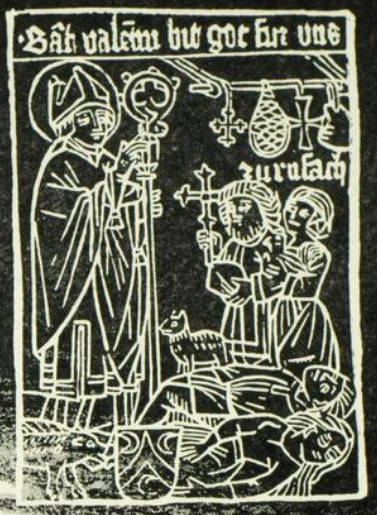
marque d'acide déhydrocholique

En comprimés de 3¾ grains, dans des flacons de 25, 100, 500 et 1,000.

Decholin Sodium (marque de déhydrocholate de sodium) en solution aqueuse à 20%; en ampoules de 3 cc., 5 cc. et 10 cc.; paquets de 3 et de 20 ampoules.

Decholin et Decholin Sodium, marques déposées aux Etats-Unis et au Canada.

Post tenebras lux



ST. VALENTIN
BÉNISSANT DES ÉPILEPTIQUES
(gravure sur bois du XVe siècle)
de Heitz: Pestblätter
(Strasbourg 1901)

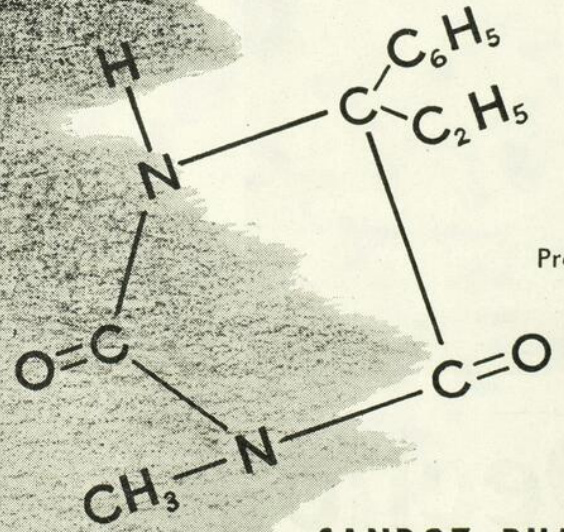
Traitement efficace du

MAL COMITIAL

avec

MÉSANTOÏNE*

Marque Sandoz du 3-méthyl-5,5-phényléthyl hydantoïne



le moins toxique des dérivés de l'hydantoïne

Présentation: Comprimés à 0.1 Gm. (1,5 gr.)
Flacons de 50, 250 et 1000
comprimés divisibles.

Littérature et échantillons sur demande à la NOUVELLE COMPAGNIE

SANDOZ PHARMACEUTICALS LIMITED

391, ST. JACQUES OUEST • MONTRÉAL, P. Q.

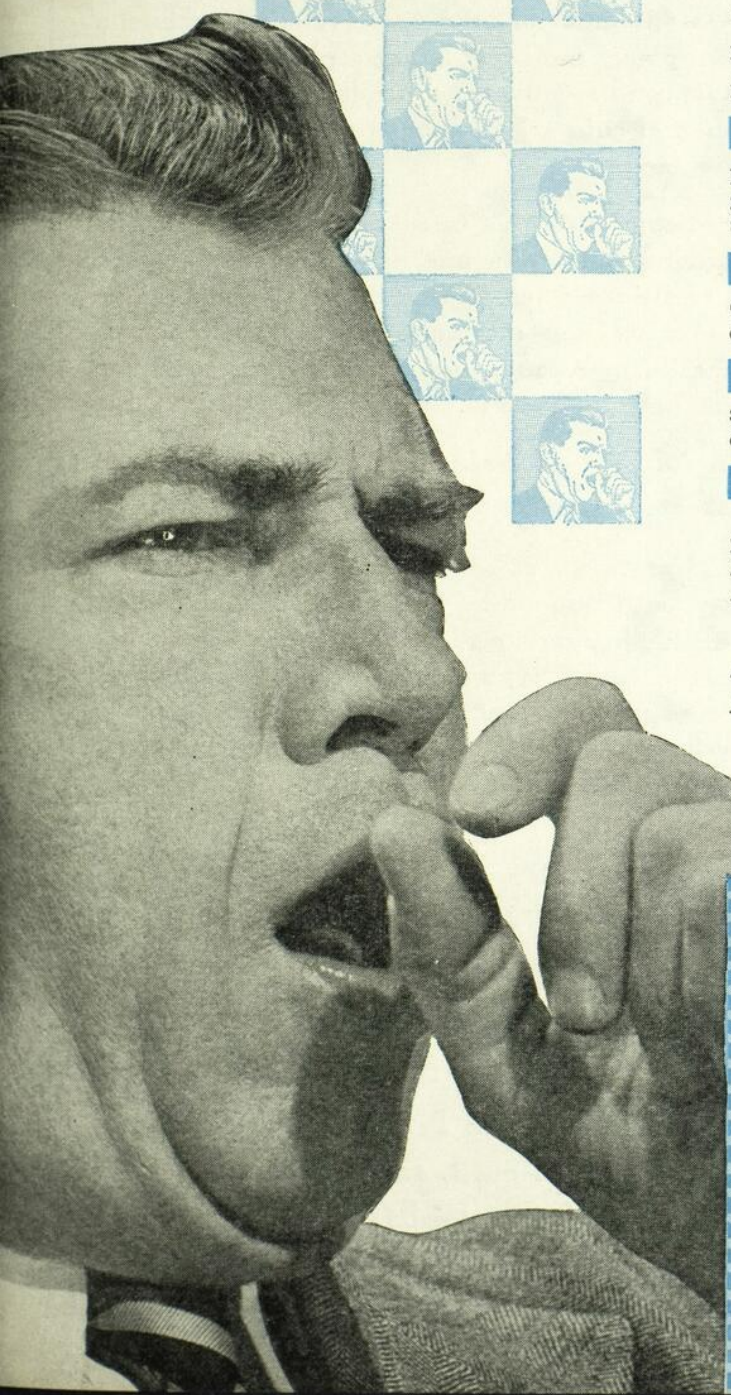
*Nom déposé

SANDOZ

selon tous les critères cliniques

un traitement antitoux

meilleur et plus rationnel



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

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE:

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

A. H. Robins Co., Inc., Richmond 20, Virginia
Produits pharmaceutiques de qualité depuis 1878

Agents pour le Canada:
THE LEEMING MILES CO., LTD.
1 ouest, rue Notre Dame, Montréal, P.Q.

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

℞ Robitussin®

Robins

BRÛLURE GRAVE

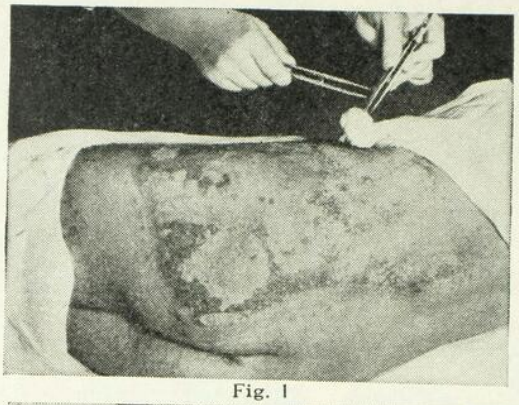


Fig. 1

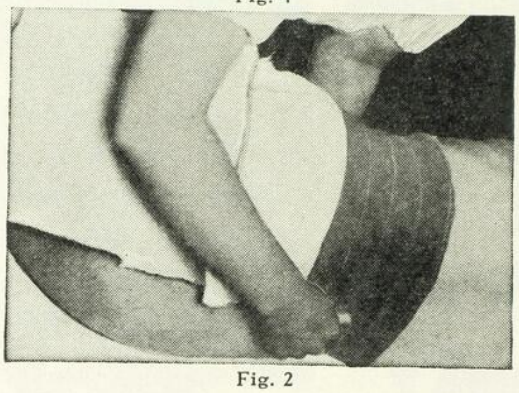


Fig. 2

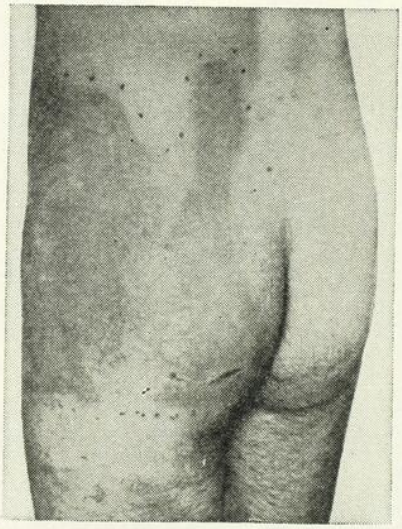


Fig. 3

Superficie 162 pouces carrés

Traitement à l'aide de tulle gras, pansements élastiques et bandes plâtrées

FICHE MÉDICALE * — Le patient, un jeune homme, fut hospitalisé à la suite de brûlure par une couverture électrique. La surface mise au vif mesurait 162 pouces carrés. On fit l'excision de la surface brûlée le même jour. On appliqua du tulle gras (Jelonet) maintenu en place par des bandes plâtrées avec du Gypsona recouvrant toute la superficie: abdomen et cuisse. Le patient reçut une transfusion de sang.

Sept jours plus tard sur toute la superficie atteinte on greffa une mince couche de peau prélevée sur les deux cuisses et on appliqua avec pression un pansement Elastocrêpe qui fut de nouveau maintenu en place au moyen de plâtre Gypsona.

Au bout de 7 semaines le malade reçut son exeat et pouvait reprendre son travail.

Ces détails et ces gravures proviennent d'un cas authentique. T. J. Smith & Nephew Ltd., de Hull, Angleterre, sont heureux de publier cet exemple typique parmi bien d'autres où leurs produits ont été employés avec succès, estimant que les résultats authentiques de ce genre sont d'intérêt général.

L'ÉLASTOCRÊPE est un bandage en tissu élastique, non adhésif, possédant les mêmes qualités uniques d'extension et de retrait que l'ELASTOPLAST. Les bandages en ÉLASTOCRÊPE doivent être appliqués fortement et également afin d'obtenir le degré de compression ou de soutien recherché. Ils permettent la ventilation et ne gênent pas la circulation. Les bandages en ÉLASTOCRÊPE. se vendent en bandes de 2, 2½, 3 et 4 pouces de large par 5/6 de verge de long (étendus) — le lavage leur rend leur élasticité.





Le JELONET (tulle gras) est une gaze complètement et également imprégnée de pétrolatum et de baume du Pérou à 1 pour cent. Il est présenté stérilisé et prêt à servir immédiatement, en boîtes contenant une bande continue de 8 verges ou des morceaux mesurant 3½ pouces par 3½ pouces.

L'ÉLASTOCRÊPE, le JELONET, L'ELASTOPLAST et le GYPSONA sont des produits de T. J. SMITH & NEPHEW, LTD, Hull, Angleterre.

SMITH & NEPHEW Ltd.

378 ouest, rue Saint-Paul

Montréal 1, P. Q.



"Parmi les personnes qui viennent consulter, ***au moins le tiers, et jusqu'aux deux-tiers,*** ont comme cause de leur mauvais état de santé un trouble émotif ou nerveux . . . la nervosité et la fatigue apparaissent comme les symptômes les plus courants."[1]

1. Wilbur, D.L.: J.A.M.A. 141:1199, 24 décembre 1949.

PRIMEUR!

MEDICATION SEDATIVE ET D'APPOINT DE LA NUTRITION COMPORTANT LA VITAMINE B12

Bēplete

ELIXIR VITAMINIQUE AU COMPLEXE B AVEC PHENOBARBITAL WYETH

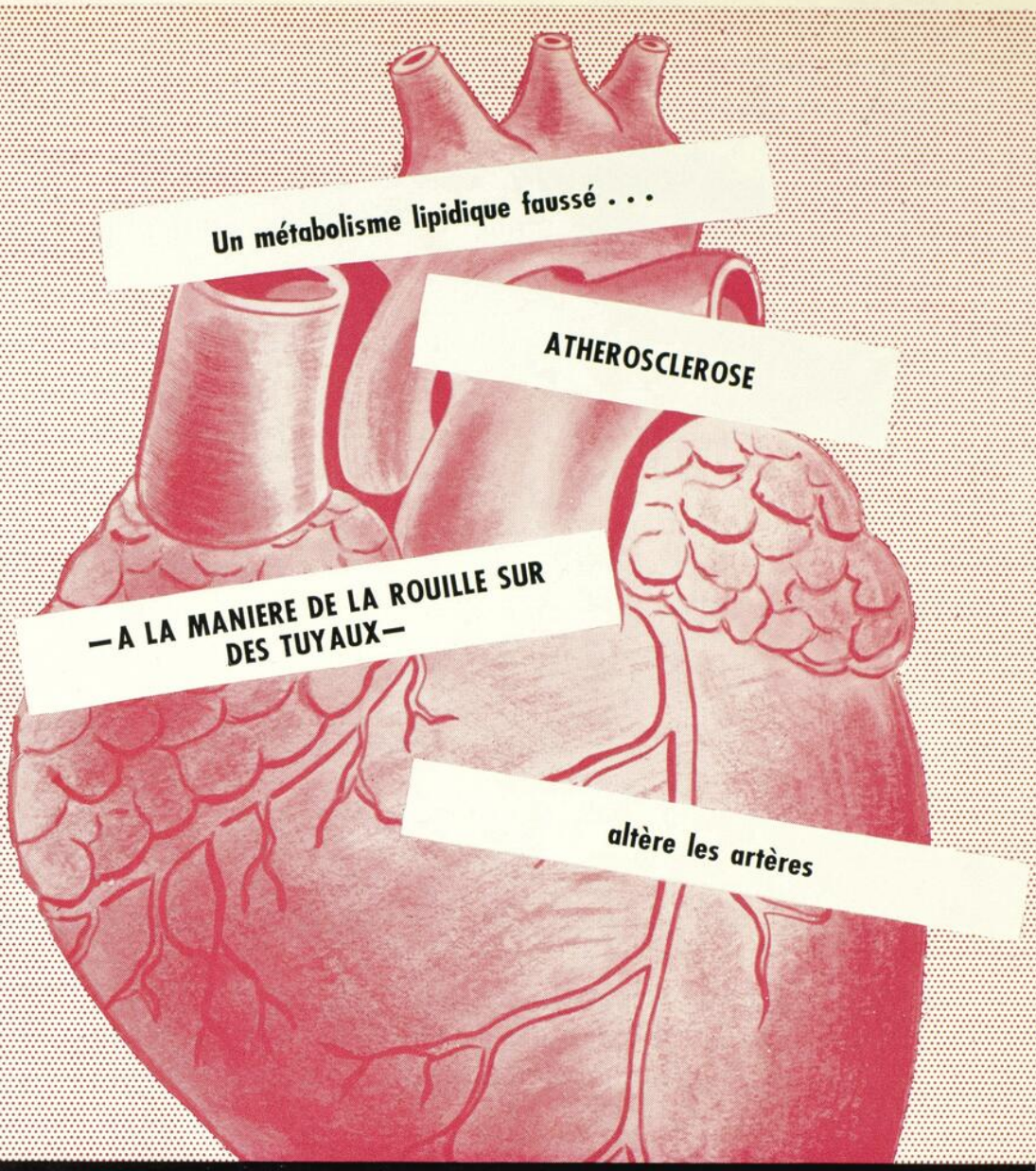
Constituants	*par ml. (c.c.)*	*Par cuillerée à thé*
Phénobarbital	0.062 gr.	0.25 gr.
Thiamine	0.25 mg.	1.0 mg.
Riboflavine	0.5 mg.	2.0 mg.
Niacinamide	2.5 mg.	10.0 mg.
Pyridoxine	0.1 mg.	0.4 mg.
Vitamine B_{12}	0.417 microg.	1.67 microg.
Alcool dérivé de l'acide pantothénique	0.5 mg.	2.0 mg.

POSOLOGIE: Une cuillerée à thé (4 c.c.) dans un quart de verre d'eau, avant les repas, ou suivant les conseils du médecin.

DANS UN VEHICULE APERITIF DELICIEUX A BASE DE VIN

Wyeth

Marque Déposée



cholino-thérapic et inositol

Wyeth
Marque Déposée

CONCENTRATION UNITAIRE: Le WYCHOL a comme base le citrate de tricholine. Sa composition par once liq. est de 6 Gm. de choline base . . . et une quantité efficace d'inositol—900 mg.

SAVEUR AGREABLE: Le WYCHOL possède une délicate saveur fruitée. Son acidité est faible (pH de 5.4 à 5.5). Le risque de malaise gastrique est donc réduit au minimum, de même que la nocivité à l'égard des dents.

ECONOMIQUE: Compte tenu de sa concentration en facteurs lipotropiques, le WYCHOL est le plus économique.

Vous obtiendrez la pleine collaboration de vos malades, qui retireront le bénéfice maximum de leur médication, si vous prescrivez

WYCHOL

SIROP WYETH A BASE DE CHOLINE ET D'INOSITOL

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



Post adéno-amygdalectomie

- Aspergum offre un contact immédiat de l'analgésique avec le foyer de la douleur.

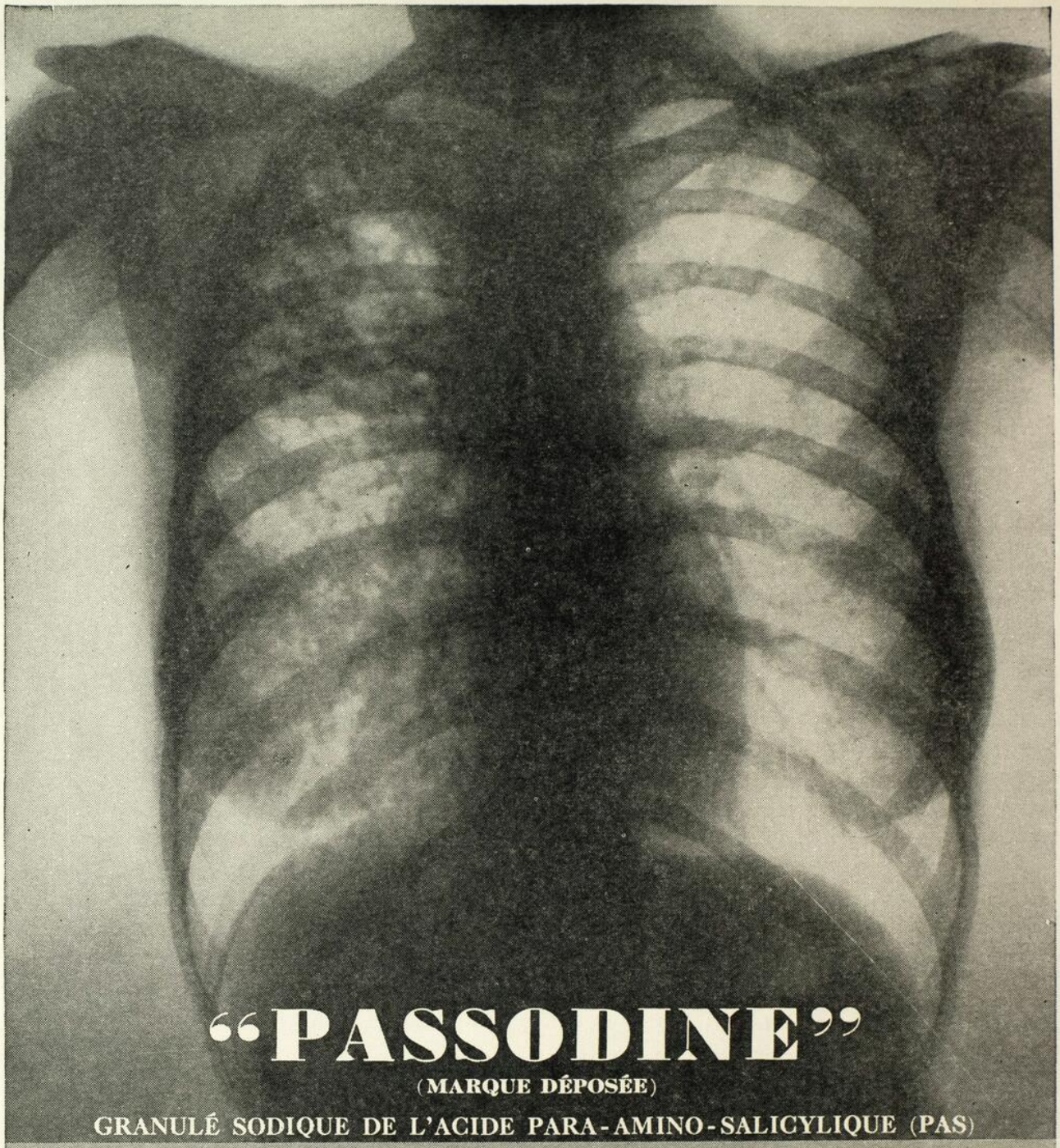
- La mastication facilite l'élimination des tissus nécrosés, stimule doucement les muscles de la déglutition, encourage la reprise de l'alimentation complète — hâte la convalescence.

- Aspergum procure aussi une légère analgésie générale et un antipyrétique chez les enfants. Son goût est agréable — les enfants le mâchent avec plaisir.

aspergum

Un comprimé d'un goût agréable contient 3½ grains d'acide acétylsalicylique — présenté sous une forme et à dose appropriées aux besoins de l'enfance... Annoncé seulement à la profession médicale.

WHITE LABORATORIES of CANADA Ltd.
64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ontario.



"PASSODINE"

(MARQUE DÉPOSÉE)

GRANULÉ SODIQUE DE L'ACIDE PARA-AMINO-SALICYLIQUE (PAS)

NOUVEL AGENT CHIMIOTHÉRAPIQUE
D'ACTIVITÉ TUBERCULOSTATIQUE RECONNUE

Employé par voie buccale comme adjuvant dans le traitement de la tuberculose pulmonaire—Indiqué surtout dans les cas où on a pu constater une résistance bacillaire au traitement par la streptomycine, ou une intolérance intoxiquante à cette dernière.

Des notes plus complètes concernant son emploi seront envoyées aux médecins qui en feront la demande.

LABORATOIRES DESAUTELS Limitée

200 ouest rue Craig

MONTREAL-1

associés pour vaincre les affections arthritiques



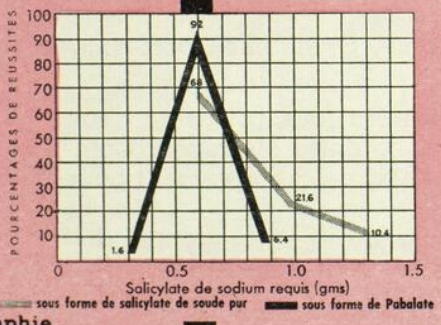


Des essais[2] cliniques comparés ont démontré que le Pabalate 'Robins' peut offrir pour les affections arthritiques une salicylothérapie supérieure au traitement par les salicylates seuls. La raison réside dans le fait que le Pabalate associe deux antirhumatismaux, chacun possédant une efficacité éprouvée—un salicylate et l'acide para-aminobenzoïque (le nouvel antirhumatismal qui soulage la douleur et diminue la fièvre).

Ces deux ingrédients agissent d'une façon synergique[1], en augmentant réciproquement leur concentration dans le plasma sanguin et procurant ainsi un degré *supérieur* de soulagement embrassant des périodes de *plus longue durée*. Avec le Pabalate, un soulagement d'une durée de 24 heures est devenue chose concrète.

Le traitement reste remarquablement exempt d'effets secondaires sur le tube digestif et l'économie en général. Au cours d'essais[2] pratiqués sur une série de 125 malades, il n'y en eut pas un seul atteint de symptômes toxicologiques au cours du traitement par le Pabalate.

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



(Chart) Pourcentage de cas de rhumatisme pour lesquels il fallut recourir à des doses variées afin d'obtenir un soulagement véritable. Remarquez que pendant le traitement au Pabalate, les pourcentages sont plus élevés malgré que les doses soient plus faibles.



Bibliographie

1. Dry, T. J., et al: Proc. Staff Meetings Mayo Clin., 21:497, 1946
2. Smith, R. T.: J. Lancet, 70:192, 1950.

PABALATE®

Comprimés

Robins

Agents pour le Canada:
THE LEEMING MILES CO., LTD.
1 ouest, rue Notre-Dame, Montréal, P. Q.

L'AMINOPHYLLINE FRANÇAISE

CARÉNA

SÉDO-CARÉNA

COMPRIMÉS

Caréna — Phénobarbital — Papavérine

Neurodystonies cardiaques
Spasmes vasculaires, Algies des cardiaques.

CARÉNA

INTRAMUSCULAIRE
Théophylline-éthylène-diamine
Syndromes cardiaques
Syndromes Cardio-rénaux
Œdèmes cardiaques, rénaux et hépatiques.
Dyspnées

CARÉNA-OUABAÏNE

AMPOULES I. V. — COMPRIMÉS

VASO-DILATATEUR — CORONARIEN

Défaillance cardiaque, cœur sénile

TRINITRINE-CARÉNA

COMPRIMÉS

Algies paroxystiques, état de mal angineux, crises d'angine de poitrine.

Laboratoires DELAGRANGE — Paris

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

GENOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

Maladie de Parkinson

Composition: Bromhydrate de Génoscopolamine.

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

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

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

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

Laboratoires AMIDO — PARIS

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

Le "PAS DE" a son importance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHLOROMYCETIN®

CHLORAMPHENICOL, PARKE-DAVIS

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

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

PARKE, DAVIS & COMPANY

MEDICAMENTA VERA P & CO.



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

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

MERCODOL*

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

Une commande spéciale pour narcotique est exigée

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

Merrell
1828
CINCINNATI • U.S.A.

Succursaie Canadienne: 44 Osler Street, Toronto 9, Ontario

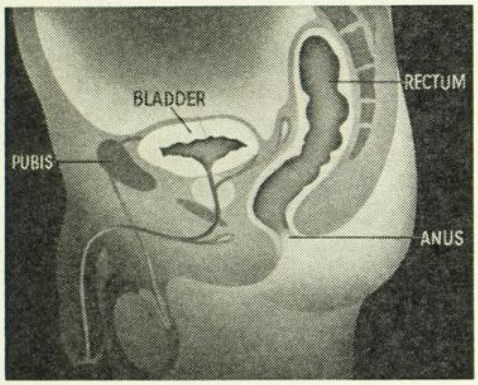
30 cc. contiennent:

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

*Marque Déposée

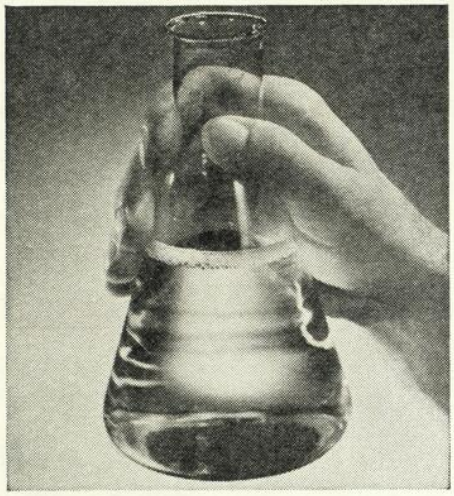
UNE STRATÉGIE NOUVELLE DANS LES INFECTIONS URINAIRES COURANTES

La douleur est rapidement soulagée et l'infection maîtrisée grâce à l'association Sulfathalidine et Hexylrésorcinol



La proximité de la vessie et du rectum

est censée contribuer d'une manière importante au succès des capsules Thalexyl dans le traitement des infections urinaires. Le Sulfathalidine que renferme le composé élimine dans l'intestin la source de l'infection et, par son action bactériostatique, peut empêcher les microorganismes de passer dans les voies urinaires. L'hexylrésorcinol soulage rapidement la douleur et exerce une action antiseptique prononcée sur une grande variété de microorganismes.



L'urine devient ordinairement limpide et brillante

moins d'une semaine après le début du traitement au Thalexyl.

THALEXYL, une association nouvelle de deux drogues partout reconnues, a montré une efficacité exceptionnelle dans le traitement symptomatique et bactéricide des infections urinaires. Le traitement est basé sur le rapport anatomique existant entre la vessie et le rectum, ainsi que sur l'action bactériostatique, antiseptique et analgésique des deux composants.

Soulagement rapide. Quand on administre les capsules Thalexyl dans les cas d'infections urinaires aigues et chroniques, il y a prompt soulagement de la douleur et de la gêne, et l'urine devient ordinairement limpide et brillante en moins d'une semaine. Les résultats découlent de la double action antibactérienne du Sulfathalidine dans l'intestin inférieur et de l'hexylrésorcinol dans les voies urinaires où ce dernier exerce en même temps une action analgésique marquée, soulageant ainsi l'irritabilité vésicale, la sensation de brûlure, la pollakiurie et le ténesme. L'administration du médicament devrait durer trois semaines nonobstant l'amelioration symptomatique et bactériologique, afin de réduire au minimum la possibilité d'une recidive. Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 13, Ontario.

Formule du Thalexyl:

Sulfathalidine phthalylsulfathiazole . . . . . 0.5 gm.
Hexylrésorcinol . . . . . 0.1 gm.
S'obtient en flacons de 100 capsules. Les capsules Thalexyl s'avalent facilement vu leur forme allongée.

ni 3 ... ni 2 ...

mais 1 seule ampoule

ARTHRO-DOX

(complexe cortico-ascorbique)

renferme tous les principes actifs.

- **sans toxicité**
- **disponible en abondance**
- **de prix abordable**

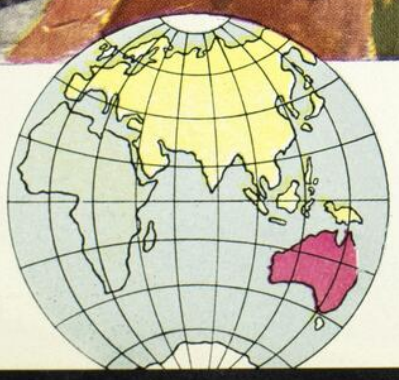
L'arme de choix du praticien dans
L'ARTHRITE RHUMATOÏDE
(30 % de résultats positifs)
Posologie moyenne: 1 ampoule par jour, à concurrence de 12 injections maximum.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est, rue Jean-Talon, - - - Montréal, P. Q.



QUAI CIRCULAIRE, SYDNEY, AUSTRALIE—PAR FREDE V



DE SYDNEY

à Saint-Jean, N.B. . . .

...aux médecins de partout

1533 rapports sur un seul anesthésique



PONT GOLDEN GATE, SAN FRANCISCO—PAR FREDE VIDAR

Depuis 1934, alors qu'Abbott a introduit le Pentothal Sodique pour l'anesthésie intraveineuse, des articles décrivant son efficacité ont paru régulièrement dans la presse médicale dans tout le monde civilisé. Ces articles, publiés en moyenne à raison de huit par mois, ont fourni aux médecins de partout des directives autorisées sur les emplois de ce barbiturique d'action ultra-brève, emplois portant sur toutes les sortes d'opérations, depuis une simple incision et drainage jusqu'aux procédés chirurgicaux les plus compliqués.

Il y a de bonnes raisons pour cette documentation étendue: ***le patient*** bénéficie d'une induction rapide de l'anesthésie, ordinairement dénuée d'anxiété, l'amnésie chirurgicale est complète, et le réveil est court, agréable, et presque toujours sans nausées; ***le chirurgien*** est libéré de la crainte d'explosion ou d'incendie, il peut demander—et obtenir en un instant—une anesthésie plus profonde, il peut tenir le patient endormi quand il emploie une anesthésie locale ou régionale, il a entre les mains un patient avec moins de complications postopératoires;

l'anesthésiste dispose d'équipement simple et facile à serrer, d'un anesthésiste qui peut s'employer conjointement avec un grand nombre d'autres anesthésiques selon les besoins individuels du patient, et il peut régler avec précision le degré d'anesthésie.

De la littérature détaillée sur le Pentothal Sodique vous sera envoyée sur demande. Un film en couleur sur les emplois et les limitations du Pentothal Sodique en obstétrique peut être mis à la disposition des groupes médicaux intéressés. Adressez-vous aux Laboratoires Abbott Limitee, Montreal 9.

Abbott

Comme adjuvant du PENTOTHAL Sodique

CHLORHYDRATE DE *d*-TUBOCURARINE, ABBOTT

... présenté en fioles de 10 cc. et de 20 cc., contenant 3 mg. de chlorhydrate de *d*-tubocurarine pentahydraté par cc.



Assurez-vous que l'étiquette de l'ampoule se lise...

Pentothal Sodique

NOM DEPOSE

(THIOPENTAL SODIQUE STÉRILE ABBOTT)

POUR ANESTHESIE INTRAVEINEUSE

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 78:

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

... Passons maintenant à cette question: Dans quelles conditions se forme le réflexe conditionnel? Comment se constitue la mise en contact de la nouvelle voie nerveuse? La condition fondamentale est la concordance du temps d'action de chaque agent externe avec celle de l'excitateur absolu. Dans notre cas la nourriture est l'excitateur absolu de la réaction alimentaire. Ainsi, si l'absorption de la nourriture chez l'animal correspond à l'action sur lui d'un agent qui auparavant n'avait aucune relation avec l'alimentation, cet agent devient excitateur de cette même réaction, au même degré que la nourriture.

Dans le cas observé par nous, il en était justement ainsi. Nous essayions à plusieurs reprises d'agir sur le chien à l'aide du son du métronome, puis nous lui donnions tout de suite de la nourriture, c'est-à-dire que nous produisions le réflexe alimentaire congénital. Quand nous avions répété à plusieurs reprises cette opération, il en résultait que seul le bruit du métronome commençait à provoquer la salivation et les mouvements correspondants. La même chose arrive dans le cas du réflexe de défense en présence, dans la cavité buccale, de substances refusées. Si nous introduisons dans la gueule du chien une faible solution d'acide, nous obtenons le réflexe absolu à l'acide, l'animal fait des mouvements variés, secoue avec frénésie la tête en gardant la gueule ouverte, rejette à l'aide de la langue l'acide et en même temps il se produit une salivation abondante. Une réaction tout à fait identique est obtenue à l'aide de n'importe quel agent extérieur, dont le moment d'action correspondrait à plusieurs reprises avec l'introduction d'acide dans la cavité buccale du chien...

(PAVLOW)

BULLETIN

LE XX[e] CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

Les sens encore remplis des images du XX[e] Congrès, nous pouvons bien en marquer dès maintenant les reliefs et souligner l'esprit qui s'en est dégagé.

Ce fut un Congrès animé, vivant, attentivement et abondamment suivi.

Les nombreux exhibits scientifiques et commerciaux furent constamment achalandés.

Ce qui est mieux encore, les séances scientifiques n'ont pas manqué de très nombreux auditeurs. Ce fait fut, en grande partie, dû à la qualité des rapporteurs, mais surtout aux sujets qui furent traités.

A ce propos, on doit féliciter les membres de l'Exécutif d'avoir construit un programme varié dans son agencement. Il comprenait d'une part des questions diverses, brièvement et objectivement exposées, offrant toutes un intérêt immédiatement pratique; il contenait, d'autre part, des études d'ensemble développées succinctement par différents rapporteurs. Ces courtes leçons, ne mettant en lumière que les notions les plus objectives et les plus immédiatement utiles d'un sujet, bien entendu ne pénètrent pas en profondeur, ne prétendent pas verser sur l'auditoire des flots d'érudition; mais elles ne lassent pas, soutiennent au contraire, par la diversité des sujets et des auteurs qui se succèdent et par leur objectivité, l'attention de ceux qui écoutent et désirent en retirer un avantage réel.

Et nous croyons bien que la majorité des médecins qui ont assisté au XX[e] Congrès, sinon tous, ont été pleinement satisfaits des activités scientifiques. Les félicitations qu'ils ne cessèrent de témoigner spontanément aux officiers durant les assises, en paraissent une démonstration convaincante.

Promesses de futurs succès! Attachement plus entier à l'Association, plus vif intérêt à l'égard de ses activités!

Dès la séance d'ouverture à laquelle se trouvait une très nombreuse assistance, on put pressentir l'esprit qui présiderait à ce Congrès. Atmosphère scientifique, bien sûr; mais aussi climat de dignité et d'élévation morale envers la profession dont les partici-

pants ne peuvent oublier la noblesse et les impérieuses exigences; mais aussi assentiment unanime spontanément, sinon explicitement, exprimé pour une médecine humaine et morale, humainement et moralement exercée par le médecin qui peut atteindre le plus intimement l'homme qui souffre: « le médecin de famille ».

Ces directives du Congrès non expressément invoquées, mais induites par l'implacabilité des temps actuels furent les principaux atouts du succès obtenu.

L'Association avait institué lors d'un congrès précédent un comité d'Economie Médicale devant étudier tout problème se rapportant à la stabilité de la profession et aux intérêts de la population en accord avec l'exercice de la médecine. Ce comité assuma sa tâche avec assiduité, donnant de lui-même le plus possible, visant à résoudre certaines difficultés d'ordre administratif et social, visant aussi à éclairer éventuellement les pouvoirs publics dans leur rôle et leur obligation d'instaurer des mesures de sécurité sociale.

Durant ce XX^{e} Congrès, une innovation importante fut réalisée en une séance d'Economie Médicale au cours de laquelle un rapport fut exposé et commenté. Ce rapport fut le prix des séances d'études de ce comité. Il contient des vœux formulés brièvement qui sont quelques-uns des critères généraux pouvant actuellement inspirer la pratique de la médecine. Ces critères n'ont rien de révolutionnaire ni de très original; ils sont l'expression d'une opinion, une prise de position à l'égard de certaines conditions ou de certaines tendances pour lesquelles l'Association désirait exprimer son avis.

A vrai dire les suggestions formulées, si elles n'étaient pas partagées par tous, si elles paraissaient plus ou moins réalisables à quiconque ou surtout si elles paraissaient incomplètes, ont du moins le mérite de ne contenir aucun élément de désunion dans la profession ou de nuisible à la population. Elles sont, encore une fois, une expression d'opinion de la part d'une Association respectable par son caractère et le nombre de ses adhérents, expression d'opinion bien explicite devant instruire nos gouvernements sur notre façon de penser sur une question d'importance.

Afin de renseigner tous nos lecteurs sur la teneur de ce rapport, nous en publions le texte à la fin de ce bulletin.

Quoi qu'il en soit de la portée pratique de cette initiative et des résultats obtenus dont l'insuccès ne dépendra sûrement pas d'une action interrompue de l'Association, on peut incontestablement se

louer de la portée fructueuse immédiate qu'aura eu la séance d'Economie Médicale. Elle a contribué à rapprocher plus près de l'Association ses nombreux adhérents, elle leur a fait sentir qu'elle s'occupait d'eux et des problèmes qui les préoccupent, elle les a peut-être convaincus que l'encouragement et l'adhésion qu'ils accordent à leur Association en valent la peine et qu'en retour elle ne les oublient pas. Enfin, elle prend du prestige auprès d'eux; ils peuvent avoir la fierté d'appartenir à un groupement qui s'adapte aux impératifs de l'époque et ne s'immobilise pas dans une imprévoyante stagnation.

Pour tout cela, pour cette marche en avant et le succès de nos assises, nous devons féliciter et remercier le Conseil de l'Association, tout particulièrement le docteur D. Marion, son Directeur Général, le secrétaire-trésorier, le docteur Hermile Trudel, l'Exécutif du Congrès et plus spécialement son Président, le docteur J.-A. Vidal, son secrétaire le docteur Pierre Smith, et ses dévoués auxiliaires; nous n'oublions pas le très actif coordinateur des activités du Congrès, le docteur Origène Dufresne.

Un groupe important d'annonceurs de produits pharmaceutiques, d'instruments chirurgicaux et d'appareils électriques furent des collaborateurs importants, ils ont droit également à un témoignage de gratitude.

La tenue d'un congrès médical est impossible sans rapporteurs, ils en constituent l'armature, la raison d'être. Ceux du XX^{e} Congrès ont droit à des félicitations sincères; nos confrères qui présidèrent aux délibérations et maintinrent la bonne ordonnance des séances doivent également être remerciés de leur dévouement.

Selon une coutume qui nous est chère et dont nous ne pourrions, sans amertume, nous départir, la France tint à participer activement à notre Congrès. La Professeur Kourilsky, qui entretient la flamme d'une affection réciproque que son Maître Sergent avait allumée, conduisait une délégation dont les autres membres distingués furent le Professeur Léopold Nègre et le docteur Lamotte-Barrillon. Leurs communications contribuèrent à rehausser la qualité scientifique de nos séances. Nous leur en sommes reconnaissants et nous leur assurons de notre fidélité au souvenir de la France.

Le succès d'une entreprise dépend du zèle de tous et de chacun, la coopération complète semble avoir été le fait du XX^{e} Congrès.

Deux événements d'importance ont marqué la clôture de nos assises. C'est d'abord la décision prise par le Conseil qu'il y aura dorénavant un Congrès annuel. Nous applaudissons sans restriction à cette nouvelle politique. Notre Association a maintenant la maturité suffisante pour se conformer à la ligne de conduite des sociétés et associations sérieuses ou importantes.

Nous félicitons le docteur Denoncourt de sa nomination à la fonction de Président du prochain Congrès qui aura lieu à Trois-Rivières l'année prochaine.

Le deuxième événement fut la démission du Directeur Général, le docteur Donatien Marion et la nomination du docteur Emile Blain comme nouveau Directeur.

Le docteur Marion était intégré à la vie même de l'Association, il en fut l'animateur depuis ces onzes dernières années, tellement actif, dynamique et intéressé à l'essor de l'institution, fut sa contribution d'abord comme trésorier et, depuis 1946, comme Directeur Général. On peut lui rendre ce témoignage qu'il a dépensé son inlassable activité à l'avancement de l'Association et aux bénéfices des siens, tant fut et est encore fortement ancrée en lui une fierté ethnique qu'on ne peut manquer d'admirer. Nous regrettons vivement son départ du poste qu'il occupait. Il a tous les droits à notre gratitude.

Le docteur Blain, son successeur, bien au fait des questions d'intérêts professionnels, connaissant parfaitement les rouages administratifs, esprit lucide et sagace, pondéré dans ses jugements comme ferme dans ses décisions, sera, nous n'en doutons pas, un directeur digne de ceux qui ont dans le passé veillé aux destinés de notre Association.

Nous lui souhaitons le succès le plus complet dans la fonction qu'il assume et nous sommes assuré que tous les membres de l'Association sauront s'associer intimement à lui, afin qu'elle puisse accéder à de nouveaux accomplissements, au progrès renouvelé.

Les hommes passent, mais doivent survivre et se surpasser les institutions, sans cesse vivifiées par l'esprit que leur infusa la vie.

Roma AMYOT.

SUGGESTIONS CONCERNANT L'EXERCICE DE LA MÉDECINE RÔLE PRÉPONDÉRANT DU PRATICIEN

(Rapport Amyot)

Je crois que notre étude devrait marquer une prise de position en regard de l'exercice de la médecine dans les conjonctures actuelles et devrait apporter certaines suggestions comportant des mesures ou moyens à mettre en œuvre pour sauvegarder le bon équilibre de la pratique de la médecine en général, à l'avantage bivalent de la population et de notre profession.

Aucune intention favorisant un groupe particulier de médecins ne postule cette étude. Cependant, comme nous reconnaissons que le praticien constitue la pierre angulaire de notre profession et surtout de l'exercice médical, nos considérations porteront surtout sur lui, sur les conditions dans lesquelles il devrait pouvoir professer son art et appliquer sa science.

1. — *Une certaine entrave à l'exercice éclairé de la médecine auprès de la clientèle payante est incontestablement, de nos jours, l'obligation de recourir à des examens complémentaires de laboratoires et d'électro-radiologie qui sont d'autre part d'un coût hors d'atteinte pour une grande partie des malades.*

Il s'ensuit que les médecins, les praticiens sont trop souvent gênés dans leurs moyens et les malades privés d'avantages diagnostiques indispensables.

Si vraiment les gouvernants sont consentants à consacrer des sommes importantes à la sécurité sociale, on devrait penser à accorder gratuitement certains examens de laboratoire courants comme azotémie, glycémie, formule sanguine, etc., et même les examens radiologiques les plus communs et les plus demandés. Il s'agirait d'établir, en des points stratégiques, des centres de laboratoires et de radiologie. Les laboratoires et les services de radiologie de certains hôpitaux urbains et régionaux, bien outillés et surtout bien desservis par un personnel médical dûment spécialisé, pourraient être ces centres d'examens. Ou si on ne pouvait obtenir une gratuité absolue, on devrait du moins pouvoir diminuer généreusement les honoraires exigés pour ces examens complémentaires par une subvention de l'Etat qui contribuerait conjointement avec le malade.

2 — *Pour ce qui est de l'hospitalisation, dans l'intérêt de la population et de tous les médecins, spécialistes et praticiens, l'assurance-hospitalisation est à recommander.*

D'autre part, il serait désirable que le médecin praticien pût faire hospitaliser facilement ses malades privés et semi-privés et de les y traiter lui-même, aussi bien dans les villes que dans les régions rurales.

Bien entendu, les chirurgiens agréés dans les hôpitaux devraient être nantis du certificat de compétence du Collège des Médecins. Quant à l'observation et au traitement des malades dans les salles publiques par tout médecin praticien, il paraît difficile de recommander sans restriction la même politique de la porte

ouverte. A moins que dans certains hôpitaux régionaux ou même urbains non universitaires, on puisse organiser un service du médecin praticien sous la surveillance d'un bureau médical sérieux, attentif et zélé.

Il est impératif que tous nos hôpitaux possèdent des règlements, si possible standardisés, strictement suivis tant au point de vue disciplinaire que scientifique, appliqués par un bureau médical.

3 — *La mise en opération de plans à contribution volontaire et forfaitaire préalablement versée, donnant droit aux soins chirurgicaux et médicaux, à l'hôpital, à domicile et au cabinet de consultation, est à recommander, car elle favorise les soins à la population et définitivement la profession médicale.*

Bien entendu, on devra voir à ce que les honoraires soient suffisants, la contribution non onéreuse et les restrictions non prohibitives.

4 — *Le problème de l'exercice dans les campagnes est sérieux. Le jeune médecin se spécialise ou désire exercer comme praticien dans les grandes villes ou dans de petites villes de province. La campagne proprement dite, le village, le rang rural sont mal servis et même certaines régions éloignées et plus pauvres sont dépourvues complètement de médecins.*

Voici quelques suggestions qui seraient susceptibles d'améliorer la situation actuelle; elles portent tout particulièrement sur le sort et la situation des praticiens des campagnes.

a) *En principe, des médecins d'extraction rurale devraient être encouragés et se sentir appelés à exercer dans les campagnes. Il est inutile d'insister sur les raisons qui motivent une telle opinion.*

b) *Il est urgent d'y faciliter le plus possible la vie et le travail du praticien: maison mise à la disposition, facilité concernant tout citoyen rural comme loisirs organisés, chemins, électricité, etc.; hôpitaux régionaux surtout bien outillés et excellemment pourvus de radiologistes et de médecins de laboratoires, plutôt qu'imposants, spacieux et trop coûteux. Il serait souhaitable qu'on songe préalablement à outiller ces hôpitaux et à les pourvoir de chirurgiens et de médecins techniciens compétents avant d'en commencer la construction.*

c) *Laisser aux praticiens certains soins sanitaires de prévention, faciles d'application et qui ont été tout récemment attribués aux médecins des Unités Sanitaires ou des Services de santé.*

d) *Organiser ou stimuler l'organisation par des associations médicales auprès des sociétés régionales, de conférences périodiques prononcées par des compétences. Ces conférences et ces cours post-scolaires auraient pour but de renseigner le praticien, d'effectuer des mises au point sur les nouveautés en médecine.*

e) *L'enseignement universitaire pourrait avec avantage offrir un caractère plus objectif, plus clinique, plus adapté au traitement efficace du malade, moins « compartimenté » en spécialités selon les systèmes et appareils, afin que le praticien loin des centres universitaires, isolé au sein de son territoire, se sente*

mieux pourvu de moyens naturels de diagnostic et éprouve moins souvent le besoin de recevoir l'appui du spécialiste à l'égard duquel il se considère trop facilement inférieur.

f) *Durant la période de leurs études, les étudiants pourraient prendre contact avec des praticiens ruraux convaincants et compétents qui viendraient leur exposer les avantages de l'exercice à la campagne; avantages pécuniaires découlant non seulement du gain, mais surtout de la vie moins coûteuse, plus hygiénique, plus belle, plus naturelle, en contact avec une population en général plus honnête et plus humaine; prestige beaucoup plus reconnu du médecin dont le rôle de chef de file, dirigeant éclairé de l'opinion publique, peut être facilement reconnu et apprécié.*

5 — *On comprend que certaines régions de colonisation, pauvres, où le groupement humain est d'une faible densité ne peuvent se procurer les offices de médecins. Comment pourrait-on remédier à cette lacune sérieuse? Une solution à tenter serait que l'Etat confie à des praticiens généreusement rétribués par lui le rôle d'exercer la médecine en des endroits stratégiques. Ces médecins pourraient exercer par contact direct et, au besoin, ils pourraient surveiller et diriger le travail d'infirmières qui occuperaient des postes rayonnants autour du centre médical.*

Cette politique sauvegarderait les règlements du Collège des Médecins puisque la responsabilité médicale découlerait du médecin, et que les populations se sentiraient moins délaissées, mieux servies et éventuellement mieux traitées.

ESSAI ÉTIO-PATHOGÉNIQUE DU PSORIASIS

J. CHARPY,
Professeur à la chaire de Dermatologie,
Faculté de Médecine de Marseille.

I

Le point de départ de mes recherches a été la vérification des travaux de Grüneberg (1933), de Reiss, de Kissmeyer et collaborateurs sur l'action thérapeutique des extraits de cortico-surrénale dans le psoriasis.

J'ai vérifié les données de ces auteurs et constaté un certain nombre de faits nouveaux:

1) *La cortine naturelle* (extrait cortico-surrénal total) *blanchit les psoriasis jeunes en poussée récente, agit sur les arthropathies psoriasiques* et améliore parfois les placards invétérés.

Les auteurs allemands utilisaient des extraits totaux très concentrés (extraits de Swingle et Pfiffner, Ecortan, etc.), qu'il était très difficile de se procurer, et qui étaient extrêmement onéreux. J'ai pu néanmoins en 1938 utiliser ces produits chez 10 malades, et j'ai constaté une action thérapeutique directe aussi remarquable sur l'éruption que sur les manifestations articulaires (3 cas).

Les effets sont proportionnels aux doses administrées: pour obtenir un blanchiment rapide, en 10 à 15 jours, il faut injecter chaque jour à un malade de poids moyen (60 kgs) une quantité d'extrait correspondant à 500 ou 600 grammes de glande fraîche de porc (soit 8 à 10 g. par kilo). Les effets favorables survivent plus ou moins longtemps à la cessation du traitement; mais les récidives sont la règle.

2) *L'hormone corticotrope hypophysaire* (corticostimuline) *agit de la même façon que la cortine naturelle.* Ce n'est que tout récemment que j'ai pu vérifier ces faits avec une corticotrophine d'origine américaine: les doses utiles sont de 50 mg. à 100 mg. par jour pendant quelques jours.

De cette action on peut déduire que les hormones cortico-surrénales actives dans le psoriasis sont celles qui sont sous la dépendance de la cortico-stimuline, c'est-à-dire les 11 oxycorticostéroïdes. Les autres hormones hypophysaires (hormones gonadotropes, extraits totaux du commerce) n'ont aucune action comparable. Les extraits totaux au contraire semblent aggraver l'éruption psoriasique.

3) Chez l'homme, comme chez la femme, *la folliculine* est inactive employée isolément. Associée à la cortine naturelle, *elle en renforce nettement l'action,* à doses moyennes. *Les œstrogènes de synthèse,* en particulier le diethylatilboestrol, agissent de même.

4) *Les extraits cortico-surrénaux du commerce français* sont en général assez pauvres en produits hormonaux actifs. Toutefois, si on les emploie *à très fortes doses,* ils ont constamment une action favorable sur le psoriasis, celle-ci n'aboutit au blanchiment que dans les formes légères.

Les extraits buvables sont aussi actifs, sinon plus que les formes injectables. Ce point de vue est intéressant parce qu'il confirme que les hormones utiles sont de celles qui échappent à l'action destructrice du foie.

5) *L'acétate de désoxycorticostérone*[1] n'a absolument pas l'action antipsoriasique directe et évidente de la cortine naturelle: il n'agit apparemment ni sur l'éruption, ni sur les manifestations articulaires.

Toutefois il convient de noter que *dans 7 observations personnelles de psoriasis graves et très étendus, l'administration prolongée de fortes doses de Syncortyl a abouti, après une inefficacité totale de plusieurs semaines* (5 à 13 semaines) *à une guérison rapide,* qui s'est

1. De tous les produits français, celui qui m'a donné les meilleurs résultats est un extrait alcoolique buvable, dont 1 cc correspond à 0 g. 50 de lipoïdes ou à 10 g. de glande fraîche. On peut obtenir régulièrement des blanchiments rapides dans des psoriasis en poussée récente, *avec des doses énormes* de 50 à 100 cc par jour (correspondant à 500 ou 1 000 g. de glande fraîche) pour un adulte de poids moyen. Ces doses sont bien supportées. Le véhicule alcoolique oblige à les donner en plusieurs prises espacées.

maintenue plus d'un an dans les 3 cas qui ont pu être suivis. Ces blanchiments « à retardement » qui s'accompagnent d'une crise de diurèse sont tout à fait remarquables.

Je pense qu'il faut les mettre sur le compte de l'antagonisme désoxycorticostérone / 11 oxycorticostéroïdes, démontré par Thorn, puis par Long, en ce qui concerne l'équilibre hydrochloruré. La désoxycorticostérone, hormone du sel et de l'eau, administrée longtemps à fortes doses déterminerait la rétention dans le milieu humoral de certains ions minéraux. Cette rétention, à la longue, par un mécanisme complexe (irritation rénale, excitation neurohypophysaire?) provoquerait une stimulation tardive et apparemment durable de la sécrétion antagoniste des 11 oxycorticostéroïdes, qui seraient responsables du blanchiment

Cette thérapeutique de « sommation » contraindrait en somme le psoriasique à rétablir lui-même son équilibre. C'est à ce titre qu'elle *paraît intéressante, non seulement dans le psoriasis, mais peut-être aussi dans le rhumatisme chronique évolutif,* après une phase probable d'aggravation des phénomènes articulaires.

La grosse question est de savoir si cette « sommation » ne s'obtient pas au prix de lésions irréversibles, en particulier au niveau du rein. En effet Selye a montré expérimentalement que des injections de fortes doses d'acétate de désoxycorticostérone déterminaient une néphro-sclérose hypertensive, de la myocardite et de la périartérite noueuse.

Il est juste de dire que les doses administrées dans les cas de psoriasis que j'ai soignés (au maximum 1/6 mg./kg./jour) étaient très inférieures à celles employées chez l'animal. Au cours de mes traitements et pour les 3 malades qui ont pu être suivis à la suite de ces traitements, il n'a été noté aucune modification pathologique, aucun œdème, aucun signe de souffrance rénale. La tension artérielle dans aucun cas ne s'est trouvée sensiblement modifiée.

Ces essais, qui datent déjà de quelques années, et que j'avais interrompus par prudence, mériteraient sans doute d'être repris systématiquement en observant minutieusement, jour après jour, les malades au point de vue humoral et rénal, pendant toute la durée de la thérapeutique et dans les semaines qui suivront. Je me propose de faire cette étude.

6) Parmi les autres stéroïdes hormonaux, il faut noter que *progestérone et acétate de testostérone* n'ont aucune action précise dans le psoriasis.

7) *La vitamine D_2* a parfois une action favorable, mais inconstante, et le plus souvent insuffisante. Je suis loin de partager à ce sujet l'enthousiasme de certains auteurs.

On sait que la vitamine D_2 est acidifiante (Lecoq) : il semble que cette acidification soit un facteur peu favorable dans le psoriasis. Et, de fait, l'association à la vitamine D_2 d'une médication alcalinisante permet d'en obtenir des résultats pratiques parfois intéressants.

8) Les résultats favorables publiés par certains auteurs avec des injections intraveineuses de *vitamine C* à doses fortes pourraient s'expliquer par une activation fonctionnelle de la corticosurrénale, selon les idées de Giroud. Ces résultats me sont apparus comme étant très infidèles.

Là aussi, le facteur acidification est sans doute à considérer. Les effets bien meilleurs, quoiqu'inconstants, de l'*association de grosses doses de vitamine A* (200 000 à 400 000 unités par 24 heures) *et de vitamine C* (1 à 5 g. par 24 heures) s'expliquent peut-être par l'action alcalinisante correctrice de la vitamine A.

9) Les conceptions, qui régnaient en 1940, à la suite des travaux de Vergar sur la cortico-surrénale « glande de la phosphorylation » et qui ont été remis en cause depuis, m'ont amené, de 1942 à 1945, à essayer *d'associer aux extraits totaux de cortico-surrénale divers éléments du complexe B.* J'ai pu ainsi noter un certain nombre de faits que je résume ici pour leur seul intérêt doctrinal, car une longue expérience m'a montré qu'ils n'étaient pas susceptibles d'apporter une solution pratique au problème thérapeutique du psoriasis:

a) la lactoflavine (*per os* ou en injections) renforce légèrement mais nettement l'action de la cortine naturelle;

b) les lactoflavines d'origine naturelle sont, à cet égard, plus actives que les lactoflavines synthétiques;

c) les vitamines B_1 (aneurine), B_6 (pyridoxine), PP (nicotamide) et l'adénine, inactives isolément, semblent renforcer l'action de la lactoflavine. De même l'acide adénosine phosphorique d'origine musculaire;

d) enfin, l'action synergique de ces éléments B est améliorée lorsqu'on leur adjoint des extraits naturels de levure, ou différents extraits d'organes.

* * *

De tous les essais thérapeutiques qui viennent d'être rapportés, il est permis de conclure que *les extraits totaux de cortico-surrénale ont une action favorable directe, constante, proportionnelle aux doses employées sur les efflorescences psoriasiques et sur les phénomènes articulaires qui peuvent les accompagner.*

Cette action favorable est le fait des 11 oxycorticostéroïdes, c'est-à-dire des hormones *qui sont sous la dépendance de la corticotrophine hypophysaire* et qui échappent à l'action destructrice du foie.

Il m'a été malheureusement impossible d'expérimenter l'un quelconque de ces 11 oxycorticostéroïdes à l'état pur (corticostérone), 11 dihydrocorticostérone ou composé A de Kendall, 17 hydroxycorticostérone ou composé F de Kendall, 11 déhydro 17 hydroxycorticostérone ou composé E de Kendall...

Je n'ai pas pu davantage faire des dosages de 11 oxycorticostéroïdes dans les urines des malades.

Il convient de noter:

1. Que l'action favorable dans le psoriasis des 11 oxycorticostéroïdes est à rapprocher des améliorations connues depuis longtemps sous l'influence d'une *médication thymique*: administration d'extraits, stimulation radiothérapique du thymus (Brock). On sait, en effet, depuis les travaux de White et Dougherty que thymus et tissu lymphoïde sont sous le contrôle hormonal de la cortico-surrénale et de la corticostimuline hypophysaire.

2. Les blanchiments et les améliorations obtenus dans le psoriasis sous l'influence des extraits cortico-surrénaux (et des extraits thymiques) *s'accompagnent constamment d'une correction de certains troubles métaboliques, qui préexistent à l'éruption, et que celle-ci, en se développant, vient modifier et corriger plus ou moins*: nous étudierons ces faits dans une prochaine note.

Le gros problème, qui se trouve posé, est en définitive celui *de savoir s'il existe à la base du psoriasis une insuffisance fonctionnelle de la cortico-surrénale,* et en quoi consiste cette insuffisance. Nous nous efforcerons de résoudre ce problème dans une étude à venir.

II

1. *La lésion cutanée parakératosique du psoriasis* montre simultanément des signes histologiques d'hyperactivité du corps muqueux de Malpighi et un arrêt de la fonction de kératinisation normale de l'épiderme.

Cette contradiction apparente s'explique facilement si l'on veut bien admettre les conclusions des expériences de Fischer sur des cultures de peau: la kératinisation serait un phénomène fermentaire anoxybiotique, qui se déclencherait dans les cellules du corps muqueux de Malpighi, lorsque celles-ci viendraient à manquer d'oxygène. *Toute parakératose serait ainsi la conséquence logique d'une suractivité oxybiotique de l'épiderme, d'un excès d'oxygène.*

Dans le psoriasis, le trouble serait au maximum: en effet, les mesures de Gessler et de Ganz [2], faites en cellules de Warburg auraient montré que *le quotient respiratoire de la peau malade,* c'est-à-dire le rapport entre la quantité d'O2 consommé en 1 heure et le poids de la peau qui consomme cet O2, *est augmenté de 400 % dans le psoriasis,* alors qu'il ne l'est guère que de 100 % dans les inflammations cutanées les plus aiguës (eczéma, érythrodermies...).

2. Citées d'après Darier, *in Nouvelle Pratique Dermatologique.* Tome I, p. 157.

Je publierai, dans quelques mois, un travail qui confirme, par des moyens tout à fait différents, cette suractivité oxybiotique de l'épiderme psoriasique.

C'est là une caractéristique essentielle du psoriasis, à laquelle il ne semble pas qu'on ait attaché suffisamment d'importance.

Les autres particularités histologiques de la lésion psoriasique (micro-abcès à neutrophiles de Sabouraud et Munro, œdème intracellulaire) s'accordent parfaitement avec cette déviation primordiale, dont elles constituent même peut-être des conséquences directes.

2. Il est intéressant de confronter avec cette suractivité oxybiotique de l'épiderme psoriasique, *certains troubles du métabolisme général* des malades atteints de psoriasis, *troubles qui se présentent au contraire comme traduisant un déficit des processus d'oxydation et de dégradation.*

Je ne retiendrai pour l'instant, dans cet ordre d'idées que les 2 faits suivants:

1° Joltrain avait noté que le *quotient respiratoire,* mesuré *après un repas de glucides,* est chez les psoriasiques, non pas de 1 comme il devrait être normalement, mais au dessous de l'unité, sans toutefois s'abaisser jusqu'aux chiffres qu'on observe chez les diabétiques.

J'ai pu vérifier la chose chez plusieurs malades, pour lesquels les chiffres obtenus allaient de 0,80 à 0,94.

Tout se passe donc chez les psoriasiques comme si les glucides alimentaires n'étaient pas complètement oxydés par l'oxygène emprunté à l'extérieur. Nous examinerons plus loin quelle explication peut être proposée pour rendre compte de ces faits.

2° *La mesure de l'action dynamique spécifique* (A D S) *des albumines* avait montré à Pulay que chez les psoriasiques en évolution, l'A D S était constamment diminuée et parfois nulle. Mes recherches ont confirmé ces faits (et noté par contre que l'action dynamique spécifique des lipides ne semblait pas altérée).

De cette notion, d'interprétation difficile, nous ne tirerons pour l'instant qu'un enseignement: c'est que le catabolisme des protides apparaît comme troublé chez les psoriasiques.

En définitive, *il existe chez les psoriasiques: d'une part, des troubles métaboliques généraux par insuffisance, et d'autre part, au niveau de l'épiderme psoriasique des signes d'hyperactivité métabolique.*

Les questions à résoudre sont de savoir s'il existe une relation entre ces 2 types de phénomènes apparemment opposés, si l'un ne peut pas être la conséquence de l'autre, et dans quel sens se fait la filiation.

III

Les problèmes posés dans les deux précédentes notes m'ont amené à reprendre l'étude critique des troubles du métabolisme dans le psoriasis, et plus particulièrement de ceux qui affectent protides et glucides.

En effet, dans l'hypothèse, suggérée par les faits thérapeutiques, d'une insuffisance de sécrétion des 11 oxycorticostéroïdes, on devrait observer un syndrome protido-glucidique, caractérisé essentiellement par:

a) des troubles du catabolisme des protéines tissulaires, en particulier des protéines des organes lymphoïdes et plus accessoirement du foie;

b) des troubles de la néoglucogénèse avec diminution du glycogène hépatique;

c) enfin une augmentation de la combustion périphérique des glucides.

Mais, d'autre part, comme nous avons été amenés à noter un antagonisme entre le métabolisme propre de l'éruption psoriasique et celui des malades qui présentent cette éruption, la question se pose de savoir si le développement des éléments éruptifs ne vient pas modifier secondairement les troubles métaboliques primitifs.

Il semble donc nécessaire de prendre des précautions particulières dans l'examen des faits:

1° L'expérience prouve qu'il est essentiel de distinguer: les éruptions jeunes à poussées aiguës et rapidement extensives et les formes à placards fixes.

Dans les premières, les troubles métaboliques sont au maximum, alors qu'on ne trouve pas grand chose dans les secondes. Non pas qu'il s'agisse de maladies distinctes: la succession possible de ces 2 aspects chez le même individu montre bien que ce ne sont que deux formes d'expression d'un même trouble, mais d'intensité et de dynamisme différents.

C'est dans les formes jeunes et évolutives qu'il conviendra donc d'étudier les modifications métaboliques, si l'on veut en tirer des renseignements valables pour expliquer la genèse de la maladie.

2° La précession dans le temps d'un trouble interne sur la manifestation cutanée constituerait un argument considérable en faveur de sa responsabilité dans le déterminisme de la dermatose. *C'est au début de la poussée,* ou mieux encore, toutes les fois que ce sera possible, *avant même que celle-ci ne se produise,* que nous pourrons constater *le trouble interne à l'état de pureté.* C'est en analysant les faits à ce moment là, et non plus tard, que nous comprendrons en quoi consiste le déséquilibre initial du psoriasis. Les modifications ultérieures devront être confrontées avec ce trouble primitif; l'analyse permettra peut-être alors d'y démêler *ce qui revient à l'évolution de la dermatose elle-même.*

La plupart des faits, qui constituent l'apport original de cet exposé, ont été établis selon ces principes. Mais on comprendra aisément la difficulté de réaliser des conditions parfaites d'observation: on ne peut y arriver que pour un petit nombre de malades dociles, soumis à des poussées saisonnières, et qui ont compris l'intérêt de se présenter à l'examen au moment habituel où se fait la poussée, ou dès que celle-ci menace. Pratiquement, on ne pourra utiliser qu'un malade sur trente ou quarante. Et ceci explique qu'il ait fallu plusieurs années pour recueillir les données de cette note.

A)—*Troubles du métabolisme azoté et protidique.*

Beaucoup d'auteurs s'accordent à penser qu'il existe souvent dans le psoriasis *une rétention azotée,* qui se traduit par:

dans le sang, une augmentation du taux de l'urée, de l'azote incoagulable, et d'une façon plus discutée de l'acide urique;

dans les urines, une diminution simultanée de l'excrétion de ces éléments;

dans la peau enfin, une élévation de l'azote résiduel et parfois de l'acide urique et surtout une élimination intense d'urée par les squames parakératosiques.

Cette rétention azotée serait influencée par le régime et peut-être par les saisons. Elle disparaîtrait à la fin des poussées, qui seraient immédiatement suivies de décharges azotées urinaires.

On interprète habituellement ce trouble azoté comme secondaire aux lésions cutanées, en liaison avec une consommation exagérée d'albumines par la peau malade, ce qui, comme nous le verrons, n'est que partiellement exact.

Mais le trouble protidique est, en réalité, plus complexe:

1° Nous avons déjà noté, à la suite de Pulay, que *l'action dynamique spécifique des albumines est diminuée ou nulle dans le psoriasis.* Il m'a semblé, dans 3 cas, que cette diminution *existait avant le développement de l'éruption.* Il s'agirait donc d'*un trouble primitif.*

La signification de cet abaissement est complexe et discutée. Il nous suffit pour l'instant de savoir qu'elle traduit, pour une part tout au moins, *un trouble des processus métaboliques de désalbumination* qui s'accomplissent normalement dans le foie et dans le rein.

2° Il existe d'autre part, dans le psoriasis, *des modifications des albumines plasmatiques,* dans le sens d'une hyperprotéinémie et d'un trouble de l'équilibre albumine-globuline (Pulay, Schamberg, Huffschmidt...) Huriez et Leborgne, dans un travail récent, retrouvent ces modifications.

Mes observations personnelles, étagées sur plusieurs années, aboutissent aux conclusions suivantes:

Dans la plupart des *psoriasis évolutifs* d'une certaine intensité, on constate *un chiffre fort de protides sanguines* (75 g. °/₀₀ à 130

g. ‰). *L'augmentation* porte sur la fraction *sérine* (de 45 g. ‰ à 80 g. ‰), le taux des globulines étant normal ou *le plus souvent abaissé* (de 20 g. ‰ à 30 g. ‰), de sorte que *le quotient albumineux est élevé* (de 1,5 à 3 ou 3,5).

La perturbation protidique semble exister dès les premières heures de la poussée éruptive. A ce moment, la déviation la plus caractéristique est *une baisse de la fraction globuline,* la sérum-albumine étant parfois normale, parfois déjà franchement augmentée. Le trouble persiste et s'accentue, tout au moins en ce qui concerne l'hypersérinémie, pendant la phase ascendante de l'éruption, et s'atténue ou disparaît quand la poussée est en régression. On ne le retrouve qu'inconstamment dans les formes peu évolutives, à placards fixes, ou chez certains malades en traitement, que ce traitement soit interne ou externe: de simples applications réductrices sont susceptibles de la modifier ou de l'annuler. Il est donc essentiel de faire la recherche chez des malades non traités.

En somme, *la déviation plasmatique m'est apparue comme une caractéristique du psoriasis, qui devance l'éruption et se corrige avant elle. Tout se passe dans le temps comme si elle était responsable de la dermatose.* Ainsi s'explique qu'elle puisse n'être pas retrouvée au décours d'une poussée aiguë, lors d'un traitement efficace ou dans les formes stabilisées. Enfin, elle est relativement indépendante de l'apport protidique alimentaire: en effet, je l'ai retrouvée régulièrement pendant la période d'occupation chez des malades qui étaient soumis depuis longtemps à une restriction azotée importante.

Enfin l'épreuve du jeûne de quatre jours fournit des renseignements intéressants: les malades sont soumis *pendant 4 jours pleins* à une diète complète: on leur donne seulement des bouillons de légumes. On constate au cours du jeûne, une augmentation progressive de l'azotémie, sans modifications sensibles du chlore sanguin, une réduction de l'excrétion uréique, une diminution du taux des lymphocytes et des éosinophiles. La déviation plasmatique se corrige assez brusquement vers la fin du 3ème jour ou le 4ème jour par un abaissement de la sérum-albumine et, au contraire, une remontée des globulines. Parallèlement se produit une décharge azotée dans les urines, avec retour à la normale du chiffre d'azotémie et constamment amélioration sensible de l'éruption cutanée, même quand celle-ci était en phase ascendante. Malheureusement, cette amélioration n'est que momentanée, et elle n'aboutit à un résultat durable qu'exceptionnellement, et dans des poussées éruptives très jeunes.

Toute cette étude serait à reprendre en employant des techniques plus précises de fractionnement des albumines plasmatiques: je me propose de le faire dans les mois à venir.

* * *

Il est délicat d'interpréter la signification de ce déséquilibre plasmatique.

a) La constatation d'une *augmentation dissociée des sérums-albumines,* sans modification de même sens des globulines, permet d'éliminer l'influence prédominante des facteurs de réglage qui agissent simultanément sur les deux fractions (concentration sanguine, corps thyroïde, hypophyse, adrénaline, etc.).

Divers facteurs peuvent jouer pour expliquer cette hypersérinémie et en particulier l'hyperlipidémie, observée par de nombreux auteurs. La liaison entre les deux facteurs est évidente; mais rien n'indique a priori dans quel sens se fait la subordination.

Je noterai pour ma part, à titre de simples hypothèses, que cette hypersérinémie peut être la traduction soit d'un *catabolisme protéique diminué, soit d'un anabolisme accru, soit enfin des deux déviations associées.*

b) *L'origine des globulines sériques,* nous le savons maintenant, doit se chercher dans *le tissu lymphoïde*: ce sont les lymphocytes qui libèrent les globulines normales, et cette libération est sous le *contrôle hormonal des 11 oxycorticostéroïdes et de la corticostimuline hypophysaire.* Un abaissement du taux des globulines sériques pourrait donc être la signature d'une baisse fonctionnelle de la cor-

tico-surrénale. Il s'accompagnerait alors d'*une réaction du tissu lymphoïde*:

L'hypertrophie ganglionnaire ne fait pas classiquement partie du tableau clinique du psoriasis. Coste signale qu'il n'a jamais trouvé de ganglions dans le rhumatisme psoriasique. Pourtant, depuis que j'ai eu l'attention attirée de ce côté, je dois dire que si les ganglions manquent dans les formes légères, *j'ai constaté souvent une adénopathie généralisée, dans les formes sévères de psoriasis et en particulier dans les psoriasis arthropatiques graves.* D'autre part, l'étude systématique de la formule sanguine, si elle ne donne que des résultats divergents en ce qui concerne l'éosinophilie, montre au contraire que *les poussées éruptives ascendantes s'accompagnent dans la presque totalité des cas,* en dehors de toute cause d'erreur imputable à un traitement externe, *d'une lymphocytose croissante* (de 25 à 40 %). *Cette lymphocytose diminue progressivement au cours d'un traitement par la corticostimuline,* ou les extraits totaux de cortico-surrénale. Cette diminution constitue un test précis de l'efficacité thérapeutique.

Je conclurai, en définitive, qu'il existe, dans le psoriasis, un trouble complexe du métabolisme protidique, qu'on peut séparer en 2 éléments de significations vraisemblablement très différentes: 1° *une modification de l'équilibre des protides du sang,* avec augmentation des albumines et, au contraire, diminution des globulines. C'est là, sans doute, pour une part tout au moins, *l'expression d'un défaut du catabolisme général des protéines, par suite d'une insuffisance fonctionnelle partielle de la cortico-surrénale.* Cette insuffisance cortico-surrénalienne déterminerait un sous-fonctionnement du système lymphoïde dont l'augmentation du taux des lymphocytes dans le sang (et éventuellement du temps de saignement) constituerait un test précis.

Tout semble se passer comme si cette modification du métabolisme protidique était à la base de l'éruption psoriasique.

2° Il existe d'autre part *un syndrome inconstant et variable* de rétention azotée (urée et azote incoagulable) contemporain de l'éruption, et proportionnel à son activité. Il traduit probablement la part de l'épiderme psoriasique dans son effort de correction du métabolisme protidique perturbé.

3° La décharge azotée urinaire, qui, dans certaines circonstances, marque le début de l'amélioration éruptive, me semble devoir être interprétée comme un test de la reprise du catabolisme protidique, c'est-à-dire de l'activité des 11 oxycorticostéroïdes.

* * *

B)—*Troubles du métabolisme des glucides.*

Les classiques constatent qu'il existe dans le psoriasis un trouble léger du métabolisme hydrocarboné; mais les avis diffèrent sur la signification de ce trouble, et sur sa responsabilité dans la genèse de l'éruption.

Les points qui ont retenu particulièrement l'attention sont:

les valeurs de la glycémie;

les rapports du psoriasis et du diabète;

enfin la teneur de la peau en glucose.

Je reprends rapidement l'étude de ces différents points, en résumant mes propres constatations personnelles:

1° *L'équilibre glycémique chez les psoriasiques.*

Pour un petit nombre d'auteurs, il y a hypoglycémie; *pour la plupart,* au contraire, *hyperglycémie,* s'accentuant par l'ingestion de sucre et par les injections d'adrénaline.

Mes recherches personnelles me permettent de penser qu'*il existe un trouble glycémique avant la poussée éruptive; celle-ci, en se développant, modifie et inverse le plus souvent ce trouble primitif.*

En effet, si l'on observe des conditions expérimentales rigoureuses (malade non traité, n'ayant pas fait depuis quelques jours d'infraction à son régime habituel; prélèvement à jeun à 10 heures du matin, dosage immédiat), on constate que:

Tout au début de la poussée éruptive, il y a constamment hypoglycémie à jeun. Ce chiffre bas initial se transforme secondairement, dans un délai variable, *en un chiffre normal ou fort,* en même temps que l'éruption

se développe. Le réglage une fois établi dans le sens d'une hyperglycémie ne reviendra pas spontanément à la normale avant la fin de la poussée. Le taux de l'hyperglycémie semble fonction, non pas tellement de l'étendue de l'éruption, que de son acuité (rougeur, congestion, épaisseur des lésions et des squames). Il est d'une stabilité assez remarquable. Dans les vieux psoriasis éteints, où il ne persiste que des placards atones, la glycémie à jeun est le plus souvent normale.

La sensibilité à l'insuline, comme à l'adrénaline, est vive dans la phase prééruptive et au début des poussées. Au contraire dans des éruptions plus anciennes, bien épanouies et stabilisées, les réactions à ces épreuves sont émoussées.

Les épreuves d'hyperglycémie provoquée sont grosso modo comparables, qu'on administre le glucose par la bouche ou en intraveineuse: ceci indique qu'il n'y a pas de trouble dans l'absorption intestinale des glucides. Là encore on a des réponses très différentes suivant le stade éruptif:

a) Avant l'éruption et tout au début des poussées, il y a hypoglycémie à jeun. L'épreuve donne une flèche aiguë et courte d'hyperglycémie; la descente est rapide et aboutit au-dessous du point de départ; elle est suivie d'une remontée très lente, qui a de la peine à atteindre le chiffre initial déjà bas. Ce type de réponse est rare et difficile à saisir.

b) Le type II s'observe dans le quart des cas. Il réalise *une courbe d'allure diabétique;* on le rencontre dans des poussées très évolutives et dans des éruptions couvrant une vaste surface. Il y a, à jeun, un chiffre variable d'hyperglycémie. La courbe monte lentement et souvent assez haut. La descente amorcée tardivement est lente aussi; elle aboutit plus bas que le chiffre initial, mais parfois d'assez peu, pour revenir au point de départ quatre heures au moins après le début de l'épreuve. Il existe toujours un triangle d'hypoglycémie secondaire, mais celui-ci est de surface plus ou moins réduite.

c) Le type III, le plus fréquent, est analogue à ceux qu'on observe chez des individus normaux. Il correspond à des psoriasis plus ou moins étendus, mais peu aigus.

L'épreuve de jeûne de quatre jours donne chez les individus normaux une chute d'abord rapide de la glycémie pendant quelques heures, puis une descente beaucoup plus lente qui dure 1 à 2 jours, exceptionnellement 3; enfin la glycémie remonte brusquement jusqu'au voisinage du chiffre initial. L'allure générale de la courbe est la même chez les psoriasiques. Toutefois *dans les éruptions étendues et actives,* cette courbe est plus étalée dans le temps, la descente est plus lente, la remontée plus tardive et moins franche. Cette remontée coïncide avec la décharge azotée que nous avons déjà signalée, et une amélioration sensible, mais passagère, de l'évolution éruptive. Au contraire, chez les malades observés *tout au début d'une poussée,* et chez lesquels il existe un chiffre bas de glycémie au départ, l'épreuve montre que la descente se fait plus rapidement, qu'elle aboutit en 40 à 60 heures à un chiffre très bas (aux environs de 0,40) avec parfois des incidents cliniques impressionnants. La remontée se fait brutalement, jusqu'à un chiffre supérieur au point de départ: elle détermine *un blanchiment souvent durable de l'éruption.*

2° *Psoriasis et diabète.*

Les opinions classiques à ce sujet divergent. Dans les épreuves d'hyperglycémie provoquée, j'ai noté constamment un triangle d'hypoglycémie secondaire, bien que celui-ci soit parfois réduit. C'est la signature d'une réponse insulinienne. L'épreuve de Traugott confirme cette façon de voir.

En somme, *les courbes ne sont jamais de vraies courbes diabétiques.* D'autre part, il est très rare de trouver parmi les psoriasiques un diabétique pancréatique vrai et qui évolue comme tel. Nous verrons que les troubles de type diabétique qu'on peut observer chez les psoriasiques peuvent être attribués à une réaction secondaire de l'hypophyse, qui se traduit d'autre part par des modifications du métabolisme protidique.

Par contre, il existe indubitablement des familles où alternent des cas de psoriasis et des cas de diabète authentique. Il y a, entre les deux affections, une parenté de graine.

3° *Le sucre dans la lésion psoriasique.*

Sur cette question primordiale, je n'apporte aucun fait nouveau. Mais je rappelle les acquisitions de l'Ecole italienne: excès de sucre cutané avec élévation du rapport: sucre cutané/glycémie. (Venturi). La surcharge glucidique alimentaire, sans modifier la glycémie, donne de vraies courbes diabétiques dans le liquide de bulle (Ferrari). Enfin tout moyen qui réduit l'hyperglycystie cutanée (histamine locale; pilocarpine, etc...) améliore l'éruption (Venturi).

* * *

Nous sommes désormais à même de *tenter de dégager la signification des troubles des métabolismes protidiques et glucidiques observés dans le psoriasis.*

1° Nous pensons avoir acquis *une notion essentielle*: c'est qu'*au début d'une poussée psoriasique et même au stade prééruptif, il existe des troubles métaboliques.* Ces troubles sont caractérisés par: une baisse de l'action dynamique spécifique des albumines, et une modification de l'équilibre plasmatique avec hypoglobulinémie; d'autre part, un chiffre bas de glycémie à jeun, chiffre qui est très sensible à l'apport alimentaire, mais aussi à la continuation du jeûne.

Ces deux troubles contemporains peuvent s'expliquer par une *diminution du catabolisme des protides et de la néoglucogénèse qui en découle.* Ils traduiraient alors *une baisse fonctionnelle des 11 oxycorticostéroïdes*, eux-mêmes subordonnés à la corticostimuline hypophysaire.

Précédant l'éruption, ces troubles ne peuvent en être une conséquence. On peut retenir *l'hypothèse qu'ils en soient responsables.*

2° Mais l'éruption va se développer et en même temps les troubles métaboliques se modifient.

Le réglage de la glycémie qui ne se fait qu'à grand peine, à un niveau bas, fragile et maintenu en grande partie par des apports alimentaires incessamment renouvelés, appelle *des réactions de l'organisme.*

La plus immédiate de ces réactions est vraisemblablement déclenchée par l'hypoglycémie elle-même au niveau des centres glycorégulateurs. Elle se fait dans le sens d'une *hypersympathicotonie adrénalinémique,* dont l'examen capillaroscopique fournit un test, en montrant, dans la lésion psoriasique et dès son début, une constriction des artérioles et des capillaires artériels, constriction assez puissante mais susceptible de peu de variations, à laquelle s'associe, par voie de conséquence, une atonie des capillaires veineux, dont Unna, depuis longtemps, avait noté le caractère primitif, et auquel il attribuait une importance primordiale pour le développement de la lésion. En ce qui concerne l'équilibre glycémique, cette hypersympathicotonie est, en fait, peu efficace, car elle ne l'influence que par son action de glycogénolyse hépatique, qui est elle-même subordonnée à l'importance des réserves du foie en glycogène. Or celles-ci sont privées de l'apport, qui leur vient normalement en cas de besoin (jeûne, lutte contre le froid...), du catabolisme des protides.

Comment donc les psoriasiques vont-ils se défendre contre cet équilibre précaire?

a) Ils peuvent le faire par des repas abondants et fréquents, à condition, bien entendu que leur fonction insulinienne soit correcte et permette la fixation du glycogène d'origine alimentaire. Et, de fait, les psoriasiques ont souvent, surtout au début de leurs poussées, un gros appétit.

b) Ils peuvent aussi — mais c'est rare — faire une réaction d'hyperthyroïdie, qui leur fournit du néoglucose à partir de leurs protéines musculaires: c'est le cas de ces malades nerveux, instables, parfois subfébriles, à métabolisme basal plus ou moins élevé, qui maigrissent au début de leurs poussées éruptives.

c) *La réaction* la plus fréquente vient de *l'hypophyse* qui supplée *par un catabolisme accru des lipides à une néoglycogénèse insuffisante.* Et ceci rend compte sans doute, pour une part tout au moins, des modifications du métabolisme des graisses et en particulier

de l'hyperlipidémie, qu'on observe souvent chez les psoriasiques. Mais l'activité de l'hypophyse dans le métabolisme des glucides est en réalité plus complexe: si elle contrôle la formation de néoglucose à partir des graisses, *elle gêne en contrepartie l'action de l'insuline.* La réaction compensatrice de l'hypophyse expliquerait donc les états paradiabétiques que nous avons signalés, dans un quart des cas. Elle explique également que l'équilibre glycémique des psoriasiques soit peu sensible à l'administration d'insuline, comme il ressort des essais thérapeutiques déjà anciens de Ravaut, et comme je l'ai vérifié depuis.

Enfin *cette réaction hypophysaire contribue sans doute à accroître l'anabolisme protéique.* Le taux élevé des albumines plasmatiques serait, pour une part tout au moins, la signature de cet anabolisme accru.

d) C'est en définitive *le développement progressif en surface de l'éruption cutanée* qui va apporter, à l'équilibre glycémique du psoriasique, des possibilités nouvelles de stabilité, et celles-ci beaucoup plus efficaces.

On sait, par les beaux travaux de l'Ecole toulousaine de Souba, Bugnard et leurs collaborateurs, que *le stockage lacunaire du glucose* est un mécanisme habituel, chez l'individu normal, de garage momentané des glucides absorbés en excès, et ceci, indépendamment d'une part du stockage hépatique, et d'autre part de la qualité des réponses insuliniennes. Chez le psoriasique, ce stockage cutané va prendre, par suite peut-être de la sympathicotonie primitivement déclenchée, un caractère permanent et une importance prépondérante.

Dans le sous-sol immédiat de chaque placard psoriasique évolutif, va se constituer une provision de glucose, susceptible d'être utilisée à des fins différentes: ce sucre de réserve cutané pourra, à tout instant, parer à un à-coup d'hypoglycémie humorale, et suppléer ainsi les réserves glycogéniques hépatiques qui ne sont plus normalement ravitaillées, surtout pour les cas d'urgence. D'autre part, ce sucre sert de combustible à la lésion psoriasique, dont nous avons vu que son métabolisme était oxydatif. *Grosso modo,* on peut dire que « c'est à sa chaleur » que se désintègrent les albumines en excès, dont les scories plus ou moins dégrossies sont rejetées à l'extérieur avec les squames parakératosiques incessamment renouvelées.

Lorsque l'éruption est au complet épanouissement, l'équilibre, de très précaire qu'il était au début est devenu presque parfait. Le trouble initial persiste certes; les protides ne sont toujours pas catabolisées normalement, et le rein ne peut pas les évacuer tels quels. Mais les placards psoriasiques fonctionnent comme de véritables soupapes de sûreté vis-à-vis de cette accumulation de protides, et les rejettent à l'extérieur après un catabolisme élémentaire. D'autre part, chaque placard supplée par sa provision de glucose au ravitaillement défectueux du foie en glycogène: ainsi se trouve assuré un équilibre glycémique suffisant.

Les choses peuvent en rester là indéfiniment. Elles ne cesseront pas — et l'éruption par conséquent persistera — tant que le trouble initial ne se corrigera pas, ce qui peut se faire spontanément ou sous l'influence d'une thérapeutique avisée.

Quant aux épreuves de jeûne, dont nous avons parlé, elles aboutissent, au 4ème jour environ, à la correction simultanée des troubles protidiques et glucidiques et, par suite, à l'arrêt de la dermatose. C'est qu'elles réalisent *un vrai syndrome d'alarme,* elles accentuent les conséquences métaboliques du trouble initial, imposant en quelque sorte à l'organisme de rétablir coûte que coûte et d'urgence son équilibre; elles créent ainsi, à la faveur d'un danger accru, une stimulation salutaire, mais malheureusement momentanée, de la fonction neuro-hypophyso-surrénale assoupie.

* * *

En conclusion, l'étude chronologique et analytique des troubles des métabolismes glucidique et protidique dans le psoriasis nous amène à proposer pour cette affection un mécanisme pathogénique précis, qu'on peut schématiser ainsi:

Il existerait chez les psoriasiques, avant toute éruption, un trouble métabolique primitif caractérisé par une inhibition ou une baisse fonctionnelle des 11 oxycorticostéroïdes.

Ce trouble primitif déclencherait des réactions secondaires de suppléance ou de correction, et en particulier une hyperactivité de certaines fonctions métaboliques hypophysaires.

Le développement de l'éruption cutanée apparaît lui-même comme une de ces réactions secondaires. Par son métabolisme propre, cette éruption apporte une correction particulièrement efficace au trouble primitif.

Nous étudierons dans la prochaine note certaines des nombreuses questions que soulève cette conception.

LE CANCER DU SEIN
CRITIQUE DES DONNÉES ACTUELLES ET ESQUISSE D'UNE CLASSIFICATION PRATIQUE

Germain PINSONNEAULT,
Chef du Service de Rœntgenthérapie
à l'Institut du Radium de Montréal,
Chef du Service de Radiothérapie à l'hôpital
Saint-Vincent-de-Paul de Sherbrooke.

et

Albert JUTRAS,
Directeur du Service de Radiologie
de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

I.—Etiologie et fréquence.

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers de la femme et de tous les cancers en général. Il fait présentement deux fois plus de victimes que le cancer utérin. Au Canada, il y aurait en moyenne 6 000 femmes atteintes de cancer du sein. Une jeune fille sur 25 est destinée à souffrir de cette maladie. Le nombre annuel de décès dans notre pays se chiffre autour de 1 500. En Angleterre, on a observé que le cancer du sein tue presque deux fois plus de femmes dans la classe la plus riche que dans la classe la plus pauvre. Les célibataires fournissent un plus fort contingent de mortalité que les femmes mariées. Les grossesses précoces et multiples, de même que l'habitude d'allaiter semblent diminuer l'incidence du cancer du sein.

Dans l'étiologie du cancer du sein, il est impossible de ne pas parler de la mastite chronique. Pour certains, la mastite est à l'origine de tous les cancers; pour d'autres, la mastite est une chose, et le cancer en est une autre; pour d'autres encore, on doit réserver son opinion et se borner à constater qu'il est impossible, pour le moment, de dissocier certaines formes de mastite de certaines formes de cancer. Mais tout d'abord, qu'est-ce au juste que la mastite ou mammite chronique? Il est certain que ce vocable désigne, dans la pratique, une foule d'états pathologiques, différents dans leur morphologie, dans leurs manifestations cliniques, et dans leur relation avec le cancer. On doit convenir cependant que ce mot « omnibus » a un certain droit d'exister, puisque toutes les lésions qu'il traduit semblent se rattacher à un mécanisme commun, à savoir, une viciation des remaniements physiologiques de la glande. Or on sait que ces remaniements se succèdent sans cesse. Il serait bien difficile de faire la part exacte de ceux qui préparent la puberté et de ceux qui terminent la ménopause. Et entre ces deux étapes, il y a le rythme incessant de l'activité ovarienne. Pinard aimait à répéter qu'une femme ne devrait jamais avoir de règles, voulant signifier par là qu'elle ne devrait cesser d'être nourrice que pour devenir enceinte. Et Delbet, qui rapporte le propos, ajoute qu'en réalité la femme est un être qui avorte tous les vingt-huit jours, et que ces avortements répétés ne sont pas sans entraîner des phénomènes anormaux du côté de la glande mammaire.

Mais si le mécanisme de la mastite réside dans une viciation des remaniements physiologiques de la glande, comment cette viciation se traduit-elle dans le domaine anatomique? Il est amusant de relever dans la littérature les différentes dénominations par lesquelles les auteurs ont cru pouvoir exprimer les caractères morphologiques de la maladie. On trouve l'hydatide celluleuse de Cooper, l'adénose de Schimmelbusch, la maladie kystique de Reclus, la mastite interstitielle de Virchow, la cirrhose épithéliale irritative de Quenu, la fibromatose de Dietrich, l'épithélio-fibrose kystique d'Askanazy, la fibroadénomatose simple ou kystique de Semb, l'hypertrophie parenchymateuse sénile de Bloodgood, avec ses trois stades adénomateux, kystique et papillomateux, l'hyperplasie épithéliale desquamante de Cheatle et Cutler, etc. A quoi rime, direz-vous, une pareille floraison terminologique? A ceci, qu'elle traduit éloquemment la difficulté qu'il y a d'exprimer les différents aspects et les différents degrés de l'affection. Elle montre qu'on

n'est pas fixé sur la *nature* du processus, qui peut être néoplasique ou inflammatoire, sur son *origine*, qui peut être épithéliale ou conjonctive, sur la *plasticité* de la réaction, qui peut être tour à tour adénomateuse, papillaire, fibreuse ou kystique, ni sur les *possibilités évolutives* de cette dernière qui peut rester, la vie durant, comme l'expression d'un incident sub-normal, ou être le prélude de tumeurs extrêmement malignes.

II.—La mortalité dans le cancer du sein.

La part du cancer du sein dans le taux général de mortalité est assez discutée. Si l'on en croit certaines statistiques, elle serait passée de 7,3 par 100 000 habitants, en 1900, à 9,8 en 1930. A la suite d'une enquête, dont les résultats sont parus dans le *Canadian Journal of Public Health* de juin 1949, McKinnon, de l'Université de Toronto, est d'avis que l'augmentation n'est qu'apparente (« paper increase »). L'auteur attribue l'accroissement à l'amélioration du diagnostic et à une meilleure tenue des statistiques. Pour disposer de données homogènes, McKinnon a limité son étude à la seule province d'Ontario et à une période d'une quarantaine d'années (1909-1947). Pour tous les groupes de la vingtaine, de la trentaine, de la quarantaine, etc., on observe une même augmentation subite autour de 1920. Or cette époque coïncide précisément avec celle du transfert des renseignements provinciaux au Bureau Fédéral des Statistiques. Elle coïncide aussi avec l'essor du diagnostic qui a marqué la fin de la première grande guerre. Après 1920, l'enquête de McKinnon montre que la mortalité par cancer du sein est restée en plateau de 1920 à 1947. Pas la moindre tendance à la baisse, en dépit de la propagande pour le diagnostic précoce et des soi-disant perfectionnements des techniques chirurgicales et radiologiques. Et, chose plus étonnante encore, la courbe en plateau s'étend à tous les âges groupés par décade. Si perfectionnement il y a eu dans les méthodes de traitement et de dépistage, il faudrait que ce perfectionnement eût été constamment contre-balancé par un accroissement de l'incidence du cancer du sein, et que les résultats du perfectionnement se soient fait sentir conformément à l'accroissement par décade: ce qui paraît pour le moins invraisemblable. La vérité toute crue serait donc que le cancer du sein tue dans la même proportion qu'il y a 25 ans. Mais alors on est en droit de se demander où sont passées les 35 % de guérisons après cinq ans, revendiquées par la thérapeutique du dernier quart de siècle? Des faits d'apparence aussi contradictoire ne nous incitent-ils pas à un examen plus attentif des données — intangibles parce qu'implicites, et implicites parce qu'intangibles, — qui sont à la base de nos raisonnements sur le cancer en général et sur le cancer du sein en particulier?

III.—Complexité du problème pathologique du cancer du sein.

A) *Aspect histologique du problème.*

On trouverait difficilement un chapitre de la médecine moderne où la confusion règne avec autant d'emprise que dans celui des cancers du sein. Le pire, c'est que cette confusion embrasse tous et chacun des différents aspects de la maladie. Aucun cancer ne fournit autant de variétés histologiques. Aucun ne s'est enrichi d'une nomenclature aussi indéchiffrable. Aucun ne présente autant de difficultés diagnostiques. Aucun ne requiert autant de réserve dans le pronostic. Aucun ne présente une gamme de traitements aussi complexe et embrouillée. Aucun, enfin, n'a fait l'objet d'une avalanche de statistiques à tendance aussi contradictoire.

On pourrait, en s'inspirant de la littérature médicale actuelle, étayer solidement une foule de façons différentes de procéder dans le traitement des formes les plus courantes de cancer du sein. Chaque institution, chaque chirurgien, chaque radiothérapeute a son petit contingent personnel de succès et d'insuccès, et, comme chacun met naturellement, et systématiquement, ses insuccès sur le compte du degré de malignité, et ses succès, au crédit de sa méthode — *alors que le vrai peut être aussi bien l'inverse!* — chacun poursuit, avec sérénité et assurance, sa marche vers le progrès. Chacun

de nous puise dans la chirurgie, les radiations et l'hormonothérapie, les éléments de la technique qui convient le mieux à ses aptitudes, à son milieu professionnel et aux circonstances, avec la conscience tranquille et satisfaite d'avoir fait pour les malades ce qui peut se faire de mieux. Nous trions jalousement nos cas de tumeurs du sein histologiquement étiquetés « cancer », et si, au bout de cinq ans, l'examen clinique n'arrive pas à y déceler de traces de la lésion initiale, nous les inscrivons triomphalement à notre palmarès, la réputation de la meilleure technique allant, bien entendu, au meilleur palmarès.

Cette façon d'agir peut paraître simple et logique au premier abord. Pour en saisir l'absurdité, il faut remonter aux concepts même qui sont à la base de nos connaissances sur le cancer.

Le mot « cancer » s'applique évidemment aux tumeurs malignes, mais la malignité peut s'entendre de bien des façons. La Palice nous dirait que les tumeurs malignes sont celles qui tuent. Malheureusement, le médecin ne peut pas se contenter de diagnostics d'autopsie. Pour nous, les tumeurs malignes ne sont pas celles qui tuent, mais celles qui peuvent tuer. Autrement dit, poser un diagnostic de malignité équivaut à faire le pronostic d'une tumeur dans des conditions données. Et c'est là l'énorme différence qui sépare cette vague entité pathologique, qu'on appelle le cancer, des autres entités pathologiques définies. On peut dire d'un malade qu'il est atteint de tuberculose ou de syphilis, sans vouloir par là présumer le moindrement de la marche future de l'affection. Dans le cancer, il en est autrement: quand on dit cancer, on dit malin, et quand on dit malin, on évoque un pronostic. Par une ironie du sort qui devrait nous inciter à la modestie, nous nous autorisons à porter des pronostics dans des circonstances où nous ne sommes même pas en mesure de faire un diagnostic. Car nous ne savons encore rien sur l'essence même de la malignité. En d'autres termes, personne au monde ne peut dire pourquoi, ou en quoi, une tumeur est maligne.

Quand on examine un échantillon de tumeur maligne au miscroscope, on peut constater que les éléments qui la composent s'éloignent plus ou moins du type normal, qu'ils se reproduisent avec une activité extraordinaire, qu'ils se groupent en ébauche organoïdes plus ou moins typiques, qu'ils s'infiltrent plus ou moins dans les structures avoisinantes, qu'ils envahissent les vaisseaux sanguins et lymphatiques et que les parenchymes normaux, à leur contact, réagissent de différentes manières. Et la somme de toutes ces particularités constitue ce qu'on a convenu d'appeler la malignité histologique. Mais la malignité histologique est une image, alors que la malignité réelle est une suite d'événements biologiques. Dans quelle mesure la première est-elle et peut-elle être le reflet de la seconde? On fonde des pronostics sur des aspects histologiques, qui équivalent à des instantanés pris au cours d'une bataille. Personne ne contestera la valeur de tels instantanés, pour s'assurer de l'identité des forces en présence, mais il est en tout autrement quand il s'agit de juger de l'aggressivité des adversaires, de l'importance de leurs réserves et de l'issue du combat.

Il faudrait être de mauvais compte pour refuser d'admettre que le cadre actuel de la malignité des cancers du sein est trop extensible, qu'il se prête très mal aux réalités cliniques et, encore plus mal, à l'appréciation de l'efficacité d'une thérapeutique. Il y a autant de différence dans la gravité de certains cancers du sein, qu'il peut y en avoir entre un épithélioma baso-cellulaire de la peau et une leucémie. Il y a des cancers du sein qui s'accommodent de n'importe quel traitement, et il y en a d'autres qui résistent à toutes les thérapeutiques. Et devant un tel état de choses, la masse des praticiens et des cliniciens continuent à rester satisfaits de savoir s'il y a, ou s'il n'y a pas cancer. On appelle le pathologiste pour lui demander si la biopsie est positive, comme s'il s'agissait d'un Wassermann ou d'une analyse de crachats. Et le pathologiste, qui a la chance de s'en tirer à si bon compte, aurait bien tort d'insister. La tendance à juger du pronostic, de la conduite du traitement et de la qualité de la thérapeutique d'après la seule conclusion des rap-

ports de biopsies est devenue une seconde nature. Un grand clinicien (Pierre Delbet), exprimant la confiance de sa génération, s'est dit convaincu que les perfectionnements de la technique histo-chimique permettraient un jour de faire le pronostic de tous les cancers. Un quart de siècle a passé sur cette prédiction et nous sommes toujours logés à la même enseigne. Un récent travail de Gricouroff, de la Fondation Curie, sur le pronostic histologique des cancers du sein, peut très bien servir à faire le point sur la question. Gricouroff a fait une étude minutieuse et détaillée de 281 tumeurs, enlevées par Tailhefer, chez des malades suivies pendant plus de cinq ans. L'auteur a été frappé, comme Greenough, Broders, McCarty et d'autres, de la très grande inégalité des résultats thérapeutiques chez des malades qui présentaient apparemment des tumeurs au même stade clinique d'évolution. En mettant à profit les travaux de Delbet, de Cheatle, de Hartmann, de Geschickter, de Foote et Stewart, Gricouroff s'est appliqué à dégager de son matériel des critères histologiques pouvant permettre une évaluation de la malignité. Après une étude théorique et pratique des différents critères actuellement admis, il s'est rendu compte que la plupart d'entre eux sont inutilisables à cause de leur inconstance, de leur variabilité ou de leur difficulté d'interprétation. En fin d'analyse, l'auteur a dû se résoudre à n'en retenir qu'un seul, qui est le degré d'anaplasie cellulaire, ou son inverse: le degré de différenciation morphologique ou sécrétoire.

Le degré 1 de Gricouroff comprend donc les tumeurs à architecture glandulaire, où l'origine histogénétique est facilement reconnaissable. Ce sont celles qui comportent le meilleur pronostic. On en compte environ 17 %.

Le degré 2 comprend des tumeurs où les éléments ne semblent plus disposés pour sécréter, mais sont simplement groupés en travées ou en massifs qui leur donnent en général une architecture alvéolaire ou papillaire.

On en compte environ 27 %.

Le degré 3 comprend les squirrhes, caractérisés par des cordons grêles qui s'infiltrent profondément dans un stroma plus ou moins fibreux.

On en compte 46 %.

Le degré 4 comprend des tumeurs où la dissémination cancéreuse est poussée à l'extrême et fait penser à une infiltration leucocytaire d'origine inflammatoire. Ce sont celles où le pronostic est le plus mauvais.

On en compte environ 10 %.

Dans la série de Gricouroff et Tailhefer, les succès opératoires se sont montrés régulièrement inversement proportionnels au degré de malignité envisagée sur cette base. On constate par exemple que « l'envahissement ganglionnaire, même étendu, n'a pas grande importance lorsqu'il s'agit du degré 1 ». D'autre part, les petites dimensions d'une tumeur ne constituent pas un facteur d'amélioration du pronostic, lorsqu'il s'agit d'un cancer du degré 3 ou 4. Par contre, le résultat éloigné peut être présumé favorable pour une volumineuse tumeur du degré 1.

Mais alors, direz-vous, la prédiction de Delbet s'est réalisé, et le pronostic histologique des cancers du sein est devenu possible? Théoriquement oui, mais pratiquement non. Car, en fait, il n'y a rien de changé. Et Gricouroff nous en fournit lui-même l'explication. « Etant donné, dit-il, la grande variabilité de structure d'un point à un autre du cancer, il est *indispensable* de faire porter l'examen microscopique sur des fragments intéressant toute l'étendue de la tumeur. » On se rend facilement compte du peu d'utilité pratique d'un index de malignité qui obligerait à compléter le traitement chirurgical, avant de faire un diagnostic. Ce dont on a besoin dans le cancer du sein c'est d'un index qui permettrait de fixer d'avance le degré de malignité et de radiosensibilité des tumeurs, de manière à déterminer l'étendue qu'il convient de donner à l'exérèse, et à faire la part des lésions qui relèvent de la chirurgie et de celles qui relèvent des radiations. Or on peut affirmer qu'il n'existe rien de tel pour le moment. Si le degré d'anaplasie va souvent de pair avec l'accroissement de la radiosensibilité, le fait est beau-

coup trop inconstant pour qu'on songe à s'en faire une règle.

Vingt-cinq pour cent des cancers du sein durent plus de cinq ans sans le secours d'aucune thérapeutique, et dix pour cent emportent les malades en moins d'un an, malgré un diagnostic précoce et la mise en branle de tout un arsenal de défense. Or nous n'avons pas de signes diagnostiques permettant de déterminer, avec une précision satisfaisante, si une tumeur appartient au premier groupe plutôt qu'au second. Il peut très bien n'y avoir aucune différence structurale appréciable entre un cancer qui métastase au bout de six mois, et un autre qui métastase au bout de trente ans.

Telle est la confusion qui règne dans le domaine histologique. Elle tient à ce que M. Masson a appelé « l'extrême plasticité » des cancers du sein. L'épithélioma de la glande mammaire peut reproduire en ébauche tout ce qui dérive normalement ou anormalement de l'ectoderme, depuis les cellules basales de l'épithélium jusqu'à celles qui résultent des métaplasies complexes des tumeurs glandulaires mixtes. Et ce polymorphisme doit s'entendre non seulement dans l'espace, mais aussi dans le temps. Il n'est pas rare qu'une récidive ganglionnaire soit plus ou moins typique que la tumeur primitive. Pierre Delbet, qui a beaucoup insisté sur ces faits, s'est cru en droit d'affirmer que l'évolution se fait toujours dans le sens de l'aggravation. On comprend mal qu'une telle affirmation ait échappé à cet auteur, quand la clinique nous fournit tous les jours la preuve que l'évolution d'un cancer du sein peut présenter des variations de malignité, et que ce phénomène est apte à jouer dans le sens favorable, aussi bien que dans le sens défavorable. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur cette question.

B) *Aspect clinique du problème.*

Du côté clinique, les choses ne vont pas mieux. On n'a aucun moyen pratique de distinguer un noyau de mastite d'un cancer du sein au début. Or la mastite est extraordinairement fréquente, et le pronostic du cancer du sein paraît extraordinairement amélioré par la précocité du diagnostic. On ne peut tout de même pas songer à mammectomiser tous les cas de mastite, pas plus qu'à attendre que les cancers du sein atteignent leur période d'état. Et en supposant, par impossible, qu'on se résoudrait à enlever toutes les mamelles suspectes, on se heurterait à une deuxième difficulté. S'il s'agit véritablement d'un cancer confirmé, la simple mastectomie ne suffit pas, il faudrait procéder, par la même occasion, à la résection de tous les lymphatiques tributaires de la mamelle. Dans les trois quarts des cas, ces lymphatiques vont à l'aisselle, mais dans 20 % des cas, ils vont directement aux ganglions sous et sus-claviculaires sans passer par l'aisselle. Et dans 10 % des cas environ, ils vont aux ganglions mamaires internes qui sont logés à l'intérieur du thorax. Or, ces derniers, de même que les ganglions claviculaires, sont inaccessibles à la chirurgie courante. Peut-être pensez-vous qu'on pourrait se borner à intervenir sur l'aisselle seulement dans le cas où cette dernière comporte des ganglions hypertrophiés ? Erreur. Dans les cancers du sein au début, 25 % des ganglions hypertrophiés de l'aisselle ne sont pas néoplasiques, et 25 % des aisselles qui n'ont pas de ganglions hypertrophiés ont déjà en réalité des lymphatiques envahis.

La situation du point de vue chirurgical se présente donc comme un dilemne où on a à choisir entre le risque de pratiquer inutilement une mutilation grave et étendue, et celui de voir ses statistiques de guérisons baisser dans des proportions décourageantes. Le moyen élégant et courant de se dépêtrer d'un dilemne est de trouver un compromis. Le compromis actuel, c'est la biopsie extemporanée qui fixe l'extension à donner à l'exérèse et qui satisfait en même temps au principe du diagnostic et de l'intervention précoce. Mais le compromis a deux défauts capitaux. Premièrement, la biopsie extemporanée peut dire dans la majorité des cas s'il s'agit d'un cancer, ou d'un non cancer, mais elle ne peut pas, dans les lésions étendues, et dans les circonstances où elle est pratiquée, fournir de données précises sur le degré de malignité. Deuxièmement, la biopsie extemporanée, en cas de cancer, im-

plique une intervention radicale précoce sans rœntgenthérapie préopératoire. Or la rœntgenthérapie préopératoire dans le cancer du sein s'avère de plus en plus logique et indispensable.

Durant 25 ans, on n'a guère envoyé aux rayons X que les récidives postopératoires et les cas avancés où la chirurgie se trouvait sans ressources. C'est devant des résultats inattendus acquis sur ce matériel, qu'on a fini, un jour, par ouvrir les yeux sur les possibilités de la radiothérapie. A partir de ce moment, les chirurgiens ont dû se résigner à accepter la coopération du radiothérapeute pour les cas opérables avec aisselle envahie, se réservant jalousement l'exclusivité du traitement des lésions strictement limitées à la glande. Mais la série des surprises continua et, au cours d'essais préopératoires, on découvrit que, là où les rayons X avaient passé, il n'y avait plus, dans certains cas, rien à opérer, ni dans le sein, ni dans l'aisselle.

Au dernier congrès de l' « American Radium Society », tenu à Chicago en juin 1948, des radiothérapeutes et des chirurgiens de cinq pays se trouvaient réunis pour discuter du traitement du cancer du sein. On vit Baclesse, de la Fondation Curie, de Paris, déclarer 90% des guérisons, après des périodes variant de 3 à 5 ans, sur des tumeurs au stade 1 qui étaient considérées jusque là comme l'apanage exclusif des chirurgiens. On entendit Windeyer, du « Middlesex Hospital », et Berven, directeur du Radiumhemmet, déclarer tour à tour qu'il est impérieux que tous les cancers du sein, à n'importe quel stade, soit irradiés avant d'être opérés, pour la raison bien simple et patente, disent-ils, qu'il est impossible cliniquement de distinguer un cancer au stade 1 d'un cancer au stade 2. On entendit sir Stanford Cade, chirurgien de l'Hôpital Westminster de Londres, concéder que la radiothérapie est apte à assurer la régression des cancers du sein en général, et qu'elle peut, dans certains cas, en provoquer la disparition totale, avec preuves histologiques à l'appui. Le grand point d'interrogation pour sir Stanford Cade est la permanence des régressions observées. Mais le bon sens et la logique, dit-il, démontrent péremptoirement que la radiothérapie préopératoire doit être employée de préférence à la radiothérapie postopératoire.

On vit enfin McWhirter, de l'Infirmerie Royale d'Edimbourg, enjamber carrément les plates-bandes de la chirurgie et proposer tout un chambardement de la routine thérapeutique des vingt-cinq dernières années.

McWhirter déclare que, devant les possibilités des rayons X, la mastectomie radicale avec curage de l'aisselle a perdu ses indications. En voici les raisons. 1° On ne possède aucun critère de guérison définitive dans le cancer du sein. Cinquante pour cent des malades cliniquement guéries au bout de cinq ans, sont mortes de leurs cancers au bout de quinze ans (Cade). Le critère qui a droit de cité dans l'appréciation d'une thérapeutique n'est donc pas l'état de guérison, mais simplement *l'état de survie* au bout de tant d'années, sans égard à l'état de santé. 2° En se basant sur le nombre de survies au bout de cinq ans, la *mastectomie simple,* combinée aux rayons X, donne des résultats supérieurs à la mastectomie radicale combinée aux rayons X. 3° Une institution, ou un cancérologue, qui veut juger de l'efficacité d'une thérapeutique, doit tabler non pas sur la proportion des cas qui se prêtent au succès de sa propre thérapeutique, mais sur l'ensemble des cas qui se présentent à lui, sans égard au stade d'évolution. En d'autres termes, un cas non traitable doit être considéré, non pas comme un cas neutre, mais purement et simplement comme un échec de la méthode.

Si l'on envisage le problème sur les bases de McWhirter, il est évident que l'initiative dans le traitement du cancer du sein est en train d'échapper aux chirurgiens pour échoir aux radiothérapeutes. Mais écoutons maintenant le son de cloche des chirurgiens.

Il y en a, comme Taylor, du « Massachusetts General Hospital », qui avouent n'avoir jamais été en mesure de se rendre compte que les radiations pré ou postopératoires améliorent les statistiques chirurgicales, ou diffèrent l'échéance fatale du cancer du sein. Cette

déclaration qui s'appuie, au dire de l'auteur, « sur une cinquantaine de cas », n'a pas grande valeur, tant qu'on ne sait pas de quelles qualités de radiations et de quelles techniques il s'agit et sur quel genre de malades ont porté les expériences.

Parmi les objections qu'on entend communément contre l'utilisation des radiations dans le cancer du sein, en voici quelques autres.

On dit que les radiations retardent parfois inutilement l'intervention et ne font que perdre du temps. Il est possible que dans un petit nombre de tumeurs totalement radiorésistantes, on perde son temps à irradier, mais cet inconvénient est largement déclassé par la grande proportion de disparitions et de régressions de lésions qu'on peut observer à la suite d'une irradiation bien conduite.

On dit, et il se trouve encore des gens pour affirmer que les radiations ne peuvent pas, à elles seules, guérir un cancer du sein, et qu'elles ne font que retarder l'échéance. Cette affirmation est complètement erronée. Les travaux de Baclesse, de Maisin, de McWhirter, de Richards, de Cade sont un démenti formel à cette assertion. Il n'y a pas un radiothérapeute d'expérience qui n'a pas, dans sa collection, d'authentiques cancers du sein guéris depuis de nombreuses années.

On dit encore que les radiations augmentent les difficultés opératoires. Ce peut être vrai dans trois circonstances: si la malade est opérée trop tôt après une dose très intense, si la radiothérapie a été mal pratiquée, ou si le chirurgien, trop parcimonieux de greffes, ferme sa plaie avec des lambeaux trop tendus. La radiothérapie des cancers du sein doit, à notre avis, se faire à haut voltage, avec des rayons bien filtrés et avec des doses très étalées. La réaction cutanée n'a jamais de raison de dépasser le stade d'une radioépidermite sèche ou très faiblement exsudative. L'habitude qu'on a d'opérer environ 3 semaines après la fin des radiations est, dans notre opinion, une mauvaise habitude. Nous croyons, avec Richards et d'autres, que si la radiothérapie a été ce qu'elle doit être, l'intervention doit être différée de plusieurs mois. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur ce dernier point.

Si l'on tient compte de ces règles, on verra que la radiothérapie n'augmente pas les difficultés opératoires, mais qu'au contraire, elle rend opérables beaucoup de tumeurs inopérables.

Une dernière objection aux rayons X, auquelle certains attachent une grande importance, parce qu'ils la croient fondée sur des données scientifiques inattaquables, est la suivante. Elle est typiquement exposée dans un récent article d'Haagensen, dont on a fait grand état, dans les milieux chirurgicaux. Haagensen a pratiqué des mastectomies sur des cancers qui avaient reçu des doses de 4 500 r de radiations très pénétrantes et bien filtrées, administrées par Lenz. Les pièces anatomiques ont été examinées par Stout. Ce dernier a constaté qu'un très faible pourcentage de tumeurs seulement ne contenaient plus de cellules cancéreuses. Dans le plus grand nombre des cas, les lésions restaient farcies d'éléments néoplasiques altérés, mais vivants. Tels sont les faits. Et Haagensen n'hésite pas à en conclure que les rayons X seuls sont en général inaptes à assurer la guérison d'un cancer du sein.

Les conclusions de Haagensen ne résistent pas à la critique, parce qu'elles outrepassent de beaucoup leurs prémisses. 1° Les mastectomies de Haagensen ont été faites un ou deux mois après les radiations. Or ce délai est manifestement trop court pour qu'on soit en mesure de juger des effets du traitement. Une dose très étalée de radiations pénétrantes ne peut pas agir à la manière d'un traitement de contacthérapie qui amène une sidération instantanée de la reproduction cellulaire. Si Haagensen avait pratiqué ses mastectomies 6 mois ou un an plus tard, les constatations de Stout auraient probablement été tout autres. On a d'autant plus de raisons d'opiner dans ce sens que les conclusions de Haagensen s'opposent aux guérisons apparemment définitives, enregistrées par Richards, Maisin, McWhirter, Baclesse et d'autres. 2° Le fait que les tissus irradiés renfermaient des cellu-

les néoplasiques encore identifiables n'implique pas nécessairement que le cancer était encore en activité. Du point de vue strictement médical et pathologique, l'important n'est pas que les cellules cancéreuses gardent ou non leur *vitalité,* mais qu'elles perdent leur *malignité.* L'ennui n'est pas tant d'avoir une tumeur que d'en mourir.

Il est certain que des modifications peuvent se produire soit du côté de l'organisme, soit du côté de la tumeur, qui aboutissent parfois à une neutralisation plus ou moins complète et plus ou moins durable du processus cancérigène. Ces faits, rares et peu apparents dans les épithéliomas épidermoïdes, sont fréquents et frappants dans les épithéliomas glandulaires du sein. Ils peuvent apparaître spontanément au cours de l'évolution des cancers, mais ils sont particulièrement évidents dans les cancers soumis aux radiations. Que le mécanisme de cette régression, dans la malignité des néoplasies, réside dans une maturation évolutive des cellules tumorales, comme le soutenait déjà Dominici, il y a 50 ans, ou dans une action freinatrice du stroma comme d'autres l'ont cru par la suite, que le phénomène soit sous la dépendance de variations hormonales, ou qu'il soit régi par d'autres influences qui nous échappent, cela importe peu au point de vue de ses conséquences immédiates et pratiques. L'essentiel est de ne pas perdre de vue que la malignité est un problème de biologie et non de morphologie cellulaire.

Si Haagensen pouvait, chez ses malades guéries après cinq ans, faire l'inventaire des ganglions qu'il n'a pas atteints chirurgicalement, il y trouverait peut-être des cellules cancéreuses quiescentes. Car enfin pour qu'un cancer récidive après cinq ans de guérison apparente, il faut bien admettre que certaines de ses cellules ont dû rester cantonnées quelque part, et que les conditions de leur cachette ne se sont pas prêtées, jusque là, à leur reproduction. Et il n'est pas besoin de microscope et de bistouri pour affirmer que les mitoses ne sont pas nombreuses, dans un cancer qui ne pousse pas!

Peut-être va-t-on penser que cet exposé est un plaidoyer *pro domo* qui vise à tirer la couverture du côté de la radiothérapie. Pas du tout, car du côté de la radiothérapie, les connaissances sont loin d'être plus claires et plus ordonnées qu'en chirurgie. De même que la chirurgie des cancers du sein comporte des Halsted en miniature, des Halsted conventionnels et des Halsted améliorés, ainsi la radiothérapie présente des techniques ébauchées, des techniques ordinaires et des techniques élaborées. Et tout cela s'appelle « chirurgie » ou « radiations », sans plus de précision. Et les cancers du sein, de la malignité 1 à la malignité 4, s'appellent des « cancers » tout court, sans plus de précision non plus. Et avec tout cela, on fabrique des statistiques qui tendent à démontrer par a plus b que les cancers de tel stade doivent être traités de telle ou telle façon.

Or chacun sait quoi penser des classifications par stade anatomo-clinique. Supposons par exemple qu'on demande ce qu'on entend par un cancer au stade 2. La réponse à cette question, pourtant bien simple, nécessiterait toute une dissertation. Il faudrait savoir d'abord si on entend parler de la classification de Steinthal, de celle de Portman, de celle de Jungling ou de celle d'un autre, car plusieurs institutions ont adopté des classifications particulières, dont quelques-unes sont excellentes comme celle de Richards, par exemple, mais beaucoup trop compliquées. Et puis, il y a des Steinthal et des Portman originaux, et des Steinthal et des Portman modifiés. Stade 2 ne veut pas dire la même chose à Toronto, New-York, Londres, Paris ou Stockholm. Et il y a pis que cela encore. Beaucoup de cancers sont cliniquement au stade 1 et histologiquement au stade 2 ou 3, et d'autres cancers, non moins nombreux, sont cliniquement au stade 2, qui sont histologiquement au stade 1.

IV.—Esquisse d'une classification pratique.

Si on voulait s'en tenir au côté pratique des choses, la question serait de beaucoup simplifiée. Quand on essaie, par exemple, avec sa seule expérience de praticien, de se figurer les

cancers du sein, comme ils se présentent, on voit qu'ils tombent naturellement et fatalement dans deux catégories: 1° celle des cas où le diagnostic clinique est incertain, et 2° celle des cas où le diagnostic clinique est évident. Voyons dans quelle mesure une telle classification pourrait se prêter à la pratique actuelle.

On constate d'abord que les limites de ces deux groupes sont assez bien définies. Le premier comprend toutes les lésions au début, depuis les petites tumeurs solitaires de la glande mammaire, jusqu'aux « grumeaux » et aux nodules suspects des seins atteints de mastite chronique. Il comprend toutes les adénopathies axillaires trop dures et trop volumineuses pour être normales et, en même temps, trop discrètes pour être cancéreuses. Le deuxième groupe comprend toutes les tumeurs où les caractères et le degré d'envahissement fixent indiscutablement le diagnostic.

Cette classification s'avère excellemment pratique, puisque chacun des deux groupes peut être régi par une loi générale qui oriente toute la thérapeutique du groupe. Voici ces deux lois:

I. *Toutes les tumeurs du groupe A, dont le diagnostic clinique est incertain, doivent être considérées comme cancéreuses jusqu'à la preuve histologique du contraire.*

II. *Toutes les tumeurs du groupe B, dont le diagnostic clinique est évident, doivent être irradiées d'emblée jusqu'à épuisement complet de l'effet des radiations.*

C'est clair, facile à concevoir, facile à appliquer, conforme aux acquisitions les plus récentes sur la thérapeutique des cancers du sein, et cela résout la première partie du problème. Abordons maintenant la deuxième.

Supposons une lésion du groupe A. L'exérèse-biopsie large est pratiquée par un chirurgien entraîné, avec des précautions d'aseptie cellulaire adéquates. Le pathologiste, qui a alors à sa disposition le matériel et le temps nécessaires, doit être en mesure de fournir non seulement un diagnostic positif ou négatif, mais aussi des précisions sur le degré de malignité. Et il est évident, dans ces conditions, que l'importance respective des traitements radiologiques et chirurgicaux devra être proportionnée au degré de malignité. Dans l'appréciation de la malignité, le doute sera tranché du côté du pire, et dans la conduite du traitement, toute lésion maligne sera d'abord irradiée.

Supposons maintenant un cancer du groupe B, cliniquement évident. Ici, il faut savoir se passer de biopsie, car les avantages qu'on peut en tirer ne compensent pas les inconvénients qui peuvent en résulter. Si on prélève un fragment unique et minime, on devra payer d'une effraction de la peau, et d'un risque d'essaimage, une maigre donnée qu'on possède déjà, à savoir qu'il s'agit d'une lésion maligne. Si on a en vue le prélèvement de pièces plus importantes et multiples de nature à permettre une appréciation du degré de malignité histologique, on s'expose à des dégâts qui peuvent entraver la réalisation du traitement radiothérapeutique. Dans les cancers du sein, à la période d'état, l'évaluation rigoureuse de l'extension anatomique en fonction de la durée, jointe à l'étude des modalités de cette extension, fournit souvent des renseignements plus précis sur le degré de malignité que l'examen histologique lui-même.

Toutes les tumeurs de la catégorie B seront donc irradiées d'emblée, sans biopsie. La tendance actuelle est d'utiliser des rayons à haut voltage, fortement filtrés, et des doses étalées. Le traitement est poussé jusqu'à l'obtention d'une radioépidermite sèche ou faiblement exsudative. Trois éventualités peuvent se produire.

1. La tumeur est très radiosensible et disparaît totalement. Ces lésions très radiosensibles sont souvent très malignes, et tout complément thérapeutique par la chirurgie se trouve de ce fait contre-indiqué.

2. La tumeur est moyennement radiosensible et elle ne fond que partiellement. Quand les conditions anatomiques le permettent, le mieux est peut-être, pour le moment, de compléter la thérapeutique par une mastectomie radicale, plusieurs mois après la fin des radiations.

3. La tumeur est radiorésistante et on n'observe encore aucune régression après réalisa-

tion de la moitié du traitement projeté. Le mieux est alors d'écourter les radiations et de pratiquer la méthode d'exérèse qui est le plus en rapport avec les conditions anatomiques.

On peut faire deux objections à cet essai de classification. La première, c'est qu'une même catégorie comporte des extensions très différentes. A ceci, on peut répondre que l'extension anatomique est impossible à préciser dans cinquante pour cent des cancers au début, et qu'il est illogique de vouloir compliquer une classification avec des données qui ne sont pas contrôlables. Il est futile de s'attarder sur l'invasion ou la non invasion du creux axillaire, quand il est prouvé que le creux axillaire doit systématiquement être traité comme s'il était envahi.

La deuxième objection, c'est qu'avec ce système, une tumeur pourra être classée dans la catégorie A, ou dans la catégorie B, suivant le coefficient d'expérience clinique du médecin. Mais on ne voit pas bien l'inconvénient que cela peut avoir, quand il est établi au préalable que toutes les lésions qui n'entrent pas dans le champ de cette expérience, sont assurées d'un contrôle histologique. Peut-être peut-on craindre que certains médecins soient trop portés à se fier à leur expérience clinique. C'est plausible, mais alors *l'erreur ne pourra se faire que dans un sens: celui du pire*, et tout danger de laisser évoluer une lésion maligne sera au moins littéralement et absolument écarté.

En résumé, les cancers du sein pourraient se classer en deux groupes: le groupe A des *cancers précliniques*, identifiables seulement à l'examen microscopique, et le groupe B des *cancers cliniques*, identifiables macroscopiquement.

Le groupe A comprendrait des tumeurs de malignité histologique A1, A2, A3, A4, suivant le degré d'anaplasie cellulaire.

Le groupe B comprendrait des tumeurs de malignité clinique B1, B2, B3, B4, suivant que la croissance ou la décroissance s'avère *stationnaire, lente, rapide*, ou *ultra-rapide*.

Exemples: un squirrhe atrophique rentrerait dans B1, tandis qu'un squirrhe ordinaire, qui n'a pas encore de « personnalité » clinique, rentrerait dans A3. Un comédocarcinome, au stade préclinique, rentrerait dans A2, et, au stade clinique, dans B2. Un cancer aigu caractérisé serait un B4; un cancer pustuleux, un B3; un épithélioma glanduliforme, un A1, etc.

Ce classement présente trois avantages particuliers. Le premier est qu'il est fondé sur la malignité seule, qui est l'essence même du cancer. C'est un non sens, à notre avis, de faire intervenir le degré d'extension anatomique (« Stage », des anglo-saxons) dans un index clinique de malignité, comme l'a fait Richards. Une tumeur peut être très peu évoluée et très maligne, ou être très étendue, et peu maligne. Ce qui caractérise essentiellement la malignité d'une tumeur, c'est sa *rapidité* de croissance et de dissémination.

Un autre avantage, d'un classement de ce genre, c'est qu'il se plie à la présentation de faits nouveaux, dont on avait très peu l'habitude, avant les perfectionnements récents des techniques rœntgenthérapiques. Tous les radiothérapeutes ont vu, par exemple, des cancers du groupe B3 passer au groupe B1, sous l'influence des relations. Seule une classification où la malignité clinique entre en ligne de compte, de pair avec la malignité histologique, peut intégrer ces faits.

Un dernier avantage, enfin, sur lequel nous tenons à insister particulièrement, c'est que ce classement paraît le seul à pouvoir cadrer parfaitement avec les deux principes suivants, qui sont, à notre avis, la base même de notre système actuel de défense contre le cancer du sein:

1° *Toute tumeur de la glande mammaire, dont le diagnostic clinique est incertain, doit être considérée comme cancéreuse jusqu'à la preuve histologique du contraire.*

2° *Tout cancer du sein, confirmé histologiquement ou cliniquement doit être irradié avant toute tentative d'exérèse.*

BIBLIOGRAPHIE

F. BACLESSE: « Roentgen Therapy as the sole method of treatment of cancer of the breast. » *Am. Journ. of Roentgen. and Rad.*, **62**: 311-319 (septembre) 1949.

F. BACLESSE: « La rœntgenthérapie seule employée dans le traitement des cancers du sein, opérables et inopérables. » *Journ. de Radiol. et d'Elect.*, **30**: vol. 5-6, 1949.

Elis BERVEN: « Treatment and results in cancer of the breast. » *Am. Journ. of Roentgen. and Rad.*, **62**: 320-325 (septembre) 1949.

Sir Stanford CADE: « Treatment and results in cancer of the breast. » *Am. Journ. of Roentgen. and Rad.*, **62**: 326-327 (septembre) 1949.

Sir Stanford CADE: « Carcinoma of the breast. » *Journ. of the Am. Med. Ass.*, **138**: 1083-1087 (décembre) 1948.

Pierre DELBET: *Les cancers du sein.* Masson et Cie, édit., Paris, 1927.

G. GRICOUROFF: « Du pronostic histologique dans le cancer du sein. » *Bull. Ass. Frse pour l'Etude du Cancer*, **35**: no 9, 1948.

C. D. HAAGENSEN: « Carcinoma of the breast. » *Journ. of the Am. Med. Ass.*, **138**: 195-205 (18 septembre) 1948.

C. D. HAAGENSEN: « Carcinoma of the breast. » *Journ. of the Am. Med. Ass.*, **138**: 279-292 (25 septembre) 1948.

C. D. HAAGENSEN: « The treatment and results in cancer of the breast at the Presbyterian Hospital. » *The Am. Journ. of Roentgen. and Rad.*, **62**: 328-334 (septembre) 1949.

J. MAISIN. « Le rôle des radiations dans le traitement du cancer du sein. » *Journ. de Radiol. et d'Elect.*, **29**: 363-403, 1948.

N. E. McKINNON: « Breast cancer mortality, Ontario, 1909-1947. » *Can. Journ. Pub. Health*, **40**: 257-269 (juin) 1949.

Robert McWHIRTER: « Cancer of the breast. » *Am. Journ. of Roentgen. and Rad.*, **62**: 335-340 (septembre) 1949.

G. E. RICHARDS: « The place of surgery and of radiotherapy in its management. Mammary cancer. » *Brit. Journ. of Radiol.*, **21**: 109 127 (mars) 1948.

Brian W. WINDEYER: « Cancer of the breast. » *Am. Journ. of Roentgen and Rad.*, **62**: 345-354 (septembre) 1949.

RECUEIL DE FAITS

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA STÉNOSE MITRALE [1] COMMISSUROTOMIE

E.-D. GAGNON, Chirurgien, et **Paul DAVID,** Médecin,
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Depuis une vingtaine d'années, mais surtout depuis deux ans, plusieurs techniques opératoires ont été mises à l'épreuve en vue de traiter par la chirurgie la sténose mitrale. Parmi les plus utilisées, il faut citer le « Shunt Veine Pulmonaire-Azygos », la ligature de la veine cave inférieure, la section de la valvule tricuspide avec entrée par la veine jugulaire, la dilatation manuelle de l'orifice mitral, la valvulotomie et enfin la commissurotomie. Cette dernière technique fut créée et appliquée par les Drs Bailey, Glover et O'Neill de Philadelphie. Nous avons préféré utiliser ce mode d'opération pour plusieurs raisons qu'il serait trop long d'énumérer ici. L'expérience du Dr Bailey et collaborateurs remonte maintenant à deux ans et elle porte sur 32 cas avec une mortalité de 6 cas. Avant de procéder ici, nous sommes allés sur place assister à une opération et nous documenter sur toute cette question. Nous nous devons de signaler l'accueil très amical et même chaleureux de nos confrères de Philadelphie. La technique fut pratiquée sur le cadavre et le 27-2-50 le premier cas fut opéré. Nous avons rédigé au long les histoires de ces deux patients afin de bien préciser les indications, la technique et les suites opératoires.

Observation 1.

Monsieur N.F., dossier 12 033-49, a été hospitalisé à l'Hôpital Notre-Dame le 18 novembre 1949 pour: dyspnée d'effort progressive et hémoptysies accompagnées de toux.

1° — *Histoire*

C'est un adolescent de 17 ans, 5'8", qui pèse 120 livres. Il est pâle, maigre et asthénique. Orphelin dès sa naissance, il a souffert du froid et de la faim, surtout à partir de l'âge de 10 ans. Jusque-là, il n'a jamais été malade et pouvait, comme ses petits compagnons, prendre part aux jeux de l'enfance. Dès ce moment, sans aucun épisode rhumatismal, il commence à se sentir fatigué et est obligé d'abandonner le jeu, dix minutes environ après l'avoir commencé. De 10 à 15 ans, alors qu'il est à l'école ou au collège, une fatigue constante et un essoufflement facile l'obligent à s'asseoir pendant les heures de récréation. Pour la première fois, à 13 ans, un médecin examinateur lui dit qu'il a « une lésion au cœur ». Le malade cependant nie toute crise de RAA. antérieure.

A 15 ans, il s'engage comme messager dans une imprimerie. A l'occasion, il soulève des ballots de marchandise mais se sent tout de suite essoufflé. Le soir il est généralement fatigué, même s'il ne travaille pas très fort. Vers cette époque, de temps en temps, il fait une randonnée à bicyclette à travers les rues de la ville. Mais il est obligé de s'arrêter souvent pour reprendre haleine et pour cracher du sang. Inquiété par ces hémoptysies, il abandonne définitivement le vélo 2 mois plus tard.

Puis, il s'engage comme commis dans un restaurant. Il travaille debout toute la journée et se sent plus fatigué que jamais auparavant, à tel point qu'il doit s'appuyer sur les murs de temps en temps pour se reposer. Souvent, le matin, en se rendant au travail, il crache du sang.

En octobre 1949, il devient gardien de nuit et une nuit il crache environ 2 tasses de sang rouge. Cette hémoptysie était accompagnée d'orthopnée et d'une toux tenace et douloureuse. Il a continué, pendant 1 mois, à travailler et à cracher du sang, à peu près tous les 2 ou

1. Communication à la réunion scientifique du 20 mai 1950, du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame.

3 jours. C'est alors qu'il s'est présenté au dispensaire de l'Hôpital Notre-Dame.

Le patient n'a jamais fait d'œdème malléolaire, ni de dyspnée de décubitus, sauf la nuit de son hémoptysie importante. Il ressent, depuis l'âge de 10 ans, une fatigue et une dyspnée d'effort progressive. Son cœur a toujours battu vite et il a déjà ressenti des serrements précordiaux qui disparaissaient vite, sans trop l'incommoder. Le patient ne tousse que lorsqu'il crache du sang.

2° — *Examen.*

Cœur cliniquement peu augmenté de volume. Rythme cardiaque régulier à 92. Ce rythme s'accélère au moindre effort et à la moindre émotion. A la pointe, frémissement cataire caractéristique. Renforcement présystolique. Eclat très marqué du premier bruit et roulement diastolique extrêmement intense. Le deuxième bruit au foyer pulmonaire est très claqué et d'une intensité 3 à 4 fois supérieure au deuxième bruit du foyer aortique. P.A. 100/80. A l'auscultation des poumons, aucun râle congestif. Foie non hypertrophié. Absence d'ascite et d'œdème malléolaire.

3° — *Examens de Laboratoire.*

1) Orthodriagramme: Diamètre thoracique transverse — 22.8. Diamètre cardiaque transverse — 11,9. Rapport cardiothoracique légèrement augmenté. Bombement de l'arc moyen et de l'oreillette à gauche. Double contour droit. Légère hypertrophie ventriculaire gauche. Hypertrophie marquée de l'oreillette gauche. Bonne dynamique. Absence de calcification.

2) Electrocardiogramme: Rythme sinusal régulier à 84. PR: 0,17. QRS: 0,06. Axe électrique: plus 75°. Onde P de forte amplitude en D1 et à sommet bifide en D2. Onde T positive en D1, D2, D3, VL et VF. Les dérivations précordiales montrent une onde R de très forte amplitude en V2. Ce tracé ne montre aucun signe d'atteinte myocardique. La tendance à la déviation de l'axe électrique à droite est compatible avec le diagnostic clinique de sténose mitrale.

3) Sang: Urée 40 mg. Glycémie 100 mg. Formule sanguine: globules rouges 4 700 000 — globules blancs 8 200 — hémoglobine 85% — polynucléaires neutrophiles 57% — lymphocytes 39% — polynucléaires éosinophiles 4%. Urine normale. Radiographie du thorax: saillie de l'arc auriculaire gauche. Légère turgescence des deux images hilaires. Absence d'image d'infiltration parenchymateuse. L'index cardio-thoracique est de 13,6 cm. sur 27.; le rapport de ces deux diamètres est donc à la limite de la normale. Après absorption de baryum, le cliché en OAD révèle une légère saillie postérieure de l'oreillette gauche.

4° — *Diagnostic.*

Maladie cardiaque rhumatismale. Sténose mitrale pure et serrée. Hypertension de la circulation pulmonaire à l'effort. Nous pensons que la seule cure susceptible d'améliorer l'état cardiaque de ce jeune homme est une cure chirurgicale. Le patient est prêt à accepter le risque opératoire d'une telle intervention.

Le 18-2-50, le patient est accepté dans le service de Chirurgie en vue d'une Commissurotomie. Les analyses d'azotémie, glycémie, formule sanguine et urine sont normales.

5° — *Commissurotomie.*

Elle fut effectuée le 27-2-50. « L'anesthésie fut dirigée par les Drs Louis Lamoureux et Guy Fortin. Quatre bouteilles de sang de 500cc furent utilisées de même qu'un soluté intraveineux contenant de la novocaïne. Un électrocardiogramme fut enregistré pendant toutes les principales phases de l'opération. Nous décrivons le protocole opératoire tel que transcrit dans le dossier: Anesthésie intra trachéale. Sang 4 bouteilles. Décubitus latéral droit. Application des électrodes électrocardiographiques aux 4 membres. Thoracotomie postéro-latérale gauche. Résection de la 5e côte. Section des angles postérieurs des 4e et 6e côtes. A l'ouverture du thorax, poumon vierge d'adhérences. Boutonnière péricardique à 1½" en arrière du phrénique. Injection de 10cc de novocaïne à 2% dans le péricarde que nous

laissons agir 10 minutes (à l'horloge). Ouverture du péricarde environ 3½". Découverte d'une auricule hypertrophiée de 3 fois au moins son volume normal. La novocaïnisation de la base de l'auricule à l'aiguille est difficile et ne peut être faite que sur la face postérieure. Insertion d'un surjet en bourse au coton no 0. Après l'application de la pince de Satinsky, le bout terminal de l'auricule est amputé. Le couteau monté sur le doigt, une tentative d'introduction est faite. L'orifice de l'auricule étant trop petit l'auricule nous échappe — Hémorragie qui est contrôlée manuellement en saisissant l'auricule entre les doigts. La pince de Satinsky est réappliquée plus bas et l'ouverture est agrandie. L'introduction du doigt est maintenant facile. Palpation d'une sténose mitrale serrée n'admettant que le bout de l'index. Les bords libres de la valvule sont irréguliers mais non calcifiés. Section de la commission latérale gauche par deux fois ce qui permet l'insertion de l'index jusqu'à la 2e phalange. La main est renversée et nous faisons une section juste postérieure à la commissure interne ce qui permet d'entrer tout l'index confortablement jusqu'à sa base. Fermeture en bourse de l'auricule et de l'extrémité terminale au surjet le tout au coton no O. Fermeture du thorax en 4 plans avec drainage dans 9e espace post. avec tube de Foley sous l'eau. Dermalon sur la peau. Pansement compressif. Drs E.-D. Gagnon — R. Champoux — L. Lafortune et B. Laforest. »

6° — *Suites opératoires.*

Elles furent dans l'ensemble assez satisfaisantes et nous nous contentons de résumer les constatations qui nous ont le plus frappés — 1° *Douleur.* Pendant les 15 premiers jours, le patient s'est plaint presque continuellement d'un serrement rétro-sternal très douloureux. L'apparition de ces douleurs fut subite. Un électrocardiogramme montra des changements compatibles avec soit une péricardite soit une insuffisance coronarienne. Petit à petit cette douleur diminua d'intensité et actuellement il ne l'éprouve plus. 2° *Dyspnée.* Elle fut très marquée pendant au moins deux semaines. Il s'agissait d'une dyspnée superficielle à caractère très rapide et avec battements des ailes du nez. Par la suite, nous avons constaté des râles bronchiques qui obstruaient tout l'arbre pulmonaire. En ré-éduquant le patient au point de vue respiratoire et avec l'aide d'un spiromètre et d'inhalations de CO2, il a pu cracher abondamment et retrouver graduellement une respiration à peu près normale. 3° *Température.* Après la cessation des antibiotiques, il fait des clochers de température à 101 et même à 102°. Au fur et à mesure que l'expectoration devint plus abondante, cette température diminua. 4° *Etat cardiaque.* Depuis l'intervention, le rythme cardiaque demeure en général rapide allant de 120 à 96 actuellement. Le 13-3-50, le rythme devient subitement irrégulier et un électrocardiogramme confirma qu'il s'agissait d'une fibrillation auriculaire avec un rythme ventriculaire moyen à 150. Cette complication céda rapidement au sulfate de quinidine (quinicardine). Depuis avec une dose d'entretien faible, le rythme demeure régulier. Depuis l'intervention, nous n'avons pas constaté de disparition du roulement diastolique. Cependant celui-ci a diminué d'intensité. Le premier bruit au foyer mitral est un peu moins claqué et le deuxième bruit au foyer pulmonaire est moins fort. Présence d'un souffle systolique de pointe de faible intensité grade II. Il est encore trop tôt pour juger de l'état fonctionnel de ce cœur à l'effort.

Observation 2.

Monsieur L.L., dossiers 873-5849-11 510 — 13 289 en 1949 et 1950, a été hospitalisé à l'Hôpital Notre-Dame à quatre reprises, en 1949 et 1950.

1° — *Histoire.*

C'est un jeune homme de 22 ans, maigre, pâle, asthénique, qui s'est présenté la première fois au dispensaire de médecine, en juin 1949, pour hémoptysies et dyspnée. Le patient a fait une seule crise de rhumatisme polyarticulaire aigu, à l'âge de 7 ans. Il a dû prendre le lit pendant 6 mois, parce qu'il se

sentait faible, faisait de la fièvre et avait perdu l'appétit. Ses genoux, chevilles et mains présentaient les signes suivants: gonflement, rougeur, chaleur, douleur et raideur. De 9 à 12, il a fait de la « danse de St-Guy », et un médecin lui aurait dit qu'il avait le « cœur nerveux ».

Au sortir de l'école, à 14 ans, il commence à travailler, et pendant 8 mois, il charge des barils de 150 livres dans des camions. Il fait sa journée de 8 heures mais le soir se sent fatigué. Il réussit tout de même, vers le même temps, à faire des randonnées de 40 à 50 milles à bicyclette. A 16 ans, alors qu'il est empaqueteur pour l'Imperial Tobacco, le patient ressent une fatigue presque continuelle et commence à faire de la dyspnée d'effort (3 escaliers). Le médecin de la compagnie lui dit d'aller se reposer, car il a « une grosse maladie de cœur ».

De 18 à 19½ ans, assez souvent, à l'occasion d'un effort, le patient fait des crises de « bronchite asthmatique » qui durent entre 3 et 15 jours, et qui sont caractérisées par: de la toux, des expectorations quelquefois teintées de sang, de la dyspnée prononcée et de l'orthopnée. De 19½ à 21 ans, aucune crise, mais le patient ne travaille pas et évite les efforts. A 21 ans en décembre 48, il fait une crise, qui s'avère de l'œdème aigu pulmonaire, d'après les renseignements qu'il nous fournit: dyspnée intense pendant 8 heures, accompagnée de toux et d'expectorations spumeuses rosées assez abondantes pour remplir une chaudière de beurre de « peanuts ». Par la suite, il a craché du sang environ 35 fois. Il peut, presqu'à coup sûr, prédire 12 heures à l'avance ce qui va lui arriver, à cause d'une sensation de fatigue et d'oppression accompagnée de toux. Sa tolérance à l'effort et à l'émotion est rendu nulle: l'été, s'il marche 500 pieds, l'hiver s'il en marche 20, il fait une crise. Pendant les 15 jours qui ont précédé l'intervention, le patient a craché du sang; et la veille même de l'opération, il fait une hémoptysie d'environ 50 cc.

2° — *Examen.* T.A. 100/65.

Rythme cardiaque régulier variant entre 80 et 100. La palpation révèle un frémissement cataire à la pointe. A l'auscultation, le 2e bruit pulmonaire est de 3 à 4 fois plus fort que le 2e bruit aortique; le 1er bruit est claqué au foyer mitral et semble se prolonger par un souffle systolique court et très discret; il existe un roulement diastolique très intense avec renforcement pré-systolique, à la pointe. Les poumons sont clairs ou présentent des râles congestifs aux bases, suivant la journée.

3° — *Examens de Laboratoire.*

Glycémie variant de 77 à 112 mg. Azotémie variant de 45 à 62 mg. Urines normales. Formule sanguine: 4 400 000 globules rouges et 9 000 globules blancs. Hémoglobine 78%. Protéines sanguines à 6,45 g. au litre. Un radiogramme pulmonaire, en date du 14 juin 1949, se lit comme suit: turgescence marquée de l'arc moyen de la silhouette gauche du cœur avec présomption d'abaissement du point « G » et très légère turgescence de l'arc ventriculaire gauche. Nous devons signaler, en plus, une diminution de la transparence pulmonaire des deux côtés par présence d'un fin piqueté d'ombres diffusément répandues sur les 2 plages pulmonaires. Il y a aussi légère turgescence de l'image hilaire droite, probablement aussi de celle de gauche, laquelle est masquée par la turgescence de l'arc moyen du cœur. S'agirait-il de sténose mitrale? (Dr P. Brodeur). La scopie montre: un profil mitral typique avec bombement de l'artère pulmonaire et de l'oreillette gauche, et un double contour droit; le volume cardiaque est normal. Il existe une calcification mitrale qui semble très importante et de grosse dimension. Congestion para-hilaire bi-latérale et floue des champs pulmonaires qui font penser à un léger œdème pulmonaire (Dr P. David). La conclusion de l'électrocardiogramme se lit comme suit: bloc auriculo-ventriculaire du 1er degré; tracé compatible avec le diagnostic de sténose mitrale (Dr P. David). La scopie de l'œsophage, le 6 mars 50, donne les renseignements suivants: le tiers moyen de l'œso-

phage est refoulé vers la droite et il présente une importante empreinte concave à grand rayon de courbure sur son bord gauche. Cette déformation, due à la dilatation de l'oreillette gauche, est plus marquée que lors de l'examen du 9-11-49 (Dr J.-L. Léger).

4° — *Diagnostic.*

Le diagnostic de maladie cardiaque rhumatismale avec sténose mitrale serrée s'impose. Il est vrai que le risque opératoire est grand, vu la facilité avec laquelle le poumon se congestionne et la présence d'une calcification importante chez un sujet jeune. Mais comme la tolérance du patient à l'effort et à l'émotion est nulle, et que le traitement médical ne peut apporter aucune amélioration à cet état de chose, nous nous croyons justifiés de lui proposer l'intervention.

5° — *Commissurotomie.*

Elle fut effectuée le 8 mars 1950. Nous décrivons le protocole opératoire tel que transcrit dans le dossier: anesthésie intratrachéale (Drs Lamoureux et Fortin).

Patient en décubitus latéral droit. Thoracotomie postéro-latérale gauche à travers le lit de la 4e côte. Section des 3e et 5e côtes à l'angle postérieur. Cavité pleurale vierge d'adhérences. Poumon est œdémateux et montre des calcifications. Injection de 7 cc de novocaïne 2% dans le péricarde qui est ouvert verticalement en arrière du nerf phrénique au niveau de l'auricule. Novocaïnisation de la base de l'auricule au moyen d'un tampon. Insertion d'un surjet en bourse au même niveau. Application de la pince de Satinsky au devant du surjet. Amputation du sommet de l'auricule. Introduction de l'index armé du couteau « guillotine ». Hémorragie contrôlée par le surjet, mais il persiste un saignement entre le doigt et le couteau. La valvule mitrale est calcifiée et n'admet que la pulpe de l'index. Première section de la commissure latérale qui occasionne une chute de pression considérable, un ramollissement du myocarde corrigé par transfusion sanguine et éphédrine intra-veineuse. Après correction de l'état myocardique, nous reprenons la section (no 2) à la commissure latérale. L'introduction du doigt est ensuite beaucoup plus facile jusqu'à la 1ère phalange, mais l'ouverture ne semble pas suffisante. Insertion de la main et du couteau et section interne (no 3) aux dépens du feuillet postérieur. Après cette manœuvre, il nous est possible d'insérer le doigt et de le mobiliser d'un côté à l'autre de l'orifice qui nous semble être environ du diamètre de 2 doigts. Drainage intercostal avec tube de Foley dans le 9e espace intercostal postérieur. Greffons prélevés sur le bord supérieur de la 5e côte inséré dans les cavités médullaires des 3e et 5e côtes. Fermeture en 4 plans. Nylon sur la peau. Drs E.-D. Gagnon — R. Champoux et L. Lafortune ».

Il faut noter que pendant l'anesthésie surtout au début, la broncho-aspiration ramenait une quantité importante de sang clair.

6° — *Suites opératoires.*

Le patient n'a fait de température qu'une seule fois, le lendemain de l'opération 100° F.

Pendant les 5-6 premiers jours, il toussait beaucoup mais n'expectorait rien. Après quelques séances de CO2, il a finalement craché deux bouchons épais, gris-noir. La toux et les râles pulmonaires sont disparus dès ce moment. Aucune hémoptysie depuis le 8 mars 1950.

Pendant les 20 premiers jours environ, le patient s'est plaint de douleurs thoraciques gauches augmentées par l'inspiration profonde et la toux, mais soulagées immédiatement par des infiltrations intercostales à la novocaïne. Nous croyons que ces douleurs étaient dues à la plaie et aux fractures des 3e et 5e côtes.

Une semaine après l'opération, le patient s'est plaint d'une autre douleur vive, rétrosternale, soulagée par la position assise, le tronc penché en avant. En même temps, il y a disparition du frottement péricardique entendu depuis le premier jour post-opératoire. Un E.C.G. pris la même journée montre des changements compatibles avec le diagnostic clinique de péricardite. Mais tout rentre dans l'ordre au bout d'une semaine environ.

Dès le lendemain de l'opération, l'on notait un souffle systolique doux au foyer mitral. Le reste de l'auscultation ne montrait pas de changement. Mais le nouveau souffle a augmenté graduellement jusqu'à atteindre, 7 jours plus tard, l'intensité d'un grade III à IV, sur une échelle de VI. Aujourd'hui, il masque presque complètement le 1er bruit mitral. Le 2e bruit pulmonaire a conservé une assez forte intensité. Le roulement existe encore mais il est beaucoup moins fort et son timbre a nettement changé. Trois jours après l'intervention, il fallut digitaliser le malade, pour prévenir l'insuffisance cardiaque et ralentir le rythme qui se maintenant autour de 90-100. Dix jours après l'opération, apparition d'œdème malléolaire, sans autre signe d'insuffisance. Il est vrai que le patient se levait maintenant et qu'il passait de longues heures dans son fauteuil. Disparition de cet œdème environ dix jours après son apparition.

Depuis la commissurotomie, le pouls a varié de 88 à 100 et la T.A. de 90/50 à 105/70. La respiration, de 40 qu'elle était le lendemain est redescendue graduellement à 22-24.

Les E.C.G. enregistrés avant l'opération et depuis, montrent: a) une diminution de la déviation droite de l'axe électrique (plus 105°) qui est maintenant dans les limites de la normale (plus 75°); b) un intervalle PR qui est aussi long qu'au mois de novembre 49 (0,26 sec.) malgré qu'il soit descendu jusqu'à 0,19 seconde et 0,20 dans les suites opératoires; c) un retour graduel à la normale de l'onde T qui avait montré des changements importants pendant la période d'irritation péricardique post-opératoire.

COMMENTAIRES

Après 6 semaines d'observation de ces deux patients qui ont quitté l'hôpital depuis 15 jours, il est certain que l'état ne fut pas aggravé par l'intervention. Il faut souligner ici le travail remarquable fait par les anesthésistes dans la seconde intervention en particulier. Ce patient d'ailleurs n'a pas eu une seule expectoration sanguinolente depuis la commisurotomie. Il est encore trop tôt pour juger des résultats fonctionnels de ces interventions, mais nous croyons avec beaucoup de conviction que le traitement chirurgical est le traitement de choix de la sténose mitrale, lorsque celle-ci est serrée ou lorsqu'elle donne lieu à des accidents hémoptoïques ou congestifs, ou lorsqu'elle immobilise un malade au point de l'empêcher de faire tout effort si minime soit-il.

Nous sommes très heureux de souligner que ce sont les deux premières commissurotomies pratiquées à Montréal.

REVUE GENERALE

LE CANCER DE L'ESTOMAC : CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES [1]

Pierre SMITH (Montréal).

Le cancer de l'estomac, le plus fréquent des cancers viscéraux, est aussi l'un des plus difficiles à diagnostiquer à son début. De ce fait, la chirurgie du cancer gastrique n'enregistre qu'une faible proportion de succès durables.

Trois fois plus souvent rencontré chez l'homme que chez la femme, son maximum de fréquence est entre quarante et cinquante ans; on le voit cependant quelquefois chez des malades beaucoup plus jeunes.

Maints facteurs prédisposants sont invoqués et encore discutés: l'hérédité, le terrain familial, les abus alimentaires, l'usage immodéré de l'alcool et du tabac.

La dégénérescence maligne des ulcères est de même controversée; certaines écoles, dont celle de Pierre Masson, admettent franchement le développement de l'épithélioma au niveau de l'ulcère gastrique. Cette éventualité se produirait dans la proportion de 5 pour 100 environ. La preuve, d'ordre anatomo-pathologique, est la présence d'images histologiques de l'ulcère coexistant côte à côte avec celles du cancer. Aucun signe clinique ne signale au début ce développement pathologique. Si la biopsie gastroscopique peut éventuellement surprendre le processus à son stade initial, le pronostic post-opératoire en sera d'autant plus favorable.

Comme l'ulcère, le cancer siège électivement à la région antro-pylorique; puis par ordre de fréquence, à la petite courbure, au cardia, aux faces, à la grosse tubérosité, à la grande courbure. Ici, comme dans tout cancer du tractus digestif et des organes, en continuité plus ou moins directe avec le milieu extérieur, l'élément infectieux peut se surajouter au processus néoplasique; d'où les adhérences inflammatoires puis cancéro-inflammatoires avec les viscères de voisinage: pancréas, méso-côlon et côlon transverse, vésicule biliaire et foie, péritoine et paroi abdominale antérieure.

Ces formations adhérentes favorisent à la fois le développement d'abcès localisés, l'envahissement néoplasique de proche en proche et la propagation ganglionnaire inflammatoire et cancéreuse; adénopathies inflammatoires et adénopathies cancéreuses quasi impossibles à différencier même à ventre ouvert.

La propagation lymphatique cancéreuse se manifeste par la présence de ganglions hypertrophiés. Cet envahissement est précoce, insidieux, et, à son début, aucun signe n'en révèle le lieu et l'étendue. Facteur de pronostic opératoire sombre, on les trouve envahis, chez les gastrectomisés, dans la proportion de 70 à 80 pour 100. Les premiers ganglions régionaux à être atteints sont, selon le siège du cancer: la chaîne de la petite courbure, la chaîne gastro-épiploïque, les ganglions rétro-pyloriques. Les cancers de la région pylorique, relativement fréquents, peuvent essaimer directement vers les ganglions de la chaîne hépatique, ceux de la grande courbure, à sa partie haute, vers la chaîne splénique; ces deux territoires ganglionnaires contrindiquent généralement tout essai d'exérèse; à plus forte raison les adénopathies à distance dans le mésocôlon, dans l'angle duodéno-jéjunal, dans les régions rétro-pancréatiques, latéro-aortiques, para-rectales cervicales. En même temps que progresse l'essaimage ganglionnaire, peuvent aussi se produire des métastases à distance: au foie, à l'ombilic, aux ovaires (tumeurs de Krukenberg).

1. Travail présenté aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, le 9 mais 1950.

La progression longtemps indolore de la tumeur, l'envahissement lymphatique rapide et silencieux, l'absence de signes d'alarme initiaux, expliquent l'imprécision symptomatique du début et pourquoi tant de cancéreux gastriques ne se présentent au clinicien ou au chirurgien qu'à la phase d'inopérabilité. Il est fort malheureux que ce cancer soit localisé sur un viscère profond, où ne saurait clairement se percevoir une masse petite ou moyenne, qu'il ne soit pas plus fréquemment ni plus tôt lié à l'hyperacidité gastrique douloureuse, aux spasmes du pylore, à la rétention gastrique, qu'il ne provoque pas plus souvent d'hémorragie d'alarme initiale. Cliniquement et opératoirement, ce cancer a mauvaise réputation. Moins bonne que celle du cancer du sein, des voies respiratoires, des côlons, dont, pour ces derniers du moins, le diagnostic peut se poser d'emblée par la clinique, la radiologie, ou l'exploration instrumentale dans la proportion de 95 pour 100.

Lorsqu'un cancéreux gastrique, à tumeur palpable, présente des vomissements à jeun, un amaigrissement confirmé, des gastrorragies, des mélaenas, qu'au teint anémié jaune paille s'ajoute l'ictère qui contresigne la compression du pédicule hépatique par l'adénopathie envahissante, à fortiori, si l'on décèle les métastases hépatiques, ombilicales, pelviennes, sus-claviculaires, de l'œdème et de l'ascite, ce cancéreux présente l'image complète de l'inopérabilité. La laparatomie révélera toujours une extension tumorale, métastatique, et adénopathique au delà des constatations cliniques et radiologiques.

Ce tableau symptomatique n'a plus qu'une valeur de documentation spectaculaire utile tout au plus à supputer la date approximative de l'échéance fatale. Lorsque le diagnostic de cancer gastrique s'impose aisément, la lésion est inopérable.

Entre la période avancée qui contremande l'ablation chirurgicale, et celle de début qui l'implique rigoureusement, s'inscrit la période d'état durant laquelle si le diagnostic est plus aisé, le traitement chirurgical reste encore grevé d'échecs tardifs.

A cette période de transition, les symptômes ont souvent des caractères qui peuvent lever tout doute sur la nature de la lésion; inappétence progressive, dégoût marqué pour les corps gras et les viandes, nausées, régurgitations post-prandiales, vomissements glaireux matinaux éveillant l'idée de la présence juxta-pylorique du cancer avec tendance sténosante progressive; teint altéré, facies intoxiqué, plus grande fatigabilité, constipation ou diarrhée occasionnelle, hématémèse ou melænas fortuits, tous symptômes qui, considérés isolément, peuvent sembler banaux. Mais ce qui les caractérise, c'est leur persistance tenace, leur régulière aggravation, leur absence de rémission en dépit des régimes diététiques les mieux suivis, des traitements les mieux observés.

Cette période d'état, pour maints patients, est de très courte durée. Environ 50 pour 100 des malades examinés trois mois après le début des troubles gastriques confirmés sont déjà des incurables. Un malade porteur d'un cancer confondu avec un ulcère, traité durant trois mois, s'est acheminé pendant ce temps vers l'incurabilité. Ulcère et cancer, au début, peuvent être facilement confondus; dans 5 pour 100 des cas, le cancer nous l'avons dit déjà, peut se développer au niveau d'un ulcère; d'où des confusions faciles et qui ne sont pas non plus pour augmenter les chances de guérison.

C'est donc à la période de début que l'on doit poser le diagnostic de cancer si l'on veut que l'intervention chirurgicale réussisse définitivement. Les troubles généraux, en apparence les plus simples et les plus courants, une anomalie fonctionnelle quelconque qui peut être rattachée à l'existence d'une lésion gastrique, même chez un malade jeune, même si l'état général semble excellent, même s'il y a amélioration après traitement, doivent faire songer au cancer jusqu'à preuve du contraire.

Une dyspepsie ou une anorexie banale, une diarrhée ou une constipation soudaine, un amaigrissement inexpliqué, des douleurs périodiques à caractères ulcéreux, une simple hématémèse isolée doivent, chez le clinicien, éveiller l'idée du cancer possible.

Cette pensée doit obligatoirement commander sans retard toutes les recherches susceptibles de confirmer ou d'infirmer la lésion soupçonnée: cytologie et chimisme gastrique, recherche des melænas occultes, exploration gastroscopique et biopsie si possible, contrôle radiologique. La confrontation des résultats d'exploration avec les données cliniques devra décider soit de la surveillance et du traitement médical, soit du geste chirurgical.

De tous les moyens capables d'éclairer un diagnostic clinique hésitant, le plus fidèlement constant, celui qui se range au premier chef, est sans contredit l'exploration radiologique. Les explorations radiologiques doivent être pratiquées et répétées de façon systématique, par un radiologiste de carrière, aussi versé dans la réalisation des films techniquement parfaits, que dans l'art difficile de l'interprétation des clichés. L'enjeu en vaut bien la peine, puisque sur les résultats des radiographies multiples et renouvelées se pose la sanction d'abstention ou d'intervention opératoire.

Le seul traitement du cancer de l'estomac est la gastrectomie totale. L'unique chance de guérison définitive est l'opération au stade initial lorsque l'ablation de la lésion avec tous les ganglions néoplasiques est encore possible. Si tous les ganglions et les essaimages cancéreux n'ont pu être enlevés, on peut s'exprimer en termes d'amélioration et de survie, mais non en termes de guérison. De tous les cancers opérables, celui-ci présente la plus minime proportion de survies après cinq ans; proportion qui n'est que de 20 à 22 pour 100 d'après certaines statistiques récentes. Environ 70 pour 100 des gastrectomisés présentent des récidives. Ceci pour les cas opérables; mais il n'y a encore actuellement que 50 pour 100 des malades examinés qui peuvent entrer dans cette catégorie. Et encore! sur 100 cancéreux que l'on peut croire de bons candidats à une gastrectomie totale heureuse, environ 35 ne devront subir qu'une laparatomie exploratrice ou une simple gastro-entérostomie de dérivation.

Où se trouvent donc le salut pour les infortunés cancéreux gastriques? Dans un diagnostic précoce, là ou les symptômes sont encore imprécis et ne peuvent que laisser soupçonner le cancer; dans un diagnostic confirmé dans certains cas par une biopsie gastroscopique et, le plus souvent, par les radiographies systématiques pratiquement parfaites et judicieusement commentées. Si le moyen le plus efficace de diagnostic réside dans l'exploration radiologique, il s'ensuit que les radiographies de l'estomac devraient, tout comme pour les radiographies de l'appareil respiratoire, être pratiquées sur une beaucoup plus grande échelle, avec une beaucoup plus grande fréquence qu'elles ne le sont malgré tout actuellement. Et peut-être vaudrait-il mieux, en fin de compte, en venir au système logique de dépistage préventif, déjà si répandu pour le diagnostic radiologique des lésions pulmonaires, que de voir, dans la proportion de 50 pour 100, les cancéreux gastriques inopérables.

LE CANCER DU RECTUM [1]

J.-René ROUX,
Chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

La mortalité générale par cancer est sans cesse croissante et est devenue, dans la dernière décade, suffisamment alarmante pour susciter un intérêt et un effort plus grands à rechercher la cause de cette affection. Cet accroissement reçoit son explication dans une plus grande précision du diagnostic d'une part, et dans la prolongation de la durée moyenne de la vie d'autre part.

Le cancer du côlon ne diffère en rien, à ce point de vue, du cancer en général et cause annuellement, d'après Lynch, plus de 35 000 décès aux Etats-Unis. Or, on sait pertinemment que l'ampoule rectale compte plus de 45% de ces tumeurs et que si on ajoute à ce chiffre celui qui représente la localisation de cette maladie au recto-sigmoïde la proportion passe au-delà de 60%. La mortalité par cancer du rectum est donc imposante et mérite une attention particulière puisqu'après le cancer de l'estomac c'est la localisation la plus fréquente des cancers du tube digestif.

De toutes les maladies graves héritées par l'homme, aucune n'est plus prometteuse de disparition éventuelle de la liste des maladies mortelles et aucune n'est à la fois plus décourageante. En effet, la localisation et la facilité d'examen permettent un diagnostic des plus précis et des plus efficaces. De plus, son évolution est lente puisque d'après Miles une telle lésion prend plus de six mois à couvrir le quart de la circonférence intestinale. Pourvu qu'on le recherche systématiquement et méthodiquement le cancer du rectum, pourra être dépisté au tout début et traité radicalement. Le toucher rectal et la rectoscopie devraient faire partie de la routine d'un examen physique.

Il existe pourtant un délai de plus de neuf mois entre l'apparition des signes du début et le moment où le patient est amené à consulter un chirurgien. La crainte de cette maladie, l'ignorance du public et, il faut bien le dire, l'insouciance de quelques membres de notre noble profession peuvent être la cause de ce retard. Plusieurs patients sont trop longtemps traités pour une colite ou de soi-disant hémorroïdes dont le diagnostic est porté en l'absence d'une investigation pourtant simple, facile, sans danger et indispensable. Ce retard est condamnable et peut être éliminé. Aucun patient ne devrait être traité pour de la colite ou des hémorroïdes sans avoir subi au préalable un toucher rectal, un examen au sigmoïdoscope et une exploration radiologique du côlon. Une saine vulgarisation aiderait à annuler ces facteurs de retard et à améliorer à la fois la mauvaise réputation de cette affection, le pronostic et le taux de guérison.

Je ne vous parlerai d'étiologie de ces cancers que pour souligner la transformation maligne habituelle des polypes. L'extirpation de ces tumeurs devrait être encouragée dès qu'on les trouve et des examens subséquents devraient être pratiqués régulièrement chez de tels patients. On dépistera ainsi l'apparition de nouvelles tumeurs et éventuellement un début de cancer. Dukes croit qu'il existe une malignité en puissance dans l'épithélium intestinal de certains individus et on peut ajouter, je crois, surtout s'ils sont porteurs de tumeurs bénignes.

La guérison du cancer du rectum ne dépend pas seulement de l'étendue de la résection, mais aussi de la précocité du diagnostic. Au stade de début ces tumeurs malignes se prêtent à une extirpation chirurgicale permettant la guérison mais dans la plupart des cas elles ne sont reconnues qu'à un stade avancé et parfois trop évolué. Il est donc d'importance primordiale de connaître les signes qui

1. Communication aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1950.

nous permettront de déceler la lésion le plus rapidement possible.

Le rectum étant intimement lié au processus de la défécation, toute lésion de cet organe ne saurait se traduire autrement que par un changement de son fonctionnement. Il n'existe pas de signes caractéristiques ou pathognomoniques du cancer du rectum au début mais plutôt des symptômes vagues et variables selon l'âge, la localisation et la grosseur de la tuméfaction, les symptômes sont d'ailleurs communs à toutes les affections banales du rectum. Il ne faut plus attendre les hémorragies, l'amaigrissement et l'occlusion intestinale pour penser au cancer du rectum. Ce sont des manifestations tardives d'une maladie existant depuis plus de 18 mois.

On divise le rectum en trois parties, chacune d'elles donnant des symptômes particuliers: l'anus et le canal anal, l'ampoule rectale proprement dite et le recto-sigmoïde.

A l'anus, à cause de la multitude de filets nerveux, la douleur apparaîtra très tôt et sera exacerbée par la défécation. Cette douleur persistera pendant plusieurs heures parfois mais son intensité diminuera durant ce temps. Le patient se plaindra parfois d'un soulagement incomplet malgré une selle abondante. La perte sanguine à ce niveau est minime mais peut être abondante si la surface tumorale est ulcérée.

Au recto-sigmoïde à cause de la petitesse de la lumière intestinale et de la solidité de la masse fécale nous aurons des symptômes d'obstruction se traduisant par des crises intermittentes de coliques abdominales accompagnées de ballonnement, un changement dans la régularité de l'évacuation intestinale depuis quelques semaines. Ce sera souvent une constipation entrecoupée de diarrhées apparaissant chez un patient parfaitement régulier auparavant.

Au niveau de l'ampoule rectale nous aurons une multitude de signes vagues à cause de l'ampleur de la lumière intestinale. Ce sera encore ici un changement dans le rythme de la fonction évacuatrice de l'intestin et des symptômes dus au passage des matières fécales sur la tumeur: envies fréquentes et urgentes; fausses envies; sensation de plénitude ou de poids au rectum; un malaise rectal précédant, accompagnant ou suivant la défécation; une sensation de brûlement au rectum ou à la région sacrée, avec irradiation dans les membres inférieurs; des selles plus ou moins déformées et présentant des filets de sang ou des glaires purulentes. Ces signes se trouvent assez souvent chez les porteurs de cancer du rectum pour inciter le praticien à faire un examen minutieux chez les patients qui s'en plaignent.

Le toucher rectal, examen dédaigné et détesté par un grand nombre de médecins, n'est pas suffisamment entré dans les habitudes et pourtant plus de 70% des tumeurs cancéreuses du rectum peuvent être atteintes avec le doigt. Cette méthode d'examen facile et non coûteuse devrait faire partie, encore une fois, de toute exploration physique et être répétée chaque fois et aussi souvent que nous sommes en présence d'un seul signe énuméré plus haut.

La rectoscopie se pratique facilement et ne devrait pas échoir exclusivement comme lot à des spécialistes. Rien de plus facile que d'introduire, à travers l'anus, un rectoscope qui nous permettra d'examiner la muqueuse du rectum jusqu'à une hauteur de 10 à 12 centimètres.

L'une et l'autre de ces manœuvres doivent être exécutées, sans nulle trêve, à la moindre perte sanguine ou pour toute anomalie un peu persistante de la défécation.

Miles, après une étude portant sur plusieurs milliers de cas, est venu à la conclusion que l'évolution de la majorité de ces cancers est lente. Daland, chez 100 cas de cancer du rectum non traités, a trouvé une survie moyenne de quatorze mois après que le diagnostic fut posé. Cette affection évolue par extension en surface, infiltration en profondeur et enfin par métastases. Ces dernières se font par voie lymphatique aux groupes ganglionnaires desservant la région et par voie veineuse à dis-

tance. Seafeld à la suite d'un examen de 100 cas de cancer du rectum a trouvé une invasion ganglionnaire dans 47 et une propagation veineuse dans 20.

On a cru longtemps à la suite des travaux de Miles, Cunéo et Poirier, que cette propagation ganglionnaire se faisait à la fois dans les groupes supérieurs, latéraux et inférieurs. Gabriel et Dukes ont démontré par la suite que les ganglions situés au-dessous de la tumeur ne sont envahis que si tous ceux qui se trouvent au-dessus sont bloqués par l'envahissement. Cette condition ne se rencontre que dans 1% des cas environ et, chez des malades porteurs de tumeur déjà très avancée.

Le grade histologique de la tumeur, d'après le procédé de Broders et l'étendue de la lésion d'après son type classifié par Duke sont deux facteurs à envisager avant de porter un pronostic. La localisation de la lésion par rapport à l'anus peut de même améliorer ou assombrir ce pronostic. Il est classique de dire que le pronostic est plus sombre à mesure que la lésion se rapproche de la ligne ano-rectale. Le taux de survivance après résection des lésions situées dans les six centimètres terminaux du rectum est moins bon que celui des lésions de la moitié supérieure quelle que soit la méthode employée pour l'exciser. En effet le taux de malignité est en général plus élevé, l'invasion ganglionnaire plus étendue et les voies d'extension plus difficiles à enlever.

La chirurgie reste le seul procédé thérapeutique de quelque valeur pour le cancer du rectum. La radiothérapie et la radiumthérapie se sont montrées inefficaces sauf pour certaines lésions de l'anus. L'opération la plus fréquemment pratiquée et longtemps reconnue comme la meilleure est celle de Miles ou amputation du rectum par voie combinée abdomino-périnéale en un seul temps. Elle consiste dans la résection du rectum et de l'anus avec les tissus avoisinants et dans l'établissement d'un anus iliaque gauche définitif. Il y a dix ans cette technique était presqu'universellement reconnue comme la seule capable de guérir un patient atteint de cancer du rectum ou du recto-sigmoïde. A la suite des développements de la technique chirurgicale, des nouvelles notions et de la découverte des antibiotiques, plusieurs chirurgiens ont cherché à conserver la fonction sphinctérienne dans certains cas choisis. Il existe plusieurs techniques susceptibles d'atteindre ce but et il est inutile de les énumérer puisqu'elles ne sont pas toutes efficaces. Dans des mains expérimentées ces techniques ont donné des résultats comparables à ceux de l'opération de Miles à la condition d'être faites chez des sujets porteurs d'une tumeur située à plus de 8 centimètres de la ligne ano-rectale. Ce sont d'une part la résection du rectum avec abaissement du bout supérieur et suture bout à bout au canal anal conservé, telle que pratiquée par Gaudart D'Allaines à Paris, d'autre part la résection du rectum avec suture bout à bout par la seule voie abdominale, telle que pratiquée par Dixon et plusieurs autres. Ce sont, à mon sens, les deux seuls procédés susceptibles de conserver à coup sûr la fonction sphinctérienne tout en conservant les chances de guérison.

La mortalité opératoire a été grandement abaissée grâce à une meilleure connaissance de la physiologie de l'opéré, à la préparation pré-opératoire et au traitement per- et post-opératoire. Les résultats de l'amputation par voie abdomino-périnéale seront améliorés pourvu qu'elle soit pratiquée à deux équipes travaillant en même temps. La résection est ainsi plus étendue, le temps opératoire est raccourci et le temps périnéal n'est plus escamoté.

Il existe peu de travaux comparant la mortalité et le taux de survivance dans des conditions identiques. Le taux d'opérabilité varie selon les auteurs de 70 à 95% et le progrès croissant a permis une résection même avec envahissement du petit intestin, de l'utérus,

des annexes, de la vessie ou de la prostate. Quant à la survie, 5 ans après l'opération pour Hayden elle est de 33%, pour Mayo elle est de 65% s'il n'existe pas d'envahissement ganglionnaire et de 33% si les ganglions sont touchés par le processus cancéreux. D. Dixon ayant pratiqué la résection du rectum avec suture bout-à-bout par voie abdominale seule dans 272 cas de cancer du haut rectum et du bas sigmoïde, rapporte une survie de 67,7% après 5 ans.

Avec un diagnostic précoce, une résection large et des traitements appropriés, le cancer du rectum devrait, dans un avenir rapproché, pouvoir être traité de manière à obtenir une guérison dans plus de 80% des cas.

LE MALADE, QUI VIENT CONSULTER, SE PLAIGNANT DE SON INTESTIN[1]

Jean LeSAGE (Montréal).

On ne peut embrasser dans 20 minutes toute la séméiologie de la pathologie intestinale, mais on aurait tort de parler longuement des constipations et des diarrhées, et de négliger tout débat sur les syndromes aigus. Ceux-ci sont les premiers à reconnaître et les plus urgents à traiter médicalement ou chirurgicalement.

Aussi abordons-nous, d'abord, la question de la douleur aiguë avant de traiter des autres, d'intensité moyenne ou légère, pour terminer par un résumé des constipations et diarrhées. Les malades qui se présentent pour autre chose ont peu d'intérêt. En tout cas, ils ne sont pas pressés!

I.—La douleur aiguë.

Il n'est pas facile, en règle générale, de juger de la réalité ou de l'intensité d'une douleur intestinale ou abdominale: le seuil de la douleur se montre tellement relatif chez chaque individu. Si l'on disait quelques mots du mécanisme de ce type de douleurs...

Bockus, tout récemment, résume ainsi la filière de ce mécanisme: les viscères abdominaux, à l'encontre de la peau — cela est prouvé — sont insensibles à la section, au pincement, au courant faradique, mais ils sont très sensibles à l'augmentation de leur pression intérieure, provoquée par le tiraillement, la distension ou l'extrême contraction. Wolf, par gastrostomie, a même démontré qu'une pression sur la muqueuse réveille une douleur, d'autant plus vive que l'organe est distendu ou hypercontracté. Ce même organe montre un seuil encore plus bas de la douleur, si l'organe est inflammé. Et l'on arrive aux conceptions récentes suivantes: qu'il existe trois mécanismes possibles de la douleur aiguë, conceptions plus pratiques qu'on ne le croirait à première vue.

Le premier, de nature purement sympathique, ou douleur viscérale vraie due à une distension ou à une contraction d'un organe et ressentie sans localisation précise vers le centre abdominal.

Le deuxième, ou de la *douleur transmise* à certains segments médullaires par les fibres sympathiques. Il s'agit d'une douleur aiguë,

1. Travail présenté, le 10 mai 1950, aux « Journées Médicales », organisées par la Société Médicale de Montréal, à l'Université.

cumulative, et traduisant à tout coup l'inflammation de l'organe sous-jacent, localisation déjà plus précise.

Enfin, douleur péritonéo-cutanée de Morley, qui a trouvé l'existence de fibres cérébro-spinales, allant mourir dans le mésentère et le péritoine postérieur, communiquant au cerveau par le phrénique. Elle irradie les douleurs, par lésions du diaphragme, au cou, aux trapèzes, aux deux bras (côté radial). Elle donne à l'abdomen, lors du palper, cette tension, cette rigidité musculaire bien connue. Mais nous sommes, là, rendus à un stade plus avancé d'une inflammation viscérale.

En langage clinique, elle s'applique à deux syndromes aigus fréquents, l'*appendicite aiguë et la cholécystite aiguë avec colique hépatique.* Voici, respectivement, ce qui se passerait:

1° *Appendicite aiguë.*

Une première douleur, assez vive, s'accuse dans la région épigastrique basse de la zône péri-ombilicale, avec nausées et vomissements. Ce sont les premières heures du drame habituel. A ce stade, le cœcum est distendu, il est, secondairement, bloqué par une colique appendiculaire pure.

On laisse faire, on temporise, un praticien est appelé plus tard: cela aura pris quelques heures, ou 24 heures; c'est la phase numéro 2. Par le sympathique, la douleur, par plusieurs trajets, rejoint les faisceaux médullaires, car l'inflammation s'est installée et gagne du terrain. Des douleurs réflexes apparaissent et vont se localiser dans la fosse iliaque droite. On voit qu'il se fait déjà tard quand on observe la douleur au soi-disant point de Mac Burney, ou qu'on laisse passer la première scène.

Enfin, le syndrome n'aura pas été reconnu, ou on aura été demandé tard: la *rigidité,* la *défense musculaire* sont installées, la douleur est devenue plus aiguë et constante et se répètera au point même de l'appendice: basse s'il est pendant, haute et lombaire s'il est rétrocœcal; la douleur irradiera vers l'aine et la cuisse, en plus, s'il est en voie de rupture. C'est que la péritonite associée, a réveillé le réflexe péritonéo-cutané de Morley. Le médecin se présente tard. Autrefois, à cette phase, la mortalité était élevée. On drainait, mais avec les antibiotiques, la pénicillinothérapie, les sérums, il est toujours temps d'intervenir. On fera mieux d'opérer au premier signal d'alarme, non sans avoir précisé ce syndrome et l'état des organes de voisinage par un toucher vaginal et rectal, une radiographie sans préparation, et une formule sanguine: on s'assurera de l'extension du processus, on pourra prévoir un pneumo-péritoine ou l'arrêt des anses enroulées. Une complication ou une occlusion se distinguera d'un calcul urétéral à signes frustes...

2° Les *douleurs de la cholécystite aiguë,* à certaines heures, peuvent ressembler étrangement au syndrome appendiculaire aigu. Nous l'avons vu, et le diagnostic n'est pas facile. Il est moins urgent d'opérer une cholécystite qu'une appendicite, et le praticien se trouve alors devant un dilemme, car la cholécystite aiguë, au début, peut s'annoncer par une douleur épigastrique centrale (sympathique) qui doit s'interpréter comme la résultante d'une *distension du cholécyste.* Au bout de quelques heures, ou quelques jours, la douleur, très aiguë, se précise et se localise à l'hypocondre droit pour irradier à l'omoplate. De sympathique, l'influx nerveux est devenu un *réflexe cérébro-spinal.* Laissé à lui-même, le processus atteint le péritoine. Dès ce moment, la paroi abdominale crée une rigidité, une défense musculaire de l'hypochondre droit qui traduit l'inflammation péritonéale.

Ces cholécystites peuvent régresser par un traitement médical, mais des crises répétées n'en restent pas là. L'infection cholédocienne se propage fréquemment au pancréas : la douleur du début de la crise vésiculaire en était déjà le signe d'alarme, car ces deux organes sont d'intimes partenaires. Il faudra donc se méfier de crises de *pancréatites aiguës, au moins œdémateuses,* quand, en plus de douleurs aiguës droites, le malade se plaindra de douleurs centrales, solaires, transfixiantes et sans rythme à la suite d'indigestions alimentaires, surtout si ces douleurs adoptent des irradiations violentes et tenaces, vers l'hypo-

chondre gauche et s'accompagnant de pétéchies ou de purpura péri-ombilical (signe de Halsted). C'est en recherchant et en trouvant l'extraordinaire élévation des diastases pancréatiques urinaires ou sanguines que le diagnostic se précisera. Dans les deux cas, l'exploration du carrefour, la levée du barrage lithiasique et le drainage du Wirsung autant que du cholédoque peuvent empêcher que la pancréatite, d'œdémateuse se transforme en hémorragique, suppurative ou nécrosante.

Dyspepsies fonctionnelles — Ulcère.

Mises à part, les dyspepsies fonctionnelles et les constipations, le syndrome aigu le plus fréquent et le plus caractéristique, en Amérique, est sans doute à peu près le suivant: presque toujours, chez un homme jeune ou d'âge moyen, pour la première fois ou une fois de plus, apparaît à horaire fixe, plutôt tardif et se renouvelant plusieurs fois par jour et la nuit, une douleur du type crampoïde ou une « faim impérieuse » — le mot est de Cruveilhier — que soulage suffisamment, au début, aliments ou breuvages nutritifs. Classique, ce syndrome, que l'on sait récidivant, se résout et semble guérir au bout de 3 à 4 semaines, en laissant croire à nombre d'entre nous que la thérapeutique instituée a mordu. Mais comme il s'agit de l'*ulcère duodénal* — le plus fréquent des deux, vous l'avez deviné — le réveil possible et troublant bien sûr de ce même syndrome quelques mois plus tard, malgré une cicatrisation radiologique apparente, amènera d'amères désillusions et posera certains problèmes. Doit-on se contenter d'un traitement médical et le répéter ou, après un premier traitement médical, sans succès, convaincre le malade d'une opération et alors, laquelle?

Admettons que notre malade aura été mis au repos physique et moral, changé de milieu, hospitalisé au besoin et soumis à la méthode de repas fréquents et substantiels, aux sédatifs alternés avec les hydrolysats caséinés et les trisilicates, que sais-je, aurons-nous épuisé la thérapeutique? Il faut croire que non. et les tendances actuelles sont, entre autres, d'étudier la personnalité de l'ulcéreux du point de vue psychosomatique, de rechercher les causes profondes de cette déviation faite d'agressivité et de désir de dépendance de l'ulcéreux, et de la corriger avec patience. Sans quoi la cure restera vouée à l'insuccès.

La *cure de l'ulcère duodénal* demeure médicale, mais les indications chirurgicales, quoique restreintes, sont devenues formelles: toutes les complications de l'ulcère sont du ressort de la chirurgie seulement. On conseillera donc une intervention 1° dans le cas d'*hémorragies massives ou répétées* chez les plus de 45 ans; 2° dans les *sténoses duodénales ulcéreuses* récentes ou anciennes; 3° chaque fois que le traitement médical complet échoue et que l'ulcère prend de la profondeur, de la callosité, qu'il risque de perforer postérieurement; 4° intervention aussi chez les incorrigibles, les irréguliers, les rebelles, les « tricheurs »...

* * *

Occlusions

Le médecin est quelquefois appelé d'urgence auprès d'un autre type de malade qui, depuis une heure ou quelques heures, est pris de coliques déchirantes, à la suite d'un effort ou d'une purgation, localisées à un point d'étranglement, ainsi une hernie inguinale, cause la plus fréquente, et qui permet une décision rapide, mais dans l'absence de ce renseignement, le diagnostic reste à faire avec tous les types de coliques: hépatiques, néphrétiques, avec le tabes (rare), avec les perforations, peut-être davantage avec les pancréatites aiguës ou l'infarctus intestinal, avec ses signes généraux d'hémorragie interne et l'état de collapsus précoce et, vraiment, il semble excusable d'avoir attendu, pour se prononcer, la période d'état de ce syndrome: l'apparition de vomissements alimentaires, puis aqueux espacés, ensuite répétés, l'arrêt des matières et des gaz. Distingue-t-on, à ce moment, un météorisme avec péristaltisme venant se buter en un point? Il ne fait plus de doute; il s'agit d'une *occlusion aiguë*. Mais à quel siège ? De quelle nature ?

Vomissements très abondants avec intoxication générale rapide feront penser à une *occlusion duodénale.*

Météorisme périombilical coïncidant avec cœcum plat plaidera en faveur d'une *sténose du grêle;* « localisé sur le cœcum et distendant asymétriquement le côlon droit, il témoignera plutôt d'une *sténose colique* ou des angles; alors qu'une distension de tout le cadre signifiera plutôt une *sténose basse, pelvo-sigmoïdienne.* » C'est à cette phase, de préférence au premier stade de doute, que l'examen radiologique doit se pratiquer de routine. D'après Lambret, il est aussi important que dans l'exploration des fractures ; les images de distension aérique sus-hépatiques ou sous-diaphragmatiques, les niveaux liquidiens d'hypersécrétion signent la présence d'une occlusion aiguë, mais aussi d'une déshydratation considérable. En effet, l'occlusion est marquée d'un syndrome biologique pathognomonique à suivre de près et à corriger sans relâche: a) un *syndrome humoral* d'abord caractérisé par une *hypo-chlorémie essentielle* et une *hyperazotémie* avec chute du taux du plasma circulant par déshydratation et hémoconcentration telles que la viscosité sanguine peut empêcher de recueillir le sang par l'aiguille.

Un syndrome de l'anse étranglée tel que les liquides, par osmose, s'y accumulent et que l'anse peut contenir six fois plus de chlore que normalement. Donc, à rechercher : 1° une *distension* par gaz déglutis (78 %) et gaz de fermentation (10 %) plus gaz de diffusion sanguine; 2° une *stagnation,* due moins à l'obstacle qu'à la perte du pouvoir de résorption de l'intestin — signalé déjà en 1901 par Kukula. Rien d'étonnant que n'apparaisse, dans ce drame, le tableau d'un « shock », égal au choc traumatique, d'autant plus grave que la distension est plus prononcée et l'anse intéressée plus étranglée. Plus elle reste étranglée, plus elle sape la masse sanguine.

On comprend dès lors, à quel point la *méthode d'aspiration duodénale continue,* mise en honneur dès 1931, par Wangensteen, a pu avoir de retentissement sur le pronostic et l'évolution de l'occlusion, à quel point elle s'est établie comme méthode classique d'urgence, permettant, là où il fallait opérer dans les heures suivantes, de temporiser pendant souvent plusieurs jours, soit jusqu'au moment où l'équilibre humoral, par la réhydratation et le rechloruration, sera rétabli, soit au rythme approximatif quotidien de 15 à 30 grammes de chlorure de sodium, puis de calcium et potassium, les liquides étant administrés au prorata des pertes subies.

Il reste à faire le diagnostic de nature. Il est important de le poser, car, si dans les occlusions par hernie étranglée, par cancer colique, par brides, par iléus biliaire, par invagination intestinale ou volvulus, le traitement chirurgical s'impose — avec un distinguo pour les volvulus — par contre, dans *l'iléus dynamique* spasmodique simple, ou dans l'iléus paralytique (post-opératoire et si fréquent) la thérapeutique demeure, autant que possible, médicale et *l'aspiration duodénale se montre presque toujours curatrice.* Les rayons X, le lavement baryté nous auront assuré que le diagnostic est exact et que la guérison n'est pas un leurre ou une simple accalmie. Quant à vouloir poser un diagnostic préopératoire exact, dans les cas d'occlusions mécaniques, que nous avons citées, c'est beaucoup exiger de soi. Le praticien ou le spécialiste pourront se féliciter d'avoir trouvé une occlusion aiguë avec une probabilité d'étiologie mécanique à opérer dans un cas, dynamique ou paralytique à remettre médicalement en marche dans l'autre alternative.

Cancer

Certains malades présentent un syndrome aigu qu'on me permettra de rappeler: après une période d'inappétence et d'amaigrissement inexplicable, surviennent des coliques fixes avec arrêt des matières et des gaz remarquables par l'apparition d'ondes péristaltiques sous la paroi, coliques se terminant par des borborygmes et des bruits hydroaériques, une alternance de constipation et de diarrhée, un météorisme irrégulier: *c'est le syndrome de Koe-*

nig. Il indique une *occlusion à étages du grêle,* souvent par cancer. Mais le cancer du grêle est rare. Il siège à l'iléon terminal.

II. — Douleurs d'intensité moyenne ou légère

Certains malades viennent consulter pour une constipation subite et tenace, de date récente, d'autres font une dyspepsie récente avec atteinte de l'état général et, à l'examen, présentent une formule rouge abaissée à un ou deux millions, d'autres, avec des troubles dyspeptiques, accusent des poussées fébriles sans autre signe objectif. A cette période, bien malin qui pensera juste.

Et cependant, d'après Rankin, tous ces malades viennent consulter très tard, 11 mois en moyenne après le début du premier symptôme d'un cancer colique. Dès ce stade, celui qui pratiquera un examen radiologique, aura la bonne fortune de trouver la localisation d'un cancer probable, mais au début, à part l'apparition d'un syndrome de Koenig qui, associé à la phonendoscopie, peut donner le point de repère, aucune différence entre le cancer du côlon droit et celui du côlon gauche.

Il faut des mois ou de un à deux ans avant que les premiers signes d'importance s'annoncent. Avec Hillemand, on peut les réduire à trois signes isolés:

1° — à des *douleurs* de moyenne intensité avec irradiation en aval, en amont, après une évacuation, un repas. Elles alternent avec des crises plus aiguës.

2° — *Des troubles du transit intestinal.* Chez des sujets normaux, jusque là, l'apparition d'une *brusque constipation progressive, ou dans un* ⅓ des cas, une diarrhée incorrigible — ou une constante alternance de constipation et de diarrhée.

3° — Tardivement, s'établit le *blocage* avec ce tableau de coliques violentes, de météorisme sus-tumoral, ces débâcles et toujours cette fièvre avec hyperleucocytose; c'est bien, en effet, le propre des cancers des côlons que de s'infecter précocement et jusqu'à l'exitus.

On a toujours cherché à différencier le tableau clinique des cancers gauches, tôt ou tard occlusifs et d'évolution plus lente, des cancers droits, où les signes de l'atteinte générale et les selles pseudo-diarrhéiques prédominent. Mais il n'y a là qu'une part de vérité. Les cancers du cœcum sont quelquefois occlusifs, en tout cas, difficiles à différencier de la tuberculose iléo-cæcale et, d'ailleurs, très souvent associée à elle.

Il faut retenir en définitive que les néo-coliques prennent les masques les plus variés et les rechercher quand la thérapeutique d'un autre syndrome n'obtient pas de succès.

On nous permettra d'ouvrir une parenthèse sur un syndrome plus torpide, mais avec toute une gamme de variations, et dont le diagnostic se pose avec le cancer des côlons: il peut s'agir d'un malade qui présente, ici, des manifestations *dyspeptiques du type atonique* avec nausées et selles diarrhéiques, là, des hémorragies intestinales, ailleurs un syndrome de Koenig avec coliques étagées, ou encore des diarrhées glaireuses avec poussées thermiques, diarrhées pouvant s'élever à 15 ou 20 par jour chez un malade qui maigrit. Demande-t-on un examen bactériologique des selles? On y trouve du bacille de Koch et le diagnostic se confirme des images de Stierlin ou filiformes ou des images hydro-aériques multiples avec niveaux liquidiens. Il *s'agit bien d'une tuberculose iléo-cæcale,* plus rarement d'une entérite tuberculeuse. Mais ces images s'accompagnent d'un syndrome occlusif simple et il est rare qu'en même temps le malade ne laisse apercevoir une tuberculose pulmonaire. Là, pas de doute avec un cancer. D'ailleurs, la plupart des T.B. intestinales commencent au cœcum d'où elles se propagent et les diarrhées sanguinolentes, où, à la sigmoïdoscopie, on observe des ulcérations, révèlent un processus T.B. encore plus avancé. Toutefois, un traitement intense, à base de hautes doses de vitamines « A » et les rayons ultra-violets, le régime alimentaire combiné au repos complet peuvent amender les formes curables non sténosantes de ce processus.

Plus rarement, il peut nous arriver d'être demandé auprès du jeune malade suivant: un enfant ou un adolescent dont la famille raconte que, depuis son enfance, il présente, par crises, une diarrhée tenace, aiguë plus récemment, de petites hémorragies rectales, ou du ténesme, des faux besoins et, comme l'évolution peut s'échelonner sur 5, 10, 15 ou 20 ans, n'ayant été consulté que tardivement, un amaigrissement qui peut même atteindre la cachexie... A quoi penser? le diagnostic semble assez facile pour peu qu'on pratique le toucher rectal. Si la lésion est basse, à la recto-sigmoïdoscopie, ou si la lésion est rectale ou plus haute, on peut « mettre le doigt » sur *un ou plusieurs polypes* et la biopsie en déterminera la nature. Il peut s'agir d'une *polypose* dite *essentielle* ou d'une *polypose inflammatoire.* L'intérêt de cette différenciation naît du fait que, dans le premier cas, la dégénérescence se produit dans 50 à 60% des cas et qu'il importe d'extirper ces polypes, au point d'avoir à pratiquer une colectomie, et que, dans l'autre alternative, le processus — plus rare — demeure purement inflammatoire. Dans ce dernier type, on trouve, en association, de la fièvre, ou une phlébite, ou une parotidite... Mais une biopsie doit toujours être faite. Cliniquement, la polypose essentielle des jeunes se reconnaît encore par deux signes: 1° l'hippocratisme des doigts et 2° l'infantilisme relatif, dont nous avions publié deux cas il y a 13 ans (Bensaude).

Diverticulose

Il est une classe de malades qui se plaignent de douleurs dans le bas-ventre, augmentant à l'effort irradiant vers le rectum ou les organes génitaux, et selles semi-liquides. A l'examen, on perçoit toujours, chez ceux-ci, cette corde colique tant décrite et cet état peut persister des mois et des années jusqu'au déclenchement de la *crise diverticulaire* proprement dite. Jusqu'ici, aux rayons X, on avait mis, seule, en évidence, une *diverticulose* à évolution sournoise. Le surmenage, l'abus des purgatifs auront précipité la *crise de diverticulite.* Le processus — résultant d'une hernie de la muqueuse à travers la « muscularis mucosæ » et la musculeuse, s'est compliqué et il faut traiter un nouveau syndrome — de plus en plus fréquent — presqu'en expectative armée. L'huile de paraffine, le sous-nitrate de bismuth, les antispasmodiques avaient suffi. A partir de cette complication, il faudra serrer le problème de près et s'assurer que la sigmoïdite d'accompagnement n'est pas un cancer; il faudra tenir en échec ce processus, de crainte qu'une fistulisation ou une suppuration de voisinage ne se produise à cette phase. Ce syndrome en est un d'ordre chirurgical.

Recto-colites

Au chapitre des lésions coliques, il est un syndrome, plus fréquent en Amérique qu'en Europe et plus annoncé, peut-on dire, sur ce continent, caractérisé par deux formes cliniques, l'une suraiguë, disent les auteurs français où le malade passe d'emblée 20 à 40 selles par 24 heures d'abord sanglantes, puis purulentes et où l'hyperthermie devient extrême, la déglobulie énorme, presqu'à 1 000 000, et qui emportent le malade en quelques semaines. Nous sommes d'accord sur ces formes. *Il s'agit là de recto-colites graves.*

Mais, beaucoup plus fréquentes, sont les *formes subaiguës ou chroniques à rechute.* Nous en avons bien recueilli personnellement environ 30 cas en 15 ans et leur nombre augmente plus qu'en proportion de la population depuis la dernière guerre. Les Américains l'ont baptisée « Recto-colite ulcéreuse non spécifique », la différenciant ainsi des colites amibiennes, bacillaires, tuberculeuses ou à protozoaires. Le tableau est à peu près le suivant: en pleine santé, un individu est subitement pris d'un syndrome dysentérique fébrile: les selles s'évacuent au nombre de 15 à 20 ou 25 par 24 heures, avec ténesme, passage de sang et, bientôt, de glaires. Indolore au début, ce syndrome, à cause des colites et des épreintes, provoque de l'insomnie et atteint l'état général. Provoqué par un choc moral, il entretient, à son tour, un véritable cercle vicieux. Aux rayons

X, on met en évidence une disparition des incisures haustrales; *au sigmoïdoscope*, on trouve une muqueuse fragile, saignant au moindre contact et, disséminées partout, des ulcérations punctiformes que les rayons X ne peuvent encore distinguer. Avec le repos complet, un régime sans résidus, mais nutritif, des lavements à l'huile de foie de morue, des vitamines K.C., l'hépatothérapie, les sulfatalidines, voire l'auréomycine, on semble quelquefois gagner la partie, diminuer les selles à deux ou trois par jour, apaiser toute douleur. Mais ces malades restent fragiles. Ils peuvent récidiver. On en ignore encore la ou les causes: serait-elle spécifique, ou y aura-t-il démembrement?

Par ailleurs, nombre de malades se présentent tard, le traitement médical échoue et, sur ce continent, on a recours à une *iléostomie* qui suffit, quelquefois, mais qu'il faut trop souvent faire suivre d'une colectomie en un ou deux temps. Les Français trouvent cette méthode cruelle; mais plusieurs ici peuvent vous le dire: elle obtient des résultats inattendus chez des malades qu'on avait condamnés, surtout si le malade se complique d'hémorragie massive, d'occlusion et de perforation.

Il semble, ici, à propos de dire quelques mots sur les belles recherches de l'Ecole de Philadelphie sous l'impulsion de Bockus, Bradden et Karl Meyer. Ces expérimentateurs sur l'humain ont trouvé que les selles des malades affligés de colite ulcéreuse chronique contiennent, proportionnellement à la gravité du syndrome, un enzyme dit lysozyme mucolytique ou susceptible de détruire le mucus protecteur de la muqueuse colique. On trouve le chiffre de cet enzyme élevé, aussi, mais à un degré moindre, dans l'entérite régionale de Crohn, enzyme décroissant avec l'amélioration clinique du malade. Deux substances nouvelles semblent avoir sur ce syndrome un effet au moins d'amélioration clinique, même s'ils ne réussissent pas encore à empêcher toute récidive: l'un se nomme le sulfate d'héxadecyl de soude et le deuxième, le nisulfazole, non encore mis sur le marché, malheureusement. Les auteurs suggèrent l'usage de cette thérapeutique sur une plus grande échelle!

* * *

Il est un syndrome, dont nous ne parlons qu'en passant, bien propre à la région ileo-cœcale et qui ne cesse d'induire en erreur — surtout qu'il y est plus fréquent — parce qu'il prend le masque tantôt d'une tuberculose ou d'un cancer cœcal, tantôt d'une appendicite aiguë. Cliniquement, il peut s'agir d'un enfant si la forme est très aiguë, plus souvent d'un adulte, dans les formes subaiguës, qui offrent le tableau suivant: des crampes ou des coliques subites dans le quadrant inférieur droit avec vomissements, fièvre, polynucléose et même syndrome occlusif avec présence d'un boudin. Qui ne songerait ici à une appendicite aiguë? Il vaut mieux en effet le penser et faire opérer. Dans des formes moins brutales, des coliques apparaissent dans la fosse iliaque droite et une diarrhée, des selles sanglantes. Mais le syndrome évolue par poussées et l'état général devient touché. Le palper réveille une douleur de la fosse iliaque droite ou un boudin.

L'évolution peut se faire vers la *chronicité*, l'*occlusion* ou la *fistulisation*; mais appelé, on aura déjà demandé l'exploration et, en général, tous seront surpris de se trouver en présence d'un iléon et d'un cœcum durs, très épaissis, ayant considérablement diminué la lumière de ces deux segments. Ce qui paraissait être un néo ou une tuberculose aux rayons X sera étiqueté iléite terminale ou régionale. C'est une scléro-lipomatose de nature indéterminée avec folliculite et adénites énormes.

* * *

Il me reste à vous parler de syndromes où la douleur offre une intensité moins aiguë. Divisons-les en deux grandes classes: 1. — *les constipations;* 2. — *les diarrhées* et devrions-nous ajouter pour terminer, un mot sur les *colites?*

Je serai bref.

Il est probable que la plupart des constipations remontent à l'enfance. Et mon ami Chaput aura sans doute sur la genèse de ce syn-

drome, comme sur celui des diarrhées, des explications au chapitre de la psychosomatique.

De mauvaises habitudes alimentaires, la sédentarité, une triste éducation neuro-motrice de l'intestin — le mot est de cet élégant Lambling — le refus d'obéissance au réflexe de la défécation, sont autant de facteurs susceptibles d'inhiber le jeu de l'exonération: de dyschésie ou constipation rectale, facile à mettre en évidence par le toucher rectal, le malade passe à la constipation gauche ou sigmoïdienne, région d'arrêt d'ailleurs physiologique — qui deviendra bientôt constipation spasmodique et constituera le côlon irritable des Américains. Ici, les selles sont rares, sèches, dures, à formes de scybales, traumatisant au passage le sphincter anal et formant fissures et spasme sphinctérien. L'état général s'altère: une céphalée frontale, une congestion du visage, un malaise général forment un cortège typique des deux ou trois premiers jours de constipation. Si le ou, plus souvent, *la* malade se présente alors, on aura tôt fait, avec une mise au point du régime, à l'aide de mucilages, de vitamines B, d'exercices abdominaux, de corriger ce genre de constipation, car il s'agit là de *constipation fonctionnelle et non pas d'une constipation symptomatique* d'infections, d'intoxications ou de lésions viscérales, en particulier, de lésions gynécologiques ou endocriniennes, — on ne saurait trop y insister — bouleversant à tout coup le rythme intestinal.

Malheureusement, ces individus ne se pensent pas encore tous des malades et mettent en œuvre une auto-thérapeutique dont les effets fâcheux ne tardent pas à les effrayer et à leur ouvrir les yeux. Ils s'engagent dans le dédale des médications laxatives et n'obtiennent plus d'exonérations qu'au prix de coliques et de selles pseudo diarrhéiques alternant avec la constipation. Celle-ci rentre alors dans la *période dite de décompensation*, si bien nommée par l'Ecole Bensaude, avec Lambling.

Constipations gauches et colopathie mucomembraneuse deviennent synonymes: les vertiges, les nausées, les céphalées, les sueurs froides vont de pair avec les coliques gauches pendant et après exonération. A la longue, se constitue la sigmoïdite, la *colite vraie*, et, secondairement, la typhlite ou constipation droite avec des douleurs à la fosse iliaque droite, du type appendicite chronique, où les selles sont d'abord plates ou dures, puis décolorées, mousseuses, caractéristiques des *diarrhées de fermentation*. Les répercussions sur l'état général dominent: les états vertigineux, l'asthénie s'associent. On trouve un cœcum gargouillant de la fièvre. Comme il est difficile, à ce stade, d'incriminer une appendicite chronique et comme il est sage de n'opérer celle-ci que si elle se révèle l'épine essentielle, telle l'appendicite neurogène!

D'autres manifestations s'installent, toute une série de dyspepsies, de cholécystites, d'infections urinaires, jusqu'à l'*intoxication stercorale* où l'asthénie se combine à la dépression, aux algies, et dont Pauchet maniait si bien l'épouvantail.

La thérapeutique de ces états de négligence n'est pas désespérée et je trouve toujours efficaces les hautes doses de sous-nitrate de bismuth prises le matin à jeun, jointes aux lavements deux fois la semaine, associés à l'ingestion d'huile de ricin. Gutman recommande la codéine et le potassium. La yohimbine rend des services. L'infiltration novocaïnique des splanchniques lombaires avec Faroy obtient des résultats très favorables.

Pour terminer, nous avons pensé exposer simultanément diarrhées et colites. Elles forment partie, tôt ou tard, du même cortège. La définition d'une diarrhée: l'élimination trop rapide de selles trop liquides (Roux) semble exacte et il est conforme aux faits de distinguer les diarrhées *secondaires* aux infections, aux intoxications et aux lésions organiques, des diarrhées *primitives*, elles-mêmes: 1. — aiguës; 2. — subaiguës.

1. — *Aiguës* ou infectieuses, elles peuvent nous apporter des surprises comme en font foi, l'étude bactériologique systématique des selles. Ainsi, n'a-t-on pas trouvé aux Etats-Unis, dans 517 cas de diarrhée chronique, 68% des cas porteurs de bacilles dysentériques! Ailleurs,

des salmonelloses dans 32% des cas. A Montréal, mon ami Halpenny n'a-t-il pas relevé en un an douze cas de salmonelloses! Il est vraiment pitoyable de voir des malades se plaignant de diarrhées chroniques encore traitées à l'extrait de fraise ou aux comp. d'opium et belladone sans autre recherche!

Au chapitre des diarrhées non infectieuses, on incrimine de plus en plus les intoxications hydriques, les eaux polluées et, ailleurs, le staphylocoque doré, dû à un ensemencement lors de la mise en boîte, qui se retrouve l'agent fréquent de contamination.

2. — *Subaiguës*: mentionnons ici les diarrhées parasitaires, dont l'amibe de la dysenterie qui, prélevé fraîchement, se montre l'agent principal, les lambliases, plus fréquentes ici qu'on ne le croit, et les balantidiases coli, de découverte courante.

Commençant dès l'enfance, des diarrhées à début explosif, à évolution irrégulière, sont provoquées par les émotions, l'ingestion de certains aliments, tels les graisses; des diarrhées nerveuses s'apparentent aux diarrhées allergiques, ces dernières étant plus souvent associées aux urticaires, aux hémorragies cutanées. La colite muqueuse en est aussi la traduction.

La diarrhée par achylie ou achlorhydrie doit être considérée comme exceptionnelle; les diarrhées dites hépato-vésiculaires sont d'origine neuro-végétative. La diarrhée pancréatique, marquée par une stéatorrhée, est rare et souvent syphilitique.

Sur le plan endocrinien, les dysménorrhées, les insuffisances surrénales, les hyperthyroïdies surtout, s'accompagnent de diarrhées.

Au chapitre des diarrhées métaboliques, soulignons le spasme, la maladie cœliaque où les selles sont formées de graisses non dédoublées, et la maladie de Biermer. *La Pellagre*, dans la moitié des cas « souffre » d'une diarrhée printanière-muco-glaireuse ou hémorragique et cède rapidement à l'amide nicotinique.

A la longue, les diarrhées modifient à tel point le chimisme et la flore bactérienne normale que la *putréfaction intestinale* (indigestion protidique) et les fermentations acides entrent en jeu et créent de véritables typhlocolites.

* * *

Ceci termine cet exposé très résumé sur les « plaintes intestinales » du malade. Notre exposé n'a rien de classique. Partant du point de vue qu'il est plus important de rechercher d'abord une lésion viscérale avant de s'arrêter au trouble fonctionnel et de savoir reconnaître un syndrome aigu avant un syndrome chronique, nous avons parlé des plus fréquents, puis cité les plus rares. Nous regrettons d'avoir été obligé, trop souvent, de sacrifier le point de vue thérapeutique.

LE MALADE QUI SE PLAINT DE SON ESTOMAC[1]

Saint-Jean DESROSIERS,
Chef du service de gastro-entérologie à l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc (Montréal).

Pour exposer de la façon la plus pratique les procédés qui vous permettront d'en arriver à un diagnostic aussi précis que possible, je m'en tiendrai aux trois chapitres suivants:

I — Interrogatoire,

II — Maladie actuelle,

III — Troubles fonctionnels ou organiques.

I.—Interrogatoire.

Je ne saurais trop insister sur la valeur de l'interrogatoire dans la pathologie digestive, c'est d'une importance capitale. Dans un très grand nombre de cas, vous mettrez le doigt sur le « bobo » avant même d'avoir examiné votre malade.

A.—*Antécédents héréditaires.*

L'âge des parents — des grands-parents — cause de décès.

Nombre d'enfants — cause de décès.

B.—*Antécédents personnels.*

Maladies de l'enfance.

Pour la femme: début des règles, âge de la ménopause.

Maladies: accidents ou opérations à date.

Habitudes: tabac, alcool, liqueurs gazeuses, maladies vénériennes.

Hygiène alimentaire: mastication incomplète, ingestion abondante de liquide au cours du repas.

Hygiène buccale: dentition.

Poids: variation.

Tracas: peut-être le plus essentiel de l'interrogatoire!

Tracas d'origine familiale, conjugale, financière. Re habitation: nature du logement — voisinage.

Travail: conditions du travail — nature du travail — entourage.

II.—Maladie actuelle.

A.—La durée: d'une façon aussi exacte que possible; souvent il y aura relation directe entre l'apparition des malaises et la naissance des tracas.

B.—La douleur: localisation, nature, horaire, rythme: dans le jour, la semaine, le mois et l'année.

Quoique le facteur douleur soit souvent trompeur, l'exactitude de sa description par le patient sera en fonction directe de la sollicitude avec laquelle le médecin s'appliquera à la rechercher. Encouragez le patient à décrire sa douleur par des comparaisons propres à lui — il y a longtemps qu'il médite sur son mal: c'est parce qu'il est rendu à bout qu'il est rendu chez-vous!

III.—Troubles fonctionnels et organiques.

Dans le premier cas, c'est la majorité, le simple fait d'avoir exposé le problème amènera automatiquement sa solution. Je n'insiste pas, un de nous vous en fera une mise au point détaillée.

Troubles organiques de l'estomac.

Nous considérerons ensemble trois entités pathologiques: l'ulcère de l'estomac, le cancer de l'estomac et les gastrites.

Ulcère de l'estomac: Maladie de Cruveilhier.

Répartition.

Nous rencontrons 4 à 5 cas chez l'homme pour 1 chez la femme. A noter qu'il est plutôt rare chez les races primitives. Sur 100 ulcéreux nous trouvons: 68 ulcères gastriques, 12 ulcères gastriques et duodénaux associés, 20 ulcères duodénaux sans ulcère gastrique.

Dans cet exposé, il ne sera question que de l'ulcère gastrique.

1. Travail présenté aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1950.

Manifestations cliniques.

La douleur. Elle évolue par poussées. Le rythme post-prandial est toujours le même pour le même malade. La douleur peut être modifiée plus ou moins par les médicaments ou encore par la prudence alimentaire. La durée de la douleur peut être de trois semaines environ, une durée de deux mois ou davantage c'est douteux: ne pas oublier alors la possibilité du néo. La valeur de l'horaire de la douleur est quelque peu relative; il semble toutefois exister un rapprochement entre l'horaire de la douleur et le siège de la lésion: plus la douleur s'éloigne du repas, plus le siège approche du bulbe. La localisation de la douleur est plus ou moins importante étant donné qu'elle est variable chez différents sujets. L'épigastre, toutefois, est presque toujours sensible à la palpation profonde sur la fin de l'inspiration. Le caractère de cette douleur peut nous aider dans le diagnostic: sensation de brûlure dans la gastrite, de lourdeur dans la ptose, de crampe dans l'ulcère gastrique.

Epreuves de laboratoire.

Tubage gastrique: recherche de l'HCL et de la pepsine, après injection d'histamine.

Sécrétion gastrique nocturne : le volume dans l'ulcère gastrique 867 cc. Dans le néogastrique 320 à 350 cc, ce renseignement a une haute valeur différentielle.

Sang occulte dans les selles: plus ou moins pratique comme renseignement de localisation.

Formes cliniques

A.—*Formes symptomatiques*: ulcères expérimentaux.

Post-opératoires, médicamenteux (cinchophène, atophen), à l'histamine, par ligature du pylore chez le rat.

Pathogénie. Trois hypothèses, que je ne fais que citer sans commentaires : acidité gastrique, fragilisation de la muqueuse, terrain ulcéreux.

A noter que l'ulcère est une maladie de l'homme et non de la femme. Après la ménopause, la fréquence est la même chez les deux.

B.—*Formes topographiques.*

Sur la petite courbure: 70 %, plutôt sur la la face antérieure (*aux rayons X, il faut prendre l'image en oblique!*).

Sur la grande courbure: très rare.

Région de l'antre: méfions-nous du cancer, sinon guéri en trois mois; enlever!

Canal pylorique: dans 50 % des cas il y a sténose.

Juxtacardiaque: environ 5 %. Se méfier, dans cette région, d'un diverticule juxtacardiaque, quoique exceptionnel chez l'homme, il faut y penser.

Multiples: 5 à 10 pour cent gastriques et duodénaux.

C.—*Formes anatomiques.*

Ulcère plat — ulcère nain — ulcère géant.

D.—*Formes selon le terrain.*

Chez les enfants, le vieillard et chez l'estomac opéré.

Diagnostic.

Il repose sur la valeur des renseignements cliniques, radiologiques, gastroscopiques. Nous devons à l'endoscopie gastrique une moisson particulièrement abondante de notions intéressant la biologie de l'ulcère gastro-duodénal.

Certes, la clinique et la radiologie nous avaient déjà renseigné sur les singularités de l'évolution de la maladie de Cruveilhier, mais c'est à l'endoscopie que l'on doit des précisions formelles.

Diagnostic différentiel.

Il est à faire avec le cancer de l'estomac, l'ulcère cancérisé, la gastrite ulcéreuse et l'ulcère duodénal.

Evolution.

Quelques-uns guérissent sans récidive, d'autres avec récidives; de plus en plus fréquentes l'ulcère devient rebelle, il s'organise calleux.

Traitement

Il faut y aller avec prudence, mais avec confiance, le problème à résoudre: opérer ou non.

1. *Quand opérer?*

a) Dans les cas d'ulcère compliqué de perforation, d'hémorragie, de sténose ou suspect de cancer. Même dans ces cas graves, pas de hâte intempestive: partager la responsabilité de la décision à prendre avec un consultant.

b) Ulcère résistant au traitement médical.

Comment le savoir? Au moyen de l'image radiologique et gastroscopique: ça va mieux ou ça ne va pas mieux.

Quand se décider? On se basera: 1. Sur l'évolution: de trois ou quatre mois ou plus. 2. Sur l'opinion du malade après lui avoir exposé honnêtement le problème: son avenir post-opératoire immédiat et éloigné. La condition sociale du malade devra être prise en sérieuse considération: un changement d'atmosphère, des distractions, voire des voyages, si bienfaisants soient-ils, ces moyens ne sont pas facilement réalisables pour tous.

2. *Quelle opération faire?*

Cette question est à décider avec un chirurgien compétent, après un exposé clair, précis et complet du cas étudié.

Traitement médical

A.—*Hygiène.*

Chez les ardents: repos au lit, un mois.

Chez les plus calmes: repos physique modéré, repos moral et hygiène buccale.

B.—*Régime.*

Chez les ardents: diète de Sippy.

Chez les calmes: pas de crudités, sauf fruits bien mûrs; pas d'acide; pas d'alcool, sauf le vin coupé; pas de condiments; pas de graisses cuites — ça augmente le temps de la digestion.

Pour ce qui est du tabac, si l'on doit fumer que ce soit après les repas, vu que ça excite un peu l'estomac.

On permettra: laitage, légumes, pâtes alimentaires, poissons, lait avec citrate de soude, eau de Vichy.

C.—*Médicaments*: (1) externes, (2) par voie orale, (3) par voie parentérale.

(1) Bouillotte, chaude ou froide, suivant l'individu; celui qui digère bien le froid, b. f., et celui qui digère bien le chaud, b. c.

Radiothérapie: plus ou moins efficace.

(2) *a*) Contre le chimisme gastrique, les alcalins: Co^3 NaH, — craie, magnésie hydratée, calcinée.

b) Pansement gastrique. Bismuth (ennuis): nausées, vertiges, éruptions. Succédanés du bismuth: tulane, baryum, kaolin. Hydrate d'alumine colloïdal. Mucine — pectine — plus ou moins bon. Résine synthétique.

c) Désinfectant: collargol.

d) Antispasmodiques: belladone, atropine, jusquiame, syntropan, tracentine, papaverine, gardénal, bromure de sodium.

e) Antialgiques: morphine — méfiez-vous! Novocaïne, solution à un pour cent.

(3) *a*) Antialgiques : novocaïne intraveineuse. Résultats plus ou moins probants. Atropine : sous-cutanée ou intraveineuse beaucoup mieux.

b) Aminés: histidine — histamine.

c) Dérivés glandulaires: extraits glandulaires: hypophyse, pancréas, parathyroïde, pepsine, entérogastrone — urogastrone — robuden.

d) Hormones cristallisées et œstrogènes : *Nota bene*: la femme en grossesse voit disparaître son ulcère. On donnera la folliculine en piqûre, œstrogène par la bouche.

e) Vaccino - protéinothérapie : dérivés du lait — streptolysat.

f) Médicaments divers: vitamines A, B, C — salicylate de soude, benzoate de soude.

Cancer de l'estomac

Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac est une des grosses questions de la médecine contemporaine. On connaît assez la fréquence du cancer gastrique, sa gravité absolue et la carence de tout traitement en dehors de l'opération hâtive.

L'on peut en somme résumer l'opinion générale par cette formule d'Elsner: « La néoformation gastrique devient déjà une tumeur inopérable pendant la période de silence. » Boas a également écrit: « Ce qui est redoutable dans le cancer, ce n'est pas la tumeur, c'est la latence. »

Mortalité: six à huit pour cent de tous les cancers.

Fréquence: trois chez l'homme pour un chez la femme.

Mortalité chez l'homme: trente-trois pour cent, presque toujours des épithéliomas.

Signes fonctionnels : début insidieux, à formes masquées allant de l'ulcère à la dyspepsie banale.

Age: vers la quarantaine ou au-dessus, avec un passé gastrique assez souvent négligeable, malaises apparaissant sans cause nette, persistants, plus ou moins rebelles à la thérapeutique.

Etat général : amaigrissement progressif, anorexie pour les viandes et les graisses — le goût du tabac souvent diminué ou perdu — asthénie plus ou moins prononcée — cycle irrégulier de la douleur.

Aux rayons X: je laisse aux radiologistes le soin de décrire la multiplicité des aspects que représentent les clichés du cancer de l'estomac.

A la gastroscopie: l'examen endoscopique comprend évidemment deux temps: la recherche d'une lésion, le diagnostic de la lésion éventuelle. Comme se présentent donc à l'objectif ces lésions encore limitées? Elles peuvent être: infiltration, ulcération, tumeur. Ces notions intéressent exclusivement ceux qui s'adonnent couramment à l'exploration endoscopique, je vous fais grâce des détails: description des lésions, diagnostic différentiel.

Formes cliniques

a) Formes symptomatiques : anorexie — boulimie — dysphagie quelquefois œsophagienne, plus souvent gastralgique. Motricité intestinale modifiée : diarrhée quelquefois, constipation souvent.

b) Formes anémiques — cachexie à caractère fébrile.

c) Formes ictériques — cancer secondaire au foie: penser au cancer primaire de l'estomac, très souvent au pylore!

d) Formes avec métastases: métastase ovarienne dans le syndrome de Krukenberg.

e) Cancer du cardia — mauvais cancer au triple point de vue radiologique, gastroscopique et chirurgical.

f) Cancer de la grande courbure — tendance à se perforer dans le côlon.

g) Sarcome de l'estomac: trouvaille histologique.

h) Limite (remarquable par la densité de la stroma-réaction): elle s'accompagne d'incontinence pylorique à évolution lente, envoyant des métastases au côlon bas et au rectum.

Diagnostic:

a) Clinique: interrogatoire, examen, palpation de la tumeur, toucher rectal: attention au néo!

b) Laboratoire: achlorhydrie du chimisme gastrique, répétée.

c) Rayons X.

d) Gastroscopie.

e) Biopsie: analyse du ganglion sus-claviculaire gauche de Troisier.

f) Laparatomie exploratrice: l'opinion chirurgicale se basera sur le degré d'infiltration.

Nota bene: Avec un diagnostic précoce, 60 pour cent ont cinq ans de survie, mais avec un diagnostic tardif, quatre pour cent ont cinq ans de survie, nous rapportait récemment le Prof. Charles Debray, que je salue au passage avec reconnaissance. L'assiduité à ses cours a permis la réalisation de ce travail.

Traitement: exérèse.

GASTRITES

La gastrite est le sujet de choix du gastroscopiste. Seule la gastroscopie permet d'établir la forme, l'étendue, le degré, l'évolution de la maladie, toutes choses que la clinique est impuissante à préciser. La classification des gastrites ne peut être aujourd'hui édifiée que par la gastroscopie.

Une classification rigoureuse demeure toutefois délicate étant donné la difficulté d'établir un parallélisme étroit entre les aspects macroscopiques, les lésions histologiques, les modifications sécrétoires, le terrain clinique.

Division: gastrite vraie, gastropathie allergique, gastropathie par carence.

A.—*La gastrite vraie.*

1. *Etiologie.* Il y a presque toujours des phénomènes inflammatoires.

a) *Mécanique* : mastication incomplète, manger trop chaud, trop froid; gastrite réactionnelle après radiothérapie dans le cancer du sein ou cancer du poumon.

b) *Toxique*: alcool, épices, irritants.

T. médicamenteux: iode, arsenic.

T. professionnel: benzène, plomb.

T. criminel: plomb, phosphore.

c) *Infectieux*: typhoïde, variole, soit encore infection à distance: appendicite, colite, cholécystite, affections rénales, affections d'origine buccale.

d) *Associés*: à un cancer — gastrectomie.

2. *Formes cliniques.*

A—*Aiguës.*

(1) Toxiques — après empoisonnement, chez les urémiques et les diabétiques, dans les gastrites des brûlés.

(2) Infectieuses — primitives, encore décrites sous le nom de gastrites phlegmoneuses, exceptionnelles — la mort survenant en quelques jours. On voit un estomac rouge, gonflé. Depuis l'avénement de la pénicilline et de la streptomycine, ces gastrites phlegmoneuses sont tout de même quelquefois guérissables.

(3) Embarras gastriques fébriles : avec nausées, vomissements, diarrhées, évolution de trois jours vers la guérison.

B—*Chroniques* (sub-aiguës).

Signes fonctionnels: c'est embêtant, comme nous le disions au début, il y a manque de parallélisme entre la clinique et la gastroscopie.

Variétés:

Dyspepsies hypersténiques : brûlures postprandiales, horaire précoce, à peu près permanentes, calmées plutôt par alcalins et non par alimentation.

Dyspepsies hyposténiques : ballonnement, gêne, gonflement à l'épigastre — horaire variable.

Signes neurologiques: A-t-on affaire à des névropathes? Pas nécessairement puisque la gastroscopie montre quelque chose.

Bouche: dans la gastrite, elle est quelquefois désignée comme le miroir de l'estomac. On y rencontre des aphtes buccales coexistant avec des aphtes gastriques.

L'aspect radiologique des gastrites chroniques présente des formes variées. Ce chapitre étant volontairement omis dans cet exposé, et pour cause.

L'aspect gastroscopique nous permet une variété de classifications.

1. *Vasomotrice*: la muqueuse est congestionnée: les sentiments ont une répercussion sur la muqueuse de l'estomac; il y a œdème, érythème, sérosité (comme dans la gastrite dite catarrhale), hémorragie traumatique de peu de gravité, quelquefois occasionnée par le bout du gastroscope — purpura-angiome.

2. *Ulcéreuse*: érosions en « griffes de chat » avec œdème. Gastrite aphtoïde, comme l'aphte buccale. Gastrite pseudo-membraneuse (Moutier).

3. *Gastrite hypertrophique*: mamelonnée. Dans certains cas, cette gastrite réalise une élévation pseudo-tumorale végétante, tout-à-fait singulière (signalée par Schindler).

4. *Gastrite atrophique* : amincissement de la muqueuse, disparition des plis, visibilité

vasculaire. Dans cette catégorie se rencontrent également les gastrites ulcéro - atrophique, atrophique mamelonnée, œdémateuse et érythémateuse, ulcéro-hémorragique et la gastrite atrophique ulcéro-pseudo-membraneuse.

3. *Evolution*:

Plus ou moins rapide, de quelques heures à quelques mois, très souvent avec le temps la gastrite vraie évolue vers la gastrite atrophique.

4. *Complications*:

Colite, cholécystite, diarrhée; le problème est de savoir qui incriminer. Est-ce la gastrite qui a causé la colite ou bien est-ce la colite qui a été cause de la gastrite?

Traitement des gastrites en général

Il nous faut distinguer deux cas:

A—*Gastrite d'intensité moyenne* : régime sévère — défendus: alcool, irritants, tabac, graisses cuites. Permis: viande, œufs, pommes de terre.

Soigner la bouche : orienter chez le dentiste, l'oto-rhino-laryngologiste, au besoin.

Médicaments : comme pour l'ulcère : bismuth, belladone, collargol, bromure de sodium.

B—*Gastrite aiguë*: nourrir par la sonde dans le duodénum. Voie parentérale: larostidine — protéinothérapie — pénicilline. (Moutier rapporte un de ses cas guéri au bout de six jours avec dix millions d'unités.)

Exceptionnellement, il faut avoir recours à l'opération.

C.—*La gastrite allergique.*

D'abord, y a-t-il vraiment allergie gastrique?

(1) Oui. D'après Richet, dans la grande anaphylaxie, l'estomac et l'intestin souffrent.

(2) D'après Chevalier, de Lyon: après ingestion d'œufs — dans les cas d'intolérance à la gastroscopie, une demi-heure après, il a vu un énorme œdème à la région antrale.

Manifestations:

Nous rencontrons des formes pseudo-ulcéreuses, pseudo-cancéreuses, pseudo-hémorragiques, mais ce n'est pas très fréquent. Nous voyons également des phénomènes d'ordre vaso-moteur: érythème, œdème, purpura et parfois ulcérations.

Diagnostic:

Eliminer les lésions ordinaires, rechercher s'il n'y a pas d'autres allergies, chercher l'aliment déclenchant.

Médicaments:

Autohémothérapie, hyposulfite de soude, antihistaminiques de synthèse (Phenergan).

D.—*Gastropathies par carence,* rencontrées dans:

(1) Maladie de Biermer — à la gastroscopie:

(*a*) Achlorhydrie — après trois à six semaines: muqueuse d'un blanc brillant, vascularisation transparente, zones plus claires en « aires » — c'est l'image de la gastrite atrophique.

Contrôle du diagnostic — ponction sternale: mégaloblastes.

(b) Pseudo-tumeur chez les biermériens.

Cliniquement: anorexie, pâleur.

Radiologiquement : image lacunaire non constante.

(c) *Vraie tumeur*:

Le cancer est fréquent chez les biermériens; grâce à la thérapeutique par le foie ils vivent plus longtemps. Le cancer a évolué: premier temps, maladie de Biermer; 2e temps, polype; 3e temps, néo . . . sur une période de sept ans!

(2) *Pellagre* — muqueuse rouge-feu; traitée par la vitamine PP.

(3) *Anémie hypochrome* — guérie par le fer et la vitamine B_{12}.

LA STREPTOMYCINE EN TUBERCULOSE [1]

Ruben LAURIER,
Médecin à l'hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

La recherche d'une médication active et spécifique contre la tuberculose a, depuis longtemps, fasciné tous les chercheurs. L'iode, le chlorure de calcium, les agents chimiques tels que les dérivés sulfonés, le promin, le diazone, le promizole ont donné d'étonnants résultats dans le traitement de la tuberculose expérimentale. Mais l'expérience chez les humains est venue couper court aux espérances des chercheurs. Une médication qui donne des preuves tangibles d'efficacité, tant en tuberculose expérimentale que chez les humains, dans le traitement de certaines formes de tuberculose pulmonaire, était rapportée, en janvier 1944, par le Docteur Selman A. Wacksman, travaillant à la Station Expérimentale d'Agriculture de l'Etat du New Jersey, affiliée à l'Université Rutgers. Tous les médicaments essayés avant 1944 chez les humains pour combattre la tuberculose pulmonaire se sont avérés à peu près nuls et, même, fort toxiques. Seule la streptomycine offrait quelques espérances, aux premiers expérimentateurs. La streptomycine est une poudre blanche soluble dans l'eau, finement diluée, qui répond à la formule C21 H39 O12 N7-3HCL-½ CACL2. La streptomycine est un antibiotique très puissant. Les antibiotiques sont des substances anti-microbiennes, nous dit Wacksman, produites par des micro-organismes ou par des substances analogues provenant de corps végétaux ou animaux. L'action anti-bactérienne des antibiotiques est essentiellement un effet bactério-statique, c'est-à-dire qu'elles empêchent le développement des bactéries. Nul doute ne peut subsister quant aux effets exercés par la streptomycine sur le bacille de Koch *in vitro*. Les expériences de Wacksman, Newman, Feldman, Inshaw et Emmart l'ont démontré péremptoirement.

1. Communication aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1950.

Dose

Quant à la dose, une observation conjointe, conduite par l'administration des Vétérans des Etats-Unis, après une observation de 2 780 cas de tuberculose, en vient à la conclusion, en juin 1948, que la dose de 3 grammes par jour, pendant six mois, période héroïque de la streptomycinothérapie est révolue. Elle décide baisser la dose quotidienne à un gramme par jour, donnée en injection intra-musculaire profonde, de cinquante centigrammes matin et soir, diluée dans 2 cc d'eau distillée ou de sérum physiologique. A cette même occasion, on décide de ramener la période de 120 jours, à 60 et même à 42 jours sans diminution notable de son efficacité. A partir de ce moment, sauf pour des exceptions bien définies, on a tendance à donner de 45 à 60 grammes de streptomycine tout au plus. Ce qui nous semble, aujourd'hui devoir être la dose optima, et ceci a pour avantage de retarder ou d'éliminer, dans bon nombre de cas, la streptomycinorésistance dont je vous parlerai tantôt et aussi de réduire de beaucoup les phénomènes toxiques graves rencontrés quand on employait les doses atomiques.

Indications

Les indications de nécessité sont: les méningites tuberculeuses et les tuberculoses miliaires. Wm Tucker, dans l'*American Review of Tuberculosis* de décembre 1949, de l'Administration des Vétérans des Etats-Unis, estime que 30% des cas de tuberculose miliaire étaient encore vivants après 18 mois et plus de traitement et que moins de 10% des sujets ayant développé des méningites tuberculeuses, soit seules, soit associées à des tuberculoses miliaires, survivaient après 18 mois de traitement. Quant aux appréciations, je m'en tiendrai aux chiffres de Tucker de l'armée américaine et aux chiffres du Comité de la National TB

Association, à moins d'avis contraire, car je crois que ces appéciations sont basées sur un nombre extraordinaire de sujets et que tout est pesé et mesuré avec soin dans ces observations.

Dans les lésions laryngées, la streptomycine est aussi d'un précieux secours surtout pour faire disparaître les douleurs indicibles de cette complication décevante. Il note 55% de lésions guéries après neuf semaines de traitement et 36% d'améliorées. La dysphagie disparaît assez rapidement après une semaine ou deux de traitement. Les meilleurs résultats sont obtenus dans les lésions laryngées œdémateuses ou ulcératives en coup d'ongle de très récente origine.

Moins de succès dans les lésions granuleuses. Les lésions trachéo-bronchiques bénéficient aussi, comme les lésions laryngées, de la streptomycinothérapie avec un pourcentage de 71% de guérison. Il est à remarquer que les lésions le plus haut situées, et dans le larynx et dans la trachée, semblent régresser le plus rapidement. Dans les lésions endo-bronchiques, avec sténose de la bronche, la streptomycine n'est pas indiquée car elle favorise davantage la sténose bronchique et produit, en amont des phénomènes de rétention, des épisodes pneumoniques et broncho-pneumoniques.

Le rapport conclut qu'étant donné que l'on note une grande amélioration dans les formes laryngées et trachéo-bronchiques au début, elle constitue une des indications des plus favorables de la streptomycinothérapie.

Dans les lésions exsudatives, soit les lésions de récente origine et surtout dans les formes de lésions exsudatives malignes, où l'état général est déchéant, l'hyperthermie, la toux et l'expectoration s'installent d'emblée, surtout à la deuxième, et à la troisième période de la maladie, la streptomycine donne des résultats d'autant plus encourageants qu'elle est donnée le plus tôt possible après la découverte des lésions. Nous voyons, dans ces cas, des réponses au traitement étonnantes et durables se traduisant quelquefois par des régressions *ad integrum*.

La streptomycine est aussi indiquée dans les pneumonies caséeuses au début et dans les lésions où nous trouvons des cavités à parois minces (thin wall cavities). Dans les lésions caséo-exsudatives les résultats sont moins bons et, après une certaine amélioration clinique et radiologique de début, nous constatons souvent une recrudescence des lésions et une baisse de l'état général et souvent un état de résistance à la streptomycine.

Nous croyons avec Tucker que c'est pendant la période d'amélioration clinique et radiologique qui suit le commencement du traitement à la streptomycine que nous devrions nous décider à une collapsothérapie en rapport avec le type et la situation des lésions. Trop souvent, hélas, nous nous sommes contentés de nous croiser les bras et de nous bercer d'illusions devant une régression radiologique marquée, mais parfois trop éphémère, et nous avons laissé passer l'occasion de rendre service à notre malade, juste au bon moment. Ainsi s'explique, dans un grand nombre de cas, les échecs cuisants après de si belles espérances!

Ces remarques, ce n'est pas seulement moi qui vous les fais, quoique j'y aie pensé en faisant une revue de cent cas de lésions exsudatives et après avoir constaté chez plusieurs des améliorations de début très intéressantes; ces remarques, elles viennent encore du Comité des Vétérans qui s'exprime ainsi: la streptomycine ajoutée à la cure hygiéno-diététique a démontré qu'elle pouvait renverser une poussée de forme exsudative à la deuxième période surtout, et souvent à la troisième période de la maladie chez la majorité des patients. Mais comme ce renversement ne va pas jusqu'à la restitution *ad integrum* et comme un nombre assez prononcé de réactivations arrive, la streptomycine ne produit que rarement des guérisons totales. Sa plus grande utilité est donc de mener à une collapsothérapie quelconque.

D'après les investigateurs, la collapsothérapie a pu être faite dans 20% des cas traités et recevant la streptomycine et dans 25% des

cas traités après streptomycinothérapie. Et il conclut en disant que le temps optimum pour induire une collapsothérapie est dans les premières semaines du traitement avant que les micro-organismes ne deviennent résistants.

Elle est aussi indiquée dans les tuberculoses fibro-caséeuses avec poussée exsudative homo ou hétéro latérale récente empêchant une collapsothérapie par thoracoplastie. J. B. O'Connor est d'avis que, quand le chirurgien voit que la poussée récente, après trois ou quatre semaines de streptomycine régresse rapidement, celui-ci peut procéder à la thoracoplastie ou à la résection avec une marge raisonnable de sécurité, même s'il y a eu une lésion active homo ou contro latérale.

Nous croyons que cette opinion est discutable surtout pour ce qui a trait à la résection.

Dans les formes tuberculeuses au niveau des ganglions ou des os ainsi que dans les fistules tuberculeuses intéressant la peau et la muqueuse d'un organe sous-jacent, telles que fistules stercorales, bronchiques et autres, la streptomycine s'est avérée très efficace et l'on recommande de faire le traitement chirurgical, si possible, aussitôt que l'amélioration s'amorce. Dans les tuberculoses génito-urinaires, John G. Lattimer, J. B. Anderson et Stanley Braham recommandent une dose massive de 30 centigrammes toutes les quatre heures, jour et nuit et ce, pendant 120 jours.

Les lésions rénales très importantes s'améliorent peu au cours et après le traitement, tandis que les lésions minimes et de début ont donné des guérisons avec disparition des bacilles des urines dans 68% des cas, après six mois de traitement avec neuf cultures consécutives des urines tous les mois.

Dans la tuberculose osseuse et articulaire, sur les signes locaux (inflammation, douleurs, gonflement et limitation de mouvement), il y eut amélioration notable. Mais l'amélioration radiologique ne va pas de pair avec l'amélioration clinique.

Dans les entérites tuberculeuses, comme complication de la tuberculose pulmonaire très avancée, la streptomycine donne des améliorations symptomatiques et fait disparaître les douleurs.

Contre-indications

La streptomycine est contre-indiquée dans toutes les lésions à allure chronique, dans les tuberculoses fibro-caséeuses avec des cavités à bords épais et entourées d'une coque fibreuse, dans les tuberculoses endo-bronchiques avec sténose bronchique déjà organisée, dans les tuberculoses fibreuses ou fibro-exsudatives et surtout dans les tuberculoses pulmonaires au premier stade de la maladie et les graves lésions caséeuses et cavitaires de la troisième période, etc. Dans ces formes fibro-caséeuses où il n'y a rien à faire, on peut donner quelquefois 15 jours de streptomycine, de temps à autre, pour atténuer une poussée de température élevée ou simplement comme traitement symptomatique, mais nous croyons que c'est en pure perte.

La raison pour laquelle les tuberculoses fibro-caséeuses avancées ne bénéficieront pas de la streptomycinothérapie est qu'il s'établit une streptomycino-résistance et celle-ci sera d'autant plus précoce que la caséose ou l'ulcération sera plus grande. Ceci nous amène à parler de la streptomycino-résistance.

Le problème de la streptomycino-résistance est un problème sérieux et qui fait actuellement l'objet d'études poussées par divers bactériologistes. Il ne m'appartient pas de vous parler des diverses modifications qui s'effectuent dans un organisme traité par un antibiotique ni de vous décrire les changements métaboliques et morphologiques qui s'installent chez les populations bactériennes après ce traitement. Ce qu'il faut retenir c'est que, après un certain temps de traitement à la streptomycine, 30 à 40 jours environ, les bacilles ont tendance à devenir streptomycino-résistants et que la streptomycine que l'on donne, après que cette résistance s'est établie, est donnée en pure perte, selon certains auteurs.

Les bacilles deviennent streptomycino-résistants *in vitro*, d'accord; mais quel est leur comportement *in vivo*, c'est ce que nous ne savons pas.

Sur ce point, je vous citerai le cas d'un patient hospitalisé à l'hôpital du Sacré-Cœur, ayant reçu 180 grammes de streptomycine, et dont la streptomycino-résistance était positive après examen.

Ce patient fait une hémoptysie pour laquelle on amorce un pneumo-péritoine; l'hémoptysie s'arrête; le patient va mieux mais il développe, au cours et à cause de son pneumo-péritoine, une hernie qui force le médecin à abandonner le traitement. Nouvelles hémoptysies et ensemencement broncho-pneumonique bilatéral.

On administre alors 45 grammes de streptomycine à un gramme et demi par jour, et on note dans un mois une régression radiologique très marquée et une amélioration de l'état clinique vraiment spectaculaire. Il existe une quantité d'autres cas qui ont été certainement streptomycino-résistants et qui se sont améliorés de façon notable. Par contre, il existe quelques patients qui ont reçu la streptomycine à dose massive et qui ont été opérés pour thoracoplastie et qui ont fait des complications post-opératoires avec ensemencement bilatéral et que nous n'avons pu sauver en reprenant la streptomycine. Mieux aurait valu la réserver comme médication pré-opératoire seulement.

Le problème actuel est d'essayer d'enrayer la streptomycino-résistance. Yegian et Van Derlinke suggèrent de combiner la streptomycine et l'acide para-amino salycilique et nous donnent les conseils suivants: il semblerait avantageux de commencer à donner la streptomycine seule pour 15 jours et, ensuite, donner les deux médicaments, streptomycine et acide para-amino salycilique pendant 15 jours; arrêter la streptomycine après quatre semaines de traitement et ensuite continuer avec l'acide para-amino salycilique. Nous croyons que cette méthode mérite d'être essayée et il ne faut rien négliger pour tenter de vaincre cette streptomycino-résistance.

Le colonel Temple, de Washington, suggère de donner l'acide para-amino salycilique pendant 120 jours et d'intercaller un traitement à la streptomycine d'un gramme par jour, tous les trois jours.

Action du médicament

Dès le début du traitement, la streptomycine agit incontestablement sur l'état général et les symptômes généraux. La toux et l'expectoration diminuent; la température a tendance à revenir à la normale, dans une grande proportion de cas. Le poids augmente ainsi que l'appétit. Il n'est pas rare de voir des augmentations pondérales de 10, 15 et même 25 livres. La bacille de Koch disparaît des expectorations dans une proportion de 20 à 25%. La radiographie pulmonaire nous montre une régression marquée des images exsudatives et une tendance à la fibrose dans les formes fibro-caséeuses.

Conclusion.

La streptomycine est un médicament précieux en tuberculose pulmonaire à condition qu'on l'emploie à bon escient. La streptomycine a donné des résultats excellents dans certains cas. Elle a certainement sauvé des milliers de vies humaines. En association avec l'acide para-amino salycilique et le tibione, la streptomycine nous ouvre des horizons prometteurs mais il est trop tôt pour se prononcer sur les résultats à date. Ce n'est pas une panacée universelle. La streptomycine a ses indications précises, actuellement, et le temps est maintenant révolu de donner de la streptomycine pour savoir ce qu'il en adviendra.

Avant de donner la streptomycine, il faut se faire une idée exacte de la forme et de l'étendue des lésions tuberculeuses contre lesquelles il nous faut agir et des possibilités de régression et de guérison que la streptomycine peut apporter.

MOUVEMENT MÉDICAL

PATHOGÉNIE DE LA GOUTTE

François FRANÇON (Aix-les-Bains),
Membre correspondant national de l'Académie Nationale de Médecine,
Membre de la Commission du Rhumatisme au Conseil Supérieur d'Hygiène Sociale
(Ministère de la Santé publique et de la Population).

De tout temps la pathogénie de la goutte a sollicité l'intérêt des médecins et donné lieu aux spéculations les plus ingénieuses. Elle reste, il faut l'avouer, encore bien mystérieuse et nous pouvons presque reprendre à notre compte la phrase désabusée d'Arétée de Cappadoce: « Seuls les dieux connaissent les causes de la goutte ». Comme correctif, nous devons cependant affirmer que dans la majorité des cas régime et médications viennent à bout de la maladie et qu'il n'y a plus lieu de souscrire à l'affirmation d'Ovide:

Tollere nodosam nescit Medicina podagram.

Il nous a paru intéressant de résumer l'opinion actuelle sur la pathogénie de la goutte. Si provisoire qu'elle soit — et il faut qu'elle le soit — elle reflète comme un miroir fidèle les progrès ou, tout au moins, les fluctuations des idées régnantes. De ce point de vue, il nous faut distinguer:

1° La *Maladie goutteuse* (synonymes: diathèse goutteuse, *goutiness* des Anglais, etc.).

2° La *crise aiguë caractéristique.*

Dans ces deux sections, nous nous attacherons surtout aux faits bien établis, sans entrer dans le détail des discussions et interprétations ce qui nous entraînerait trop loin. (1)

1° PATHOGÉNIE DE LA MALADIE GOUTTEUSE

Très schématiquement nous lui assignerons des facteurs *cliniques, biochimiques* et *humoraux*: il est manifeste qu'ils interfèrent les uns avec les autres.

A. *Facteurs cliniques.* — Ils constituent un *terrain* particulier: il s'agit d'une affection héréditaire, familiale, qui frappe presque exclusivement les sujets masculins à partir de la trentaine, dans certaines classes sociales (avocats, médecins, etc.) ou professions (restaurateurs, etc.): elle choisit ses victimes parmi les sédentaires, les surmenés nerveux et surtout ceux qui abusent des plaisirs de la table. La gravelle, la migraine, l'asthme, l'eczéma, l'urticaire, etc., apparaissent comme des équivalents, comme les manifestations d'une même diathèse, qualifiée autrefois d'*arthritique* et maintenant de colloïdoclasique (Widal)

B. *Facteurs biochimiques.* — La pertubation du métabolisme se traduit essentiellement par le taux exagéré de l'acide urique dans le sang (plasma et globules rouges), par son dépôt dans les cartilages articulaires et les tophus aux localisations multiples.

L'acide urique se forme aux dépens des nucléines, des purines, peut-être aussi des protides, voire même des glucides (Folin). Dans l'organisme humain il n'y a pas d'*uricase*, au moins classiquement.

Mais, chez le goutteux, les rétentions organiques sont plus complexes: à côté de l'acide urique, on trouve en excès dans le sang des pigments biliaires, du cholestérol, des protides (M.-P. Weil), de l'azote résiduel, des polypeptides, de l'acide oxalique (Loeper). Dans l'urine, l'acide urique (qui, classiquement, serait plutôt diminué) présente de très grandes variations individuelles, en valeur absolue par rapport à l'uricémie, en relation aussi avec les périodes de crise aiguë et leurs intervalles: de ces analyses on ne peut tirer de conclusion, et c'est pour cela que les épreuves de charge,

1. Nous tenons à reconnaître ici notre dette vis à vis du Pr. Coste, du Dr M.-P. Weil et des travaux du Congrès de l'Acide Urique à Vittel (1935): tel a été l'essentiel de notre documentation avec l'article de l'attaque de goutte, dans notre 2e Série de Conférences Cliniques de Rhumatologie Pratique (1949), Vigot, éditeur à Paris.

destinées à montrer le retard de son élimination chez le goutteux, ne sont pas entrées dans la pratique.

A vrai dire, dans tout cela, il s'agit de *comment*, et non de *pourquoi*, et nous abordons ainsi les interprétations. Pour expliquer l'hyperuricémie, on a mis en avant la *rétention* de l'acide urique par trouble lésionnel ou fonctionnel (Garrod) du rein ou par fixation exagérée sur les tissus (uratohistéchie de Gudzent); or ce trouble et cette fixation apparaissent comme bien inconstants (M.-P. Weil); *l'insuffisance de sa destruction* qui constitue le postulat essentiel de la théorie métabolique de Brugsch et Schittenhelm: elle ne cadre guère avec l'absence d'uricase et la faible valeur de l'uricolyse normale; son *hyperproduction* (c'est le facteur qui paraît le plus plausible) à la faveur de lésions ou de perturbations métaboliques du *foie* ou des *centres diencéphaliques* qui commanderaient le système nerveux végétatif et le métabolisme nucléino-purinique: si cette origine parathalamique ne repose encore sur aucun document solide, le point de départ hépatique paraît être l'hypothèse de travail la plus admissible; mais, à côté d'elle, on tend à faire une place importante aux *troubles de solubilisation de l'acide urique*, touchant peut-être les substances hydrotropes qui le maintiennent dissous: cependant leur taux ne paraît pas modifié chez de tels malades.

D'ailleurs, comme le dit très bien P.-P. Weil, « *l'hyperuricémie n'est qu'un indice* comme l'est l'urée de l'état urémique ». C'est la même conclusion à laquelle étaient arrivés Bouchard et N. Fiessinger.

On a voulu rendre compte de l'affinité de l'acide urique pour le cartilage par un changement du pH de ce tissu ou par une diminution de son alcalinité: il est beaucoup plus probable qu'il se dépose sur des *foyers de nécrose fibrinoïde* dont nous dirons plus loin la signification. Il est certain qu'il se fixe électivement, sur des formations peu ou pas vascularisées, cartilage, tendons, etc., comme le souligne H. Cohen, et jamais sur des tissus sains Allbutt.

C. *Facteurs humoraux.* — Comme l'a dit Chauffard: « La surcharge urique (le sang est en effet, en forte sursaturation) met le goutteux en équilibre instable qui peut à tout instant être compromis ou détruit sous l'influence de causes perturbatrices très diverses. »

Mais cet *encombrement humoral* ne résume pas le bilan pathologique: le goutteux est *sensibilisé* vis-à-vis de maints allergènes, et il est fréquent de trouver chez lui des intradermoréactions positives à diverses protéines (Gudzent), aux vins de Bourgogne (Widal) ou de Porto (Coates): nous pouvons en rapprocher la tendance précipitante à l'égard du cholestérol et du calcium (Loeper).

Aussi est-il tout préparé à déclencher la *crise* dont nous allons nous efforcer de serrer de près le mécanisme.

2°) PATHOGÉNIE DE LA CRISE AIGUË.

Elle est interprétée très différemment suivant les auteurs:

a) Pour la majorité d'entre eux, elle répondrait à une précipitation d'acide urique: assez souvent, en effet, elle est accompagnée ou suivie de la formation d'un tophus.

b) Selon Finck, elle représenterait, au contraire, un épisode de résorption d'acide urique au cours d'un accès d'hypervagotonie.

c) Suivant Fiessinger, l'acide urique ne jouerait ici aucun rôle.

En pareille circonstance, urémie et uricurie présentent de très grandes variations individuelles qui ne sont pas faites pour éclairer le problème. D'autre part, l'injection intra-veineuse d'urate de sodium peut produire de la fièvre, mais pas d'arthrite aiguë.

A la suite de Billard, Meillere, Galup, Linossier, André Leri, LLewellyn Jones, Chauffard, etc., on a tendance à assimiler la crise de goutte à un *choc anaphylactique* (colloïdoclasique, allergique, hyperergique, chacun de ces termes impliquant une nuance pathogénique un peu différente). Voici les arguments

avancés en faveur de cette thèse actuellement très en faveur.

a. *Etiologiques.* — Terrain sensibilisé avec petite insuffisance hépatique; équivalents sous forme de manifestations colloïdoclasiques, voire même de maladie de Bouillaud qu'on regarde parfois comme d'origine allergique; provocation élective par certains mets ou certaines boissons.

b. *Cliniques.* — Brusquerie spectaculaire du début, intensité du syndrome inflammatoire qui se termine pendant longtemps par une *restitutio ad integrum.*

c. *Expérimentaux.* — En dehors des intradermoréactions ou des réactions précipitantes plus haut citées, mentionnons ici le déclenchement d'une crise chez un goutteux par l'injection sous-cutanée de son propre liquide pleurétique (Bezançon, M.-P. Weil et De Gennes) ou de sérums thérapeutiques, etc. La crise de goutte offre d'ailleurs des analogies frappantes avec le rhumatisme sérique (Jousset et Delglove), les chocs sériques locaux ou vasotrophiques de Bouche et Hustin, l'inflammation hyperergique (Rossle, M.-P. Weil, Delarue): le substratum de nécrose fibrinoïde serait d'ailleurs commun avec les lésions des rhumatismes (M.-P. Weil et Delarue).

Enfin Chini a montré que l'introduction d'acide urique dans la cavité articulaire du lapin modifiait sa perméabilité cellulaire et capillaire, créant ainsi un *locus minoris resistentiæ*, qui attire et fixe les antigènes en circulation dans l'économie: plus tard, l'injection parentérale d'antigène déchaînant déterminerait son inflammation allergique. Certes il y a des réserves à faire, le métabolisme urique n'est pas le même chez le lapin que chez l'homme, et on ne peut conclure de l'irritation brutale de l'expérience à la lente distillation des poisons goutteux: mais on ne peut pas ne pas rapprocher les deux constatations.

d. *Thérapeutiques.* — Nous devons retenir les effets favorables donnés dans la crise de goutte par la réinjection de la sérosité de vésicatoire (Finck) et par l'antohémothropie (Paillard). Il faut encore tenir compte de l'arrêt brusque des manifestations obtenu au début de la crise de goutte par les antihistaminiques de synthèse (Violle, Coste): l'histamine figure, en effet, parmi les substances libérées au moment du choc anaphylactique. Dans ces derniers mois, le soulagement de la crise par la Cortisone et l'A.C.T.H. classe la goutte à côté des rhumatismes, paraît justifier les vues unicistes de Klinge et pose de nouveaux problèmes à la sagacité des chercheurs.

Coste a soumis tous les arguments a, b, c, à une critique pénétrante: il admet cependant l'intervention « d'un certain quantum de sensibilisation, d'intolérance ». Il a tenté, d'autre part, de raccorder l'hyperuricémie à l'allergie: il penche vers leur interdépendance, l'acide urique se fixant sur un foyer préparé par une sensibilisation locale et une allergie générale: il serait en réalité un « produit mort », par destruction brutale des grosses molécules qui le précèdent dans la chaîne de destruction catabolique qui dégrade nucléines et purines: il y a là, à tout le moins, une synthèse harmonieuse et une hypothèse de travail du plus haut intérêt.

Conclusions pratiques

Il faut retenir:

1° — la nécessité de recherches nouvelles partant de constatations bien assises pour s'élever vers une pathogénie plus précise qui embrasse l'ensemble des faits.

2° — L'absence de valeur pronostique de l'hyperuricémie, comme nous l'avons montré: elle n'est pas en rapport avec la gravité de la maladie. Par contre sa signification diagnostique reste grande, sinon absolue, quand on répète les examens chez un même sujet: c'est à juste titre que H. Cohen insiste sur ce point (1948).

3° — L'orientation nouvelle de la diététique: dans ses proscriptions elle s'inquiète moins de la teneur des aliments en nucléines ou purines que de la sensibilisation du sujet vis-à-vis de tel ou tel d'entre eux. Nous croyons d'ailleurs, ce n'est qu'une impression personnelle,

que cette sensibilisation n'est souvent qu'à éclipses, c'est-à-dire efficiente que pendant certaines périodes de l'existence.

Pour prononcer des interdictions en matière de régime, il ne semble pas qu'on puisse faire entière confiance aux intradermo-réactions plus haut citées: leur valeur n'est qu'indicative, non absolue, et l'expérience personnelle du malade mérite plus de confiance.

4° — L'intérêt des thérapeutiques nouvelles par les antihistaminiques de synthèse, par la Cortisone et l'A.C.T.H.: mais elles ne sauraient dispenser le sujet de suivre le régime et de mener le genre de vie nécessaires.

Existe-t-il un rapport entre l'abondance plus grande des 17 cétostéroïdes chez l'homme (13 mg. par 24 heures contre 8 mg. chez la femme), la fréquence infiniment plus grande de la goutte chez lui, le soulagement de l'accès par l'A.C.T.H., après parfois sa provocation préalable par la même médication? Nous posons simplement l'énoncé de ces problèmes sans avoir la prétention de les résoudre.

OPOTHÉRAPIE NERVEUSE ET ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

Pierre GROBON,
Attaché médical à l'Hôpital Necker, à Paris.

A côté des multiples méthodes thérapeutiques classiques ou récentes traitant avec des succès de plus en plus fréquents et durables les ulcères digestifs, qu'il me soit permis d'apporter ma collaboration aux efforts faits jusqu'alors.

Sans doute en cette matière comme dans bien d'autres, les résultats de la recherche médicale sont en nette progression; longue a été la route depuis l'ère mécanique des simples pansements muqueux à laquelle a succédé le stade chimique si fructueux des acides aminés et des anti-spasmodiques pour en arriver à la période des préparations biologiques, appuyées sur les si intéressants travaux de monsieur R. Carvaillo.

Nous nous proposerons ici, de rappeler les effets de « l'Opothérapie nerveuse » au cours de la maladie ulcéreuse, tant dans ses formes du début qu'à la phase dite de pleine évolution, ou qu'après un passé plus ou moins long, pouvant alors réaliser le syndrome si spécial de l'ulcère calleux.

Nous montrerons ensuite rapidement les arguments sur lesquels nous nous sommes basés pour penser à l'action bénéfique de cette méthode.

Jusqu'ici nous avons traité, avant tout, des ulcères digestifs ayant paru rebelles à toute thérapeutique, en poussée évolutive, dont le début des troubles remontait à quelques années (de deux à cinq ans) et dans les tout premiers jours de la phase critique. 480 observations permettent d'affirmer que, sous l'influence de la cure neurale: les douleurs épigastriques spontanées ont cessé dès le quatrième ou cinquième jour de la première cure (traitement d'attaque), l'état général s'est considérablement amélioré en une vingtaine de jours avec augmentation pondérale, reprise de l'appétit, et surtout suppression totale de l'asthénie.

L'examen clinique fait à la fin de la première série de traitements révèle l'indolence des zones antérieurement douloureuses, correspondant à la localisation de l'ulcère.

L'examen radiologique de contrôle, pratiqué systématiquement par M. Lamy, attaché de radiologie à l'Hôpital Necker, a montré dans la majorité de nos observations, *en cas d'ulcus gastrique,* la disparition totale de la niche: dix-huit images de niches géantes, en particulier, ont complètement disparu dans ce laps de temps, alors qu'au 6e jour de traitement l'aspect pathologique était déjà très amélioré. *En cas d'ulcus duodénal* on constate au cours de l'examen « scopique » (dont il serait si utile de prendre un film cinématographique si les conditions de luminosité de l'écran et de sensibilité des émulsions le permettaient) que les fonctions de remplissage et d'évacuation sont redevenues satisfaisantes, mais que les contours bulbaires ne reprennent que très imparfaitement leur régularité.

Nous pouvons affirmer la rupture du cycle évolutif ulcéreux puisque, avec un recul de trois ans, nous n'avons eu que quatre rechutes vraisemblablement dues à une mauvaise conduite du traitement (absence de séries d'entretien). Elles ont été le fait des ulcères duodénaux, s'accompagnant d'atteinte vésiculaire importante. En tout cas nous n'avons relaté ni hématémèse, ni mélœna, ni signes de sténose. L'état général s'est avéré excellent et des examens radiographiques de contrôle, répétés tous les 6 mois, permettent de croire à une guérison définitive.

Enfin nous pensons qu'avec cette méthode, les malades sont mis à l'abri de l'évolution de la maladie ulcéreuse sur les tranches opé-

ratoires, ou sur une autre muqueuse. Sans doute cette heureuse évolution dépend de nombreux facteurs classiquement connus, tels que: l'hérédité, l'âge du malade, l'ancienneté de l'affection, les antécédents acquis et son mode de vie; mais aussi d'une autre notion sur laquelle nous voulons insister: la qualité tissulaire nerveuse. La formation d'un ulcus gastrique ou duodénal doit coïncider avec « un fléchissement du tonus nervin » chez des sujets particulièrement actifs mais trop surmenés du type physiognomonique: rétracté latéral dont parle Corman. Ce genre est d'après nous propice aux ulcères gastro-duodénaux et en particulier gastriques.

A côté de ces formes d'ulcère jeune, et de type classique, nous devons signaler quelques aspects spéciaux qui nous paraissent intéressants:

— Ce sont, tout d'abord, *les ulcères calleux*, si difficiles à traiter médicalement, avec leur symptomatologie floue, la périviscérite associée, leurs signes d'infection (ainsi qu'en témoignent les poussées fébriles et l'altération de la formule sanguine), enfin l'atteintte de l'état général résultant du catabolisme de ces malades.

On sait la répercussion organique dont ils sont la cause, surtout dans leur forme duodénale, et l'intérêt de la radiographie, tant pour éviter l'état vésiculaire que pour apprécier les perturbations gastro-intestinales secondaires.

Nous avons eu à examiner quinze malades souffrant d'ulcères duodénaux arrivés à ce stade, et nous tenons précisément à communiquer les résultats obtenus chez eux par notre méthode: cliniquement, l'amélioration a été beaucoup plus longue à se faire; les douleurs spontanées sans rythme caractéristique se sont montrées plus rebelles à calmer. L'état général est resté longtemps précaire, et l'élargissement du régime a dû être retardé. Toutefois, après trois séries, les malades ont accusé un mieux, jamais ressenti jusqu'alors, quel que soit le traitement entrepris. L'examen radiologique a montré en parallèlisme avec la clinique une amélioration que l'on peut affirmer étant donnés: un remplissage bulbaire satisfaisant, une meilleure qualité de contractions, une évacuation plus lente et plus complète; au total, un bulbe *sans signes d'intolérance,* mais restant cicatriciel, et dont le tissu fibreux gêne la régularité des contours.

Nous pensons que de tels bulbes ne reprendront jamais leur forme typique triangulaire bien connue, mais, quel que soit leur aspect, on ne peut plus les considérer comme étant le siège d'une lésion évolutive.

La guérison de l'ulcère amène petit à petit celle de la périduodénite.

— Certains aspects radiologiques ulcéreux, en particuliers pré-pyloriques, à contours déchiquetés et irréguliers, ou à type de petites niches irrégulières en plateau ou encastrées, peuvent en imposer pour des cancers.

Ces « *ulcères cancériformes* » guérissent parfaitement sous l'influence de l'opothérapie nerveuse: nous en avons observé 8 cas typiques. Il y a donc lieu, semble-t-il, de tenter la méthode *pendant* 18 *jours*, période fort courte ne risquant pas de faire perdre un temps précieux au malade, *règle à respecter formellement en l'occurence;* l'examen radiologique de contrôle doit faire part en cas d'ulcère d'une image avantageusement modifiée.

— *De nombreux malades* accusent des troubles cliniques survenus récemment, évoquant l'ulcère digestif: la douleur épigastrique est en effet apparue brusquement; elle est violente, irradiant jusque dans le dos, rytdmée par les repas; l'examen radiologique adéquat permet d'éliminer la lithiase hépatique et ne révèle aucune image pathologique d'ulcère digestif. Il semble s'agir là d'un *stade préulcéreux* comparable aux douleurs jambières, ne montrant à l'inspection aucune altération cutanée. L'épreuve du traitement amenant rapidement la cessation des phénomènes douloureux tend à prouver qu'il y a bien là une altération névritique muqueuse, risquant de se transformer plus tardivement en véritable ulcère.

Ce syndrome est essentiellement différent de

la simple dyspepsie hyperchlorhydrique nullement influencée par la cure neurale.

Si nous n'opposons pas davantage ulcères gastriques et ulcères duodénaux, c'est parce que ces deux formes sont justifiables aussi bien l'une que l'autre de la même thérapeutique. Toutefois, il importe de dire que l'ulcus gastrique y est encore plus sensible. L'estomac se trouve en effet en dehors du carrefour biliodigestif, et il n'est pas ou peu un organe d'assimilation. Enfin, la lésion névritique de sa muqueuse ne s'accompagne pas dans l'immense majorité des cas de troubles du système hépato-vésiculaire dont l'intégrité est si importante pour assurer l'entretien de la qualité tissulaire en général et des tissus nerveux en particulier.

L'ulcus duodénal, pour des raisons contraires, est plus difficile à guérir et a pu faire figurer quelques échecs. Sans doute, n'ont-ils toujours été que partiels, mais quelques observations ont pu les révéler plus lents à s'améliorer, aptes à la récidive un an après, moins sensibles à la reprise des cures neurales, plus tenaces quant aux aspects radiologiques.

Ainsi peut-on les qualifier d'ulcères « *neuro-bilio-digestifs* » essayant de montrer ainsi la part active des éléments diastasiques dans leur genèse.

Toute thérapeutique anti-ulcéreuse ne peut viser qu'à aider la nature sans s'y opposer, ni irriter les cellules.

Fréquents doivent être les cas d'ulcères muqueux connus ou méconnus qui guérissent spontanément, et c'est ici plus que jamais que l'on est en droit de parler de la *natura medicatrix*.

Quand on s'aperçoit de l'amélioration nette, sinon de la guérison, que relatent les malades au retour des vacances, parce qu'ils ont reçu les bienfaits de la cure d'oxygène, on doit admettre qu'il n'est peut-être pas toujours difficile de guérir pareille affection.

Les intéressants travaux de M. R. Carvaillo mettent en lumière l'effort de l'organisme pour enrayer le processus ulcéreux. Nous nous permettons de voir dans la poussée douloureuse, ulcéreuse, si connue et si pathognomonique, un travail nerveux de souffrance sans doute, mais aussi d'essai de régénérescence.

S'agit-il, comme l'évoque cet auteur, d'un phénomène analogue au processus d'immunité par modification humorale, la chose est possible. Pour nous, il nous semble plutôt qu'il s'agit là d'un passage dans le sang de produits régénérateurs sécrétés par les filets nerveux terminaux, d'une « décharge neuro-hormonale », et que cette méthode permet d'injecter avec succès, grâce au sérum prélevé dans les 15 jours suivant la crise douloureuse.

Il serait d'ailleurs fort intéressant d'agir de même avec le sérum d'un sujet ayant fait une forte poussée douloureuse à l'occasion d'une plaie variqueuse jambière et de tenter de traiter un ulcère digestif ou vice-versa. La cellule nerveuse nous apparaît comme un véritable accumulateur, se chargeant et se déchargeant rythmiquement sous des influences diverses connues ou méconnues ainsi qu'en témoignent: le cycle évolutif des poussées, le déclenchement inopiné du processus ulcéreux sans cause apparente même en plein régime, l'influence fondamentale du psychisme et de la vie émotive du malade, semblant vider ou remplacer les réserves de tonus nervin. Enfin le degré d'excitabilité du parasympathique dont on peut apprécier l'activité par la prise du réflexe oculo-cardiaque. Cette manœuvre fait part le plus souvent de bradycardie dans le cas d'ulcère muqueux et de tachycardie dans celui d'ulcère cutané.

Les interventions ou actions diverses sur le para-sympathique ou le sympathique, selon la topographie de la lésion ulcéreuse, montrent bien cette dualité physio-pathologique: le parasympathique présidant à l'ulcère muqueux, le sympathique à l'ulcère cutané.

Mais nombre d'ulcères digestifs n'ont pas toujours hélas, cette heureuse évolution spontanée et ont besoin d'être traités.

Je rappellerai ici, dans un bref résumé, les divers rapprochements de faits qui m'ont per-

mis de penser à la thérapeutique de ces affections par les extraits neuraux. La guérison de plusieurs centaines de cas d'ulcérations jambières chroniques, me conduisit, il y a 3 ans environ, dès le début de mes travaux, à associer l'idée d'un même traitement pour les plaies muqueuses. Toutes deux m'ont paru être d'origine névritique, et semblaient justiciables d'une thérapeutique de la peau ou des muqueuses par les nerfs. L'origine commune ectodermique des systèmes cutané et nerveux; l'existence de certaines fibres nerveuses reconnues sécrétrices telles que: les fibres adrénergiques et cholinergiques; la coexistence chez un même malade d'ulcère de jambe et d'ulcère digestif, prouve le bien-fondé de cette hypothèse. Parfois c'est l'interrogatoire qui découvre dans les antécédents du malade atteint d'ulcère de jambe l'existence d'un ulcère muqueux chez les parents.

De nombreux travaux viennent étayer cette théorie: ce sont, avant tout, les travaux histologiques de M. le Professeur Cailliau ainsi que ceux de MM. Weissenbach, Levy-Frenckel et Touraine ayant montré les lésions névritiques existant au sein des muqueuses ulcérées. Ce sont aussi les travaux de physiologie nerveuse de Cajal en 1893 et de Mawas 1910 et surtout de M. le Professeur Jean Verne en 1913, qui font entrevoir un rôle glandulaire aux cellules névrogliques considérées jusqu'alors comme des éléments de soutien.

Ce sont les travaux beaucoup plus récents, à notre avis très démonstratifs, de M. Raoul May. Cet auteur, par les greffes nerveuses intra-oculaires chez le rat, met au jour d'une manière évidente la régénérescence des tissus qui meurent (segment de nerf périphérique ou muscle anervé) au contact des tissus qui continuent à vivre (portion de tissu embryonnaire encéphalique de poulet).

Enfin, les travaux cliniques et chirurgicaux de M. le Professeur Leriche et des auteurs américains ont bien démontré l'influence bénéfique de la thérapeutique élective du système vago-sympathique.

Personnellement, nous pensons qu'une harmonie dans le fonctionnement nerveux est indispensable à la sécrétion normale des filets nerveux terminaux les plus infimes.

Cette « neuro-harmonie » semble dirigée par les cellules du cortex dont les ordres sont aussi bien moteurs que sensitifs et antitrophiques.

La moelle épinière ne serait qu'un « viaduc » laissant passer les excitations corticales, permettant ainsi d'assurer le bon fonctionnement des terminaisons neurales périphériques.

Les extraits spino-médullaire et neural absorbés par les muscles passent dans le courant sanguin et régénèrent les tissus nerveux quels qu'ils soient. Ceux-ci paraissent sécréter à leur tour des produits spécifiques que je considère comme de nature hormonale et reconstituent ainsi les cellules altérées situées à leur contact.

On sait que M. Raoul May pense que cette action se fait avant tout par l'intermédiaire de substances bio-chimiques soufrées.

Nous utilisons à cet effet un extrait total de moelle épinière bovine ou équine, ainsi qu'un extrait de nerfs sciatiques bovins délipoïdés et déprotéïnés repris dans le sérum physiologique, dosés respectivement à 3 g. et à 0,50 d'organes frais pour 5 cc de sérum physiologique.

Cette préparation est administrée le matin par voie buccale, et le soir par voie intramusculaire, pendant 18 jours de suite. La cure est ambulatoire et ne comporte aucune autre médication adjuvante.

Cependant, il me semblerait illogique et paradoxal de ne pas soumettre le malade tout au moins au début du traitement à un régime strict: lacté en cas d'ulcère gastrique, non lacté en cas d'ulcus duodénal.

La reconstitution d'une muqueuse nécessite, pour être rapide, l'absence de toute irritation. Le régime est d'ailleurs rapidement élargi et les exigences diététiques ne doivent sévir que tout à fait au début.

Une série semblable d'entretien devra être faite 15 jours après la fin de la première, mais ne durera que 12 jours. D'autres séries d'entretien seront envisagées à des intervalles de

plus en plus éloignés, fixés selon la gravité du cas.

Sous l'influence de ce traitement, nous pouvons affirmer d'excellents résultats cliniques et radiologiques dans 97% des cas d'ulcus gastriques, et 80% d'ulcus duodénaux.

Au total, à la lumière des résultats thérapeutiques fournis par cette méthode, il nous semble permis de pouvoir affirmer une origine trophique névritique aux ulcères digestifs. « L'Opothérapie nerveuse » permet d'assurer la convalescence des filets nerveux terminaux gastriques ou duodénaux qui entraînent à leur tour par une neuro-sécrétion normale la régénérescence des cellules muqueuses au contact.

Les ulcères gastriques sont les plus sensibles à cette action, et la guérison est en règle très rapide.

Les ulcères duodénaux, à cause des troubles hépato-vésiculaires associés, constituent des cas parfois rebelles.

Toutefois, avec un recul de trois ans environ, nous pouvons espérer pour la grande majorité de nos malades la cessation définitive de l'affection quelle que soit la localisation de leurs ulcères.

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

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

Tome 79, No 10 — Montréal, octobre 1950

Vème CONGRÈS INTERNATIONAL DU CANCER

Le Vème Congrès International du Cancer, qui eut lieu à Paris, du 16 au 22 juillet dernier, fut un Congrès remarquable par la qualité des travaux présentés et par le nombre des représentants des divers pays.

Inauguré par le Président de la République Française, en présence des délégués officiels de 45 pays et de plusieurs centaines de personnes intéressées au problème du cancer, le dernier Congrès de Cancérologie s'est déroulé dans une atmosphère de cordiale amitié et de franche collaboration scientifique.

Les travaux présentés à ce Congrès nous ont rapproché de la découverte de la cause ou des causes efficientes du cancer. Travaux faits avec des hormones; expériences conduites avec des produits du goudron; recherches effectuées sur les virus; observations faites sur les tissus soumis à des irritations par divers agents (physiques-chimiques ou parasitaires) etc..., ont précisé des notions vagues, éclairé certains aspects particuliers et posé des données nouvelles sur le problème de l'étiologie du cancer.

En attendant le jour où l'on découvrira la cause du cancer, nous devrons mettre tout en œuvre pour dépister le cancer à son début. Des biochimistes, travaillant sur le sérum des cancéreux, ont observé une variation de proportion entre certaines enzymes circulant dans le sang. Certains cancérologues y voient déjà un futur procédé de diagnostic précoce du cancer.

De leur côté, des cytologistes, en étudiant les sécrétions pharyngées, pulmonaires, gastriques ou utérines, etc..., y ont trouvé des cellules de dimensions, de forme et de teinte anormales, chez les personnes atteintes de cancer dans l'organe d'où provenait la sécrétion. Cette recherche de cellules cancéreuses dans les prélèvements de sécrétions rendra certainement de grands services à ceux qui sont frappés par cette maladie, sans le savoir. Car elle permettra de faire un diagnostic précoce de cancers qui seraient devenus incurables au moment de leur manifestation clinique.

En dépit des nouvelles méthodes de dépistage du cancer à son début, il y aura toujours des cancers difficilement curables par les méthodes thérapeutiques actuelles. Pour élever le taux des guérisons de cancers difficilement curables, radiothérapeutes et chirurgiens se sont mis à la tâche et ont rivalisé de science, d'ingéniosité et d'habileté technique, pour améliorer leurs résultats thérapeutiques.

Les radiothérapeutes ont employé des appareils de R.X., à très haut voltage, des bombes de Radium ou de $Cobalt^{60}$ radioactif, des générateurs de particules bêta très rapides, des isotopes radioactifs comme l'$iode^{131}$ et le $phosphore^{32}$, et des neutrons provenant de la fission nucléaire. Le point n'est pas encore fait sur ces nouveaux modes de traitement, mais il ressort des travaux

présentés au Vème Congrès International du Cancer, que nous pouvons espérer guérir à l'avenir un plus grand nombre de cancers par les radiations. Certes, il faudra bien connaître les indications et les techniques d'utilisation de ces diverses radiations. Mais déjà, des radiothérapeutes éminents commencent à nous fournir des données précises sur ces nouvelles armes de l'arsenal thérapeutique du cancer.

Grâce aux nouvelles méthodes anesthésiques et à une meilleure préparation du malade, les chirurgiens peuvent maintenant entreprendre sans grand danger pour la vie du patient, de longues et mutilantes opérations. Des résections larges pour des cancers étendus de la peau; des évidements complets de la cavité pelvienne pour des cancers utérins avancés; des transplantations des uretères dans le sigmoïde pour des cancers de la vessie; de l'électro-chirurgie suivie de chirurgie plastique pour des cancers térébrants du visage et de la diathermo-coagulation pour des cancers buccaux et gingivo-mandibulaires, sont pratiqués avec des succès incontestables dans diverses cliniques.

L'association de la Chirurgie et du Radium, pour des cancers de la vessie et de l'utérus, et celle de la Chirurgie et des Rayons X, pour des cancers du sein et de l'hypopharynx, sont devenues des pratiques courantes dans plusieurs grands centres hospitaliers du monde.

Le Congrès de Paris a rappelé ces thérapeutiques à ceux qui y assistèrent, en a précisé certaines indications et techniques, et en a exposé les résultats. Quels que soient la cause du cancer et les moyens adéquats que l'on possède pour traiter cette maladie, nous n'arriverons à la guérir que si nous la dépistons précocément.

Instruction du public; éducation des étudiants en médecine et des médecins; tenue d'un registre des cancéreux; examen périodique des malades; organisation bibliographique internationale; système de notation pour le diagnostic; classification des stades évolutifs de la tumeur; constitution de centres anticancéreux; établissements de sous-centres dépendant du centre principal; assistance financière aux cancéreux; création de ligues anticancéreuses, etc..., furent étudiés et suggérés par le Vème Congrès International du Cancer, comme des moyens propices à lutter efficacement contre le cancer.

Les trois branches en lesquelles avait été subdivisé le Vème Congrès International du Cancer, à savoir: Biologie et Expérimentation; Pathologie, clinique et thérapeutique; et Lutte Sociale firent chacune l'objet de nombreuses et importantes communications. Elles constituèrent un excellent programme d'étude sur le Problème du Cancer.

Les conclusions que peuvent tirer ceux qui ont assisté à ce Congrès me paraissent être les suivantes: l'avancement des recherches fondamentales sur l'étiologie et la biochimie de la maladie cancéreuse; la découverte de nouvelles méthodes de dépistage précoce des cancers; le perfectionnement des modes de traitement des cancéreux et, enfin, l'organisation méthodique de la lutte sociale contre le fléau du Cancer.

Origène DUFRESNE.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

DÉPISTAGE EN SÉRIE DE LA TUBERCULOSE[1]

Philippe LANDRY,
Directeur médical à la Ligue Antituberculeuse de Montréal Inc.

La radiographie en série ou radiographie miniature ou photofluorographie ou encore photoradiographie est l'emploi de radiographies pulmonaires en série dans le but de découvrir la source d'infection tuberculeuse. Il est ainsi possible de dépister au début les personnes ayant des lésions tuberculeuses minimes pour prévenir la progression de la maladie par un traitement prompt et adéquat. Il nous est également possible de signaler certaines conditions anormales pulmonaires dont l'examen clinique précisera le diagnostic. Le résultat de ce genre d'examen est en relation directe avec l'efficacité de l'organisation, l'expérience du personnel, la promptitude et la précision du médecin de famille ou du dispensaire qui complétera l'impression radiologique par des examens cliniques et bactériologiques.

Anderson constate en février 1948 que la baisse du taux de tuberculose est universelle. « Ceci, écrit-il, est le résultat de certains facteurs qui ont joué dans le passé. Nous ne connaissons pas tous ces facteurs ni l'influence précise que chacun d'eux a exercé. »

Il n'est donc pas impossible que ces éléments ne continuent pas à jouer dans le même sens; c'est pourquoi, il faut travailler au maximum sur ceux que nous connaissons en augmentant la résistance du terrain, en améliorant les conditions socio-économiques et, enfin, en perfectionnant les méthodes de contrôle. Le dépistage est une de ces méthodes dont le but n'est pas de remplacer les autres moyens d'investigation mais de les compléter en examinant des individus qui autrement ne le seraient pas.

Le premier pas à faire dans la préparation d'un programme de lutte contre la tuberculose est l'évaluation soignée et attentive de l'étendue et de la nature du programme tuberculeux de chaque localité; si la tuberculose doit disparaître complètement, il est essentiel que le taux des nouveaux cas dépistés soit toujours plus bas que celui des cas isolés ou hospitalisés; d'autre part, plus le taux de mortalité descend, plus le dépistage est difficile; et, comme le faisait remarquer Frosst en 1940, les moyens actuels peuvent empêcher d'augmenter ce taux mais ne pourrons pas le descendre plus bas qu'un certain niveau.

Etant donné que souvent la tuberculose ne se développe que plusieurs années après le contact, l'examen de ces contacts ne donne un résultat que dans moins que la moitié des cas; il faut donc faire le dépistage de toute la population pour connaître l'autre moitié des contacts.

En 1942, Monsieur C.-O. Monat, i.c., de Montréal, a été approché par quelques médecins qui lui ont demandé son concours pour l'organisation financière et administrative de la lutte antituberculeuse dans la ville de Montréal. Après étude du problème, Monsieur Monat, avec le concours de quelques industriels de renom, formait une organisation à charte, c'est-à-dire indépendante et autonome, dont le but était de faire la lutte contre la tuberculose par le moyen du dépistage dans Montréal et le district Métropolitain. Il a été vite constaté que la radiographie en série quelque parfaite que soit cette organisation n'offrait par elle-même qu'une solution partielle au problème tuberculeux et n'en était que le premier pas. L'identification des cas n'était pas suffisante.

Plusieurs autres problèmes connexes apparurent: la gratuité du diagnostic dans les dispensaires, le nombre insuffisant de lits dans les sanatoriums et beaucoup d'autres problèmes socio-économiques tels la réadaptation du tuberculeux guéri et l'aide financière aux familles des tuberculeux hospitalisés; ce qui fai-

1. Conférence donnée à l'Université de Montréal, à l'occasion des Cours de Perfectionnement sur la Tuberculose, mai 1950.

sait qu'en 1945, Monsieur Monat envoyait un mémoire au Gouvernement de Québec, signalant ces lacunes, préconisant des solutions, que nous avons le plaisir de voir se réaliser peu à peu.

Avec votre permission, nous discuterons du problème du dépistage 1° — au point de vue organisation et 2° — au point de vue du résultat obtenu. Notre expérience est basée sur les 800 000 radiographies que nous avons faites à La Ligue depuis 1944.

Afin d'atteindre le plus possible des agglomérations, nous considérons l'organisation dans un groupe industriel et dans un groupe non industriel.

Dans les grandes compagnies, le programme du dépistage doit être établi avec la coopération du département médical de cette compagnie; que chaque employé ait sa radiographie pulmonaire doit être le but à obtenir. Le premier contact est fait avec le propriétaire ou le gérant de la compagnie pour discuter des questions de principes; les détails seront fixés avec le gérant du personnel. Ces détails consistent à choisir la date, le local et les heures de cet examen; le pouvoir électrique de 220 volts avec un ampérage de 50 à 60 au minimum, sur courant A.C. Nous suggérons de préparer les fiches d'inscription à l'avance et de les classer par ordre alphabétique de département. 7 personnes par 5 minutes pourront être examinées. Les heures de travail seront de 5 à 6 heures par jour et durant 5 jours par semaine; des appointements spéciaux seront faits pour les gens travaillant la nuit.

Sauf exception, cet examen n'est pas obligatoire mais, généralement, nous pouvons nous attendre à une réponse de 80 à 85%. Il est à noter que lorsque nous retournons pour une 2e et 3e fois dans une même compagnie, nous atteignons presque 100% du personnel. Nous avons alors vaincu les principaux obstacles qui étaient, la peur du rayon X, l'indifférence, la sensation de bien-être dû au fait que l'individu se sent en bonne santé; d'autre part, ceux qui avaient accepté la radiographie l'ont fait pour savoir ce que leur radiographie révélerait; d'autres simplement pour faire comme tout le monde ou encore parce que cet examen était gratuit. En préparant cet examen dans une compagnie, il ne faut pas être trop pessimiste et il faut tabler sur l'instinct d'imitation qui motive très souvent les actes du groupe d'individus.

L'organisation d'un groupe non industriel, c'est-à-dire du public en général, est bien plus difficile et nécessite beaucoup plus de préparation. Dans une population comme celle de Montréal nous avons basé notre travail sur les 8 districts sanitaires; actuellement, notre programme nous permet de visiter chacun de ces districts tous les 2 ans. Suivant la densité de la population, 8 à 12 jours sont nécessaires pour chacune des 150 paroisses de l'Ile de Montréal.

Nous formons un comité composé du directeur des Maladies Contagieuses de la Ville de Montréal, du médecin du district à visiter et de ses gardes-malades, d'un médecin de la Ligue et de la garde-malade de la Ligue qui s'occupe de cette organisation. Le taux de tuberculeux de chaque paroisse à visiter et le temps nécessaire à faire cet examen est discuté. Nous choisissons les locaux qui sont généralement des salles ou des écoles paroissiales. Ce travail étant fait, le travail de contact commence. La Ville de Montréal se charge d'obliger tous les manipulateurs d'aliments barbiers ou coiffeurs de se présenter aux dates fixées aux endroits convenus. Nous visitons les curés des paroisses catholiques, les pasteurs d'autres religions pour leur demander d'inviter leurs fidèles à se faire radiographier. Une de nos gardes-malades visite les petites compagnies qui sont dans le voisinage du local choisi pour les inviter à profiter de cet examen. Pendant la même période de temps, nous avons à la radio et dans les journaux, principalement dans les périodiques locaux, des appels à la population soulignant les avantages de la radiographie pour dépister la tuberculose.

Le maximum d'une population examinable se chiffre entre 65 et 75% de la population totale. 10% des adultes étant incapa-

bles de se rendre et 15 à 25% étant des enfants en dessous de 15 ans, c'est-à-dire en dessous du groupe fréquentant les écoles d'enseignement supérieur. La perte de temps et d'argent en comparaison des résultats obtenus est trop forte pour motiver la radiographie systématique des enfants et les statistiques ont fait admettre ce point de vue par toutes les organisations de dépistage.

Le genre d'appareil radiologique à utiliser est un item important à considérer étant donné qu'un appareil 70 mm. peut faire 60 000 à 70 000 radiographies par année et que d'autre part, le coût net de chaque personne examinée est d'environ $1.00. La décision d'obtenir un de ces appareils doit être basée sur la densité de la population à examiner et sur les revenus financiers probables que l'on peut obtenir; en d'autres mots, il faut que la population soit assez forte pour que l'on puisse opérer pendant tout le cours de l'année et qu'on ait l'argent nécessaire à l'opération d'une unité radiologique; autrement, le capital utilisé serait trop considérable et le personnel manquerait d'expérience et d'intérêt dans son travail.

Le rendement des appareils à radiophotofluorographe est assez uniforme et leur choix dépend de facteurs très secondaires. Ces appareils sont caractérisés par une caméra automatique qui photographie un écran fluoroscopique. Le foyer de la lentille est de 1.5. Une cellule photo-électrique contrôle le temps d'exposition électroniquement et le temps varie entre 1/10 à 1/20 de seconde. Les films employés sont de l'ordre de 70 mm. c'est-à-dire de 2½ pouces par 2½; ils sont non perforés et sensibles au bleu. Ces films sont sur des bobines de 100 pieds et sont susceptibles de produire 375 à 400 expositions. D'après notre expérience, nous ne croyons pas que l'usage de films en stéréo sur films 70 mm. soit recommandable. Ces appareils sont actuellement équipés en sorte que toute erreur est quasi impossible puisque lorsque qu'un seul contact ne se fait pas, il est impossible de prendre une radiographie, l'appareil ne fonctionnant pas.

On a discuté des avantages des unités mobiles transportables en comparaison de celles fixées dans une roulotte. Le type roulotte est avantageux dans les endroits où il n'y a pas d'électricité et où les habitations sont clairsemées. A Montréal, nous sommes satisfaits des appareils mobiles employés et, l'an dernier, à titre d'expérience, nous avons voyagé dans le comté de Labelle où particulièrement les conditions de travail n'étaient pas idéales mais où, toutefois, le résultat a été très satisfaisant.

Il faut être prudent sur le nombre de radiographies prises à la minute; la chaleur dégagée peut-être dommageable au tube Roentgen; particulièrement en été, le nombre d'expositions doit être réduit.

Le personnel doit être protégé contre la radiation secondaire; on conseille fortement une formule sanguine tous les 2 ou 3 mois et tout changement dans les globules blancs doit être surveillé.

Nous comptons 2 gardes-malades sur chaque unité radiologique. La présence de gardes-malades comme techniciennes n'est pas nécessaire mais nous avons des preuves que leur présence assure la confiance aux personnes examinées; leurs études spécialisées leur permettent de répondre justement aux nombreux problèmes qui leur sont soumis par les personnes examinées; leur entraînement professionnel donne à une organisation l'assurance que le point de vue médical et confidentiel sera respecté. 3 gardes-malades consacrent leur temps à faire des entrevues qui prépareront les examens. 2 gardes-malades ont la surveillance des cas dépistés afin que ceux-ci se présentent chez leur médecin ou à un dispensaire.

Actuellement, à la Ligue, nous sommes rendus à un point ou étant donné le travail antérieur, deux personnes sont consacrées au classement des films et des cartes d'inscription afin de fournir rapidement les renseignements demandés; un technicien s'occupe de développer tous nos films.

Comme les médecins n'ont pas la réputation d'être de très bons administrateurs, la Ligue a un administrateur qui s'occupe uni-

quement de la question finance; sa présence est très utile et libère le médecin d'une foule de questions d'ordre matériel; d'autre part, l'expérience nous a montré que nos ressources et notre fonds de campagne ont augmenté avec l'expérience et la compétence du personnel administratif.

Il est très important d'avoir une idée précise du budget que nous pouvons dépenser avant de décider de l'organisation de radiographies en groupe. Comme nous l'avons dit, le coût net de chaque personne radiographiée sur film miniature est de $1.00. Ce chiffre se divise en 70 cents comme frais d'opération et 30 cents comme frais d'administration. Ces chiffres sont corroborés par le docteur Zacks, Chef des Cliniques au Département de la Santé au Massachusetts. Vous imaginez la somme considérable requise par notre organisation à Montréal pour faire la radiographie de 175 000 à 200 000 personnes par année.

Tous les films 70 mm. sont développés dans les 24 heures qui suivent l'examen. Ils sont lus immédiatement et nous communiquons ensuite par téléphone les noms des individus chez qui nous voulons avoir une radiographie 14 x 17 de contrôle. Lorsque toute l'équipe fonctionne normalement, les résultats dépendent principalement 1 — de l'opération, 2 — de la position du patient 3 — de la régularité du pouvoir électrique et 4 — de la technique du développement.

Le fait d'examiner chaque individu sans le faire dévêtir a été adopté après mûres réflexions. L'inconvénient de voir certains artéfax faciles à distinguer sur films 14 x 17 est favorablement compensé par une vitesse d'opération plus grande, un local moins spacieux, un personnel technique moins nombreux et surtout un nombre plus grand de personnes qu'on peut radiographier étant donné que la pudeur féminine est préservée; d'autre part, la perte de temps des employés est sensiblement réduite et les autorités de la compagnie n'en sont que plus favorables à notre mouvement.

Mais le problème n'est pas dans la grandeur du film employé mais dans la lecture du film.

L'interprétation des films radiologiques doit être faite par des médecins spécialisés en maladies pulmonaires et par des radiologistes. A la Ligue, nous comptons, dans notre personnel médical, trois phtisiologues et un radiologiste; l'un de ces phtisiologues est hygiéniste.

Tous les films 70 mm. sont lus indépendamment par deux médecins. Ce contrôle est absolument nécessaire pour éviter les erreurs inhérentes à la lecture de 800 à 1 200 films par jour. Nous ne faisons pas de diagnostic radiologique final sur film 70 mm. mais nous demandons un film de contrôle 14 x 17 lequel est discuté par un comité de quatre médecins. La décision des médecins est très importante car elle peut affecter pour une période de temps assez longue non seulement la santé mais le status économique et social de l'individu.

Un diagnostic positif incertain est dangereux et injuste. Les radiographies pulmonaires anatomiquement parfaites étant rares, il faut éviter de tomber dans un excès de prudence en signalant des anomalies pulmonaires sans importance, ce qui cause beaucoup d'ennuis aux individus qui sont demandés pour des radiographies de contrôle. C'est ainsi que les lobes azygos, les micronodules calcifiés, les calcifications pleurales, les côtes surnuméraires ne doivent pas être considérés comme anomalies importantes. Le muscle sterno-cleido mastoïdien peut donner l'impression d'un voile, l'extrémité d'une côte peut faire penser à des images non calcifiées, le croisement de deux côtes ou la superposition de vaisseaux pulmonaires ne doit pas être pris pour des images anormales. Dans 5 à 6% des cas, il faut demander des radiographies de contrôle 14 x 17.

Il est donc très important que les films miniature donnent le maximum de rendement que nous pouvons leur demander. Ceci dépend de quatre facteurs principaux; 1 — la vitesse d'opération; 400 films environ par jour à une vitesse de 75 personnes à l'heure en moyenne. 2 — la position du patient; surveiller que le patient ne soit pas tourné, qu'il existe un bon contact entre le thorax et l'écran et enfin que la radiographie soit prise

à l'inspiration. 3 — le temps d'exposition. Il est entendu que, théoriquement, celui-ci est contrôlé par la cellule photo-électrique mais, malheureusement, les thorax maigres sont souvent pénétrés et les obèses donne un film trop pâle et un peu flou. 4 — le développement des films. Nous soulignons ici l'importance d'une température uniforme à 68° F. et l'usage d'un bassin d'arrêt. Nous calculons actuellement de 45 à 60 minutes pour développer un film de 100 pieds.

Un rapport personnel est plus satisfaisant qu'une carte impersonnelle ou qu'aucun rapport. Le coût d'envoi de ces rapports est sûrement un bon placement au point de vue publicité. A Montréal, nous envoyons un rapport à chaque personne examinée indiquant que la radiographie prise ne montre aucune image nécessitant actuellement une surveillance médicale. La personne montrant une image anormale est avisée confidentiellement à son domicile, de se présenter chez son médecin de famille ou à un dispensaire.

Le groupe de ceux qui montrent des lésions anormales mais dont l'apparence n'est pas tuberculeuse, comme dans le cas de tumeur, de bronchiectasie et de cardiopathie, reçoivent leurs cartes négatives spécifiant qu'il n'apparaît pas de lésions tuberculeuses mais en même temps une lettre leur indique que la radiographie a montré certaines images anormales pour lesquelles nous leur conseillons de voir un médecin.

Une compagnie, qui a fait examiner ses employés, reçoit un rapport général spécifiant le nombre d'emplovés et le nombre de cas trouvés anormaux. Le médecin de la compagnie reçoit la lecture du film et le diagnostic radiologique. Dans les compagnies qui utilisent nos services annuellement ou tous les deux ans, nous comparons la radiographie actuelle des cas anormaux avec celle que nous possédons antérieurement et si nous ne voyons aucun changement radiologique; dans les cas fibreux particulièrement, nous renvoyons l'individu à une radiographie de contrôle dans 6 à 12 mois et nous lui permettons de continuer son travail. Ayant la certitude que son état pulmonaire n'a pas changé radiologiquement nous nous croyons justifiés d'autoriser cet individu à travailler tout en lui évitant de faires des dépenses non nécessaires. Mais dans ces derniers cas, il faut être très prudent et se baser sur une grande expérience clinique.

Le service social est essentiel au dépistage de la tuberculose. Il doit atteindre un triple but. 1 — diriger le plus tôt possible les cas actifs chez un médecin afin que ceux-ci soient traités le plus promptement possible. 2 — protéger le public contre la contamination par ces cas actifs. 3 — s'assurer que tous les cas dépistés et sous surveillance médicale se présentent à leurs examens périodiquement. Il est souhaitable qu'une organisation de dépistage ait son propre dispensaire. Lorsque ceci est impossible à réaliser, il est de première importance qu'une collaboration étroite existe entre le service social du centre de dépistage et celui du dispensaire; autrement il y aura dédoublement de travail et dépenses inutiles de fonds et source de multiples ennuis pour les individus sous surveillance. Depuis un an, nous avons noté que près de 50% des personnes que nous avons avisées de se présenter chez leur médecin l'ont fait sur réception du premier avis; 40% ont nécessité l'envoi d'un second avis ou la visite d'une garde-malade; 10% n'ont pu être atteints pour différentes raisons dont la principale était que ces individus ne demeuraient plus dans la ville de Montréal. Ceci signifie que la population en général est consciente de la valeur de notre travail et qu'elle y coopère quand le problème lui est posé clairement.

D'après le résultat du travail accompli, nous pouvons déduire certaines données utiles pour le futur. Si nous considérons l'âge de la population examinée, nous voyons que le maximum des personnes radiographiées le furent entre 15 et 20 ans et le minimum entre 35 et 40 ans; d'autre part, le taux d'images anormales trouvées est de 0,6% de 15 à 20 ans en comparaison de celui de 1,5% après 50 ans. Le groupe de 50 ans ou plus est également celui

où l'on trouve le plus d'images anormales non tuberculeuses.

Comme le rapportait Temple & Crutchlow dans leur rapport sur la tuberculose pulmonaire chez les personnes âgées, « la tuberculose pulmonaire peut apparaître et apparaît chez les gens âgés à un stade de début. Des cas de tuberculose minimes ou modérément avancés, bacillaires, ont été dépistés chez des personnes de 50 et 60 ans. Le maximum de l'incidence de la morbidité et de la mortalité particulièrement chez les hommes glisse lentement du jeune adulte vers l'âge moyen. »

La proportion des cas tuberculeux dépistés en 1949 fut de 69,6% chez les cas minimes, 25,7% chez les cas modérément avancés et 4,7% chez les cas très avancés. Ces chiffres se comparent presque exactement avec ceux trouvés aux Etats-Unis, dans les autres provinces du Canada et en Grande-Bretagne. L'on peut dire que l'incidence des lésions tuberculeuses est directement en relation avec l'âge. Il faut signaler ici que la fibrose pulmonaire non tuberculeuse rencontrée si souvent chez les personnes au-dessus de 40 ans rend très difficile la différenciation à faire avec celle de la sclérose d'origine tuberculeuse.

Il est vrai que les statistiques doivent être données comme des probabilités; mais dans le dépistage en groupe le grand nombre d'examens réalisés et la correction des faux positifs par les faux négatifs rétablit la proportion sur une base assez juste. C'est ainsi que sur plus de 1 000 cas qui se sont présentés à l'Institut Bruchési et au Royal Edward Laurentian Hospital, institutions qui nous fournissent leurs diagnostics finaux, 0,52% sur le grand total des examens sont des cas de tuberculose en activité.

Un autre point qui nous a impressionné est qu'environ 80% des cas très avancés étaient ignorants de leur état pulmonaire. L'explication à ce point semble être que les cas très avancés connus des autorités sanitaires sont dans les sanatoriums. Ces chiffres se comparent avec ceux du Dr. Siegal, Niagara, où sur 50 000 examens, il a trouvé un taux de 0,29% de tuberculeux en activité dont seulement 8% étaient connus.

Quel est maintenant le pourcentage des nouveaux cas trouvés dans les compagnies réexaminées? Ce résultat est variable suivant les conditions médicales établies dans ces compagnies. Lorsqu'une compagnie possède l'examen pulmonaire de pré-embauchage obligatoire, le taux de rechute diminue sur celui des années antérieures; c'est pourquoi, nous insistons beaucoup sur la nécessité de l'examen pré-embauchage et la radiographie de tous les cas absents lors de la radiographie en groupe, comme complément essentiel à notre travail.

D'après notre expérience, aucun groupe d'employés ni aucun genre de travail ne prédispose à la tuberculose, l'un plus que l'autre. Il faut toutefois exclure le personnel et les pensionnaires des asiles d'aliénés ou celui des prisons où le taux de tuberculose est beaucoup plus élevé qu'ailleurs en raison d'un contact plus intense. Il faut également tenir compte de certains endroits où on manipule la silice (SiO_2).

Dans les radiographies en série, il faut être très prudent dans l'interprétation des images nodulaires; il est préférable de prendre des films 14 x 17 pour éviter toute discussion. Le diagnostic différentiel est toujours un problème puisque des conditions pathologiques pulmonaires d'origine vasculaire, inflammatoire, néoplasique ou allergique peuvent donner des images anormales. Un contrôle par l'histoire de cas et par l'examen clinique ou bactériologique, par des radiographies en série à des angles spéciaux est souvent absolument nécessaire pour arriver au diagnostic précis qui même quelquefois ne pourra être prouvé avant l'autopsie.

Que penser maintenant des images anormales non tuberculeuses? Il faut d'abord éliminer toutes les ombres dues aux vêtements, aux objets opaques ou semi-opaques qui font partie de ce vêtement ou encore, des solutions opaques employées en bronchographie. Les ombres fantômes doivent être surveillées car, d'une part, elles peuvent être dues à une erreur

technique mais, souvent, elles peuvent être causées par une infection aiguë ou subaiguë ou par des conditions allergiques. En cas de doute, il est préférable de prendre une radiographie 14 x 17 mais ce n'est pas l'identification de ces calcifications qui est difficile, mais bien la ligne de conduite à tenir. Dans ce cas, le Dr. Zacks suggère d'avertir personnellement l'individu de se faire radiographier périodiquement; mais si le fait de signaler ces foyers calcifiés peut porter préjudice à l'emploi de l'individu, il n'y a aucun inconvénient à lui donner un certificat négatif particulièrement si la personne est un adulte. Chez les adolescents, on peut les tenir sous observation jusqu'à ce qu'ils aient atteints la maturité.

Comme nous l'avons dit au début, le but de la radiographie en série est de découvrir la tuberculose minime mais ce mot minime ne doit pas signifier secondaire en importance car ce n'est pas la grandeur de la lésion mais bien la qualité de l'ombre qui est importante. En cas de doute, il est toujours plus prudent de porter un diagnostic d'observation, lequel sera corroboré par le dispensaire, que de laisser un individu dans une fausse confiance.

Les opacités denses à limites précises, de formes ovoïdes ou allongées doivent être signalées. Il est possible d'identifier le goitre intra-thoracique, les élargissements de ganglions médiastinaux et la plupart des masses intrathoraciques. Il n'est pas possible d'en faire l'identification anatomique mais leur présence doit être signalée car un diagnostic prompt peut permettre des traitements médicaux ou chirurgicaux suivant le cas; ainsi des traitements médicaux pourront être donnés pour des sarcoïdes, des lymphoblastomes ou des maladies à champignons; la chirurgie sera très utile dans les cancers primitifs du poumon, les abcès, les tumeurs bénignes ou les kystes.

En faisant la lecture des films miniatures, on est souvent frappé, particulièrement chez les personnes âgées, du grand nombre d'hypertrophie au moins apparente du cœur. Il faut se souvenir que ni la grosseur ni la forme du cœur dans une radiographie en postéro-antérieur n'est assez précise pour porter un diagnostic de cardiopathie sauf peut-être dans les cas très marqués. Dans ces derniers cas, il faut tenir compte que la radiographie est prise à une distance de 40 à 45 pouces ce qui amène nécessairement une exagération d'ordre physique puisque les rayons X ne sont pas parallèles; l'ombre du cœur pourra être déplacée, la silhouette tordue par une mauvaise position du sujet, le temps d'inspiration mal fait, l'abdomen trop protubérant, une colonne vertébrale légèrement tournée; toutes les déformations de la cage thoracique ou de la colonne vertébrale peuvent faire penser à des malformations cardiaques qui en réalité n'existent pas. Il est donc inévitable que des cas limites et même des images assez exagérées soient susceptibles d'être omises et que, d'autre part, des personnes avec des cœurs élargis donnent une image apparemment normale.

Le pourcentage des images non tuberculeuses intra-thoraciques trouvées dans le dépistage en série est de 1 à 2%. Dans les hôpitaux généraux, on a trouvé jusqu'à 9,3% d'images anormales en faisant la radiographie systématique de tous les cas qui se présentaient au dispensaire.

La valeur du dépistage dépend entièrement de l'intérêt du médecin de famille au cas dépisté et de son examen clinique; ce dépistage n'est plus nécessaire lorsque *tous* les médecins prendront *tous* les moyens pour assumer *toutes* leurs responsabilités dans leur propre communauté. Bien plus, cette organisation est une barrière contre la médecine d'état puisque un ouvrage bien fait même par une organisation médicale indépendante rend le peuple satisfait du service médical et n'a aucune raison de vouloir faire l'expérience d'un autre système.

En résumé, pour atteindre l'éradication complète de la tuberculose par la radiographie en série, c'est-à-dire pour dépister le maximum de cas il faut *plus* d'appareils qui examineront *plus* souvent un plus grand nombre d'individus. Ceci ne pourra pas être obtenu sans la collaboration active du public, jointe à celle des médecins et des organismes antituberculeux.

VARIÉTÉS

LA SITUATION DES ANATOMO-PATHOLOGISTES DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC

En 1945, les anatomo-pathologistes de la Province de Québec se réunissaient en assemblée plénière et constituaient une association qu'ils dénommèrent « l'Association des Anatomo-Pathologistes de la Province de Québec ».

Cette nouvelle société avait un triple objet: 1) réunir périodiquement les anatomo-pathologistes pour leur permettre de discuter ensemble les problèmes scientifiques de leur spécialité; 2) étudier les questions de formation professionnelle, afin d'assurer et de maintenir un haut degré de compétence professionnelle chez les anatomo-pathologistes du Québec; 3) promouvoir les intérêts des anatomo-pathologistes de la Province de Québec en précisant leur rôle ainsi que leur relation avec les hôpitaux, les Universités, les organismes sanitaires et le grand public.

Pour arriver à ces buts, l'Association des anatomo-pathologistes de la Province de Québec obtenait en 1948 son incorporation suivant la loi des Syndicats Professionnels de la Province de Québec. Depuis ses débuts l'association s'est préoccupée de la situation du pathologiste dans la Province de Québec, et au Canada. Il est intéressant de noter qu'une association nationale de pathologistes visant les mêmes buts a été fondée le 18 juin 1949 à Saskatoon à la réunion annuelle de l'Association Médicale Canadienne.

On ne peut douter que dans la Province de Québec le nombre des anatomo-pathologistes reconnus soit tout à fait insuffisant, si l'on considère le nombre total des lits d'hôpitaux. Un bref inventaire révèle que, pour 3 000 lits d'hôpital, il y a moins de 35 anatomo-pathologistes reconnus dans la Province de Québec. Nombreux sont les hôpitaux de 150 lits, ou plus qui ne comportent pas de service interne d'Anatomie Pathologique, fait déplorable à notre époque.

En face de cette lacune d'ailleurs croissante, de spécialistes en pathologie, à quoi s'ajoute un besoin toujours plus grand de leur service, il semble souhaitable de s'enquérir du statut des pathologistes dans la Province de Québec, afin de découvrir pourquoi de plus nombreux jeunes gens ne sont pas attirés vers cette spécialité de la médecine, ou pourquoi, une fois formé, le jeune pathologiste ne demeure pas ici. Il convient de signaler que, pour occuper divers postes de pathologistes au Canada, on a dû importer des spécialistes anglais ou américains, tandis qu'un nombre considérable de jeunes pathologistes canadiens passaient la frontière et se fixaient aux Etats-Unis où certains d'entre eux se sont particulièrement distingués. Ce sont là des pertes que nous n'avons pas le moyen d'accepter avec indifférence.

On ne peut élever aucune objection sérieuse contre le fait que dans les conditions actuelles les laboratoires jouent un rôle très important dans un hôpital moderne. On ne saurait songer à envisager sans eux la pratique de la médecine scientifique. Il doit donc s'ensuivre que la qualité du travail accompli dans ces laboratoires est proportionnellement fonction de la nature et du degré de la formation scientifique des directeurs de ces laboratoires. Il s'ensuit également, et la démonstration en a été faite, que la qualité des soins médicaux généraux dans un hôpital donné et dans une localité déterminée s'améliore avec l'excellence des services de laboratoires accessibles.

La formation post-universitaire d'un médecin dans la spécialité de la pathologie est prolongée et exige beaucoup de lui. Au Canada comme aux Etats-Unis et en Grande Bretagne, on ne réclame pas moins d'une période de cinq ans avant que le candidat soit éligible à subir les examens d'un Bureau spécial qui reconnaîtra ses mérites. Cette formation com-

prend un internat d'au moins une année dans un hôpital approuvé par le Conseil d'Education médicale; une période d'études, en plus de l'internat, d'au moins trois années complètes dans une institution ou un département de pathologie dont le Bureau reconnaît la compétence pour fournir un entraînement satisfaisant dans le domaine de la pathologie et, enfin, une cinquième année de formation ou de pratique en pathologie. Cette formation comprend les item suivants: 1) un diplôme obtenu après une année dans les différentes sphères de la pathologie clinique, traitant de bactériologie, d'immunologie, de biochimie, de parasitologie, d'hématologie et de microscopie clinique en rapport avec le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies cliniques; 2) une formation et une expérience d'au moins deux années en anatomie pathologique, traitant des aspects morphologiques des maladies. Le Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada a établi à peu près les mêmes qualifications pour l'obtention du certificat de spécialité en pathologie et en bactériologie.

Le genre et la nature du travail en pathologie attire spontanément le jeune homme qui a une tendance déterminée vers les aspects fondamentaux ou scientifiques de la maladie. C'est précisément dans ce secteur qu'au cours du dernier demi-siècle se sont produits plusieurs des progrès enregistrés en médecine.

Mais le pathologiste dans un hôpital moderne est assurément plus qu'un simple bonhomme de laboratoire. Il est d'abord et avant tout un médecin dont le travail est essentiellement de nature consultative. Il collabore sans cesse à établir des diagnostics cliniques. Par sa connaissance de l'histoire naturelle de la maladie, il est en mesure de rendre et il rend souvent des pronostics. Par ses autopsies, il confirme ou souvent il infirme en tout ou en partie le dernier diagnostic clinique; il aide le clinicien à obtenir une meilleure connaissance et à découvrir une étroite corrélation entre les symptômes et les modifications morbides; il fournit une explication de certains échecs des procédés chirurgicaux et il compile des faits et des statistiques à des fins d'enseignement et de recherche. Par le moyen de conférences cliniques-pathologiques, il contribue à la formation des internes et à l'accession de standards élevés de diagnostic. Par la nature même de son travail, il est indispensable dans toute clinique pour tumeurs, qui n'existerait pas sans sa collaboration. En raison du caractère positif de ses consultations, ses conclusions forment la base des dossiers des hôpitaux aussi bien que de toutes les données statistiques nationales. Par son aide dans le diagnostic, le pathologiste concourt *ipso facto* au traitement dans la mesure où celui-ci dépend de celui-là. Le pathologiste est donc d'abord et avant tout un médecin consultant qui s'acquitte de plusieurs devoirs médicaux et son rôle est indispensable, non seulement dans les recherches médicales, mais dans la pratique de la médecine moderne. Son rôle est particulièrement de premier plan dans la lutte actuelle contre le cancer.

Il est regrettable que trop souvent le pathologiste soit considéré, non pas comme un consultant, mais comme un simple technicien auquel on soumet des spécimens avec les informations les plus incomplètes. C'est précisément cette attitude qui éloigne de nombreux jeunes gens, qui ont un idéal professionnel, du choix de cette spécialité. Contrairement à d'autres spécialistes appelés en consultation, le pathologiste demeure inconnu du patient qui apprend rarement la nature et l'importance de sa consultation. Conscient de la valeur de son travail, le pathologiste estime qu'il devrait être reconnu comme consultant non seulement de ses confrères médecins, mais aussi du patient, puisque les deux bénéficient de ses connaissances et de son habileté. Ce manque de relations de médecin à patient est un autre des obstacles s'opposant à l'entrée de jeunes médecins dans la spécialité de la pathologie. Faute de temps suffisant, le pathologiste ne pourrait pas et en fait ne devrait pas voir tous les patients auxquels il rend service; toutefois, des relations plus fréquentes entre le pathologiste et le patient, de même que la connaissance acquise par ce dernier des consultations pri-

vées faites par le pathologiste, feraient davantage comprendre au patient l'importance de son travail et la nécessité des honoraires de laboratoire. Le pathologiste abandonne la pratique générale, dans le sens où on l'entend généralement, mais non pas le privilège d'être reconnu comme un médecin consultant. Il faudrait que le public en général fût plus au courant de son rôle en médecine. Loin de nuire au praticien, la reconnaissance publique de son rôle permettra un traitement plus précoce, plus étendu et meilleur de la maladie dans la localité.

S'il est vrai que la spécialité de la pathologie peut s'exercer en pratique privée (à preuve l'augmentation du nombre des laboratoires privés dirigés par des pathologistes compétents aux Etats-Unis), c'est essentiellement en pratique collective et particulièrement dans les hôpitaux que le plus grand nombre des pathologistes mettent leurs talents à profit. Comme résultat, la majorité des pathologistes bien entraînés et compétents travaillent dans des hôpitaux où existent des relations d'employeur à employé. On reconnaît habituellement et implicitement ce genre de rapports par le versement d'un traitement fixe aux pathologistes pour les services rendus à l'hôpital. Ces relations entre les hôpitaux et les pathologistes sont tout à fait différentes de celles des nombreux autres médecins spécialistes (à l'exception, peut-être, du nombre plus restreint des radiologistes et des anesthésistes), qui jouissent de leur autonomie et d'une rémunération sans plafond fondée sur leur habileté, leur travail et leur indépendance. Ces faits n'échappent pas à l'attention des jeunes diplômés en médecine songeant à se choisir une spécialité. Il n'est pas rare que de tels accords sur un traitement fixe entre l'administration des hôpitaux et les pathologistes ne tiennent pas compte de l'augmentation incessante de travail accompli dans les laboratoires d'hôpital, beaucoup de ce travail provenant de sources extérieures à l'hôpital, de telle sorte que les services du pathologiste sont littéralement vendus par l'hôpital, ce pour quoi le pathologiste ne touche rien. C'est soulever la très intéressante question de savoir si les hôpitaux pratiquent en fait l'art de la médecine, un sujet qui suscite beaucoup d'intérêt dans plusieurs Etats, v.g. la Californie, et à l'Association médicale américaine. Tandis que certaines administrations d'hôpital permettent à des pathologistes plein-temps d'agir comme consultants et d'envoyer directement des comptes à leurs patients pour services de laboratoire pour des cas ne provenant pas de l'hôpital, il y en a encore beaucoup qui soutiennent que l'employé, i.e. le pathologiste, doit simplement exécuter tout le travail qui lui est arbitrairement assigné pour le traitement fixe à lui versé par l'hôpital, un traitement habituellement de beaucoup inférieur aux revenus des spécialistes de clinique.

Il existe aujourd'hui un mécontentement grandissant de la part des pathologistes plein-temps dans les hôpitaux d'avoir à accepter un traitement fixe sans égard aux services sans cesse accrus rendus par les laboratoires dont ils assument la direction; on a élaboré un certain nombre de méthodes pour permettre au pathologiste de partager dans les revenus majorés du laboratoire grâce à ses efforts. C'est un fait que les jeunes gens bien formés et compétent entrant dans la spécialité de la pathologie envisagent pour leurs services des revenus plus élevés que des hommes déjà établis selon l'échelle inférieure qui prévalait naguère, et à moins qu'on puisse assurer une rémunération adéquate pour une formation approfondie et prolongée dans ce domaine difficile, il n'y a pas lieu de prévoir pour bientôt l'entrée dans cette spécialité d'un nombre suffisant d'hommes bien préparés.

Dans la province de Québec (comme c'est probablement vrai dans les autres provinces), un nombre considérable d'hôpitaux de 150 lits et plus n'ont pas de pathologistes convenablement qualifiés. C'est ce qui les rend immédiatement inéligibles pour approbation par aucun organisme reconnu de contrôle et les empêche de poursuivre un entraînement supérieur. Il est évident que la routine du contrôle et le travail de vérification dans de telles institu-

tions de même que les services rendus aux patients sont tout à fait inférieurs aux standards normaux *et tout travail provenant des centres avoisinants qui est dirigé vers les hôpitaux impose un labeur supplémentaire à ces pathologistes qui ne reçoivent aucune rémunération pour leurs services à cet hôpital.*

On a récemment proposé que le gouvernement provincial organise des centres pour le diagnostic du cancer où un médecin obtiendrait gratuitement une biopsie de tout tissu prélevé sur un patient soupçonné d'être atteint de cancer. Si ce projet s'accomplissait, il requerrait immédiatement les services d'un grand nombre de pathologistes compétents et bien formés pour faire face à la quantité de travail à prévoir. De tels hommes préparés en nombre suffisant ne sont tout simplement pas disponibles et cela signifierait que le travail devrait être exécuté par ceux qui le sont.

Il est donc évident que dans la province de Québec et au Canada en général, il existe à la fois une pénurie et un besoin de pathologistes bien formés et compétents. Il est également évident qu'il y a trop peu de jeunes gens qui sont attirés vers cette spécialité. Nous avons souligné plus haut les raisons qui éloignent les jeunes gens de choisir cette spécialité particulière.

Voici une solution acceptable de ce problème: 1) que les revenus financiers d'un pathologiste et d'un directeur de laboratoire parfaitement entraîné et qualifié soient élevés à un niveau équitable par rapport à ceux des spécialistes cliniciens; 2) que la situation du pathologiste dans la hiérarchie médicale soit équivalente à celle de tout *spécialiste clinicien consultant, et qu'il ne soit pas considéré comme un super-technicien ni par ses collègues ni par l'administration hospitalière qui retient ses services;* 3) qu'il jouisse, dans les consultations, de plus fréquentes relations de patient à médecin que par le passé et qu'il lui soit permis de toucher une rémunération pour ces consultations, et 4) que ses revenus soient automatiquement augmentés en fonction de l'accroissement des services rendus.

L'Association insiste sur le fait que le pathologiste, à cause de ces perspectives, de sa formation et de ses méthodes particulières d'investigation, doit être considéré comme un médecin spécialiste qui, par la nature de ses fonctions, agit en consultation. Devant la pénurie grandissante d'hommes se dirigeant vers la pathologie, ajoutée à la nécessité accrue de leurs services, l'Association des Pathologistes du Québec soutient qu'afin d'attirer des candidats excellents dans cette spécialité, il y a lieu d'apporter des améliorations dans le statut professionnel et économique du pathologiste.

Ce n'est qu'en recourant à ces moyens qu'il est vraisemblable que des jeunes gens consentiront à devenir pathologistes, aussi nombreux que les exigent les besoins du Canada.

L'Association des Anatomo-pathologistes de la Province de Québec.

SOUS LE RÈGNE DU MÉDECIN[1]

Roger DUHAMEL
Directeur de "Montréal-Matin".

Si je tente de découvrir les motifs de l'honneur qui m'échoit aujourd'hui de porter la parole devant un groupement aussi distingué que le vôtre, puisque le moyen âge avait la flatteuse habitude d'associer étroitement chirurgiens et barbiers, je demeure dans la plus profonde perplexité. Les occasions m'ont manqué pour entretenir des relations très suivies avec les maîtres dans l'art de guérir, d'abord parce que je n'ai pas l'avantage d'être des vôtres, ensuite parce que la Providence a voulu que s'écoulent les trente-quatre premières années de ma vie sans que j'aie à recourir à vos efficaces thérapeutiques non plus qu'à vos sages conseils. Je devine bien que vous m'attendez à quelque détour et que c'est vous qui aurez le dernier mot; avant cet inévitable rendez-vous où vous me verrez humble et repentant de mes abus ou de mes inhibitions, il m'est encore permis de m'adresser à vous d'homme à hommes, sans redouter vos foudres autres que verbales. Serait-ce mon patronyme qui a guidé votre choix et, dans ce cas, j'inclinerais à penser que vous aimeriez entendre exposer une thèse sur le typhus exanthématique, ce dont je me sens tout à fait incapable, contrairement à mon illustre homonyme français membre à la fois de l'Académie de médecine et de celle de Richelieu. Au fond, pourquoi sonder ici les reins et les cœurs? N'est-il pas préférable de reconnaître tout simplement que ma présence parmi vous s'explique de la façon la plus naturelle du monde et que vous devez en tenir comme responsable l'amitié que veut bien me porter votre excellent président, le docteur Origène Dufresne, une amitié dont je m'honore et qui me flatte. Je dois néanmoins lui faire sans délai un amer reproche: il m'a demandé de vous faire une causerie brève et humoristique. Pour la brièveté, j'ai bien l'impression que nous nous entendrons tous à ravir; quant à l'humour, je dois avouer à ma courte honte que je ne tiens pas épicerie de cette denrée et que j'envie ces esprits primesautiers et allègres capables de faciliter votre digestion par la magie d'un rire sonore et éclatant.

Comme tous les arts nobles et nécessaires, votre profession a connu des laudateurs et des détracteurs. Pourquoi n'en pas évoquer quelques-uns, pour bien souligner que les louanges et les attaques valent infiniment mieux que l'indifférence générale qui n'a jamais été et ne sera jamais votre lot, quoi qu'il advienne du souhait exprimé récemment par un banquier bien connu qui aspire à vous transformer en simples fonctionnaires. On peut aisément supposer une société, différente de la nôtre sans doute, mais non pas nécessairement inférieure en qualité, où les avocats et les notaires n'existeraient pas, où il n'y aurait même plus d'annonceurs de radio, où les chanteurs mâles ne chanteraient pas comme des eunuques et où les femmes n'auraient pas des voix désespérées de duègnes énivrées. Tout cela demeure possible, mais on ne peut pas un seul instant concevoir une civilisation sans médecins. Même les tribus les plus primitives honorent les sorciers, censés posséder des secrets bénéfiques pour favoriser la guérison des maladies. Il est par conséquent tout à fait naturel que la littérature universelle se fasse l'écho de ces constantes préoccupations des hommes. Une fois qu'il eût à jamais perdu les dons « prénaturels », Adam, sortant du Paradis pour n'y jamais retourner, a dû s'empresser de consulter le premier bottin de téléphone à sa portée pour y découvrir l'adresse d'un médecin, en formant toutefois intérieurement le vœu de ne pas tomber malade pendant le tournoi annuel de golf.

Il n'est que d'ouvrir l'Ecclésiastique pour

1. Conférence prononcée aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1950.

s'apercevoir comme est justement célébrée la profession médicale. On y lit:

« Rends au médecin pour tes besoins les honneurs [qui lui sont dus;
car lui aussi, c'est le Seigneur qui l'a créé.
C'est du Très-Haut, en effet, que vient la guérison,
et du roi lui-même il reçoit des présents.
La science du médecin élève sa tête,
et il est admiré en présence des grands.

En poursuivant la lecture de ce texte, il m'arrive toutefois de m'inquiéter à constater une hérésie sous la plume de l'auteur inspiré, car il semble accorder encore plus d'efficace à la grâce de Dieu qu'à l'art du médecin:

Mon fils, si tu es malade, ne néglige pas mon conseil,
mais prie le Seigneur, et il te guérira.
Eloigne la transgression, redresse tes mains,
et purifie ton cœur de tout péché.
Offre l'encens et l'oblation de farine,
et immole de grasses victimes, comme si c'en était [fait de toi.
Puis donne accès au médecin, car, lui aussi, le Seigneur [l'a créé,
et qu'il ne s'éloigne pas de toi, car tu as besoin de lui.
Il arrive que leurs mains ont du succès,
car eux aussi prieront le Seigneur,
afin qu'il leur accorde de procurer le repos
et la guérison, pour prolonger la vie du malade.
Que celui qui pèche devant son Créateur
tombe entre les mains du médecin! »

Sans se livrer à une exégèse très poussée, comment ne pas découvrir dans ce passage une confiance modérée dans la vertu de vos médicaments? J'ajoute, pour demeurer juste, qu'à cette époque fort lointaine, les remèdes brevetés n'existaient pas encore et cette lacune peut expliquer le discret scepticisme qui se dégage de ces phrases.

J'hésite à invoquer maintenant le témoignage de votre grand maître, Hippocrate, car je sais que ses œuvres vous sont familières et qu'il demeure, après vingt-cinq siècles, le guide par excellence. Hippocrate ne manque pas de sévérité à votre égard, mais il est bien placé pour s'exprimer en toute franchise, puisqu'il est lui-même de la partie et qu'au surplus, il n'a pas à redouter d'être traduit devant le Collège des médecins et chirurgiens pour atteinte à l'éthique professionnelle. « La médecine est de toutes les professions la plus noble, écrit-il; et cependant, par l'ignorance et de ceux qui l'exercent et de ceux qui les jugent à la légère, elle est dès à présent reléguée au dernier rang. Un aussi faux jugement me semble provenir principalement de ce que la profession médicale seule n'est, dans les cités, soumise à aucune autre peine qu'à celle de la déconsidération; or la déconsidération ne blesse pas les gens qui en vivent. Ces gens ressemblent beaucoup aux figurants qu'on fait paraître dans les tragédies; de même que les figurants ont l'apparence, l'habit et le masque d'acteur, sans être acteurs, de même parmi les médecins, beaucoup le sont pour le titre, bien peu le sont par le fait ».

Le grand intérêt de ce texte provient surtout, me semble-t-il, de l'époque où il a été écrit. C'est une opportune mise en garde contre les charlatans et même contre une infime, mais détestable, minorité de médecins incapables ou insoucieux de s'égaler à la hauteur du sacerdoce dont ils sont les grands-prêtres indignes. Je ne doute pas que vous donnerez pleinement raison à Hippocrate, quand il précise et énumère les conditions pour accéder à la pratique exemplaire et bienfaisante de la médecine: « Celui qui est destiné à acquérir des connaissances réelles en médecine a besoin de réunir les conditions suivantes: disposition naturelle; enseignement; lieu favorable; instruction dès l'enfance; amour du travail; longue application. Avant tout il est besoin de dispositions naturelles. Tout est vain quand on veut forcer la nature; mais quand elle met elle-même dans la meilleure voie, alors commence l'enseignement de l'art, que l'élève doit s'approprier par la réflexion, l'élève pris dès l'enfance et placé dans un lieu propre à l'instruction. Il faut en outre consacrer au travail un long temps, afin que l'enseignement, jetant de profondes racines, porte des fruits heureux

et abondants ». Par la suite, le médecin doit avoir un comportement particulier et Hippocrate ne dédaigne pas d'entrer dans des détails qui peuvent paraître secondaires et auxquels il accorde de l'importance. Guérisseurs du vingtième siècle, êtes-vous d'accord avec lui quand il proclame que la règle du médecin doit être d'avoir une bonne couleur et de l'embonpoint, suivant ce que comporte sa nature; car le vulgaire s'imagine que ceux dont le corps n'est pas ainsi en bon état ne sauraient soigner convenablement les autres. Puis il sera d'une grande propreté sur sa personne, mais décente, parfums agréables et dont l'odeur n'ait rien de suspect en général, tout cela plaît aux malades ». Rien n'échappe à l'investigation scrupuleuse du savant grec. Qu'avec une exemplaire discrétion il aborde des sujets délicats! « La justice présidera, poursuit-il, à toutes ses relations, car il faut que la justice intervienne souvent; ce ne sont pas de petits rapports que ceux du médecin avec les malades; les malades se soumettent au médecin, et lui, à toute heure, est en contact avec des femmes, avec de jeunes filles, avec des objets précieux; il faut, à l'égard de tout cela, garder les mains pures ». Comme ce païen de l'antiquité rejoint les moralistes de notre héritage chrétien; on ne trouverait pas sans doute maître laïque plus justement pointilleux en matière de déontologie médicale.

Si Platon et Aristote ont eu des propos flatteurs sur les médecins, il n'en va pas du tout ainsi d'Esope, le fabuliste amer et désenchanté. Il ne se prive pas à l'occasion de laisser libre cours à son pessimisme, comme en témoigne cette petite fable très dépouillée, selon sa manière:

Un médecin soignait un malade. Celui-ci étant mort, le médecin disait aux gens du cortège: « Cet homme, s'il s'était abstenu de vin et avait pris des lavements, ne serait pas mort. — Hé, mon bel ami, reprit l'un d'eux, ce n'est pas à présent qu'il fallait dire cela, alors que cela ne sert plus à rien, c'est quand il pouvait encore en profiter que tu devais lui donner ce conseil. » Cette fable montre que c'est au moment où ils en ont besoin qu'il faut prêter son aide à ses amis, au lieu de faire l'habile homme, quand leurs affaires sont désespérées.

Cette fable repose sur un malentendu; la plupart d'entre nous, nous nous imaginons faussement que nous disposons d'une promesse de longue vie, voire d'une vie indéfinie, et nous nous dressons contre le médecin comme s'il pouvait par le seul prestige de son autorité nous disputer victorieusement au sort mauvais. Au reste, les remarquables progrès accomplis depuis un demi-siècle, surtout dans le domaine de la médecine préventive, enlève toute actualité à cette fable d'Esope. En somme, tant que les hommes seront mortels, les médecins auront mauvaise presse, même s'ils parviennent de plus en plus à retarder la fatale échéance.

Si l'on se réfère à Caton et à Pline l'Ancien, on n'est pas lent à souligner une méfiance instinctive chez ces Romains à l'égard de la science grecque et l'on se demande si cette attitude ne leur serait pas dictée par une déformation de nature nationaliste et xénophobe, plustôt que par un mépris sincère de la médecine en elle-même. N'est-ce pas de cette façon qu'il est raisonnable d'interpréter ce passage assez étonnant de l'*Histoire naturelle* où Pline l'Ancien se montre d'une extrême rigueur: « La médecine varie tous les jours, après avoir été tant de fois modifiée. Nous sommes poussés par le vent du charlatanisme grec, et il est évident que le premier d'entre eux habile à pérorer devient aussitôt l'arbitre de notre vie et de notre mort; comme si des milliers de peuples ne vivaient pas sans médecine, non pas, il est vrai, sans médecins; tel fut le peuple romain pendant plus de six cents ans; cependant il n'a jamais été lent à recevoir les arts utiles; il a même accueilli la médecine avec avidité, jusqu'à ce que, épreuve faite, il l'ait condamnée... » Il n'est pas de grand esprit qui ne soit parfois sujet à errer; à sa décharge, indiquons cependant que l'exercice de la médecine il y a quelque deux mille ans devait comporter de graves lacunes et qu'il en sera

d'ailleurs ainsi pendant de nombreux siècles ultérieurs.

La littérature truculente du moyen âge français n'a pas négligé ce sujet si riche en possibilités. A titre d'exemple, on peut citer le fabliau du Vilain mire, c'est-à-dire du paysan médecin, dont Molière devait s'inspirer très fidèlement dans le *Médecin malgré lui.* Dans ce conte en vers très railleurs, un paysan a la monotone habitude de battre sa femme; celle-ci décide de se venger et le désigne comme un habile médecin à des gens du roi, prenant bien soin d'ajouter qu'il faut lui donner des coups pour qu'il consente à exercer son art. Le paysan n'avoue en effet qu'il est médecin qu'après une bastonnade. Présenté à la cour, il fait tellement rire la fille du roi par ses contorsions qu'elle rejette une arête qui l'empêchait de parler. Un tel succès lui attire forcément d'autres clients; c'est alors qu'il annonce qu'il va brûler le plus malade d'entre eux et qu'il donnera ses cendres aux autres pour les guérir; immédiatement, tous se déclarent bien portants. La consultation terminée, le roi demande à chacun s'il est guéri et chacun répond: « Oui, sire, Dieu merci! » Richement récompensé, le paysan retourne chez lui bien résolu à ne plus battre sa femme. Mais l'on n'a jamais su s'il avait respecté cet engagement.

Outre *le Médecin malgré lui,* l'œuvre de Molière comprend des charges féroces contre la profession. On connaît la farce du *Médecin volant,* où le médecin Sganarelle passe avec rapidité d'un travestissement à un autre. Dans *l'Amour médecin,* une jeune fille dépérit d'amour parce que son père s'oppose à ce qu'elle épouse celui que son cœur a choisi. Lorsque son amant réussit à entrer dans la maison sous un déguisement de médecin et à faire signer au père récalcitrant un contrat de mariage, elle recouvre la santé comme par enchantement. Guérison assurément miraculeuse, dont on hésite cependant à vous accorder tout le crédit. C'est dans la première scène de cette pièce, vous vous en souvenez, que se trouve le mot fameux. Monsieur Josse, qui est orfèvre, conseille, pour guérir la malade, de lui acheter « une belle garniture de diamants, ou de rubis, ou d'émeraudes ». Sganarelle, le père de la jeune fille, lui répond finement: « Vous êtes orfèvre, monsieur Josse ». Le mot, devenu proverbe, s'adresse aux dispensateurs de conseils intéressés, qui ne sont pas tous, il s'en faut de beaucoup, des membres de la profession médicale.

Dans *Monsieur de Pourceaugnac,* Molière nous présente un bourgeois de Paris qui a fait venir de province un gentilhomme limousin, M. de Pourceaugnac, à qui il destine sa fille. Ce ne sera pas chose facile. Eraste, aidé de deux intrigants, le jette dans une série d'embarras et le fait traiter comme malade et comme fou par des médecins et des apothicaires. Dégoûté à juste titre de la capitale, Pourceaugnac retourne dans son patelin et Eraste épousera celle qu'il aime. Enfin, *le Malade imaginaire,* c'est Argan, un névrosé qui se croit toujours malade et s'entoure de médecins. Il désire marier sa fille Angélique à Thomas Diafoirus, un jeune médecin plus bête que nature. Comme on le prévoit sans peine, cette intrigue sera finalement déjouée. La pièce ne nous permet pas de nous égayer franchement, si l'on se rappelle que, le 17 février 1673, Molière jouait le rôle d'Argan pour la quatrième fois, quand, au moment de prononcer le fameux « Juro », il fut pris d'un vomissement de sang et qu'il expira une heure plus tard dans sa maison. Etait-ce là une vengeance des médecins qu'il avait si durement malmenés? Pour lui rendre justice, il importe de reconnaître que s'il s'est attaqué à la fausse dévotion dans *Tartuffe,* à la fausse culture dans *les Femmes savantes,* de même il n'a voulu s'en prendre qu'aux charlatans qui étaient légion à son époque et qu'il souhaitait protester contre la pratique abusive des saignées. On s'explique alors qu'en 1650, rendu dans le royaume de la reine Christine, René Descartes, ait témoigné de l'animosité à l'égard de ceux qu'il appelle les grands « saigneurs » et que, les voyant s'approcher de lui avec des lancettes, il ait jeté ce cri de supplication: « Messieurs, de grâce, épargnez le sang français! ».

Je craindrais de me rendre coupable d'une grave omission, si je ne mentionnais pas les *Aphorismes de l'Ecole de Salerne,* célèbre école de médecine au moyen âge, même si les érudits discutent encore pour savoir si leur auteur est Joannes de Mediolano ou Jean de Milan, comme interprète de toute la faculté consultée par Robert, duc de Normandie, ou si ce texte n'était pas déjà composé en l'an 1066, sous le règne du roi Edouard d'Angleterre. Le problème ne se pose guère pour nous, qui prenons connaissance de cet échantillon de poésie didactique, comme si ces deux mots, poésie et didactique, ne comportaient pas une antinomie irréconciliable. Il reste que ces aphorismes sont rédigés en vers de mirliton, mais contiennent une sagesse dont s'enchantent à tout le moins les profanes, les candidats à l'éventuelle maladie. Quelle joie à apprendre de ces savants docteurs qu'il existe des moyens de se passer de médecin:

S'il n'est nul médecin près de votre personne,
Qui dans l'occasion puisse être consulté,
En voici trois que l'on vous donne:
Un fonds de belle humeur, un repos limité,
Et surtout la sobriété.

L'auteur plus ou moins anonyme de ces préceptes devance un grand nombre de nos contemporains en ce qui semble d'avis qu'il faut réserver l'eau à un usage externe seulement:

Dans vos repas ne buvez point d'eau claire,
Il en provient trop d'incommodités;
L'estomac refroidi malaisément digère,
Et ce qu'on mange alors laisse des crudités.

Quant à l'usage du vin, les conseils se font abondants et précis. Sans entrer dans tous les détails dont il y a lieu sans doute de faire son profit, tenons-nous-en à un principe de base qui ralliera tous les amateurs:

Quant au vin, sur le choix, voici notre doctrine:
Buvez-en peu; mais qu'il soit bon.
Le bon vin sert de médecine,
Le mauvais vin est un poison.
Point de vins frelatés, ils gâtent la poitrine;
Un vin frais, naturel, pétillant, gracieux,
Doit flatter le palais, l'odorat et les yeux.

Programme excellent, dont voudront s'inspirer tous les amphitryons, qu'ils soient ou non médecins. Mais la sollicitude exquise de l'Ecole de Salerne s'étend beaucoup plus loin, puisqu'elle s'inquiète de ceux qui auraient dépassé la norme permise et auraient négligé de se garder à pique et à carreau contre les entraînements d'une gourmandise prévue et classée parmi les septs péchés capitaux:

Si, pour avoir trop bu la veille,
Votre estomac est dérangé,
Ayez dès le matin recours à la bouteille,
Vous serez bientôt soulagé;
Par ce remède bien purgé,
Aux maux de cœur, aux maux de tête,
Vous donnerez un bon congé,
En prenant du poil de la bête.

La recette est d'or, sans aucun doute, encore qu'il faille faire attention de ne pas enchaîner trop fidèlement et de ne pas recommencer une nouvelle phase de la même ébriété. Nous connaissons tous des gens qui, pour avoir trop rigoureusement suivi cette maxime, n'ont pas retrouvé leurs esprits depuis une trentaine d'années.

Ce qui frappe l'observateur de l'extérieur, surtout s'il est intéressé, par goût et aussi par métier, aux différentes manifestations littéraires, c'est le nombre vraiment impressionnant des médecins qui, à un moment ou l'autre de leur existence, ont tâté de la littérature et ont même parfois abandonné pour elle l'exercice de leur profession. Il serait facile d'étayer cette constatation d'une longue liste de noms qui n'éclairerait pas davantage notre propos. Une question plus intéressante se pose inévitablement: à quoi tiennent ces liens évidents entre la littérature et la médecine? Leur conjonction fréquente n'est-elle que le fait du hasard ou ne correspond-elle pas au contraire à une exigence plus profonde?

J'incline à retenir cette dernière explication, beaucoup plus conforme, à mon avis, à la réalité des choses. Par sa formation, le médecin doit faire œuvre précise, il s'emploie à écarter dans la mesure du possible toute approximation. Et l'objet auquel il applique ses con-

naissances et son observation quotidienne, c'est l'être humain, c'est l'homme, porteur d'un mystère qu'il lui importe de déchiffrer. On sait depuis longtemps qu'une maladie n'est exclusivement physique que dans des circonstances rares, voire exceptionnelles. Elle est le plus souvent la projection extérieure, le témoignage sensible, d'un lent travail interne, elle plonge jusqu'aux racines de la conscience. D'où la nécessité pour le médecin de dépasser la surface des apparences afin que l'excroissance de tel arbuste ne lui dissimule pas la forêt dans laquelle il lui faut découvrir le fil conducteur. Enfermé dans le dédale où ruse avec lui le Minotaure, il s'efforce de tenir bien en mains le fil que lui tend la secourable Ariane. C'est ainsi qu'il sonde peut-être plus encore les cœurs que les reins, convaincu de l'unité fondamentale de l'homme et des mille et une réactions imprévisibles qu'un état de conscience peut déterminer et qu'il devient plus facile de cerner, une fois qu'on s'est refusé de limiter son investigation patiente au seul défaut local de la cuirasse.

Ce labeur d'investissement, n'est-ce pas aussi l'œuvre de choix du moraliste et du romancier à qui rien de ce qui est humain ne doit demeurer étranger? Par la pente naturelle de ses recherches et par la tournure d'esprit qu'il acquiert fatalement, le médecin est tout naturellement entraîné à entretenir, dans une perspective différente, mais voisine, des préoccupations analogues à celles du littérateur. S'il a su dominer les exigences immédiates de son métier, il sait parfaitement que les résultats d'un examen superficiel ne lui livrent pas les clefs dont il éprouve le besoin pour recourir à l'efficace thérapeutique. S'il est au surplus doué du don de l'expression, quoi d'étonnant qu'un jour il lui arrive de regarder par les fenêtres de son cabinet de travail et d'apercevoir dans leur décor coutumier les hommes et les femmes dont il sait désormais que le sthétoscope ou le bistouri ne lui livrera pas entièrement les secrets? Certains de vos grands confrères français ont succombé à cette tentation, les uns réussissant à conserver un difficile équilibre entre les impératifs de leurs deux vocations jumelées, les autres cédant après quelque résistance à l'appel puissant d'une carrière nouvelle où leur formation médicale leur sera toujours d'un incommensurable appoint.

Si l'on me permet ici une observation toute personnelle, encore que je ne la croie pas entièrement subjective, j'ajouterai que c'est un fait d'expérience, au Canada français en tout cas, que de tous nos hommes de profession libérale, j'entends par là ceux qui ont dû se soumettre de longues années à la formation secondaire et universitaire, ce sont les médecins qui conservent le mieux le souci de la culture générale. Sans doute est-ce là une condition de leur propre rayonnement professionnel. Mais il y a davantage. Le médecin moyen, si on le compare à l'avocat ou à l'ingénieur moyen, garde en lui un goût de perfectionnement personnel qu'on regrette de ne pas découvrir aussi vif chez ses collègues des autres disciplines intellectuelles. Je ne fais qu'esquisser ici le problème, sans aucun désir de flatterie déplacée, mais j'estime qu'il y aurait là une étude sociologique très fructueuse à entreprendre.

Je souhaite terminer ces quelques remarques par un beau texte que vous avez inspiré et qui demeure à votre honneur. Devant un jour porter la parole devant un groupement de chirurgiens, Paul Valéry prononçait les phrases suivantes:

« S'il est une action toute naturelle qui détruit de la vie, et qui peut devenir criminelle quand elle devient consciente et organisée, il est heureusement arrivé que le génie de l'homme a conçu et créé toute une autre action, tout opposée. Cette mort, qu'il peut reproduire et répandre si puissamment et largement, il a appris à la combattre; et en regard de la plaie qui cause la mort, il a osé pratiquer et approfondir la plaie qui sauve la vie. C'est bien la plus hardie entreprise humaine, une pénétration et une modification immédiate des tissus

de notre corps, qui ne refuse point désormais à toucher au plus noble d'entre eux, aux plus susceptibles, qui ne craint d'aborder par le fer ni le cerveau, ni le cœur, ni l'aorte; c'est-à-dire les organes dont le temps est si précieux qu'une fraction de minute perdue par eux peut entraîner la perte brusque de tout l'être... Mais vous pensez bien que la personne qui sait de vous ce que tout le monde en sait, ne manque pas, quand elle songe à vous, de vous imaginer dans l'exercice de vos dramatiques fonctions, qui s'accomplissent aujourd'hui avec une solennité quasi religieuse, dans une sorte de luxe de métal poli et de linge candide, que baigne la lumière sans ombre émise par un soleil de cristal. Un ancien revenu des Enfers, qui vous verrait dans votre grave tâche, revêtus et masqués de blanc, une lampe merveilleuse fixée au front, entouré de lévites attentifs, agissant, comme d'après un rituel minutieux, sur un être plongé dans un sommeil magique, entr'ouvert sous vos mains gantées, croirait assister à je ne sais quel sacrifice, de ceux que l'on célébrait entre initiés, aux mystères des sectes antiques. Mais n'est-ce point le sacrifice du mal et de la mort que vous célébrez dans cette étrange pompe, si savamment ordonnée? »

Messieurs, ce n'est pas le fait du hasard qu'à travers les siècles, vous ayez inspiré les plus grands esprits et les ayez obligés à réfléchir sur les innombrables aspects de la profession médicale. C'est qu'il est impossible de méditer sur la condition humaine sans tenir un compte rigoureux de votre action et de votre fonction essentielle. C'est à la fois votre gloire légitime et votre lourde responsabilité de savoir que vous êtes au carrefour où se nouent les multiples voies de l'activité humaine. Que nous le voulions ou non, nous sommes tous les uns les autres sous le règne du médecin, ce règne qui durera aussi longtemps que la vie devra se poursuivre sur cette petite planète jetée au sein d'un fantastique univers, cette planète grande si l'on se rappelle qu'elle a été entre toutes choisie pour entretenir cette flamme de l'esprit impuissante à rayonner, si elle ne dispose pas de votre protection et de votre appui.

Roger DUHAMEL,
de l'Académie candienne-française.

"L'Union Médicale du Canada" en 1881

Octobre 1881.

Le listérisme.

La question du listérisme nous offre, en ce moment, des péripéties et des changements à vue des plus surprenants. Tandis que d'un côté le Professeur Nussbaum voudrait rendre la méthode de Lister compulsoire en Allemagne sous peine de *malpractice,* de l'autre les délibérations du congrès médical international de Londres (du 6 août dernier) tendraient à la faire rejeter de la chirurgie intra-péritonéale. Keith jusqu'alors listérien s'en déclare l'ennemi acharné, tandis que Spencer Wells reste tellement convaincu de l'efficacité du listérisme qu'il dit que le drainage est devenu inutile et ne l'a pas employé depuis trois ans; Marion Sims n'est pas aussi affirmatif mais reste listérien; Volkmann et Kujet enfin considèrent la chirurgie intra-péritonéale comme la pierre de touche du listérisme. Voilà où en est la question et nous n'avons pas assurément la prétention de la trancher, mais si, d'un côté, les prétentions de Nussbaum, Volkmann et Kujet sont exagérées, de l'autre les faits que Keith apporte à l'appui de sa thèse sont loin de paraître assez concluants pour exclure le listérisme de la chirurgie intra-péritonéale. Voici ces statistiques telles que nous les transmet un correspondant du "Boston Medical and Surgical Reporter": « Il est vrai, dit Keith, que j'ai eu avec la méthode de Lister 80 succès consécutifs d'ovariotomie, mais dans les 25 cas suivants, j'ai perdu sept malades dont une de septicémie aiguë, trois par empoisonnement évident par l'acide carbolique et une d'hémorragie rénale. » Et il ajoute que depuis quatre mois, il a abandonné le listérisme et que ces cas lui donnent beaucoup moins de trouble et des résultats plus satisfaisants, sans autre agent que la propreté la plus scrupuleuse.

Il ne faut pas exiger d'une méthode plus qu'elle ne peut donner, ni lui imputer trop rigoureusement quelques accidents isolés, et pour ne parler que de la statistique de Keith, quand même il aurait constaté l'empoisonnement par l'acide carbolique trois fois sur 105 cas, il nous paraît exagéré de conclure au rejet, sans appel, de la méthode; et 98 succès dont 80 consécutifs sur 105 cas seront peut-être difficiles à obtenir sans antiseptiques, attendons! L'opinion de Volkmann et Kuget leur est à peu près personnelle et ne paraît pas être partagée par un grand nombre de chirurgiens. Lister lui-même est loin d'énoncer de semblables prétentions. Keith n'est pas le seul qui ait constaté les accidents dus à l'acide carbolique, mais nul avant lui n'avait osé tirer de semblables conclusions de cas trop peu nombreux et qui peuvent être dus tout aussi souvent à la manière dont l'agent antiseptique est employé qu'à l'agent lui-même, presque tous les remèdes de la pharmacopée en sont là. Et, tout au moins, avant de rejeter la méthode de Lister il nous paraîtrait plus logique de chercher à substituer à l'acide carbolique un autre antiseptique qui en ait les précieuses qualités sans en avoir les inconvénients. Avant Lister la chirurgie intra-péritonéale et l'ouverture des articulations n'étaient guère heureuses et nous croyons plus prudent d'attendre que Keith ait pu compter 80 succès consécutifs avec sa méthode avant de lui donner la préférence, à l'exclusion *complète* de celle de Lister.

* * *

Greffe osseuse.

La greffe osseuse est le triomphe le plus récent et non pas le moins brillant qu'ait à enregistrer la chirurgie moderne. Le mérite en est dû au Dr MacEwen qui en a conçu l'idée et l'a appliquée le premier avec succès. En 1878 un enfant de trois ans fut reçu au « Glasgow Infirmary » pour une nécrose de l'humérus droit dont le corps était déjà séparé de l'épiphyse. Quinze mois après que la partie nécrosée eût été enlevée, l'os ne s'était pas reproduit et les deux tiers du corps de l'humérus manquaient. Le Dr MacEwen qui avait en ce moment sous la main un cas de courbure antérieure du tibia put se procurer des fragments d'os sains qu'il divisa en un grand nombre de petits morceaux et, guidé par ses connaissances anatomiques, il les déposa au sein des masses charnues dans la position normale de l'humérus. Le succès couronna cette heureuse tentative, les fragments se réunirent entr'eux, puis aux extrémités de l'os préexistant et le résultat final fut la formation d'un nouvel os d'un demi pouce seulement plus court que son congénère. Un mois avant que le Dr MacEwen eût publié son cas, le Dr MacNamara du Westminster Hospital avait annoncé à ses élèves son intention de tenter la greffe osseuse mais l'état général du malade n'étant pas propice, il avait dû remettre à plus tard l'exécution de son dessein.

Malgré que l'opération ne soit pas souvent requise, la nature se suppléant le plus souvent à elle-même, elle n'en constitue pas moins, le cas échéant, un grand bienfait pour l'humanité. Le Dr MacNamara dit que l'idée de la greffe osseuse lui a été suggérée par le succès obtenu dans la transplantation des dents.

Hôpital Notre-Dame.

Un correspondant du *Monde* qui signe « Un lecteur » se plaint que la rue du Champ-de-Mars est infectée par les exhalaisons des écuries, d'une tannerie et par l'Hôpital Notre-Dame « qui exhale des odeurs peu *salutaires comme on peut s'attendre d'un établissement de ce genre.* » Si le correspondant s'attend à cela, il lui en coûterait peu de se détromper et il voudra nous permettre de nous attendre à tout autre chose d'un hôpital de soixante lits qui dispose d'un local aussi vaste et si bien aéré. Ceux qui ont eu l'occasion de visiter l'hôpital peuvent juger des avancées du « Lecteur ». Il trouverait l'air de l'hôpital embaumé si, comme nous médecins, il respirait de temps à autre l'atmosphère méphitique de certaines maisons privées (qui ne sont pas rares par malheur) et dont les hôtes se trouveraient bien d'un séjour momentané à l'hôpital.

Si les officiers de santé, se rendant complaisamment à l'invitation du « Lecteur », se décidaient à visiter l'hôpital Notre-Dame, le correspondant ferait bien de les y accompagner, il apprendrait ce que ces messieurs savent déjà: que la santé publique n'est nullement compromise par l'hôpital, mille fois moins que par les locataires qui occupaient la bâtisse avant que l'hôpital fut fondé.

Tarif médical.

Notre nouveau tarif, quoique diminué, tombe encore sur les nerfs de quelqu'un. Un correspondant (nous ont-ils pris à parti) se plaint que nos honoraires sont fabuleux et que le public est à notre merci pieds et poings liés comme un voyageur au milieu d'une troupe de brigands. De deux choses l'une, ou ce monsieur ne pèse pas notre travail, notre responsabilité et nos sacrifices dans la même balance que nous, ou il ignore que c'est là un tarif maximum et que le minimum qui n'a pas de limites au-dessus du zéro est malheureusement plus usuel que le premier. Il se demande (le voyez-vous d'ici) combien d'argent nous recevons que nous n'avons pas gagné! Quelqu'un lui répond en rétorquant l'argument: combien d'argent nous gagnons que nous ne recevons pas. Nous ne voudrions pas jurer qu'il n'en sait rien. Nous pouvons bien le dire une fois — le médecin, ici comme ailleurs, est un des membres de la société qui fait le plus souvent la charité. C'est peut-être souvent par intérêt, la conscience de chacun peut seule en juger.

* * *

Question universitaire. — Un télégramme reçu de Rome, le 21 septembre dernier, nous apprend que l'Université Laval a gagné sa cause.

ANALYSES

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

MEDECINE

G. R. BISKIND. — **L'interprétation clinique des dosages urinaires des 17-cétostéroïdes.** *(The clinical significance of urinary 17-ketosteroids assays.)* "California Medicine", **72:** 148 (mars) 1950.

Des progrès récents sur la connaissance du métabolisme des stéroïdes ont fait que le dosage urinaire des 17-cétostéroïdes est un test important dans le diagnostic de certains syndromes endocriniens.

Les stéroïdes de l'urine peuvent être divisés en composés neutres, phénoliques et acidiques (neutral, phenolic, acidic). Les stéroïdes acidiques sont les acides biliaires, les phénoliques sont surtout les œstrogènes. Les stéroïdes neutres contiennent les métabolites des testicules, ovaires et surrénales.

Trois groupes de composés, présents dans le cortex surrénal, produisent des stéroïdes neutres dans l'urine. Ce sont: 1) les substances androgènes, 2) la désoxycorticostérone, 3) la corticostérone.

La testostérone et le progestérone sont également les précurseurs de quelques-uns des stéroïdes neutres de l'urine.

Ces derniers peuvent être subdivisés en cétoniques et non-cétoniques. Les non-cétoniques sont en faible quantité et dérivent de la progestérone et de la désoxycorticostérone. La fraction cétonique plus importante est composée des suivantes: isoandrostérone du testicule, déhydroandrostérone du cortex surrénalien, l'androstérone et d'autres complexes stéroïdes qui sont des métabolites de la surrénale et du testicule.

La valeur des dosages urinaires des 24 heures des 17-cétostéroïdes obtenus d'adultes normaux varient ainsi: hommes 8 à 22 mg., femmes 6 à 13 mg. Chez les enfants les résultats sont variables. Le dosage augmente dans certaines maladies endocriniennes surtout les tumeurs du cortex surrénalien classifiées ainsi par Kenyon: 1) syndrome adrénogénital, 2) syndrome de Cushing, 3) des syndromes mixtes communs aux deux premiers, 4) des expressions isolées de néoplasme, 5) féminisation d'adultes mâles et plus rarement d'enfants, 6) tumeurs sans manifestations endocrines.

René LEFEBVRE.

W. F. RIENHOFF, Jr. — **Analyse clinique et étude de 502 cas de carcinome du poumon.** *(Clinical analysis and follow up study of 502 cases of carcinoma of lung.)* "Diseases of Chest", **17:** 33 (janvier) 1950.

Sur ces 502 cas, 344 étaient inopérables au moment de l'examen. Une pneumonectomie totale a été pratiquée chez les 158 autres. Quarante et un de ces 158 opérés sont morts en moins d'un an, ce qui représente un taux de mortalité de 26 pour cent. Soixante trois de ces morts ont survécu de 1 mois à 6 ans après l'opération, tandis que les cinquante quatre qui survivent comptent 1 mois à 16 ans de survie après l'intervention. A la suite de ces résultats, l'auteur conclut que le carcinome primitif du poumon doit subir une pneumonectomie totale parce que les autres moyens chirurgicaux se montrent inefficaces.

L'auteur fait les observations suivantes: les hommes sont plus fortement atteints de cette maladie, dans la proportion de 6 à 1 et l'âge le plus fréquent se situe entre 40 à 60 ans. Par ordre de fréquence, les symptômes sont les suivants: la toux 71 pour cent; l'hémoptysie 63 pour cent; la douleur 50 pour

cent; l'amaigrissement 39 pour cent; la dyspnée 23 pour cent; la pneumonie 18 pour cent; la fièvre 13 pour cent.

A noter que la radiographie s'est montrée positive chez les 502 cas. La bronchoscopie et la bronchographie viennent après. La biopsie transthoracique est limitée et difficile d'interprétation. La thoracotomie exploratrice, selon l'auteur, devrait être plus souvent employée que dans le passé.

Paul-René ARCHAMBAULT.

S. F. OOSTHNIZEN et H. FAINSINGER. — **L'actinomycose pulmonaire.** *(Pulmonary actinomycosis.)* "British Journal of Radiology", **22:** 152 (mars) 1949.

Les auteurs rapportent 3 cas d'actinomycose primitive de la région thoracique. Le premier cas suggère l'idée d'un abcès pulmonaire. Le second, celui d'abcès multiples du poumon, compliqués de dilatation des bronches. Le troisième, celui d'un épanchement médiastinal.

La pénicillinothérapie s'est montrée très efficace dans les 3 cas.

C'est Harz qui, en 1877, le premier identifia l'actinomycose. Le microbe a été extrait des lésions de la langue et des mâchoires de vaches. Heureusement que c'est une maladie assez rare chez l'homme. Ces microbes sont transmis par l'intermédiaire de lésions de la peau ou des muqueuses et aussi par simple inhalation. Cette maladie peut être primitive ou secondaire à une infection médiastinale.

Les symptômes sont assez souvent absents ou, s'il y en a, on note une légère toux, une très faible douleur thoracique. Il peut se surajouter des signes de consolidation ou d'épanchement pleural. Plus tard, il peut se produire un abcès de la paroi thoracique.

La meilleure preuve diagnostique, c'est la présence dans l'expectoration ou dans le liquide extrait, de grains de soufre.

Quant aux signes radiologiques, ils ne sont aucunement typiques puisqu'ils donnent tout simplement des images de consolidation, d'abcès ou d'épanchement pleural.

Paul-René ARCHAMBAULT.

G. G. RICHARDS et K. A. CROCKETT. — **Hernie de l'hiatus.** *(Hiatus hernia.)* "Archives of Surgery", **58:** 411 (avril) 1949.

Les auteurs ont traité à la Clinique de Salt Lake 24 cas de hernie de l'hiatus en 18 mois. C'est plus que durant les 30 années précédentes. L'âge des malades se situe entre 33 et 68 ans. Dix-sept étaient des hommes, seize étaient des obèses.

Le traitement employé: une cure d'amaigrissement et une diète appropriée ont généralement suffi. Chez un malade, on a dû recourir à la section du phrénique.

Pour faire le diagnostic de cette affection, ce sont les rayons X seuls qui peuvent le confirmer ou l'infirmer.

Quant aux symptômes, bien qu'il n'y en ait pas de classiques, on a noté chez 23 patients une douleur épigastrique sous-sternale. Chez 7 autres, on a observé une douleur irradiant à l'épaule gauche ou au bras. Un seul a souffert de dysphagie alors que deux autres ont été atteints d'hémorragie avec anémie secondaire. Enfin ces malades ont souffert de six mois à vingt ans. Une observation très poussée est nécessaire si l'on veut soulager ces malades et les guérir.

Paul-René ARCHAMBAULT.

John TOMENIUS. — **Syndrome de Loeffler — Périartérite noueuse.** *(Loeffler's Syndrome — Periarteritis Nodosa.)* "Acta Medica Scandinavica", **133:** 55, 1949.

Il est difficile de faire, dans le moment, une démarcation pathologique bien nette entre la péri-artérite noueuse, l'artérite rhumatismale, la thrombo-angéite oblitérante, l'artérite temporale ou l'artérite chronique à cellules géantes, car toutes ces maladies relèvent de l'allergie et ont des points communs qui s'expliquent par les processus locaux qui se développent dans les ramifications de tout le système artériel. Il arrive souvent qu'on observe le syndrome de Loeffler dans la périartérite noueuse.

On doit isoler une bonne quantité de maladies vasculaires sous l'en-tête « allergie », et on doit y inclure la périartérite noueuse.

Premier cas. (16 ans)

La patiente a souffert de troubles pulmonaires d'abord, avec alternance de présence et d'absence d'infiltration éosinophilique des poumons, pendant 5 ans, mais sans symptômes; puis, 3½ ans de symptômes pulmonaires et, enfin, la dernière année, sont même apparus des symptômes digestifs et neurologiques. Il y a eu une réaction remarquable des organes hémopoiétiques: 70 000 G.B. avec 70% à 80% d'éosinophiles et jusqu'à 7% de myélocytes dans le sang. Aussi, splénomégalie réductible par la radiothérapie. Moelle osseuse remplie d'éosinophiles. Pas de leucémie franche. Tous ces symptômes correspondent à ceux de l'éosinophilie à leucémoïdes éosinophiliques (Eosinophilia leucemoïdes) d'Engbaek et al. qui devrait donc s'appeler plutôt péri-(pan)-artérite noueuse, ou bien soit artérite, soit phlébite allergique suivant les cas.

Deuxième cas.

Il s'agit d'une patiente de 60 ans chez qui le diagnostic radiologique d'infiltration pulmonaire éosinophilique de Loeffler à été posé et qui s'est améliorée de façon non équivoque par le traitement à la lergitine, au dicoumarol et à la pénicilline. Symptômes: infiltrations pulmonaires, grande éosinophilie sanguine, fièvre légère, asthme périodique, céphalées, douleurs du type myalgique dans le cou et, de temps en temps, de petites douleurs anginoïdes. Biopsie musculaire (pectoral) positive: périartérite noueuse. La biopsie cutanée a été négative.

Discussion:

Le syndrome dit éosinophilie à leucémoïdes d'Engbaek et al. est tout simplement, d'après l'auteur, une forme de périartérite noueuse, avec une très forte réaction des organes hémopoiétiques.

J.-Roger GAREAU.

John C. HAM et Walter T. ZIMDAHL. — **Syndrome de Loeffler, infiltrations pulmonaires et éosinophilie périphérique.** *(Loeffler Syndrome and pulmonary infiltrations accompanied by peripheral eosinophilia.)* "Ann. Int. Med.", **29:** 428 (septembre) 1948.

Critères du syndrome de Loeffler:

Radiographie: infiltrations pulmonaires.
Eosinophilie de N. à 60% et plus.
Fièvre: inexistante dans 60% des cas.
Toux.
Crachats: rares.
Saisons: juillet et août.
Evolution: toujours bénigne.
Durée: courte.

L'auteur rapporte 3 cas intéressants.

1er cas: aspect de maladie aiguë: pneumonie ne ressemblant pas cliniquement à une vraie pneumonie infectieuse. Pas de réponse à la sulfamidothérapie. Crises de toux très forte avec cyanose et apnée soulagées par l'injection i-v. d'aminophylline. Tests étiologiques négatifs.

2e cas: Toux irritative avec fièvre 101-102°F pendant 17 jours R.X. positifs. Eosinophilie 42%. Tests étiologiques négatifs. Début ressemblant à de l'angine de poitrine.

3e cas: 2 épisodes d'infiltration pulmonaire avec éosinophilie. Ant. pers. fièvre des foins. Pas de tests cutanés... autres tests négatifs.

Les agents étiologiques invoqués sont: L'ascaris (Müller et Schultze) bien qu'on ne le retrouve pas toujours dans les selles et les crachats (Koino).

Les amibes (Stephano), retrouvées dans les crachats, mais non dans les selles (Hoff et Hicks).

Le Fasciola Hepatica (Lavier, Bariety et Caroli).

Trichuris trichiura (Miller) dans les selles.

Helminthiases cutanées (Wright et Gold) avec infiltrations pulmonaires et éosinophilie. (9 cas)

La coccidioidomycose doit aussi être considérée vu qu'elle est d'abord une maladie pulmonaire.

J.-Roger GAREAU.

PHTISIOLOGIE

P. W. BEAVEN. — **L'analyse de l'infection tuberculeuse depuis la naissance jusqu'au vieil âge. Relation avec la tuberculose clinique et la mortalité par tuberculose.** *(Analysis of T. B. infection from birth to old age; its relationship to clinical tuberculosis and deaths from tuberculosis.)* "Diseases of Chest", **17:** 280 (mars) 1950.

L'auteur a fait des tests à la tuberculine dans la ville de Rochester, N.Y. durant la période qui s'étend de 1942 à 1944. Il s'est adressé à 9 252 adultes et 3 000 enfants de 0 à 14 ans. Or, ses résultats démontrent que les tests positifs et l'infection tuberculeuse sont relativement rares chez les enfants de cette ville. Puis la positivité à la tuberculine monte très rapidement pour atteindre son maximum vers l'âge de 50 ans pour décliner après cet âge. Serait-ce parce que la peau des personnes âgées serait moins sensible. Ce sont les hommes au-dessus de 30 ans qui sont le plus touchés même mortellement.

C'est entre 0 et 14 ans que l'infection tuberculeuse est le plus fréquemment fatale. Les conséquences sont moins sérieuses entre 15 et 29 ans. Il en est de même au-dessus de 30 ans. La tuberculose et son taux de mortalité à Rochester s'élèvent lorsque la période de l'enfance est passée. L'auteur en conclut que l'infection tuberculeuse primitive survient alors à un âge avancé de la vie, chez les habitants de Rochester, à cause de l'hygiène préventive.

Paul-René ARCHAMBAULT.

JACKSON, LEFKIN, TUTTLE et HAMPTON. — **Etude expérimentale d'anastomoses bronchiques.** *(An experimental study in bronchial anastomosis.)* "Journal of Thoracic Surgery", **5:** 630 (mai) 1949.

Les auteurs ont fait des sections et des anastomoses bronchiques. Ils ont eu des résultats favorables chez 33 chiens. Jamais telle intervention n'a été tentée chez l'être humain. Ils ont utilisé deux méthodes: la première a consisté en une fermeture bout à bout, tandis que la deuxième s'est pratiquée à « parement renversé ». Selon les auteurs, la deuxième méthode offre plus d'avantages. C'est une étude expérimentale fort intéressante, parce qu'elle laisse prévoir, pour l'avenir, des moyens mis à notre disposition, pour lutter contre les maladies des bronches.

Paul-René ARCHAMBAULT.

CARDIOLOGIE

Richard FRANCE. — **L'emploi de la quinidine dans le traitement des arythmies cardiaques.** *(The use of Quinidine in the treatment of cardiac arrhythmias.)* "American Practioner", **1:** 790 (août) 1950.

La quinidine est un poison protoplasmique. Son action dépressive sur le myocarde prolonge la systole et augmente ainsi la période réfractaire, de sorte que le nombre d'influx partant du pacemaker, ectopique ou non, se trouve diminué.

Une dose appropriée sera celle qui déprime le foyer ectopique suffisamment pour permettre au pacemaker de reprendre son rôle. Une dose trop forte au contraire déprime tellement la conductibilité et l'excitabilité du myocarde que ni le pacemaker ni le foyer ectopique ne peuvent fonctionner, et la mort peut survenir par arrêt du cœur.

Le British Heart Journal rapporte le cas d'une femme de 47 ans admise à l'hôpital avec un rythme ventriculaire à 230. Elle a reçu 0,2 g. de quinidine per os et 1 g. de quinidine dissous dans 1 000cc de sérum salé-glucose en goutte à goutte intra-veineux. Après 30 minutes elle avait reçu 0,6 g. Elle perdit connaissance et mourut 4 heures après son admission à l'hôpital.

Y a-t-il des tests qui peuvent aider a régulariser le dosage de quinidine? Car la dose appropriée pour un patient pourra être trop forte pour un autre. Toutefois le médicament a la réputation de produire des effets heureux à maintes reprises.

L'allongement du segment Q-T peut servir d'indice. En 1943, Legall, Horn et Riseman ont rapporté qu'une dose unique par la bouche de 1,0 g. a produit un effet maximum en 2 heu-

res 30 minutes et a prolongé le segment Q-T de 0,07 sec. Par voie intra-musculaire une dose de 0,3 g. a produit un allongement maximum du segment Q-T en une heure.

La concentration plasmatique de quinidine peut également servir lorsqu'on est obligé de donner des doses croissantes du médicament.

En 1946 Delevett et Poindexter ont rapporté que sur 19 patients recevant des doses différentes et dans des conditions variées les attaques ne se sont pas reproduites tant que la concentration plasmatique dépassait 1 mg. par litre.

René LEFEBVRE.

CHIRURGIE

L. R. SLATTERY, YANNITELLI et HINTON. — **L'appendicite aiguë : facteurs contribuant au déclin de la mortalité durant une période de vingt ans.** *(Acute appendicitis : evaluation of factors contributing to decrease in mortality in Municipal hospital over twenty year period.)* "Archives of Surgery", **60:** 31 (janvier) 1949.

En 1939, aux Etats-Unis, il y a eu 14 113 décès causés par l'appendicite aiguë. En 1946, on n'en comptait plus que 5 285. Une chute rapide de la mortalité est évidente. Aussi les auteurs étudient-ils 952 cas d'appendicite aiguë qui ont été traités dans une section de l'hôpital Bellevue de New York, et ce durant 20 ans, soit de 1928 à 1947. On constate que la morbidité est aussi en baisse que la mortalité. A quoi cela est-il dû? D'abord les malades sont plus souvent vus qu'autrefois aux premières atteintes de la maladie. Il faut aussi ajouter que les médecins sont plus avisés. Les malades reçoivent les soins que nécessite cette maladie. Puis la découverte des sulfamidés et des antibiotiques diminue le danger des complications, des infections secondaires. Ce sont ces facteurs qui aident à sauver des vies qui autrefois étaient vouées à un destin fatal.

Paul-René ARCHAMBAULT.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. J. FRENCH et C. V. WELLER. — **Myocardite interstitielle à la suite de l'emploi clinique et expérimental des sulfamidés.** *(Interstitial myocarditis following the clinical and experimental use of sulfonamides drugs.)* "Am. J. of Path.", p. 109, vol. 18, janvier 1942.

Une myocardite interstitielle riche en éosinophiles a été trouvée chez 126 patients qui ne présentaient comme facteur commun que l'administration de sulfamidés peu de temps avant le décès.

Une myocardite interstitielle éosinophilique semblable a été produite chez la souris et le rat par l'injection intra-péritonéale quotidienne de néoprontosil, de sulfanilamide, de sulfapyridine sodium et de sulfathiazole sodium même à dose inférieure à celle employée ordinairement chez l'homme.

Des infiltrations éosinophiliques ont aussi été trouvées dans les poumons, le foie et les reins des cas humains et expérimentaux chez l'animal. La moelle osseuse, la rate et les ganglions lymphatiques montraient également une augmentation des éosinophiles dans certaines circonstances.

Il ressort de ces observations qu'il faut prendre beaucoup de précautions dans l'usage des sulfamidés.

J.-Roger GAREAU.

ELECTRO-RADIOLOGIE

E. LINDGREN. — **Angiographie percutanée de l'artère vertébrale.** *(Percutaneous angiography of the vertebral artery.)* "Acta Radiologica", **33:** 389 (mai) 1950.

Après un aperçu historique des techniques employées pour l'injection de la vertébrale, l'auteur décrit sa propre méthode en donnant les raisons anatomiques de cette voie d'accès. L'accès à l'artère vertébrale est beaucoup plus facile par voie antérieure ou latérale que postérieurement.

Avant chaque artériographie, des radiographies simples de la colonne cervicale sont pri-

ses, pour éliminer la possibilité d'ostéophytes qui rendraient difficile ou même impossible la ponction de l'artère. Plus la ponction est faite haute, plus elle est facile, parce que la distance entre les apophyses transverses augmente à mesure que l'on s'élève et il y a beaucoup plus souvent des ostéophytes aux niveaux inférieurs qu'aux supérieurs.

L'examen est fait sous anesthésie locale ou générale.

Une légère extension de la tête élargit les espaces intertransversaires. L'artère vertébrale est beaucoup plus fixe que la carotide. Celle-ci est réclinée vers l'extérieur par la main gauche de l'opérateur, et l'aiguille doit passer en dedans de la carotide. Si l'aiguille est dirigée trop vers la ligne médiane, elle bute sur le corps vertébral. Si elle est dirigée trop latéralement, elle rencontre des nerfs et le patient éprouve des douleurs soit dans l'épaule, soit dans le bras.

L'anesthésie générale enlève à l'opérateur la possibilité de se guider sur les réactions du malade et l'expose à léser les nerfs périphériphériques.

Par contre, sous anesthésie locale, la douleur peut amener une constriction vasculaire et rendre la ponction plus difficile. Il existe un danger de ponctionner l'espace sous arachnoïdien et l'on doit vérifier parfaitement le reflux du sang, car l'injection du Diodrast dans l'espace sous-arachnoïdien est formellement contre-indiquée.

Une aiguille à biseau court et tranchant est la seule recommandable.

Lindgren soutient que dans les ⅔ des cas, la ponction percutanée est possible. Si cette ponction est impossible, il recommande d'utiliser la technique de Radner qui consiste à introduire un cathéter dans l'artère radiale, jusqu'à la vertébrale.

60 artériographies ont été faite entre 1947 et 1949.

Les patients n'accusent absolument rien lorsque la substance de contraste est injectée dans la vertébrale, au contraire de l'injection carotidienne, alors qu'ils accusent une sensation de chaleur ou de brûlure.

2 complications graves sont survenues sur 60 injections: une cécité de 3 jours et une désorientation totale de 24 heures.

Il est très difficile de se baser sur la position du tronc basilaire pour apprécier la présence ou l'absence de tumeur de la fosse postérieure, car la position normale du tronc basilaire varie énormément.

La pneumographie surpasse l'artériographie dans les tumeurs de la fosse postérieure autant pour la localisation que pour l'appréciation du volume de la tumeur. L'indication majeure de l'artériographie vertébrale est l'anomalie vasculaire, telle que l'anévrysme artériel ou l'anévrysme artério-veineux.

Jean-Louis LEGER.

SOCIÉTÉS

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

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

Séance du 3 mars 1950

Tenue à l'Hôpital des Anciens Combattants.

Revue des cas d'arthrite depuis juillet 1949.

MM. Jean ROUSSEAU et Claude DELISLE

Compilation et division, selon leurs diagnostics, de 100 cas d'arthrite vus à l'Hôpital des Anciens Combattants, Québec.

La moitié de ces cas étaient diagnostiqués ostéo-arthrite généralisée, de la colonne ou des membres: il est à noter que la traction cervicale fut très efficace dans tous les cas où il y avait pincement des interlignes cervicaux. Les autres traitements ont donné des résultats variables, soit en soulageant la douleur ou en améliorant l'état général de ces malades.

La deuxième moitié des cas étudiés comprenait des spondylites ankylosantes que le traitement de routine a améliorées, des goutes et arthrites de la goutte, une maladie de Paget, deux cas de maladie de Scheurmann, un syndrome de la main et de l'épaule, deux cas d'arthralgie consécutive au rhumatisme articulaire aigu, une hernie discale, deux cas d'arthrite tuberculeuse, sept cas de fibrosite et des cas d'arthrite rhumatoïde.

L'association Acétate de Désoxycorticostérone et Acide ascorbique telle qu'instituée par Lewin et Wassen en Angleterre a été essayée chez sept patients: 4 cas d'arthrite rhumatoïde, 1 cas de spondylite ankylosante, 1 syndrome de Reiter, et un cas d'arthrite tuberculeuse. Les résultats ont été comparables à ceux donnés par Lewin et Wassen dans leur article paru dans le Lancet du 26 novembre 1949.

La maladie d'Alhers-Schönberg (Ostéopétrose — Ostéomarmoréose)

MM. S. LeBLOND, P.-E. CÔTÉ et R. PICHETTE

La maladie d'Alhers Schönberg ou Ostéopétrose, est une affection plutôt rare qui se caractérise par une densification du système osseux avec déformation en massue des os longs et une anémie par destruction progressive de la moelle.

Monsieur R. (57 ans) présente les manifestations radiologiques de la maladie et une anémie relative.

La maladie semble être apparue tardivement chez lui et ne présente pas de caractère familial, comme en témoignent les examens radiologiques et sanguins de trois membres de sa famille.

Il présente, en plus, un état de confusion mentale qui semble plus en rapport avec une intoxication chronique alcoolique qu'avec la maladie d'Alhers Schönberg.

Confusions mentales.

M. J.-Chs MILLER

Deux cas d'intoxication exogène (alcool et barbituriques), et un cas d'intoxication endogène (cardiaque brightique) ont développé des confusions mentales transitoires allant jusqu'à l'onirisme et l'hallucinose.

Rappel de l'aspect clinique des confusions mentales autrefois confinées aux milieux psychiatriques fermés avec internement du malade. Les facilités modernes de l'Hygiène Men-

tale avec services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, évitent souvent aux malades le préjudice de l'internement; elles permettent une collaboration plus rapide et plus efficace entre la Médecine somatique et la Psychiatrie pour la prévention et le traitement de plusieurs affections mentales.

Deux cas d'hématémèse grave.

MM. J.-L. PETITCLERC et G. MARCEAU

Un faible pourcentage de malades meurent à la suite d'une hématémèse.

De ce pourcentage, seulement quelques malades parmi ceux qui présentent un ulcère bénéficient d'une intervention d'urgence qui doit être faite dans les premières 48 heures. La gastrectomie partielle est l'intervention de choix.

Quant aux autres malades, il est rare qu'ils puissent s'exempter d'une intervention qui devra avoir lieu dans les circonstances les plus favorables pour le malade.

Deux cas d'hématémèse grave sont présentés avec leur traitement respectif.

Séance du 14 avril 1950

Tenue à l'hôpital Laval.

Considérations sur l'acide para-amino-salicylique en tuberculose pulmonaire.

M. C.-H. DORVAL

Un avant-dernier né, dans l'arsenal thérapeutique mis à l'épreuve contre la tuberculose pulmonaire, possède des propriétés physico-chimiques et bactério-statiques très intéressantes dans la lutte contre le bacille de Koch.

Son administration per os est d'un maniement facile, même comme traitement ambulatoire dans certaines formes aiguës ou chroniques de tuberculose pulmonaire.

Avec lui nous avons trouvé une réponse au besoin de diminuer la streptomycinorésistance. Cela nous permet de prolonger cette dernière médication qui garde encore la première place dans les formes aiguës et sub-aiguës. Son action favorable sur les signes généraux et fonctionnels en font une médication de base d'abord, d'association ensuite, et enfin de substitution dans les formes chroniques ou graves de tuberculose pulmonaire.

Application de divers traitements de la tuberculose pulmonaire.

MM. R. DESMEULES, R. DION et L. MONTMINY

Les auteurs rapportent dix observations de différentes formes de tuberculose pulmonaire traitées par des modalités thérapeutiques déjà un peu anciennes ou encore par des méthodes de traitement qui subissent actuellement l'épreuve de l'expérience clinique.

Ils insistent sur l'importance de la cure hygiéno-diététique et affirment que la cure de repos tient encore la première place dans le traitement de la tuberculose. Oublier cette notion c'est s'exposer à de graves désillusions.

Les différents modes de collapsothérapie sont toujours parmi les meilleures armes de la thérapeutique anti-tuberculeuse. Les nouveaux traitements loin d'en diminuer les indications, en facilitant les applications.

Les auteurs soulignent les indications de la résection pulmonaire, de la streptomycine, de l'acide para-amino-salicylique et la T.B. 1.

Ils insistent sur la nécessité de faire un diagnostic clinique et radiologique complet avant de choisir une modalité thérapeutique et ils sont d'opinion que la laboratoire prend une place de plus en plus grande dans la poursuite du diagnostic et du traitement scientifique de la tuberculose pulmonaire.

Streptomycino-résistance et corollaires thérapeutiques.

M. GIROUX, chef des laboratoires.

La recherche de la streptomycino-résistance chez les malades traités par la streptomycine se révèle intéressante par les indications

thérapeutiques qui en découlent.

Dans les formes pulmonaires ulcéro-caséeuses ou fibreuses, la résistance du bacille de Koch s'installe rapidement, tandis que dans les formes aiguës, les résultats thérapeutiques sont meilleurs, avec moins de danger pour l'avenir.

Dans les localisations méningées et pleurales, la streptomycino-résistance prend plus de temps à s'installer, ce qui permet un traitement prolongé de l'antibiotique.

Au point de vue épidémiologique, il faut se souvenir que la streptomycino-résistance est irréversible.

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 20 avril 1950.

Présidence de M. P.-M. RICARD

Traitement chirurgical de la sténose mitrale. Commissurotomie.

MM. E.-D. GAGNON et Paul DAVID

Cette communication paraît comme article original dans la présente livraison, page 1142.

Discussion.

M. Paul David nous fait voir les deux malades:

Le premier malade peut maintenant faire plus d'exercices qu'auparavant. Il se déplace toute la journée et est moins essoufflé qu'avant l'opération.

Le deuxième malade n'a pas saigné une seule fois depuis l'opération. La veille de l'opération, il avait craché du sang. Durant l'intervention, il a fallu enlever le sang au bronchoscope.

Les deux malades confirment les affirmations du docteur Paul David et se disent très bien.

M. Edouard-D. Gagnon présente une planche en couleurs faite par le docteur Lemire et qui représente une vue postérieure du cœur tel qu'il apparaît après l'ouverture de la paroi thoracique.

Au moyen de transparents il fait voir deux modèles du couteau utilisé pour l'opération. Il décrit tous les stages de l'opération et donne des commentaires sur les difficultés rencontrées au cours de l'intervention.

M. Paul David: Dans les deux cas, on a l'impression que l'indication opératoire était claire et nette. Les deux malades étaient voués à une mort relativement prochaine à moins de jouer le tout pour le tout. Ils ont tous deux accepté le risque de l'intervention. Une sténose mitrale qui saigne a une moyenne de 4 ans de survie. L'évolution post-opératoire a demandé beaucoup plus d'attention et de soins que l'on ne s'y attendait. Il faut absolument voir les malades 2 fois par jour durant plusieurs jours. Le phénomène « douleur » fut d'une importance primordiale. Des électrocardiogrammes ont été faits presque continuellement durant l'intervention et ensuite tous les deux jours. Le premier malade a fait une péricardite et un épisode de fibrillation auriculaire. Le deuxième malade a eu un épisode de péricardite avec frottement.

Il faudra, à l'avenir, montrer à ces malades comment respirer et comment cracher.

L'opération est le traitement de choix dans certains types de sténose mitrale.

M. Edouard-D. Gagnon rapporte qu'à Philadelphie 41 malades ont été opérés avec 7 mortalités, dont 6 décès dans les 10 premiers cas et 1 décès dans les 31 derniers cas.

M. Albert Bertrand demande s'il y a danger de libération de calcifications vasculaires.

D. J.-Urgel Gariépy: comment peut-on contrôler la douleur?

M. Roma Amyot: l'ouverture du cœur est-elle douloureuse?

M. René Charbonneau: quel est le pronostic au point de vue de la persistance de l'ouverture de la valve de la mitrale.

M. Edouard-D. Gagnon répond au docteur A. Bertrand que le danger de libération de tissus est bien moindre qu'avec la valvulotomie qui enlevait de petits morceaux. Avec le nouveau couteau, on ne devrait rien enle-

ver, par conséquent aucun danger de libération de particules.

Au docteur J.-U. Gariépy: il est très difficile de contrôler la douleur inter-costale; on a essayé tous les médicaments et diverses infiltrations.

Au docteur Roma Amyot: il croit que le cœur n'est pas sensible à la douleur. La douleur est provoquée par la péricardite qui dure une dizaine de jours. C'est une péricardite traumatique et aseptique.

Au docteur René Charbonneau: si la section est faite au niveau du tissu scléreux il n'y a pas de raison que la valve se ressoude. La pression est considérable et va maintenir les feuillets écartés.

Cancer muco-érosif de l'estomac.

M. Laurent ARCHAMBAULT

Gutmann et Bertrand, de France, l'ont décrit en 1938, à savoir:

Caractères:

a) *Cliniquement*: — Histoire d'ulcus gastro-duodénal datant de 4 - 20 ans. Patient non démoli quant à l'état général.

b) *Radiologiquement*: — Pas d'image franche de niche ulcéreuse, mais rigidité légère de petite courbure. Hyperkinésie gastrique. Localisation fréquente à l'antre pylorique, sur la petite courbure, allant alternativement sur les deux faces. Diminution discrète des plis de la muqueuse.

c) *Histologiquement*: — Trouvaille histologique la plupart du temps. Remplace la muqueuse sur une surface étendue au delà de 5 cm. N'effondre pas la muscularis mucosæ. Macroscopiquement, c'est une exulcération, un dépolissage de la muqueuse, pouvant souvent passer inaperçu, même de visu la pièce ouverte. Pas de tache cicatricielle d'ulcère sur la séreuse. Pas de masse palpable, sauf une légère infiltration œdémateuse. Les ganglions ne sont pas envahis. *Donc, extension et superficialité.* Ce n'est pas un ulcère cancérisé parce qu'il n'y a pas d'ulcère, malgré l'histoire clinique ulcériforme. L'acidité gastrique n'est pas modifiée.

Ce n'est pas un ulcéro-cancer parce qu'il n'y a pas d'ulcération. Il n'existe pas d'enduit fibrineux tapissant la lésion.

Notre observation:

Patient âgé de 46 ans, débardeur de son métier, arrive d'urgence en hématémèse massive, la troisième depuis deux jours. Patient est exsangue, P.A. 0/0, état de choc hémorragique. Varices œsophagiennes reléguées au second plan parce que pas d'éthylisme. Traitement par transfusion pendant 2 jours et morphine qui relève la formule rouge de 1 500 000 à 3 500 000.

Deux jours après admission, on fait repas baryté qui revient négatif. L'état général s'améliore et 8 jours plus tard, on refait repas baryté dont rapport est comme suit:

« Œsophage normal. On note une forte incisure de la grande courbure à l'union des segments vertical et horizontal, donnant à l'estomac un aspect biloculé et persistant durant toute la durée de l'examen. Impossibilité de démontrer la présence d'une niche sur la petite courbure en face de l'incisure, quoique plusieurs films en sont fortement suspects.

Conclusions: — « Il s'agit, à notre avis, d'une lésion ulcéreuse bénigne du segment vertical de l'estomac au voisinage de la petite courbure mais en face de l'incisure spasmodique de la grande courbure. La dilatation jéjunale et duodénale est due à la morphine. »

Nous avons opéré le patient par crainte d'une nouvelle hématémèse que nous ne pourrions peut-être pas contrôler une seconde fois. Nous avons pratiqué une gastrectomie subtotale haute antécolique. Nous avons noté, à la jonction des portions verticales et horizontales de la petite courbure, une légère infiltration œdémateuse mais pas de cicatrice séreuse ni masse. Il existait des ganglions près du tronc cœliaque mais ils avaient l'aspect inflammatoire.

Le rapport histologique nous a fortement surpris et en voici le compte rendu:

« A 10 cm. en haut du pylore, le dessin de la muqueuse est disparu, sur une aire de 3 cm. carrés. Il est remplacé par un tissu d'aspect de granulation .La paroi, à ce niveau, est épaissie.

Micro: sur une longueur d'environ 3 cent. la muqueuse normale est remplacée par un liséré de cellules épithéliomateuses qui reste superficiellement situé au-dessus de la muscularis mucosæ et prend ainsi la valeur d'un épithélium de recouvrement. En épaisseur, cette muqueuse épithéliomateuse possède des dimensions régulières et sensiblement égales à celles d'un épithelium normal. Elle est faite de cellules éparses ou disposées en trabécules qu'irriguent des capillaires béants.

Sur une de nos lames, vraisemblablement prélevée au centre de l'aire de 3 cm. notée à la macroscopie, on note que la paroi stomacale est modifiée par une sclérose ancienne qui remplace la musculeuse. A cette hauteur, et là seulement, la paroi stomacale est infiltrée par de petites traînées épithéliomateuses qui envahissent avec une certaine électivité les nerfs hyperplasiés de la paroi.

Cette sclérose ne semble pas contemporaine de l'invasion épithéliomateuse parce qu'elle est trop ancienne (tissu fibreux dense, hyperplasie marquée des nerfs) et parce qu'elle est trop abondante par rapport à l'élément épithéliomateux; il existe d'ailleurs, emprisonné dans la partie superficielle de cette sclérose, un petit îlot de glandes normales. Ces faits laissent entendre que cette sclérose est la cicatrice d'un ancien ulcère guéri. Elle est le seul point d'envahissement d'un épithélioma demeuré superficiel sur une assez longue étendue.

Les ganglions du méso ne sont pas envahis. Dr S. Lauzé. »

Ce patient est suivi à la clinique anticancéreuse et il y aura un an en mai qu'il a été opéré; son état se maintient.

Conclusion:

Nous croyons que les lésions présentées par ce malade ressemblent beaucoup à celles observées par Gutmann et quoique nous ayons des signes histologiques nets d'un ulcère ancien, nous pensons que celui-ci s'est guéri et retapissé d'une muqueuse plus ou moins atypique. L'épithélioma envahit en un point cette cicatrice après avoir évolué en surface sur une étendue de 3 cm. carrés, au delà de l'ancien ulcère.

L'hématémèse s'explique par la présence de nombreux capillaires dilatés et superficiels notés dans la muqueuse envahie.

Discussion.

M. Laurent Archambault: l'intérêt de la communication vient de la surprise de s'apercevoir qu'il s'agissait d'un cancer. Il fait voir les clichés radiographiques de l'estomac. On note une légère rigidité de la petite courbure, mais aucun signe de niche. Il y avait donc absence de signes nets radiologiques chez ce malade.

A l'intervention, il n'y avait aucun signe d'envahissement malin. Il projette l'image anatomo-pathologique de l'estomac et nous fait voir les lésions qui ont été trouvées.

M. Léopold Morissette: par où le malade a-t-il saigné?

M. Laurent Archambault répond qu'il y avait de nombreux petits capillaires dilatés en surface et que l'hémorragie provenait probablement de ces capillaires.

M. Louis-Charles Simard: on peut reconstituer en quelque sorte l'histoire du malade. Il semble qu'antérieurement il a probablement fait un ulcère à marche rapide qui a guéri rapidement sans former de tissu cicatriciel, et il s'est reconstitué une muqueuse anormale de type intestinal. Dans cette muqueuse s'est développé un cancer en surface. L'épithélioma infiltre le tissu conjonctif qui a l'air dense et scléreux. L'épithélioma est probablement né

juste au site de l'ulcère. Il aurait pris naissance au-dessus du tissu cicatriciel et envahi en profondeur à ce niveau, puis aurait progressé en surface plus loin. Il s'agit d'un épithélioma qui est né dans une muqueuse métaplasique.

M. G. Choquette: les ulcères guéris doivent-ils être suivis autant que ceux non guéris.

M. Louis-Charles Simard répond au docteur G. Choquette par l'affirmative. Il y a métaplasie de la muqueuse de régénération. Il est possible que dans cette muqueuse un épithélioma puisse naître. Il faut considérer le cancer mucoïde comme un stade de l'épithélioma de l'estomac naissant sur une muqueuse métaplasiée.

Neuro-syphilis vasculaire avec liquide céphalo-rachidien négatif, ou Hémiplégie droite chez un cas de syphilis latente ancienne.

MM. Roma AMYOT et Geo. LECLERC

Histoire: Jean Savo..., homme, âgé de 38 ans, fut hospitalisé dans le service de Neurologie, du 17 août 1949 au 28 septembre 1949 à cause d'une hémiplégie droite. Au moment de son admission, il présentait plusieurs symptômes: a) faiblesse du membre supérieur droit; b) faiblesse des deux jambes; c) difficulté de la marche; d) incontinence des urines et des selles; e) troubles psychiques; perte d'orientation, perte de la mémoire durant 2 semaines, dépression, mélancolie, aucun désir de manger, etc... Les signes physiques principaux étaient: réflexe rotulien plus fort à droite, réflexe achilléen droit trépidant, clonus du pied droit, réflexes tendineux du membre supérieur droit plus vifs qu'à gauche, sensibilités normales, sens vibratoire conservé. Les réflexes oculaires étaient normaux. L'examen du fond de l'œil a montré de la stase papillaire à droite.

Du 24 août au 26 septembre 1949, le malade a reçu une injection quotidienne de 300 000 unités de pénicilline procaïnée aqueuse pour un total de 10 000 000 unités en 33 jours. Une amélioration graduelle des symptômes fut remarquée dès le troisième jour après le début du traitement.

Histoire de gonorrhée il y a environ 10 ans. Il fut alors traité dans un autre hôpital mais on ne lui aurait pas fait de prise de sang au moment de l'infection ni même trois mois plus tard.

Examen: il n'y a aucun signe physique de syphilis. Les bruits du cœur sont normaux. P.A. bras droit 130/80, bras gauche 130/90. Les pupilles sont égales et régulières et réagissent normalement à la lumière et en accommodation. Les réflexes tendineux sont normaux et égaux des deux côtés. Le sens vibratoire est conservé. Il n'y a aucun signe psychique de neurosyphilis.

Laboratoire

a) Liquide céphalo-rachidien

	19-8-49	3-11-49
Wassermann	négatif	négatif
Courbe de l'Or colloïdal	normale	normale
Pandy test	négatif	négatif
Eléments	0,2	0,6
Albumine	0,3	0,2

b) Epreuves sérologiques de la syphilis

	Wassermann	Kahn
22 8-49	xxxx xxxx	xxxx
28-10-49	xxxx	xxxx dil 1: 8
3-11-49	xxxx	xxxx dil 1:16
14- 3-50	xxxx	xxxx dil 1: 8

Discussion.

M. Roma Amyot: Il s'agit ici d'un homme de 38 ans, ce qui rend plus probable le diagnostic de syphilis. Les auteurs français désignent cette manifestation de la syphilis sous le terme de « syphilis cérébrale ». Comme il n'y a pas de participation méningée le li-

quide céphalo-rachidien est négatif. Il s'agit probablement d'une thrombose plutôt que d'une hémorragie. La thrombose aurait amené un processus d'encéphalomalacie.

M. Jules Prévost demande si le malade faisait de l'artério-sclérose ou s'il y avait des lésions aortiques concomitantes.

M. Jules Brault: un angio-spasme aurait-il expliqué la symptomatologie?

M. Georges Leclerc répond au *docteur J. Prévost* que le malade a eu un examen cardiologique complet, l'automne dernier, par le docteur P. David qui n'a rien trouvé d'anormal au point de vue vasculaire.

M. Roma Amyot répond au *docteur J. Brault* qu'un angio-spasme pourrait donner des symptômes semblables.

Le secrétaire adjoint du bureau médical,

Docteur Georges LECLERC.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR ARTHUR LESSARD
(1869 - 1950)

Il y a quelques semaines, est décédé, à l'Hôtel-Dieu de Montréal, après un long stage, le *docteur Arthur Lessard.*

Il dirigeait le département des hôpitaux et de l'Assistance publique du Gouvernement de la Province de Québec. On pouvait le consulter, chaque jour, à son bureau, rue Saint-Hubert, où nous recevions le parfait accueil.

Depuis longtemps, nous étions liés d'amitié. Nous nous étions rencontrés, la première fois, au collège: le Séminaire de Québec, où nous avons fait nos classiques.

Il possédait, à fond, en ce temps-là, les mathématiques et les sciences pour lesquelles il montrait une aptitude particulière. Nous étions voisins à la salle d'études. Souvent, il me donnait des conseils profitables lorsqu'une difficulté inattendue se présentait. Je lui en ai toujours été reconnaissant, et nous éprouvions beaucoup de satisfaction à le rappeler dans nos entretiens familiers et fréquents.

Après son baccalauréat ès arts, il étudia la médecine à l'Université Laval, à Québec, qu'il quitta, muni de son diplôme, pour se fixer à Granby où il devint rapidement le médecin en qui tous avaient confiance. Il possédait ce don inné de la réflexion et de la mesure: deux qualités essentielles dans l'exercice de la médecine.

De plus, il observait strictement cette discrétion si rare, aujourd'hui plus que jamais, tandis que les misères côtoient, souvent, les succès les moins discutables.

Peu de temps après, il épousa la fille du docteur Pheelan, un praticien de grande réputation, de Waterloo, paroisse voisine, et dont il eut deux enfants: madame MacClements et Jean-Claude Lessard, d'Ottawa, actuellement sous-ministre du transport au Canada.

— Le docteur Lessard devint bientôt le médecin consultant le plus actif de la petite ville. Il en profita pour fonder, avec d'autres collègues, une *Société Médicale* urbaine, où des médecins autorisés exposaient à ses membres les progrès récents accomplis en médecine ou en chirurgie.

C'est là que, plus tard, nous nous sommes revus!... Il occupait, à cette époque, une situation de haut rang dans ce milieu industriel. Il a été *maire,* puis membre de la Commission des Ecoles de cette ville et des districts environnants. Quelle ascension!...

Ses relations, nombreuses et variées, sa réputation d'intégrité, le désignèrent, un jour, à une importante Compagnie d'Assurance sur la vie dont le siège principal est à Montréal. On lui fit des propositions telles qu'il abandonna l'exercice de sa profession pour se consacrer exclusivement à son nouvel emploi où il fit merveille, si bien qu'il en devint un des principaux conseillers.

Subséquemment, l'hôpital Notre-Dame, de Montréal, lui proposa de devenir le *Surintendant* de son importante organisation. Il s'y consacra avec dévouement et intelligence. Il y demeura plus de 15 ans, sauf erreur. Il en suivait le développement avec attention, car les causes de friction sont nombreuses en pareil milieu. L'ambition n'abandonne pas ses droits sans résistance; ni l'âge, ses privilèges. Mais son jugement sûr, sa loyauté et sa bienveillance surent éviter les conflits possibles entre les médecins et l'administration.

Un jour, sachant son expérience, le Gouvernement lui confia le soin de diriger, en son nom, l'*Assistance publique* dans la Province de Québec. C'est là qu'il dût satisfaire les uns et les autres en tenant compte des intérêts gé-

néraux et spéciaux de chacun. Il a accompli cette besogne, onéreuse, avec tact et succès sinon civisme!

Tous reconnaissent que sa disparition laisse un vide difficile à combler.

— C'est là qu'il apprit la gravité du problème de *l'assistance aux orphelins, anonymes ou autres.* Ces enfants, dignes de pitié et privés de leurs parents, étaient recueillis, avec ou sans rémunération, par certaines de nos communautés dont le zèle ne s'était jamais ralenti. Il crut que les pouvoirs publics devaient les secourir. Bientôt, après des conversations et des entrevues, il fonda et présida, durant plusieurs années, une organisation dont le but consistait à *placer ces enfants dans des familles honorables* qui puissent les adopter, les instruire et les éduquer.

— Le *placement familial* obtint, sous sa direction et avec le concours du clergé ou de bienfaiteurs dévoués, un grand succès.

Aujourd'hui, on compte par centaines, par milliers peut-être, des enfants à qui les parents adoptifs doivent un peu de bonheur dans leur solitude tandis que la joie se répand autour d'eux.

— Silencieusement, sans orgueil et sans vantardise, le docteur Lessard devenait un marchand de bonheur.

Son attitude devant la mort ressemble à sa vie. Il s'est soumis à l'épreuve de la maladie sans récrimination, et il a succombé, en souriant, sans regrets, puisqu'il avait accompli une œuvre durable et féconde, disons *simplement humaine,* sans heurter les préjugés ni les convictions d'autrui...

Bien entendu, il assumait ainsi une tâche lourde de responsabilité, mais il comptait, pour la mener à bonne fin, sur l'appui des grands et des petits.

Il n'a pas été déçu!...

* *
*

Courte biographie!...

Eloquentes et longues perspectives!

Nous perdons, en lui, non seulement un médecin averti et évolué, mais un apôtre épris d'idéal, égaré dans un « monde où l'on s'ennuie »!... d'autres diraient: « où l'on s'amuse »...

Je dépose cet humble souvenir sur sa tombe et en hommage à ses enfants, croyant, avec Keats, qu'une œuvre de bien est une œuvre de beauté pour toujours...

Albert LeSAGE.

NOUVELLES

LE DOCTEUR ROMÉO PÉPIN ÉLU VICE-DOYEN

Le Conseil des gouverneurs de l'Université de Montréal vient de choisir, suivant les règlements de la nouvelle charte, le vice-doyen de la Faculté de Médecine et ce choix a porté sur le docteur Roméo Pépin, chef du service de médecine et professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Montréal. Le docteur Pépin remplace le docteur Léon Gérin-Lajoie. On sait que le successeur de l'ancien doyen, le docteur Edmond Dubé est le docteur W. Bonin, professeur d'histologie.

HONNEURS CONFÉRÉS AU DOCTEUR HANS SELYE

Le professeur Hans Selye, directeur de l'Institut de Médecine et de Chirurgie expérimentales de l'Université de Montréal, est revenu récemment d'un voyage de quelques mois en Europe et en Amérique du Sud, où il a donné une série de conférences et où il fut honoré par des universités et des sociétés savantes.

A Londres, il a été décoré de la médaille Aberdeen; il a reçu un doctorat « honoris causa » de l'Université nationale d'Argentine et une décoration de l'Académie de médecine de Florence. Il a été fait membre honoraire de l'Académie Nationale d'Espagne et membre de la Société d'Endocrinologie de Rio de Janeiro.

OFFICIERS DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec vient d'élire ses dirigeants.

Le docteur Marc Trudel de Shawinigan a été élu président, les docteurs J.-F.-G. Gatien et Vance Ward de Montréal, ainsi que le docteur A. Beauchesne de Beauceville ont été choisis comme vice-présidents. Le docteur Jean Paquin a été réélu régistraire.

UN MÉDECIN LAURÉAT

Le *Cercle du Livre Français de Montréal* vient de couronner de son prix annuel le meilleur manuscrit remis dans l'année; il s'agit d'un roman: "Louise Genest" écrit par un médecin de l'hôpital général du Christ-Roi de Verdun, le docteur Aimé Pelletier.

NOUVEAU DIRECTEUR DE L'A.M.L.F.C.

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada vient de se choisir un nouveau directeur général dans la personne du docteur Emile Blain, ophtalmologiste de l'hôpital Notre-Dame de Montréal.

OFFICIERS DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL D'OTTAWA

Il y eut récemment élection des officiers du bureau médical de l'Hôpital général d'Ottawa pour l'année 1950-1951. Le docteur J.-Antonio Lecours a été élu président; le vice-président choisi a été le docteur Arthur Powers et le docteur J. P. Gilhooley a été nommé secrétaire.

BÉNÉDICTION DE L'HÔTEL-DIEU DE SAINT-JÉRÔME

Dimanche, le 1er octobre 1950, eut lieu la bénédiction du nouvel hôpital de Saint-Jérôme, comté de Terrebonne: l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'un immeuble très imposant de près de deux cents lits. Le docteur Rosaire Lapointe en est le premier président du Bureau Médical.

L'HÔPITAL NOTRE-DAME DE BIDDEFORD

Dimanche, le 13 août 1950, eut lieu au milieu d'une grande cérémonie publique la bénédiction et la pose de la pierre angulaire du nouvel hôpital de Biddeford, Maine, qui porte le nom d'Hôpital Notre-Dame.

L'institution est sous la direction des Religieuses Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal et la première supérieure est Sœur Barcelo, diététicienne renommée, auteur d'un volume sur la diététique.

Le bureau médical du nouvel hôpital sera constitué incessamment dans ses cadres définitifs.

UN HÔPITAL DÉSIRÉ DANS LA PARTIE NORD DE LA CITÉ DE MONTRÉAL

La campagne menée depuis plusieurs années par l'Association des Hommes d'affaires du Nord de

Montréal vient d'entrer dans une phase décisive.

Ces deux Associations, en effet, ont organisé une délégation monstre à Québec auprès des autorités compétentes.

Le docteur Gérard Morin, médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal, président de l'Association, s'est fait à cette occasion l'interprète du corps médical.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE PRÉVENTIVE

Les élections de la Société d'Hygiène et de Médecine préventive de la Province de Québec ont eu lieu, lors du Congrès tenu à l'Hôtel Mont Royal. Elles ont donné le résultat suivant: président: le docteur Marc Bergeron de Saint-Hyacinthe; vice-présidents: les docteurs A. R. Foley de Québec et C. W. MacMillan de Montréal; secrétaire: le docteur M. Saint-Martin; trésorier: le docteur J.-A. Landreville et conseiller: le docteur Albert Dumas de Montmagny.

LE DOCTEUR LAMOTTE-BARILLON À SAINTE-JUSTINE

Le docteur S. Lamotte-Barillon, médecin-assistant des hôpitaux de Paris a donné une conférence à l'hôpital Sainte-Justine. A cette occasion, Madame Lamotte-Barillon a exposé le résultat de ses recherches avec le professeur Robert Debré sur les affections du système réticulo-endothélial, en particulier les dyslipoïdoses et les polycories.

LE DOCTEUR JACQUES MIALARET AU MEXIQUE

Pour la seconde fois, le docteur Jacques Mialaret, chirurgien des hôpitaux de Paris, a été invité à donner une série de leçons dans les universités mexicaines durant le mois de septembre.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR GUSTAVE GINGRAS

Le docteur Gustave Gingras, directeur du service de médecine physique du Ministère des Affaires des Anciens Combattants et directeur médical du Centre de Réhabilitation de la Société des Infirmes vient d'être élu membre de l'*American Board of Physical Medecine and Rehabilitation* et de l'*American Society of Physical Medicine.*

LE DOCTEUR PAUL DAVID À PARIS

Le docteur Paul David a représenté l'Université de Montréal et l'hôpital Notre-Dame au 1er Congrès International de Médecine Interne tenu en septembre à Paris.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DES FEMMES MÉDECINS

Le 6e Congrès de l'Association Internationale des Femmes médecins vient d'avoir lieu au *Women's Medical College* de Pensylvanie, situé à Philadelphie.

Le docteur Charlotte Ruys d'Amsterdam est la présidente de l'Association.

LE DOCTEUR ROBERT LACHANCE EN AUTRICHE

Le docteur Robert Lachance de Verdun doit donner une conférence à la Société Médicale de Vienne, Autriche. Il parlera sur les problèmes de la nutrition au Canada.

LIGUE CANADIENNE DE SANTÉ

Le docteur Charles-F. Martin, ancien doyen de la Faculté de Médecine de McGill, M. Arthur Wood et le docteur Charles Vézina, doyen de Laval ont été nommés présidents conjoints pour la province de Québec de la Ligue Canadienne de Santé. Les docteurs C. W. MacMillan et A. Frappier agiront comme consultants auprès du secrétaire exécutif, M. Léon Trépanier.

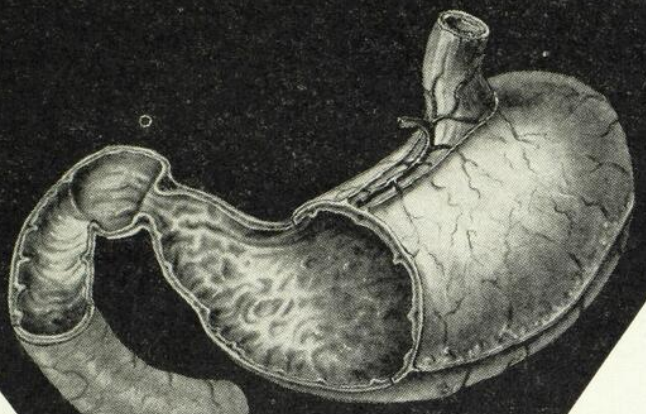
UN COURS ORGANISÉ POUR LES MISSIONNAIRES

L'Université de Montréal a inauguré un cours destiné aux missionnaires. Le personnel chargé de dispenser ce cours se compose des docteurs Frappier, Jules Gilbert, J. Prévost, H. Charbonneau, Laurent Bergeron, Roland Guy et de plusieurs autres.

NOMINATION DU DOCTEUR JEAN-PIERRE JEAN

Le docteur Jean-Pierre Jean, assistant du service d'électrothérapie de l'Hôtel-Dieu de Montréal et chargé de la radiologie au Sanatorium St-Joseph de Rosemont, vient d'être nommé chef du service radiologique de l'hôpital *Herbert Reddy Memorial.*

comprimés lenticulaires dragéifiés . . .





'Fesofor'... ***traitement spécifique des anémies hypochromes***



Dans les anémies hypochromes associées à une carence de fer, les comprimés dragéifiés de FESOFOR sont spécifiques non seulement parce qu'ils sont facilement tolérés mais aussi à cause de leur remarquable efficacité.

Grâce à un procédé de dragéification spécial la désagrégation des comprimés a lieu dans le milieu acide de l'estomac et du duodénum où l'absorption du fer est la plus intense.

Chaque comprimé contient 3 grains de sulfate ferreux desséché, ce qui équivaut à 5 grains environ de sulfate ferreux cristallisé.

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 9

NOUVEAU PRÉSIDENT DU COLLÈGE INTERNATIONAL DES CHIRURGIENS

Lors de son Congrès tenu à Buenos Ayres, le Collège International des Chirurgiens vient d'élire son président pour 1951. Il s'agit du docteur Hans Finsterer de Vienne, Autriche.

Le docteur Jean-Paul Legault de l'Hôtel-Dieu de Montréal a été nommé président conjoint du chapitre québécois du Collège International.

LE DOCTEUR OMER MANSEAU DÉLÉGUÉ DE L'HÔTEL-DIEU

Le docteur Omer Manseau a représenté l'Hôtel-Dieu au 1er Congrès International de Médecine Interne tenu à Paris du 11 au 14, ainsi qu'à la 11e Conférence Internationale sur la tuberculose tenue à Copenhague les 3 et 6 septembre.

NOUVEL HÔPITAL À ROBERVAL

Les Petites Sœurs Franciscaines de la Baie Saint-Paul viennent d'acquérir le nouveau Collège encore inachevé de Roberval. L'édifice sera utilisé comme institution pour le traitement des maladies mentales et portera le nom d'Hôpital Sainte Elisabeth.

CENTRE D'ANESTHÉSIOLOGIE

Le premier centre international pour l'étude des méthodes modernes d'anesthésiologie a été inauguré récemment à Copenhague. 21 boursiers de l'OMS se sont inscrits pour un cours d'un an. Ce centre a été créé conjointement par l'Université de Copenhague et l'Organisation Mondiale de la Santé.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR JULIETTE DUROCHER

La Société des Femmes Universitaires de Montréal a tenu récemment une séance au Cercle Universitaire, au cours de laquelle le docteur Juliette Durocher anesthésiste de l'hôpital Notre-Dame et d'Ottawa a prononcé une causerie intitulée: « Femmes médecins, femmes spécialistes. »

LE DOCTEUR CLAUDE MONFETTE À L'OPHTALMOLOGICAL STUDY COUNCIL

Le docteur Claude Monfette du service d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal a suivi les cours Lancaster en ophtalmologie organisés par l'Ophtalmological Study Council de Boston.

RÉUNION DE MÉDECINS DU LAC ST-JEAN

La Société médicale de Chicoutimi et du Lac-St-Jean a célébré le 50e anniversaire de sa fondation. Plus de 50 médecins se sont groupés à cette occasion pour assister à des banquets et conférences en plusieurs villes de notre région.

A Roberval, les fêtes débutèrent par un dîner au sanatorium St-Michel après lequel on tint une séance régulière de la Société. L'exécutif se compose des Drs L.-Joseph Gobeil, président, Léo Tanguay, vice-président, et Marcel Thivierge, secrétaire-trésorier, tous de la Baie des Ha! Ha! On procéda d'abord à quelques affaires de routine, puis on passa à la partie scientifique qu'assumaient 5 médecins de l'endroit.

Plusieurs communications

Le Dr Henri Pineault livra d'abord une étude sur la cause surprise de perforation du côlon. Après quoi, le Dr Fernand Lemelin parla des ruptures utérines. Le troisième conférencier, le Dr Adrien Plante, fit ensuite connaître les fruits de ses travaux sur les abus de la pénicilline par voie orale. Puis le Dr Yvon Paradis traita des infiltrats tuberculeux précoces; pour terminer, quelques aspects particuliers de l'assurance-santé furent développés par le Dr J.-M. Lévesque.

Les célébrations se continuèrent le lendemain à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi, la deuxième journée du congrès étant consacrée aux parties historiques et sociales. Les médecins et leurs dames assistèrent d'abord à la messe célébrée en la chapelle de l'hôpital. Le sermon fut prononcé par le chanoine O.-D. Simard, supérieur du séminaire, qui parla du rôle de la profession dans l'ordre social et des responsabilités qui y sont attachées.

Dans la conférence qui suivit le buffet, le Dr H.-D. Brassard, de Roberval, rendit hommage aux fondateurs de la Société médicale, les Drs Beauchamp, Riverin, Savard, Mayrand, Warren et Claveau.

Les congressistes se rendirent ensuite au club de golf d'Arvida pour la partie récréative de la journée, puis un thé fut servi avant le banquet de clôture à l'hôtel Chicoutimi. Ce banquet était sous la présidence de l'hon. Marc Trudel, président du Collège des Médecins.

Vi-Mi Caps

protège toute la famille



DOUBLE source d'éléments nutritifs essentiels

Vitamines		Minéraux
A	+	Calcium
B complexe		Phosphore
C		Cuivre
D		Fer
E		Manganèse
Niacinamide		Magnésium
Acide pantothénique		Zinc
		Iode

TOUS LES ÉTATS DE CARENCE

Boîte de 100 capsules — 50 vitamines
50 minéraux

ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE

209 est, rue Sainte-Catherine, Montréal 18

LEÇONS ET CONFÉRENCES DU PROFESSEUR JEAN BERNARD

Le professeur Jean Bernard de Paris donnera à l'hôpital St-Luc, de Montréal des *conférences*: tous les lundis, mercredis, vendredis à 5 hres p.m. à l'amphithéâtre des gardes-malades, des *Cliniques*: tous les jours à 10 hres dans le service de médecine à partir du 2 octobre et des *Cliniques magistrales*: tous les mardis et jeudis à 11 hrs a.m. dans le service de médecine (4e sud).

Programme

3 oct. 9 hres: Séance d'ouverture de la Société Médicale de Montréal à l'Hôpital Saint-Luc (amphithéâtre des gardes-malades).
Au programme: les professeurs Raoul Kourilsky et Jean Bernard, de Paris.
4 oct. 5 hres: Généralités, Examens cliniques, Examens du sang, Ponction de la moelle, de la rate, des ganglions.
6 oct. 5 hres: Diagnostic de la leucémie aiguë.
9 oct. 5 hres: Evolution, pronostic et traitement de leucémie aiguë.
11 oct. 5 hres: Mononucléose infectieuse et le diagnostic des fièvres ganglionnaires.
13 oct. 5 hres: La maladie de Biermer et son traitement.
16 oct. 5 hres: Diagnostic des anémies graves.
18 oct. 5 hres: Diagnostic et traitement des polyglobulies.
20 oct. 5 hres: Diagnostic et traitement de la leucémie myéloïde chronique.
23 oct. 5 hres: Maladie de Hodgkin et diagnostic des lymphadénies.
25 oct. 5 hres: Diagnostic des splénomégalies.
27 oct. 5 hres: Hémogénie et diagnostic des purpuras.
2 nov. 5 hres: Traitement des hémorragies graves.

Seront, en outre, traités dans le service les sujets suivants:

1° — La maladie de Hodgkin et le diagnostic des lymphadénies.
2° — Les myélomes.
3° — L'ictère hémolytique, type Minkowski-Chauffard et les maladies parentes.
4° — L'Hémophilie.
5° — Diagnostic hématologique des maladies infectieuses connues.
6° — Désordres sanguins provoqués par les poisons.
7° — Diagnostic des agranulocytoses.
8° — Diagnostic des anémies hémolytiques aiguës.
9° — Traitement chirurgical des hémopathies.
10° — L'exsanguino-transfusion.

ÉLU À L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le docteur François Françon vient d'être élu membre correspondant national de l'Académie de médecine de Paris dans la première section: médecine et spécialités médicales.

CONFÉRENCE ANNUELLE LOUIS GROSS

La 13e conférence annuelle en souvenir du docteur Louis Gross aura lieu sous les auspices de la *Montreal Clinical Society*. Le docteur G. Lyman Duff doyen de McGill parlera de la pathogénie de l'artério-sclérose.

La conférence se tiendra le 25 octobre 1950 à 8.30 hres. p.m. à l'Hôpital général Juif de Montréal.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE

Le Congrès International de Gynécologie aura lieu à Paris du 23 au 29 juin 1951.

Au nombre des rapporteurs inscrits au programme, on note le nom du Docteur Fabien Gagnon de Québec.

NOUVEAUX HÔPITAUX DANS LE QUÉBEC ET AU NOUVEAU-BRUNSWICK

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui qu'on vient d'accorder des subventions d'environ $74 500 afin d'aider aux frais de construction d'un hôpital à Ormstown (Qué.), et d'un centre sanitaire à Saint-Jean (N.-B.).

A Ormstown, un nouvel édifice, qui contiendra des facilités médicales et chirurgicales modernes et pourra abriter 63 lits ainsi qu'une pouponnière de 14 moïses, remplacera le *Barrie Memorial Hospital*. Ce nouvel hôpital, dont les travaux sont censés se terminer le mois prochain, desservira une population d'environ 30 000 âmes des comtés de Châteauguay et de Huntingdon. En ce qui regarde les frais de construction, la quote-part du Gouvernement fédéral sera supérieure à $67 600. Une subvention provinciale et des dons privés couvriront le solde de ces frais.

On a versé $6 878 pour aider à l'agrandissement du Centre de lutte antituberculeuse de Saint-Jean (N.-B.). Cet agrandissement, que l'on utilise actuellement, comprend des salles d'admission, de consultation et d'examen, ainsi que des bureaux pour l'administration.

VERTAVIS

une nouvelle préparation dans le traitement de l'hypertension essentielle

Chaque tablette contient 10 Unités Craw de **Veratrum Viride contrôlé biologiquement** par les Laboratoires de recherches Irwin Neisler & Co., Decatur, Ill.

Les expériences faites dans de nombreuses cliniques ont démontré que le Veratrum Viride titré biologiquement est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle. (The Medical Clinics of North America, septembre 1948; Doctor Freis, page 1253.) Les tablettes Vertavis doivent être prises à une heure d'intervalle et de préférence après les repas. La dose doit être augmentée ou diminuée graduellement selon les résultats obtenus.

POSOLOGIE:

Donnez une tablette VERTAVIS (10 unités Craw) aux heures ci-dessous mentionnées:

SEMAINE	VERTAVIS	MATIN	SOIR	Dose quotidienne Unités Craw
1ère semaine	1 tablette à	7 heures	7 heures	20
2ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 heures	30
3ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 & 8 heures	40
4ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7 & 8 heures	50
5ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7, 8 & 9 heures	60

Documentation complète et échantillon envoyés à MM. les médecins sur demande.

Manufacturé par IRWIN NEISLER CO., Decatur, Ill., U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

OSMOPAK

localise sûrement l'infection

FORMULE:

OSMOPAK est un pansement osmotique émollient composé de 58% de sulfate de magnésie, de 1-2% de benzocaïne et de 1-25,000 de vert brillant, dans une base miscible à l'eau.

OSMOPAK est recommandé dans tous les cas d'infection en général, clous, furoncles, plaies diabétiques, etc., et dans le traitement d'inflammation ou d'infections locales purulentes des mains, des pieds ou de tout autre tissu sous-cutané. L'OSMOPAK procure le maximum de drainage avec un minimum de perte de tissu. Il est aussi recommandé dans la cervicite et la vaginite.

Présentation: Pots de 115 et 577 grammes.

Echantillon médical et documentation sur demande.

Manufacturé par Irwin Neisler Co., Decatur, Ill. U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

AUGMENTATION DES CLINIQUES DENTAIRES

Le ministère provincial de la Santé porte à 53 le nombre de ses dentistes.

L'honorable J.-H.-A. Paquette, m.d., ministre de la Santé de la province de Québec, annonce que cinq Unités sanitaires viennent d'être dotées de cliniques dentaires, ce qui porte à cinquante-trois le nombre des chirurgiens-dentistes attachés aux bureaux de santé provinciaux. A l'heure actuelle, 49 Unités sanitaires, desservant 57 circonscriptions, bénéficient des avantages de la clinique dentaire.

Les cinq nouveaux comtés qui profiteront de cet excellent service sont Dorchester, Montmorency, Richelieu, Gaspé-sud et Stanstead. Les cliniques régulières se tiendront donc aux bureaux des Unités sanitaires de ces comtés, unités situées à Saint-Anselme, Sainte-Anne-de-Beaupré, Sorel, Gaspé et Magog. Nos 53 chirurgiens-dentistes tiennent régulièrement des cliniques, soit au siège même de l'Unité sanitaire, soit dans les écoles ou dans les salles paroissiales des différents villages, car ils sont tous munis d'appareils portatifs et d'une trousse d'instruments perfectionnés.

Durant l'année 1949, ces chirurgiens-dentistes qui s'occupent de faire connaître au public les notions essentielles de la prophylaxie de la bouche, ont prononcé, dans les diverses régions auxquelles ils sont attachés, 752 conférences d'hygiène dentaire, conférences qui réunirent une assistance totale de 24 210 personnes. Au cours des nombreuses cliniques tenues en 1949, ils ont procédé à l'examen de la bouche de 72 262 enfants et fait 39 359 prophylaxies, cependant qu'ils découvraient un total de 171 771 dents cariées.

On ne saurait trop souligner l'importance de l'hygiène dentaire. D'après certains experts, 60 à 80% de nos écoliers ont des dents carriées. C'est en somme le défaut physique dominant. Par conséquent, c'est là un problème sérieux; il faut lui prêter une attention toute particulière. Le mode d'implantation des dents, leur conformation, l'état des gencives relèvent de l'hygiène et de la prévention dentaires. Le rôle considérable que jouent les dents, leur influence sur l'organisme exigent une surveillance étroite, c'est pourquoi le ministère de la Santé met à la disposition de la population de la Province des chirurgiens-dentistes expérimentés. Que les parents conduisent régulièrement leurs enfants aux cliniques dentaires du ministère.

L'UNITÉ SANITAIRE DE SHERBROOKE REÇOIT UNE SUBVENTION FÉDÉRALE

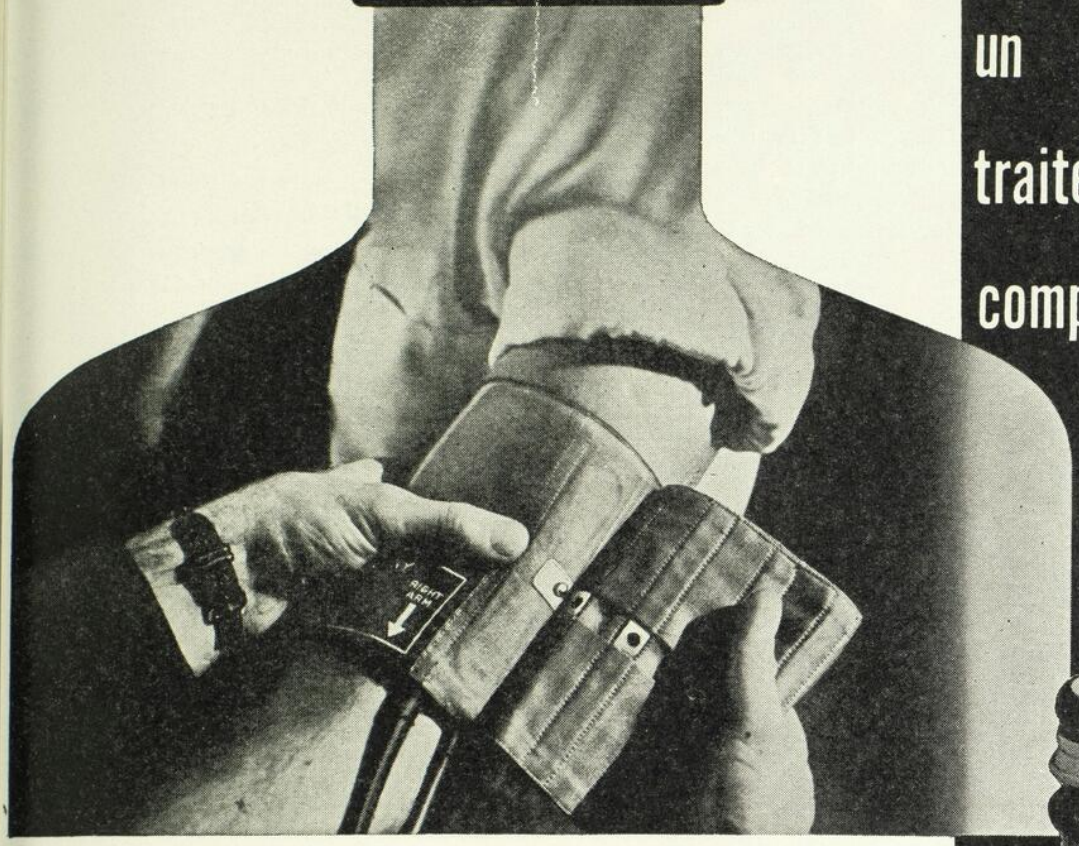
L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui que le Gouvernement fédéral consent à assumer presque tous les frais d'exploitation de l'unité sanitaire du comté et de la ville de Sherbrooke, récemment organisée.

Une subvention fédérale d'hygiène, d'un montant supérieur à $60 700, permettra d'établir un service complet d'hygiène publique et de prophylaxie à l'intention des 60 000 habitants de cette région. L'unité sanitaire de Sherbrooke, autorisée par le gouvernement provincial, en janvier dernier, a commencé de fonctionner en avril. Le personnel de cette unité comprend un directeur médical, un directeur adjoint, un spécialiste de la tuberculose, un technicien de la lutte antituberculeuse, 14 infirmières-hygiénistes, deux ingénieurs sanitaires, deux vétérinaires et des employés de bureau, tous à service continu, et un dentiste d'hygiène publique, qui ne travaille que par intermittence. La subvention fédérale pourvoit aux traitements de ce personnel, ainsi qu'à l'achat des sérums et des vaccins requis par l'unité.

M. Martin fait remarquer que le développement de services d'hygiène publique qui assurent une aide directe et pratique à de larges groupes de la population est « très encourageant ». Une bonne partie du travail des unités sanitaires consiste à prévenir la maladie ou à enrayer ses progrès avant qu'elle devienne incontrôlable. Ce travail a donc des conséquences directes sur la société tout entière, immédiatement et pour l'avenir.

Une unité sanitaire se charge de multiples services d'hygiène publique, par exemple de l'immunisation contre les maladies contagieuses, des dispensaires prénatals et des consultations de nourrissons, de la prévention des maladies chez les enfants d'âge scolaire, ainsi que de l'inspection, en vue de leur pureté, des approvisionnements d'aliments et d'eau.

L'hypertension est une affection complexe exigeant un traitement complet





LE TENSOL E.B.S.

Fournit:

Des nitrites pour dilatation vasculaire;
Des "adjuvants" pour régulation cardiaque;
Du "Neurobarb" pour détente nerveuse.

Cette association fait que le TENSOL E.B.S. est un agent sûr pour le traitement de l'hypertension.

Continuellement employé par le corps médical depuis des années, le TENSOL E.B.S. a prouvé à maintes reprises ses avantages pour le traitement efficace de l'hypertension artérielle.

Pour vos patients hypertendus, employez le TENSOL E.B.S.—C.C.T. No 371.

Lorsque la fragilité des capillaires présente une complication, ordonnez le TENSOL avec RUTINE E.B.S. — S.C.T. No 371C.

THE E.B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

COMPAGNIE ESSENTIELLEMENT CANADIENNE . . . DEPUIS 1879

Représentants:

M. Paul Busseau, 4904, rue Wellington, Verdun, P. Q. — M. A. A. Sammers, Morrisburg, Ont.
M. J. L. Vallerand, 1055, Mont Saint-Denis, Wolfesfield, P. Q. — M. P. E. Thibaudeau, 385, boul. Charest, Québec, P. Q.

REVUE DES LIVRES

Jean DELORME, ingénieur E.C.I.L., et Pierre LAROUX, pharmacien diplômé de la Faculté de Pharmacie de Paris, directeur technique de "Specia". — **Les conquêtes des matières plastiques en médecine et en chirurgie.** Un volume de 224 pages, 30 gravures. — Editions Amphora, rue du Général Caloni, Casablanca.

Le premier ouvrage rassemblant tous les documents concernant les applications des matières plastiques dans la construction et l'aménagement des hôpitaux la préparation de produits pharmaceutiques, les traitements médicaux, les interventions chirurgicales, la dentisterie, la prothèse et l'orthopédie, la recherche et l'enseignement médical. Un très important chapitre étudie dans le détail la toxicologie des matières plastiques tant pour elles-mêmes que pour les adjuvants dont elles sont généralement accompagnées: plastifiants, solvants, colorants, charges, etc... L'ouvrage se termine par une bibliographie des principaux brevets se rapportant au domaine des plastiques en médecine.

C'est le tome VI de la collection *"Arts et techniques des matières plastiques"* bien connue des techniciens de toutes les branches des sciences et de l'industrie.

R. BENDA et D. A. URQUIA. — **Recherches expérimentales sur l'asthme. Leurs applications au diagnostic et au traitement.** Un volume de 83 pages. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1950.

On trouvera dans cet ouvrage l'exposé d'une étude entreprise depuis plus de quatre ans: elle met en évidence ce fait important que le sérum humain normal (de même que divers sérums animaux), possède une action antihistaminique dont le sérum des asthmatiques se montre, au contraire, dépourvu.

« Au lecteur désireux de se documenter sur la partie expérimentale de nos recherches, écrivent les Auteurs, nous n'avons fait grâce d'aucun détail ». Mais ils ont pensé également à ceux qui s'intéresseraient davantage au côté pratique de ces recherches: aussi ont-ils intercalé dans leur texte, après le compte-rendu de chaque série d'expériences, un résumé en italique, où le clinicien et le thérapeute, sans se laisser détourner par l'abondance des détails techniques, pourront recueillir l'essentiel des faits expérimentaux, inséparables — ici, plus que partout ailleurs — des questions de diagnostic et de traitement.

Les applications d'ordre diagnostique méritent de retenir l'attention en ce qui concerne spécialement un double problème qui ne semble jamais avoir été parfaitement résolu jusqu'à présent: celui des rapports de l'asthme et des dyspnées asthmatiformes, d'une part; celui des frontières de l'asthme et du pseudo-asthme, d'autre part.

Quant aux applications thérapeutiques, elles supposent des règles très particulières: injection hétérosérothérapique unique, par voie sous-cutanée; choix d'un sérum riche en globuline, provenant d'un donneur non professionnel et d'un groupe (de préférence A ou O), différent de celui du malade. Les résultats qu'on en peut attendre se manifestent non seulement par l'amélioration ou la guérison clinique dans une très forte proportion des cas, mais encore par des modifications bio-chimiques aisément contrôlables au laboratoire.

Dr D. HERVOUET. — **Pathogénie de la tuberculose, oxyaminothérapie, allergie et B.C.G.** Un volume de 155 pages. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1950.

Extrait de la table des matières:

Mode de colonisation du Bacille de Koch.

Solution biologique du phénomène de Koch. Tuberculose et allergie.

Le problème constant de la cuti-réaction tuberculinique. Est-elle constante, spécifique, inoffensive?

AGRIPPOL



ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE



INDICATIONS

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.

COMPOSITION

Acétophénétidine — Acide acéthylsalicylique
Chlorhydrate d'aminoxide-atropine

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

Pleurésies aiguës avec épanchement, jugulées par l'oxyaminothérapie.

Problème de l'hérédité tuberculeuse.

Essai de classification des maladies infectieuses.

Spontanéité de la tuberculose.

Importance du terrain biologique dans la lutte contre la tuberculose.

Critique de l'allergie et du B.C.G. — Primauté du terrain. — La question du B.C.G. — Allergie et B.C.G.

Juste position du B.C.G.

Anatoxine antidiphtérique.

P. LE DAMANY, professeur honoraire à l'Ecole de Médecine de Rennes. — **La luxation congénitale de la hanche. Etudes d'anthropogénie normale et pathologique. Déductions thérapeutiques.** Un volume de 124 pages, avec 44 figures. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1950.

L'auteur, dans la première partie de cet ouvrage, a résumé ses études antérieures concernant les causes et le mécanisme pathogénique de cette infirmité si répandue. Dans la seconde, il expose les raisons pour lesquelles une observation prolongée l'a conduit à améliorer, tout en la simplifiant, la méthode de traitement qu'il employait initialement.

Les études d'anatomie comparée, montrant la disposition des membres et leurs modifications phylogéniques dans la série des mammifères, l'ont conduit à cette déduction que l'homme au-dessus de cette série animale constitue, à bien des points de vue, une anomalie caractérisée, à cause du volume du cerveau, par la largeur du bassin et la longueur des membres inférieurs.

Il en résulte pour lui l'impossibilité de s'adapter sans déformations, d'une part au pelotonnement nécessaire dans la cavité utérine, d'autre part à la déflexion excessive qu'imposent le décubitus dorsal et la station debout qui lui sont propres.

C'est de ces déformations que résulte, parmi les luxations congénitales de la hanche, la seule forme que le médecin soit appelé à voir et à soigner; l'auteur la dénomme « luxation anthropogénique ».

Cette luxation n'est donc pas, contrairement à l'opinion commune, une malformation vraie; elle résulte des déformations acquises pendant la vie intra-utérine. Communes à tous les sujets, sans aucune exception, elles ne deviennent pathologiques que quand elles dépassent un certain degré de grandeur.

Cette pathogénie est confirmée: 1° — Par la fréquence comparée des luxations dans les races humaines, les familles, les sexes, les présentations fœtales, etc...; 2° — Par la constatation chez le fœtus à terme de déformations singulières du fémur et du cotyle; 3° — Par la fréquence chez les nouveau-nés de hanches subluxables, spontanément curables ou aboutissant à la luxation.

L'auteur déduit de ces renseignements que la femme de race blanche semble constituer l'élément terminal d'une évolution phylogénique. La fréquence chez elle de la luxation des hanches montre que cette élévation est déjà lourde de conséquences.

Toutes les luxations et subluxations anthropogéniques se faisant, quoi qu'on en ait dit, par un même mécanisme, le traitement doit être uniforme pour toutes.

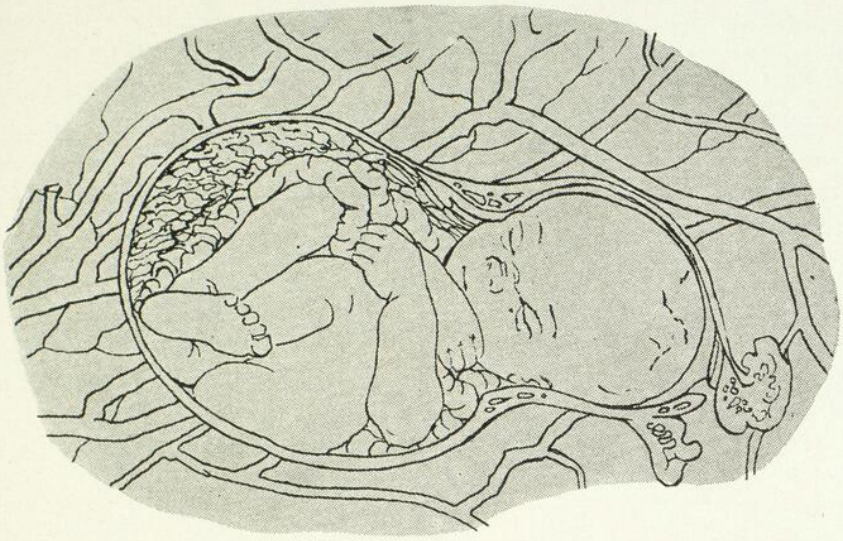
La mobilisation, les exercices passifs et actifs, doivent y jouer un rôle capital, l'immobilisation étant réduite au minimum compatible avec le maintien de la tête fémorale dans la cavité articulaire.

Les résultats seront d'autant plus beaux et plus durables que l'enfant sera plus jeune, plus voisin de la fin de la première année.

L'appréciation des résultats doit être faite avec sévérité. Sur les radiographies publiées par les auteurs, que d'images défectueuses sont données pour des succès! La puberté, la maternité, l'âge mûr ou la ménopause ont réservé et réserveront des désillusions.

Dans le chapitre où sont indiqués les résultats des traitements, il n'y a pas de statistiques; elles seraient sans valeur; l'auteur se contente de conclure qu'en suivant la technique qu'il expose le succès est à peu près cer-

Une Meilleure Alimentation Maternelle



LE SUPPLÉMENT DIÉTÉTIQUE B.D.H.

contient maintenant

PLUS de CALCIUM, PLUS de FER, ainsi que des ÉLÉMENTS CATALYSEURS

Lorsque le "régime mixte ordinaire" ne fournit "pas suffisamment" d'aliments essentiels au cours d'une période où les besoins sont plus grands, l'administration quotidienne du Supplément Diététique B. D. H. procure une marge étendue de sécurité.

NOUVELLE FORMULE ÉPROUVÉE

Chaque capsule contient:	
Vitamine A	1,500 U. I.
Pro-vitamine A (carotène-Bêta)	1,500 U. I.
Chlorure de Thiamine	1.2 mg.
Riboflavine	1.0 mg.
Nicotinamide	10.0 mg.
Acide Ascorbique	25.0 mg.
Vitamine D	600 U. I.
Phosphate de calcium bicalcique (2½ grains)	165.0 mg.
Iode	0.2 mg.

Chaque comprimé contient l'équivalent de:	
Sulfate ferreux B P. (5 grains)	330.0 mg.
Cuivre	1.5 mg.
Manganèse	2.0 mg.

L'administration d'une capsule et d'un comprimé constitue une seule dose.

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LIMITED

TORONTO *CANADA*

tain et durable pourvu que l'enfant soit très jeune et que ses hanches n'aient été l'objet d'aucune manipulation antérieure.

A. HEBRAUD, avec la collaboration de H. LABORIT et J.-Y. NICOL. — **Formulaire de thérapeutique hormonale et corrélative sexuelle et parasexuelle.** Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine. Un volume de 104 pages. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1950.

Destiné à être un guide essentiellement pratique de thérapeutique hormonale sexuelle, ce Formulaire est volontairement dépouillé de toutes notions théoriques sur la physiologie hormonale.

Il est divisé en deux parties:

La première partie comprend les chapitres suivants:

Insuffisance du syndrome hémorragique utérin; Exagérations du syndrome hémorragique utérin; Syndromes endocriniens divers de la femme; Glandes mammaires; Obstétrique; Hormonothérapie chez l'homme. On y trouvera les prescriptions hormonales indiquées sous une forme directement utilisable par le lecteur pressé, auxquelles s'associent, à l'occasion, les autres thérapeutiques. Un élément original est la part faite à la thérapeutique corrélative qui agit sur le système neuro-végétatif dans le sens hormonal recherché.

La deuxième partie est un classement de toutes les spécialités que l'on peut prescrire en hormonothérapie sexuelle.

En somme, un instrument de travail qui sera utilisé tous les jours par le praticien.

L. GRANDMAISON, professeur à l'Ecole de Médecine de Grenoble, et Pierre MARTIN, de Châtel-Guyon. — **Les cellulites : leurs causes, leurs manifestations cliniques, leur traitement.** Un volume de 148 pages, avec figures. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1950.

Prônée par les uns, niée par les autres, la Cellulite existe et les nombreux travaux consacrés, ces dernières années, à cette maladie du tissu conjonctif disent suffisamment son rôle dans la pathologie organique et générale. Aussi, le livre des Docteurs Grandmaison et Martin est-il bien venu à un moment où l'idée de Cellulite tend à la vulgarisation et déborde le domaine scientifique pour devenir la maladie à la mode, celle dont on discute malheureusement un peu trop dans les conversations mondaines.

Dans leur petit livre, les auteurs se sont efforcés de nous soumettre une mise au point de ce sujet fort délicat. Après un court historique, la maladie cellulitique est présentée avec les perturbations anatomo-pathologiques qui l'accompagnent. Les différentes causes de cette infiltration anormale du tissu conjonctif et, en particulier, les étiologies arthritique, entérohépatique, endocrinienne, infectieuse sont ensuite l'objet d'une étude approfondie. Puis, après une vue d'ensemble sur la symptomatologie et sur les erreurs de diagnostic toujours à craindre, nous abordons le problème de la thérapeutique avec la massothérapie et les différentes possibilités médicamenteuses, thermales, électrothérapiques, alimentaires basées sur l'étiologie et sur le degré pathologique de la réaction cellulitique. Enfin, dans un important chapitre, les auteurs étudient les différentes formes de la Cellulite et brossent un intéressant tableau clinique et thérapeutique des grands syndromes: céphalalgique, cervical, rachidien, thoracique, des membres supérieurs, des membres inférieurs, sans oublier les Cellulites abdominales, les Cellulites profondes et le syndrome pelvien si grave de conséquences chez la femme.

C'est donc un guide pratique que nous proposent les Docteurs Grandmaison et Martin. Sa lecture est facile. Il a été écrit aussi bien pour le praticien que pour l'étudiant et sa clarté n'a d'égale que sa valeur scientifique.

Professeur M. CAULLERY. — **Le parasitisme et la symbiose.** 2ème édition revue et corrigée. Encyclopédie scientifique — Bibliothèque de Biologie Générale. — Un volume de 358 pages, avec 80 figures. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1950.

La nouvelle édition du livre du Professeur Caullery: *Le Parasitisme et la Symbiose,* tout en conservant les grandes lignes et l'esprit de

Nouveau Traitement Scientifique

pour les

ULCÈRES GASTRIQUES

et DUODÉNAUX

ROBUDEN

VOIE BUCCALE et INJECTABLE

Dragées à base d'EXTRAITS d'ESTOMAC et d'INTESTIN GRÊLE, préparés de diverses méthodes

Ampoules injectables à base d'EXTRAITS d'ESTOMAC et d'INTESTIN GRÊLE. préparés de diverses méthodes

Société suisse de gastro-entérologie

Genève 22-23 juin 1946

(Voir Médecine et Hygiène, no 78)

Suite des résumés des communications

II

P.-d. Dr H. Kapp (Bâle)

1. Le traitement de l'ulcère gastrique et duodénal par le Robuden.

L'accroissement, ces dernières années, des ulcères gastriques et duodénaux a contribué au fait que de nombreux cas ont dû être traités ambulatoirement. L'étude de nombreux médicaments dans des conditions graves a été ainsi rendue possible.

Rapport sur le traitement avec le Robuden.

Sur 30 cas d'ulcères gastriques, la niche, après le traitement, avait disparu dans 21 cas, persisté dans 9 cas et récidivé dans 5 cas. On constate donc un succès temporaire dans les deux tiers des cas et un succès durable dans environ la moitié des cas traités.

Sur 34 cas d'ulcères duodénaux, la niche, après le traitement, avait disparu dans 29 cas, persisté dans 5 cas et récidivé dans 5 cas. Succès temporaire, cinq sixièmes des cas et succès durable, deux tiers des cas.

On peut conclure sur la base de ces recherches que le traitement ambulatoire avec le Robuden fournit des résultats comparables à ceux du traitement par le repos et la diététique.

Documentation et échantillon médical envoyés sur demande.

Préparé par

LES LABORATOIRES ROBAPHARM SOC.

BÂLE, SUISSE

Représentants exclusifs au Canada

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL - MONTRÉAL

la première, en diffère par de nombreux et importants additifs et remaniements résultants de la mise en œuvre des travaux et découvertes des dernières années. La conception générale du livre qui avait reçu une approbation indiscutable n'a pas été modifiée.

Les organismes sont intimement solidaires du milieu où ils vivent, mais celui-ci ne se réduit pas aux conditions physico-chimiques et, pour presque toutes les espèces, ce sont même les rapports avec d'autres éléments vivants du milieu qui ont la plus grande importance, parce qu'ils aboutissent à des connexions étroites et constantes et provoquent des réactions et transformations profondes. Ainsi se réalisent d'innombrables associations permanentes et des plus diverses, que résument les termes de *commensalisme, parasitisme, symbiose,* et qui sont un des aspects majeurs de la biologie.

L'auteur en a examiné et analysé les caractéristiques et les conséquences sur une série d'exemples concrets tout en s'attachant à en dégager les traits généraux, et il y a pleinement réussi. On trouvera dans cette nouvelle édition la mise en œuvre des résultats des recherches les plus récentes, en particulier en ce qui concerne la symbiose, dont l'étude a fait, au cours des dernières années, des progrès considérables.

Il n'est pas douteux que cette nouvelle édition doive retrouver l'accueil très favorable qu'avait reçu la première, non seulement du biologiste et du physiologiste, mais aussi du médecin.

A. ANCEL, professeur honoraire des Facultés de Médecine de Nancy et Strasbourg. — **La chimiotératogenèse. Réalisation des monstruosités par des substances chimiques chez les vertébrés.** — Encyclopédie scientifique, Bibliothèque de Biologie Générale. Un volume de 398 pages, avec 80 figures. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1950.

Des malformations identiques à des malformations spontanées de l'homme ont été obtenues par pénétration de certaines substances chimiques dans des embryons de vertébrés, la nature de la malformation réalisée variant avec la substance utilisée. Des malformations du même genre ont été aussi obtenues chez des oiseaux et des mammifères par carence en diverses substances de la nourriture de la mère. Les principaux résultats de ces deux variétés d'expériences sont relatés dans ce livre.

Dans la première partie, les diverses malformations déterminées par des substances chimiques sont passées en revue et la sensibilité tératogénique de certaines ébauches organiques est mise en évidence. La seconde partie est consacrée aux substances chimiques qui ont manifesté un pouvoir tératogène électif. Dans la troisième sont étudiés divers problèmes soulevés par la réalisation expérimentale des malformations: mécanismes réalisateurs des malformations conditionnées par des substances chimiques; malformations associées, malformations unilatérales; variations individuelles des embryons à l'action létale et à l'action tératogène des substances chimiques; effets des associations de deux substances à action tératogène élective; relations entre l'action tératogène des facteurs héréditaires et des facteurs chimiques.

Les résultats obtenus permettent d'apercevoir un vaste champ d'expériences dont l'exploration découvrira des faits indispensables à la connaissance du déterminisme des malformations spontanées, éclairera les mécanismes de leur réalisation et pourra suggérer contre elles des moyens de prévention.

Elle apportera en outre des renseignements importants sur la mécanique embryonnaire et permettra une analyse de la morphogenèse susceptible de dévoiler les bases physiologiques du développement; elle fournira enfin une importante contribution à l'étude des causes des mutations.

La chimiotératogenèse intéresse donc particulièrement, non seulement le tératologiste, mais aussi l'embryologiste, le physiologiste, le généticien, le vétérinaire et le médecin. Elle apparaît comme une science à laquelle doit être réservée une place à part parmi celles du développement; ce livre en constitue une présentation.

B_{12}

est véritablement unique!

. . . DANS LES ANÉMIES
MÉGALOCYTIQUES
DE NUTRITION
LA SPRUE
et
L'ANÉMIE PERNICIEUSE
(traitement d'entretien)

Le Lyo B-C avec B_{12} est une préparation très efficace dans le traitement des malades souffrant d'anémie mégalocytique et de la sprue, et comme traitement d'entretien chez les malades atteints d'anémie pernicieuse. En outre, la vitamine B_{12} a démontré son utilité chez les enfants chez qui se manifestait un retard de croissance. L'administration de la vitamine B_{12} a produit d'excellents résultats en augmentant l'appétit et en améliorant la force physique et la vivacité.

Les facteurs lyophilisés de Lyo B-C avec B_{12} demeurent stables indéfiniment sous réfrigération; combinée avec le diluant stérile contenant 1 microgramme de B_{12} par c.c. la solution est prête pour administration intraveineuse, ou peut être ajoutée aux infusions de glucose, de plasma, de solution saline, d'acides aminés ou de solution de Ringer.



Chaque unité reconstituée (5 c.c.) contient:

Vitamine B_{12}	5 mcg.
Chlorhydrate de thiamine (vitamine B_1)	100 mg.
Riboflavine (vitamine B_2)	10 mg.
Chlorhydrate de pyridoxine (vitamine B_6)	10 mg.
Pantothénate de calcium	50 mg.
Niacinamide	500 mg.
Acide ascorbique	500 mg.

Offert en unités de 5 c.c.

'Lyo B-C'
avec B_{12}

SHARP & DOHME (Canada) Ltd., Toronto 13, Ontario

André BARBÉ, médecin honoraire de la Salpêtrière. — **Précis de psychiatrie.** — Collection Testut. Un volume de 1116 pages, avec 33 figures. — G. Doin, édit., Paris, 1950.

L'étude des affections mentales a fait de très grands progrès depuis près d'un demi-siècle, et, si les examens cliniques, sémiologiques n'ont été que peu modifiés, par contre les recherches biologiques ont permis de déceler bien des inconnues dans le domaine de la pathogénie. Les cliniciens du siècle dernier avaient très bien vu et classé la plupart des troubles mentaux, mais ils n'avaient pas à leur disposition les méthodes d'exploration dont nous disposons aujourd'hui.

Pour bien comprendre un aliéné (ce terme étant pris dans son acception la plus large) il faut s'efforcer de l'observer, de l'écouter et de diriger l'entretien d'une façon aussi naturelle que possible; c'est dire que son attitude, sa physionomie, ses réponses, ses explications devront être soigneusement enregistrées, tout en lui inspirant confiance.

L'étude des troubles qui peuvent affecter le fonctionnement normal de l'intelligence sera donc suivie de celle des idées délirantes, des hallucinations et des interprétations, sans pour cela s'astreindre à une exploration méthodique, car très souvent les malades n'aiment pas à revenir sur ce à quoi ils ont fait allusion ou dont ils ont déjà parlé.

Plusieurs chapitres ont été particulièrement développés dans ce volume: ils concernent les obsessions, les états périodiques, les intoxications et les infections.

Les obsessions représentent un des chapitres les plus passionnants de la psychiatrie journalière: elles peuvent conduire les sujets qui en sont atteints à des réactions dangereuses (impulsions) pour eux et pour autrui. Il en est de même pour les états périodiques et surtout pour la mélancolie.

Toutes les intoxications peuvent s'accompagner ou se compliquer de troubles mentaux: il y a donc ici un ensemble de causes qui, soit prises isolément, soit réunies, peuvent être la source de désordres intellectuels; il en est de même pour toutes les infections, qui, soit aiguës, soit chroniques peuvent retentir rapidement ou tardivement sur l'état mental: il semble bien que les lésions passagères ou durables soient ici beaucoup plus intenses que celles qui peuvent être observées par une simple compression, une tumeur cérébrale par exemple; c'est au point qu'il semble bien que les folies discordantes relèvent en grande partie d'une infection.

Les états convulsifs, les délires systématisés, les anomalies constitutionnelles ont été également envisagés.

Ce volume se termine par un exposé des méthodes d'exploration physique et biologique, ainsi que par le traitement.

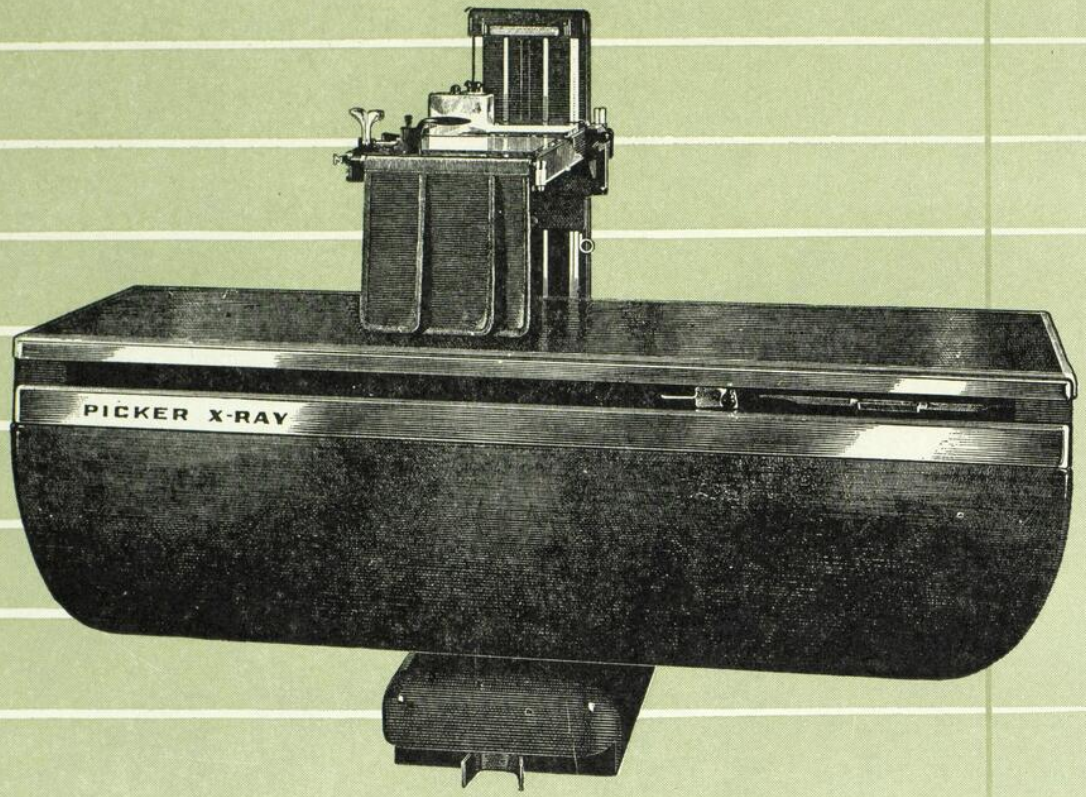
Il s'adresse non seulement à l'étudiant, mais aussi au praticien qui trouvera dans ce millier de pages l'étude fouillée mais toujours très claire d'une spécialité complexe.

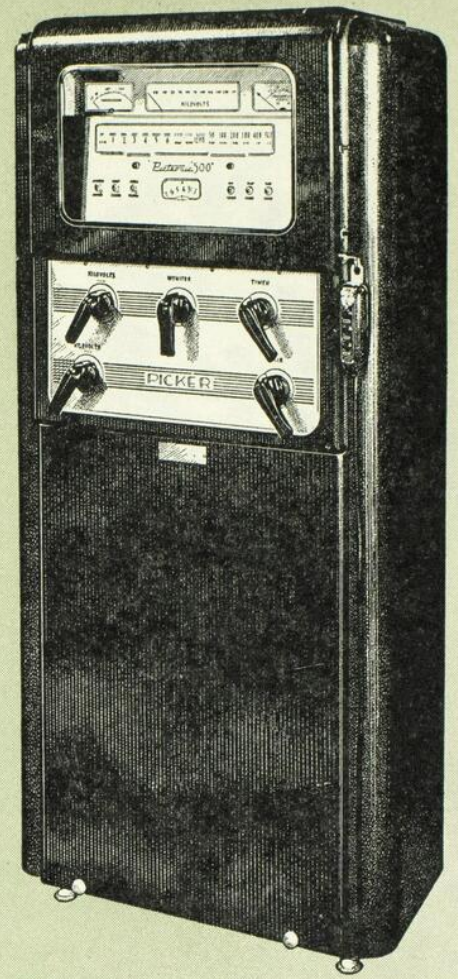
M. MONNEROT-DUMAINE, maître de conférences à la Faculté de Médecine de Beyrouth. — **Tous les diagnostics et tous les traitements.** Un volume de 683 pages. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1950.

Déjà édité pendant la guerre à Beyrouth pour les besoins du public médical français séparé de la France, et deux fois épuisé rapidement, cet ouvrage reparaît cette fois à Paris. Ce précis prétend aider le médecin à faire tous ses diagnostics, même ceux des maladies rares, et à retrouver immédiatement tous les traitements. Ce difficile programme a déjà suscité de nombreuses tentatives, plus ou moins heureuses et beaucoup de vade-mecum ont été proposés au praticien depuis une cinquantaine d'années. Il en fut beaucoup de médiocres, il en fut de bons; mais il n'en fut guère qui ne recélassent de graves lacunes: les uns menaient bien du symptôme courant à la maladie courante, mais restaient muets sur les diagnostics rares et difficiles (ceux sur lesquels le lecteur avait justement besoin d'être guidé); d'autres, parfaits pour la pathologie non spécialisée, n'effleuraient qu'à peine les chapitres spécialisés (dermatologie, psychiatrie, etc...); d'autres enfin, négligeaient le diagnostic au profit de la

lorsque le sens professionnel et le prestige exigent

ce qu'il y a de *mieux* . . .





la

table basculante à rayons X

Constellation

angle véritable de 45°
en position "Trendelenburg"

Picker
x-ray

tout ce que vous espérez . . . et davantage
PICKER X-RAY OF CANADA LTD.
3443, rue Saint-Denis, Montréal

le tableau de commande

et le générateur

Pic*tronic* 500 *ma*

thérapeutique ou vice-versa. L'ouvrage de Monnerot-Dumaine échappe à ces critiques, et réussit à être à la fois complet et concis, didactique et pratique. Il comporte deux parties. La première est diagnostique. Pour chaque appareil les maladies sont rassemblées par syndromes, mais on n'y trouve pas seulement les grands syndromes; on y envisage aussi le diagnostic des érythro blastoses, du syndrome ventriculaire, des fugues ou des érythrodermies et de tant d'autres syndromes dont la valeur sémiologique n'est pas présente instantanément à l'esprit du praticien. Pour chaque affection ne sont donnés qu'un petit nombre de signes, mais ce sont les signes nécessaires et suffisants pour établir le diagnostic. Pratiquement toutes les maladies connues y sont citées, et cliniquement définies, succinctement mais suffisamment; et si elles parviennent à tenir dans 300 pages, c'est qu'un ingénieux sytème de renvois permet de ne décrire qu'une fois chaque syndrome et chaque affection. Pour la partie thérapeutique, l'auteur a adopté l'ordre alphabétique, le plus commode pour le praticien. Un index alphabétique comportant environ 3 000 mots facilite considérablement les recherches diagnostiques et thérapeutiques; il donne une idée de la documentation énorme contenue dans cet ouvrage qui conserve pourtant les dimensions modestes d'un manuel. Si nous ajoutons à cela le fait que le texte a été minutieusement tenu au courant des derniers reclassements nosologiques et des toutes dernières acquisitions de la thérapeutique, on conçoit la place que prendra ce précis de conception nouvelle dans le cabinet du médecin et même dans sa voiture, à côté de sa trousse d'urgence.

Jean QUENU, directeur. — **Nouvelle pratique chirurgicale illustrée.** Fascicule IV. Un volume de 288 pages, avec 255 figures dessinées d'après nature par S. Dupret. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1950.

Sommaire du fascicule IV:

Extirpation d'une tumeur du médiastin (M. Iselin). — Cure opératoire d'une hernie diaphragmatique gauche chez l'enfant (J. Cauchoix). — Hémicolectomie droite pour cancer du côlon ascendant (J. Quénu). — La ligature des veines fémorales superficielles avec « thrombectomie d'aval » dans les thromboses veineuses (C. Frileux). — Cure opératoire de l'ostéomyélite du fémur (J. Cauchoix). — Amputation inter-trochantérienne pour ostéosarcome du fémur suivant la technique de E. Quénu et E. Desmarest (B. Lascaux).

M. AUDIER, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Marseille, avec la collaboration de J. DANIEL (pour l'homœopathie). — **La pratique des médications cardio-vasculaires.** 2e édition revue et augmentée. Un volume de 312 pages, avec figures. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1950.

Voici la réédition d'un ouvrage, dont la première a connu un grand succès auprès des praticiens.

Il s'agit d'un livre de thérapeutique cardio-vasculaire écrit selon deux idées directrices: la première tendant à un exposé analytique détaillé des médicaments, des méthodes physiothérapiques et chirurgicales; la deuxième visant à une étude plus classique de ces médicaments à propos de chaque maladie ou de chaque syndrome.

Par exemple, on pourra lire successivement: un chapitre général sur l'hygiène du cardiaque et des études importantes sur la digitale, le strophantus, l'adonis, la scille, les bases puriques, les analeptiques.

Dans les médications étiologiques, la pénicilline occupe une place importante ainsi que le salicylate de soude et les diverses méthodes utilisées dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. L'auteur expose ensuite la thérapeutique des arythmies, des diverses variétés d'insuffisance cardiaque, des endocardites, des malformations congénitales, etc...

Pour les affections vasculaires, le même plan est suivi: étude des médications, des spasmes vasculaires, des lésions pariétales, de la thrombose, précédant la description thérapeutique des coronarites, des artérites périphériques et des phlébites.



Effacer la douleur

Le mécanisme de la douleur est complexe. Si elle se prolonge elle provoque une augmentation de la tension nerveuse. Celle-ci, à son tour, a tendance à abaisser le seuil de la douleur, de sorte que, même inaltérée, elle est moins aisément supportée. Ainsi s'établit un cercle vicieux qui ne peut se rompre par un analgésique ni par un sédatif administrés isolément, même à doses massives.

Puisque la CIBALGINE est l'association 'Ciba' de l'aminopyrine et de l'acide diallylbarbiturique (Dial*) dans la proportion de 7 à 1, son intérêt réside précisément dans le fait qu'elle agit à la fois sur les deux éléments et se montre efficace même à doses réduites.

La CIBALGINE est indiquée dans tous les états douloureux, notamment la névralgie, la myosite, la migraine et la dysménorrhée. Elle est disponible en fioles de 15 et en flacons de 100 et 500 comprimés et aussi en ampoules de 2 cc.

Cibalgine *

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE, MONTRÉAL

*Noms Déposés

Ce procédé très didactique permet au lecteur de choisir, soit l'étude documentée d'un médicament, soit un schéma rapide des indications thérapeutiques dans une affection qu'il vient d'observer.

Enfin, faisant preuve d'éclectisme thérapeutique, M. Audier a estimé que toutes les méthodes devaient être utilisées, qui contribuent à soulager le malade de ses troubles fonctionnels gênants. En pratique médicale, il faut éviter le dogmatisme; seuls les résultats thérapeutiques comptent. Il est indubitable que l'homœopathie offre en cardiologie des ressources qu'il ne faut pas négliger. Aussi J. Daniel a-t-il écrit un important chapitre qui a trait à cette discipline médicale.

Docteurs C. et J. ODDO. — **La médecine d'urgence — Symptômes, diagnostic, traitement immédiat, formulaire.** 9e édition entièrement revue. Un volume de 782 pages. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1950.

Cet ouvrage, dont le succès déjà ancien est essentiellement lié aux qualités cliniques qui le rendent aussi précieux pour le médecin praticien que pour l'étudiant, a été complètement remanié.

Tout en lui conservant son caractère absolument pratique, l'auteur a mis au point les connaissances récentes tant symptomatiques que thérapeutiques intéressant la « Médecine d'urgence ». Ces transformations l'ont amené à étudier un nombre important d'affections qui n'avaient pas trouvé leur place dans les éditions précédentes: tachycardies paroxystiques, pancréatites aiguës, dilatation aiguë de l'estomac, volvulus gastrique, infarctus intestinal, hémiplégies soudaines, syndromes méningés aigus, insuffisance surrénale aiguë, syndrome malin, accidents médicaux d'urgence en médecine du travail, etc. Par ailleurs, il a jugé utile de grouper à part les affections infantiles d'urgence et de faire une synthèse des diverses modalités du drame abdominal. Enfin, toutes les fois que cela a pu paraître utile, les techniques thérapeutiques modernes: infiltration des plexus, goutte à goutte intraveineux, etc., ont été décrites de façon précise et succincte, permettant au médecin de les pratiquer aisément.

Telle qu'elle se présente, complètement rénovée, la « Médecine d'urgence » répond à un réel besoin. Elle a sa place toute désignée parmi les livres de chevet du médecin praticien.

On est cordialement invité à venir consulter ces ouvrages, au secrétariat de « L'Union Médicale du Canada », 326 est boulevard Saint-Joseph, Montréal.

Lait évaporé amélioré pour l'alimentation du nourrisson



LE NOUVEAU LAIT ÉVAPORÉ NESTLÉ

contient 480 unités de vitamine D_3 par chopine impériale*

Depuis des années, les marques de lait évaporé Nestlé ont permis à d'innombrables bébés de commencer leur vie de la bonne façon. *Aujourd'hui*, un nouveau lait, pourvu de toutes les propriétés propres à Nestlé, renferme désormais un principe nouveau qui en fait l'aliment idéal pour les bébés.

*On a incorporé à chaque once liquide de ce lait 24 unités internationales de vitamine D_3 pure et cristallisée. Une fois reconstituée, une chopine impériale renferme 480 unités de vitamine D_3 . . . type de vitamine D engendrée dans l'organisme par les rayons solaires et reconnue comme étant la principale vitamine D naturelle présente dans l'huile de foie de morue.

L'enrichissement en vitamine D_3 ne modifie en rien la saveur du lait et laisse intactes toutes ses vitamines naturelles.

En ordonnant le lait Nestlé—vous assurez un apport adéquat de vitamine D, sous une forme sûre et anodine...et vous savez que le lait Nestlé est économique, d'emploi facile et digne de confiance.

Nous ne donnons pas aux profanes d'indications sur l'alimentation des bébés.

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (CANADA) LIMITED
METROPOLITAN BUILDING, TORONTO, ONTARIO

EXTRAIT D'UNE REVUE D'ÉTUDES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LA VALEUR NUTRITIVE DES FRUITS, LÉGUMES ET CÉRÉALES HOMOGÉNÉISÉS DANS L'ALIMENTATION DU NOURRISSON

IVe partie

Par le Dr John A. KILLIAN, Ph. D.

Rendement comparé du fer dans les légumes homogénéisés et les légumes tamisés.

Le développement de nos connaissances sur la teneur en fer et sur le métabolisme du fer (discutés antérieurement) nous amena à entreprendre des tests d'alimentation chez les nourrissons pour déterminer l'influence de l'homogénéisation des légumes sur l'assimilation du fer.

Tests cliniques d'alimentation chez les nourrissons

Ces tests furent faits en collaboration avec le Dr John Gibblin, au « New York Foundling Hospital ».

Des enfants « bien portants », gardés à l'institution sous observation continuelle, furent divisés en 2 groupes principaux—un de ces groupes reçut une ration quotidienne de légumes homogénéisés de Libby et l'autre reçut une ration équivalente des mêmes légumes cuits et tamisés dans la cuisine des diètes du pavillon des nourrissons (Feeding Pavilion). Tous les enfants furent ainsi nourris pendant les 2 mois que dura l'observation.

Le tableau V illustre les données moyennes des modifications du taux de l'hémoglobine observées dans chaque sous-groupe d'âge à la fin de la période d'alimentation.

Dix-huit enfants âgés de 4 à 8 semaines reçurent à même leurs biberons des légumes homogénéisés. Il était impossible d'ajouter des légumes tamisés de cette façon à la diète d'enfants de cet âge. Ce groupe montra un gain de poids moyen de 53.2 onces durant les 2 mois. Quinze des 18 enfants montrèrent une augmentation du taux de l'hémoglobine, 2 n'eurent aucune modification, et un enfant seulement afficha un déclin. Dans ce dernier cas l'hémoglobine tomba de 120% à 94%, changement qui n'indique pas une anémie de début.

Les enfants nourris avec des légumes homogénéisés dans les deux autres groupes d'âge montrèrent définitivement une plus haute fréquence d'augmentation du taux de l'hémoglobine, et une incidence moins grande et significative du déclin que chez les enfants nourris avec une ration équivalente de légumes tamisés.

TABLEAU V

Pourcentage d'enfants chez qui l'on trouva des modifications significatives du taux d'hémoglobine durant leur alimentation avec des légumes homogénéisés ou tamisés.

Groupe d'âge (mois)	*Supplément à la diète lactée*	*Nombre d'enfants*	*Pourcentage d'enfants*		
			Augmentation	*Déclin*	*Aucun changement*
1-2	Homogénéisés	18	83	6	11
	Tamisés	0			
2	Homogénéisés	160	73	11	16
	Tamisés	147	33	49	18
3	Homogénéisés	13	77	8	15
	Tamisés	26	50	50	0
Tous les groupes	Homogénéisés	191	74	10	16
	Tamisés	173	36	49	15

Des 191 enfants nourris avec les légumes homogénéisés de Libby, 74% ont eu des augmentations de l'hémoglobine, 10% des chutes et 16% ne montrèrent aucun changement. D'un autre côté, seulement 36% des 173 enfants recevant des légumes tamisés ont eu des augmentations de leur taux d'hémoglobine, 49% des chutes et 15% aucun changement.

Les données sur le nombre des globules rouges, résumées dans le tableau VI révèlent des changements analogues.

Les conclusions de ces tests d'alimentation sont que les légumes homogénéisés, comme supplément à la diète lactée, furent plus efficaces que les légumes tamisés dans la protection contre l'anémie progressive, caractéristique de ces âges reproduite dans les tableaux V et VI.

TABLEAU VI

Pourcentage d'enfants démontrant des modifications significatives du nombre de leurs globules rouges, durant l'alimentation avec les légumes homogénéisés ou tamisés.

Groupe d'âge (mois)	*Supplément à la diète lactée*	*Nombre d'enfants*	*Pourcentage d'enfants*		
			Augmentation	*Déclin*	*Aucun changement*
1-2	Homogénéisés	18	72	0	18
	Tamisés				
2	Homogénéisés	160	68	15	17
	Tamisés	147	51	42	7
3	Homogénéisés	13	62	15	23
	Tamisés	26	37	25	38
Tous les groupes	Homogénéisés	191	68	14	18
	Tamisés	173	49	40	11

(*A suivre*)

MIDALGAN MIDY

CONTRE LA DOULEUR

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

Laboratoires MIDY, Paris

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



PIPÉRAZINE EFFERVESCENTE MIDY

(Granulé effervescent)

ANTI-URIQUE TYPE



THIODÉRAZINE MIDY

(injectable) **(Ampoules 5 cc.)**

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE



THIODÉRAZINE MIDY

(buvable) **(Gouttes)**

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE



THIODACAÏNE MIDY

(Ampoules 20 cc.)

Traitement local de la DOULEUR RHUMATISMALE

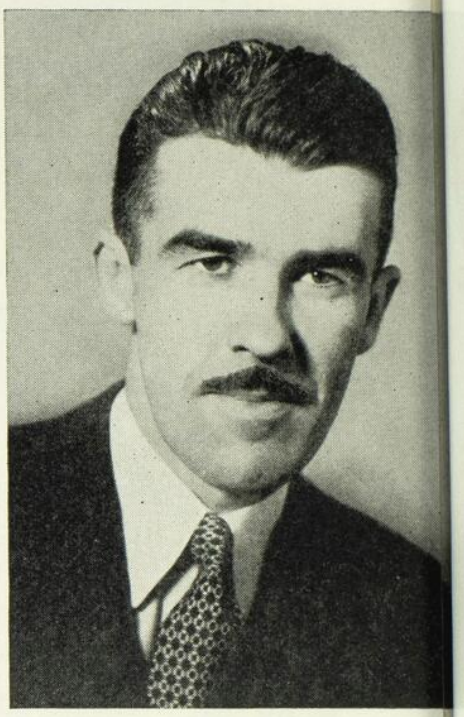
Agents pour le Canada: VINANT Limitée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL.



W. B. HONEYWELL
Toronto

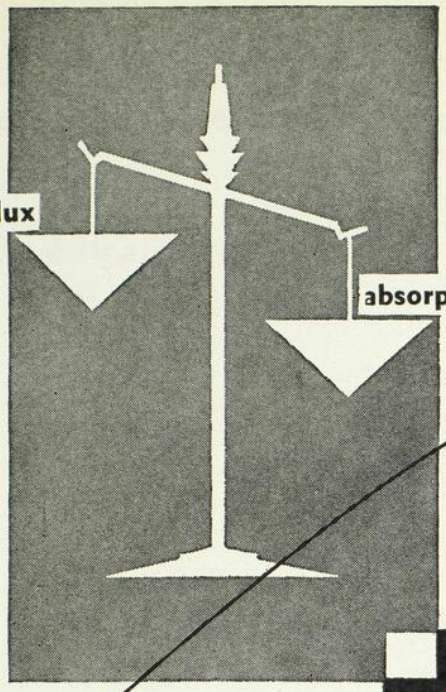


W. K. PALMER
Winnipeg



D. H. DOUGANS
Vancouver

La maison Merck & Co. Limited, Montréal, annonce la nomination de trois nouveaux gérants régionaux pour Toronto, Winnipeg et Vancouver. M. Honeywell aura ses bureaux à Toronto, comme auparavant, et il aura charge de la Province d'Ontario. Le territoire de M. Palmer comprendra les provinces du Manitoba et de la Saskatchewan, avec bureaux à Winnipeg. M. Dougans aura encore ses bureaux à Vancouver, et son territoire comprendra l'Alberta et la Colombie-Britannique.





si efficace

La marge de sécurité entre le volume du flux menstruel* et la capacité d'absorption des tampons TAMPAX est plus que suffisante. La vente de plus de deux billions de TAMPAX, au cours des douze dernières années, en est un témoignage probant. Le confort et la commodité que procurent les trois degrés d'absorption de ces tampons intravaginaux (avec applicateurs individuels) donnent entière satisfaction aux femmes.

*Am. J. Obst. & Gyn., 31: 979, 1936.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.,
BRAMPTON, ONTARIO

Publicité acceptée par "The Journal of the American Medical Association"

TAMPAX

La protection menstruelle interne de choix

Echantillons professionnels envoyés sur demande.

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
- ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
- ŒUVRES DE SANTÉ PUBLIQUE
- PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

LE VACCIN B C G

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

— Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.

— Epreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.

— 3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANS-CUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).

— FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.

Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.



ALBERT CALMETTE
1863-1933

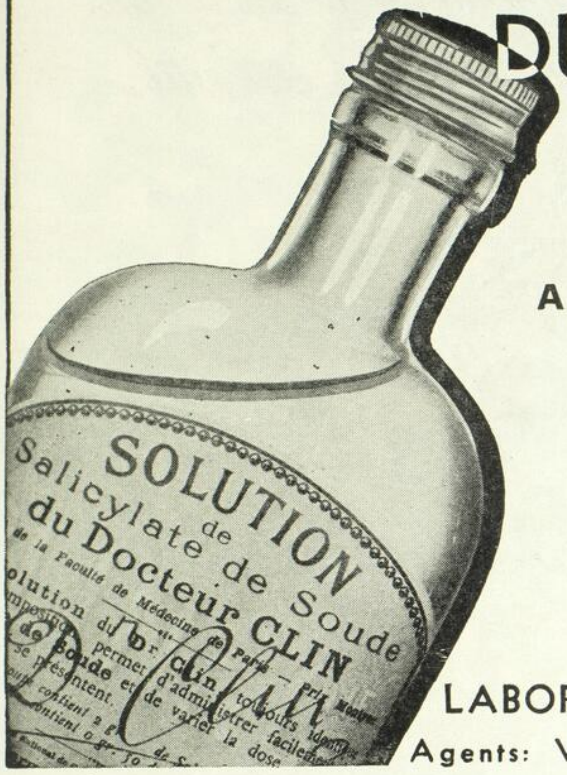
*J. A. BAUDOUIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.
A. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal, Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

LA SOLUTION
DE SALICYLATE DE SOUDE
DU DOCTEUR CLIN



RHUMATISME

ARTHRITISME • SCIATIQUE

TOLÉRANCE • ACTIVITÉ

Flacon de 300 c.c.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

Agents: VINANT Ltée, 200, rue Vallée, Montréal

SUPPOSITOIRES E. G. I.

Composition : Eucalyptol, Gaïacol, Iode.

Propriétés : Antiseptique broncho-pulmonaire des voies respiratoires.

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

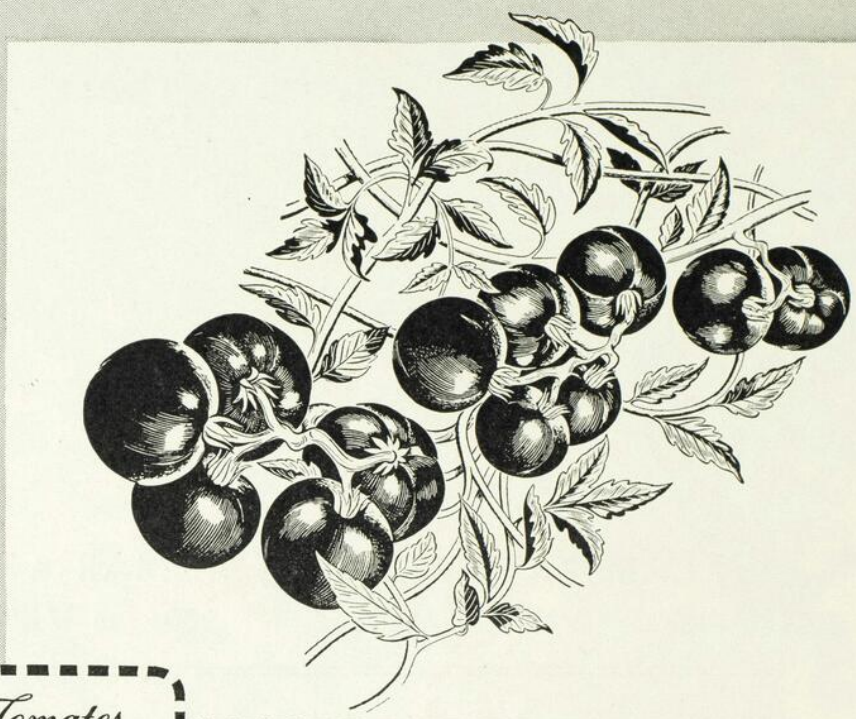
Posologie : Adultes, 1 à 5 par jour.
Enfants et Bébés, 1 à 3 par jour.

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

Laboratoires Adrian & Cie, Paris

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

Docteur— *ce renseignement sur la valeur nutritive des tomates en boîtes peut vous être utile*



Tomates

Valeur nutritive d'une portion moyenne* de tomates en boites.

Eléments nutritifs	Quantité par†		Pourcentage de la ration quotidienne recommandée‡ (a)	(b)
Energie alimentaire	25	calories	1	1
Protéines	1	gm.	2	1
Calcium	0.013	gm.	—	—
Phosphore	0.032	gm.	—	—
Fer	0.7	mg.	6	12
Vitamine A	1260	U.I.	27	22
Thiamine	0.06	mg.	8	7
Riboflavine	0.04	mg.	3	3
Niacine	0.8	mg.	10	9
Vitamine C	23	mg.	77	77

*½ tasse (120 grammes). †Tableau des Valeurs Nutritives Recommandées pour emploi au Canada, Division de la Nutrition, Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Etre Social. ‡Pourcentage basé sur la ration nécessaire pour le maintien de la santé, Prototype Diététique Canadien 1946, (a) d'une femme de 120 livres modérément active, (b) d'un homme de 160 livres modérément actif.

A découper et classer.



AMERICAN CAN COMPANY

KENTVILLE • MONTRÉAL • TORONTO • HAMILTON • WINNIPEG • VANCOUVER

PORFIRINE

COMBAT LA DÉPRESSION
(HÉMATOPORPHYRINE)

RESTAURE L'HÉMATOPOÏÈSE
(FOIE 125 gr. PAR AMPOULE)

NORMALISE LE MÉTABOLISME
(HÉMOPEPTONE)

RECALCIFIE
(LÉVULINATE DE CALCIUM)

ANÉMIES SECONDAIRES
DÉGLOBULISATIONS
THÉRAPEUTIQUES
ÉTATS DÉPRESSIFS
CONVALESCENCES

AMPOULES BUVABLES 10 cc
BOITES DE 10 ET 100

CANADA LABORATOIRES JEAN OLIVE · 200. RUE VALLÉE · MONTRÉAL

TRI GLOBINE

COMPRIMÉS

STIMULE LES FONCTIONS PSYCHIQUES
RECONSTITUE LE TISSU SANGUIN
CONTIENT FER, CUIVRE, MANGANÉSE, MAGNÉSIUM, CALCIUM

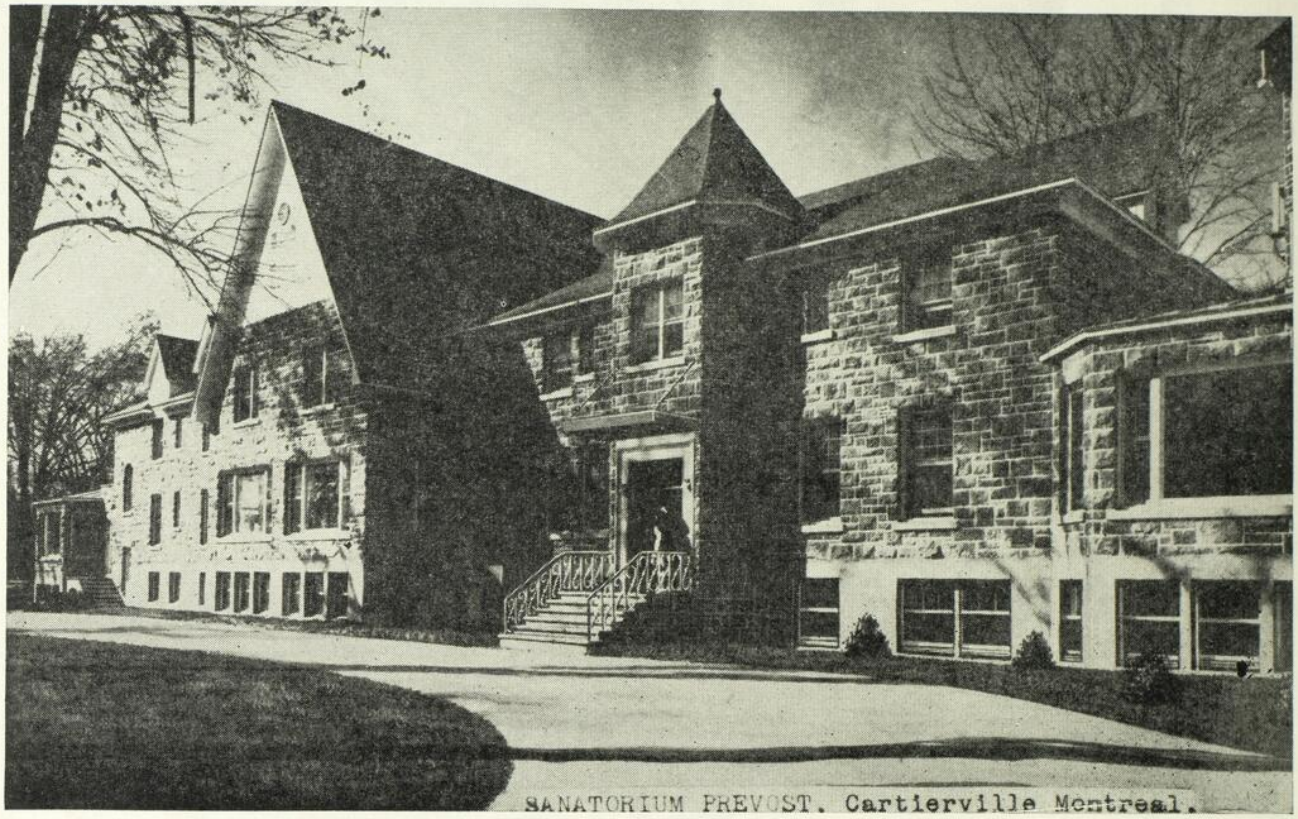


GLOBINATES
HÉMOPEPTONE
INOPHOSPHAN
HÉMATOPORPHYRINE

CARENCES EN FER
ANÉMIES HYPOCHROMES
DÉMINÉRALISATIONS
DÉPRESSIONS PSYCHIQUES
ASTHÉNIES · NEURASTHÉNIES

CANADA LABORATOIRES JEAN OLIVE · 200. RUE VALLÉE · MONTRÉAL

SANATORIUM PRÉVOST



FAÇADE SUD

L'établissement demeure toujours consacré au traitement INDIVIDUEL des affections neuro-psychiatriques en cure libre.

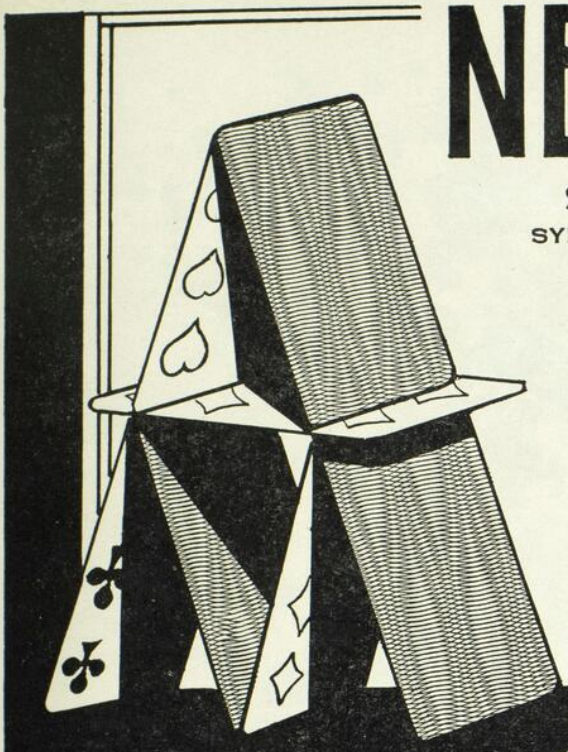
● Personnel hospitalier expérimenté. Cures de repos. Physiothérapie complète. Pyrétothérapie. Electrochocs. Insulinothérapie. Psychothérapie. Bientôt: radiothérapie; régimes confiés à une diététicienne.

BUREAU MÉDICAL:

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Ernest Brunet, Jean-Léon Desrochers, Paul Larivière, Gaston Loignon, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

Consultants: Drs Fernand Charest, Paul David, Edouard Desjardins, Roland Dussault, Léon Gérin-Lajoie, Charles-E. Grignon, Charles-E. Hébert, J.-B. Jobin, Albert Jutras, Richard Lessard, Georges Manseau, Léopold Morissette, Jules Prévost, J.-A. Vidal.

4455 OUEST BOULEVARD GOUIN, **TÉLÉPHONE: BYwater 2405★**



NEURO SOLÈNE

SÉDATIF DU VAGUE

SYNERGIE DES DOSES THÉRAPEUTIQUES FAIBLES

EXTRAIT JUSQUIAME
EXTRAIT VALÉRIANE
OXYDE DE ZINC
BARBITAL
O. GR. 017

Petits nerveux, pseudo-cardioques
1 comprimé, matin, midi et soir
Troubles du sommeil
1, à 2, en plus, au coucher

LABORATOIRES BRÉANT, PARIS - LABORATOIRES J. OLIVE 200 RUE VALLÉE - MONTRÉAL

SANS TOXICITÉ
SANS ACCOUTUMANCE - SANS INTOLÉRANCE

ÉQUILIBRE LE SYMPATHIQUE

PASSITONYL

FORMULE
pour 100 grammes:

Thiamine (B_1)	6 mgm.
Riboflavine (B_2)	8 mgm.
Acide nicotinique	72 mgm.
Nucléinate de Manganèse	0.20 gm.
Glycérophosphate de Soude	1.— gm.
Arrhénal	0.14 gm.
Fluorure de Sodium	0.05 gm.
Extrait mou de Passiflore	3.60 gms
Extrait mou de Saule	1.80 gm.
Teinture de Cratoegus	2.70 gms
Teinture de Primevère	0.90 gm.
Excipient q. s. p.	100 gms

Adultes: 1 cuillerée à dessert avant les repas, midi et soir.

Enfants: 2 cuillerées à thé par jour.

SÉDATIF et TONIQUE NERVIN

Passitonyl est à la fois un tonique et un sédatif du système nerveux destiné à ramener rapidement un équilibre normal. Les éléments toniques de la formule évitent les sensations de lassitude et de dépression que peuvent donner les sédatifs, même légers.

CALME et TONIFIE

Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée, Montréal.

pour les tissus les plus sensibles



GELÉE ANALGÉSIQUE ET LUBRIFIANTE
de Johnson

endoscopie—l'action à la fois analgésique et lubrifiante de cette gelée facilite la cystoscopie, la rectoscopie et autres examens endoscopiques.

douleurs ano-rectales—cette gelée soulage les douleurs anales et rectales; particulièrement précieuse à la suite d'une opération. Chaque tube est accompagné d'une canule rectale.

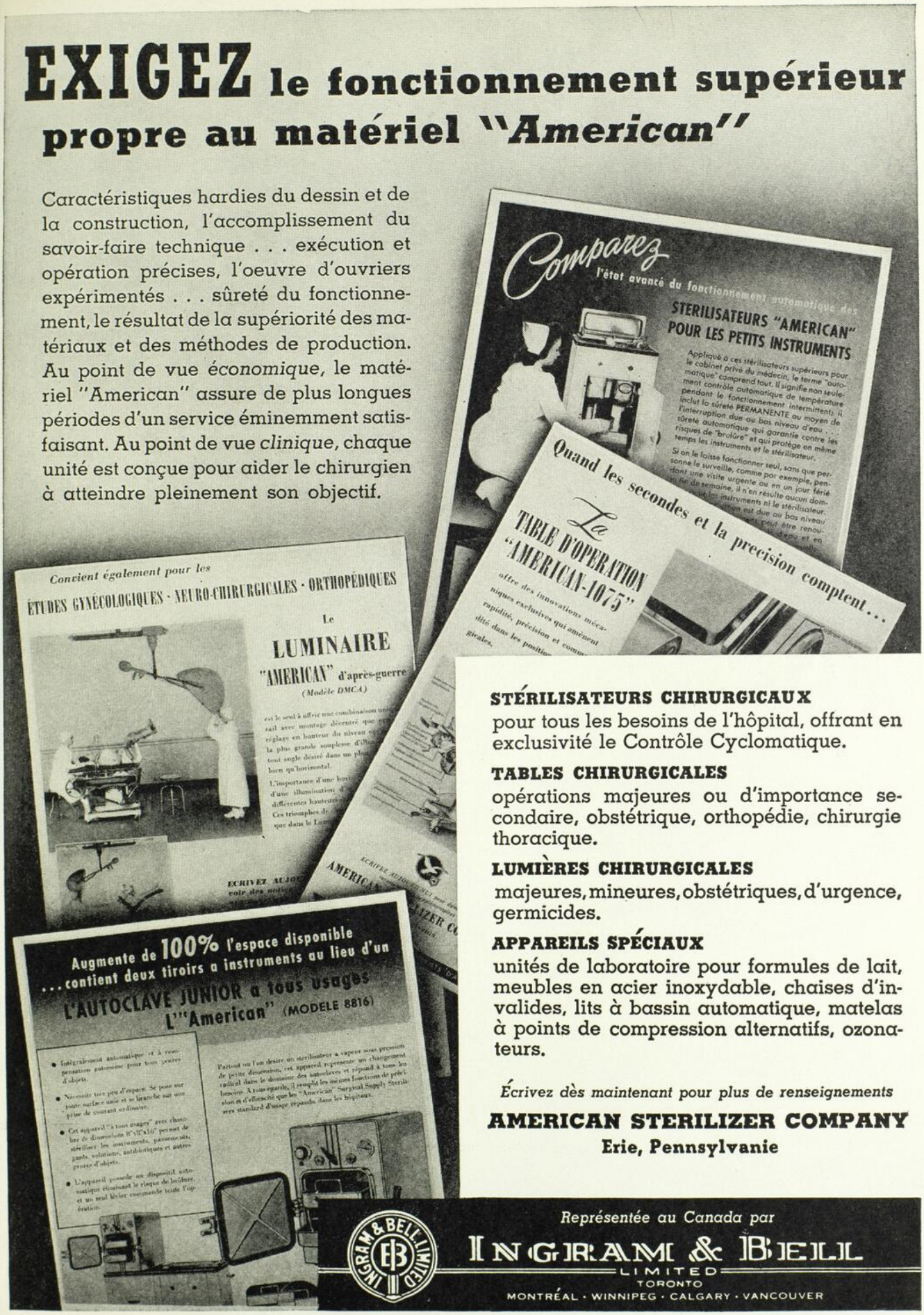
brûlures—cette gelée constitue un pansement analgésique et protecteur dans le cas de brûlures douloureuses du premier et du second degré.

COMMANDEZ-LA CHEZ VOTRE VENDEUR

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

EXIGEZ le fonctionnement supérieur propre au matériel "American"

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



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

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

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

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

Écrivez dès maintenant pour plus de renseignements

AMERICAN STERILIZER COMPANY
Erie, Pennsylvanie

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

PRESTIGE



Le prestige et l'acceptation générale dont jouit l'Aspirin ont été établis au cours d'une période de plus de quarante-sept ans, en produisant toujours le meilleur produit du genre que l'habileté scientifique permette d'obtenir. Rien de ce que vous prescrivez n'est fabriqué sous des contrôles plus rigoureux. Depuis les matières premières jusqu'au produit fini, plus de soixante-dix vérifications et essais différents sont faits. L'une des plus belles usines de produits pharmaceutiques au monde ne fabrique qu'une chose . . . *l'analgésique* pour usage à la maison . . . l'Aspirin.

The Bayer Company Ltd., 1019 Elliott Street, W., Windsor, Ontario

"Aspirin" est la marque déposée au Canada de The Bayer Company Ltd.

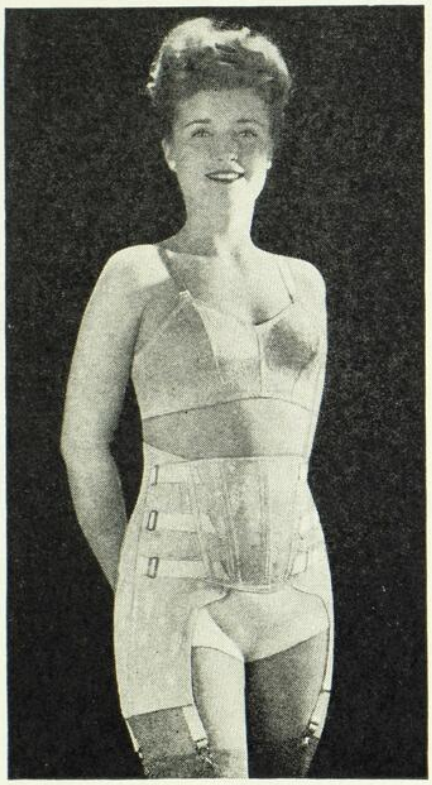
UN SUPPORT SPENCER

dans les cas post-opératoires

-- pour améliorer la tonicité musculaire

-- pour encourager une meilleure attitude

Quand un support est indiqué après une opération chirurgicale, un Support Spencer, *dessiné individuellement* pour la malade qui le portera, présente plusieurs avantages importants.



Ceinture abdominale Spencer dessinée spécialement pour cette femme. Elle s'ajuste en un instant, n'est pas élastique, ne cèdera ni ne glissera sous une tension. Le poids du support de l'abdomen est mis sur le bassin, non pas sur l'épine dorsale dans la région lombaire ou au-dessus. Remarquer le Soutien-gorge Spencer, également dessiné spécialement pour cette femme.

Par exemple, un Spencer procure compensation pour les muscles abdominaux affaiblis, sans restreindre l'activité musculaire naturelle. Cela aide la nature à restaurer la tonicité.

Un Support produit une amélioration spontanée dans l'attitude de maintien en supportant le bas abdomen et le dos avec coordination. Il modifie ainsi une inclinaison préjudiciable du bassin.

Avec un Support Abdominal Spencer, le support de l'abdomen s'effectue par en dessous, vers le haut et le dos. Le médecin peut prescrire le degré de support requis.

Les SPENCERS
sont
individuellement
dessinés
pour les malades
à la suite d'opérations
telles que:

Hystérectomie

Néphropexie

Néphrectomie

Appendicectomie

Cholécystectomie

Colostomie

Césarienne

Herniotomie

Mastectomie

Chirurgie vertébrale

Les Supports Spencer sont aussi efficaces parce que: Chaque Support Spencer est *dessiné, taillé et fait individuellement* dans nos ateliers de Rock Island, *après* qu'une corsetière a pris une description du corps et de l'attitude de maintien — ainsi que des mesures détaillées. Les instructions du médecin sont soigneusement suivies, ce qui lui assure que chaque malade aura exactement le dessin qui convient pour seconder son traitement.

Les Supports Spencer pour hommes sont d'apparence tout à fait masculine.

Pour atteindre une marchande de Supports Spencer, consultez le bottin du téléphone (sous "Corsetière Spencer" ou "Salon de Supports Spencer"). Ou écrivez-nous directement.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LTD., Rock Island, P. Q.
Angleterre: Spencer Ltd., Banbury, Oxon
Etats-Unis: Spencer, Inc., New Haven, Conn.

Veuillez m'adresser la brochure "Les Supports Spencer dans la Pratique Médicale Moderne".

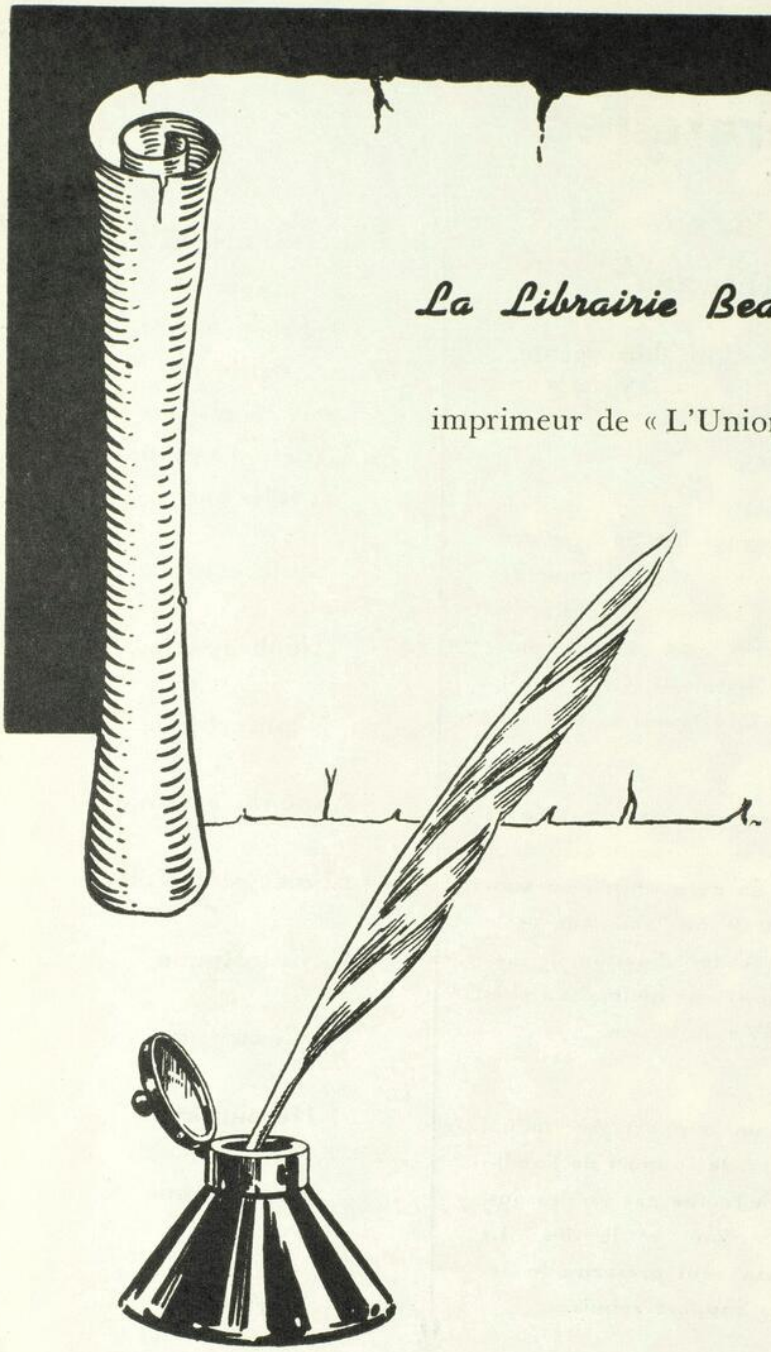
Nom.....

..... M.D.

Adresse.....

..... 10-50

SUPPORTS SPENCER dessinés individuellement



La Librairie Beauchemin Limitée

imprimeur de « L'Union Médicale du Canada »,

offre

ses services à tous les

MÉDECINS,

ANNONCEURS

et

LECTEURS

de cette revue pour tous travaux d'impression et de reliure.

- **Son outillage le plus perfectionné,**
- **Son personnel des plus avisés,**
- **Sont garantie de qualité,**
- **A des prix modérés.**

CONFIEZ-NOUS VOS TRAVAUX ET NOUS FERONS EN SORTE DE VOUS DONNER ENTIÈRE SATISFACTION.

LIBRAIRIE BEAUCHEMIN LIMITÉE

LIBRAIRES — ÉDITEURS

Imprimeurs - Relieurs - Papetiers en gros

426-430, rue ST-GABRIEL, MONTRÉAL Tél.: LAncaster 4236



J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., Montréal, Agent général pour le Canada.

DESANXYL

dragées

MÉDICATION RÉGULATRICE DU TONUS VAGO SYMPATHIQUE

d'une efficacité remarquable dans le traitement des

ÉTATS SPASMODIQUES ET ANXIEUX

2 à 6 dragées par jour avant les repas.

ARTICHOBYL

pilules

EXTRAIT ALCOOLIQUE DE FEUILLES D'ARTICHAUT

L'Artichobyl se caractérise par l'extrême douceur de son action. Il n'a pas de contre-indication, et les hépatiques, pourtant si sensibles aux médicaments, peuvent en ingérer des doses élevées sans inconvénient.

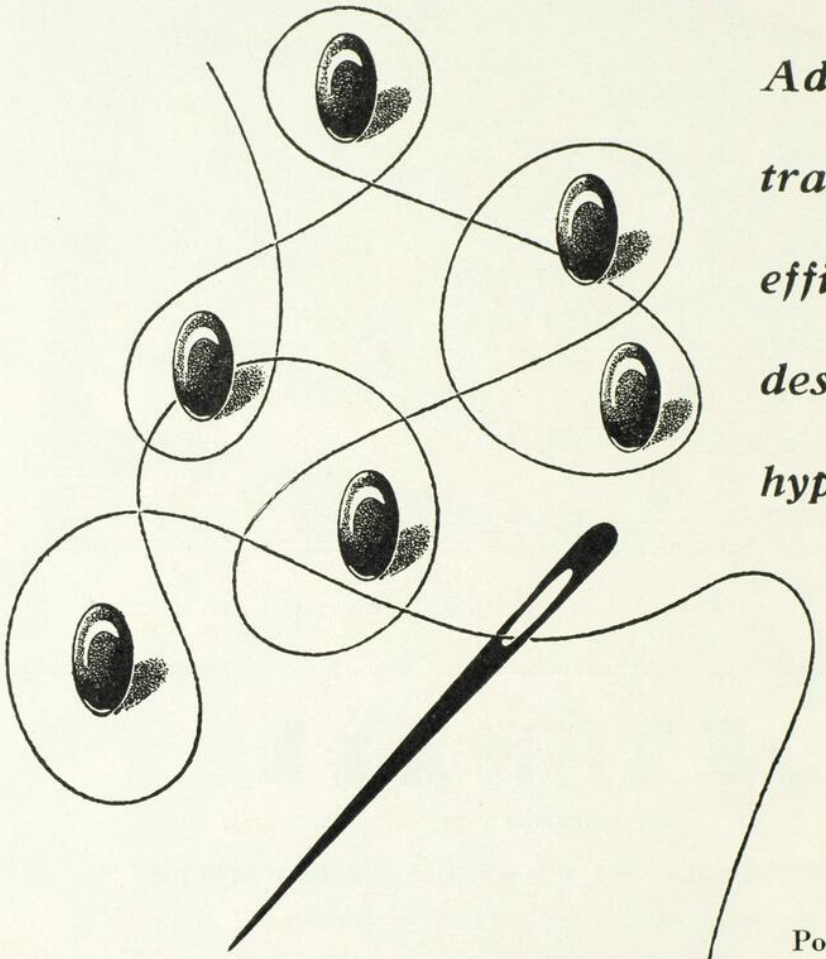
4 à 12 par jour, réparties sur la journée.

J. EDDÉ Limitée — MONTRÉAL — Agent général.

Hemosules 'WARNER'

Trade Mark

Une préparation hématinique



Adaptée au traitement efficace des anémies hypochromes

La dose quotidienne recommandée de 6 capsules fournit:

Sulfate ferreux ..... (15 gr.)	972.0 mg.
Concentré de foie 1:20 (15 gr.)	972.0 mg.
Acide folique	5.1 mg.
Chlorhydrate de thiamine (vitamine B_1)	6.0 mg.
Riboflavine (vitamine B_2) ...	6.0 mg.
Niacinamide	24.0 mg.
Chlorhydrate de pyridoxine (vitamine B_6)	3.0 mg.
Pantothénate de calcium	5.1 mg.
Acide ascorbique (vitamine C)	90.0 mg.

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

Pour le traitement

des anémies hypochromes: deux (2) HEMOSULES* trois fois par jour après les repas.

Pour la prophylaxie et ou le traitement d'entretien

dans les états prédisposant à l'anémie, i. e. grossesse, fièvre, troubles respiratoires, maladies infectieuses, troubles de la nutrition, etc.: (1 à 3) HEMOSULES* par jour ou plus, selon l'avis du médecin.

Les capsules hématiniques HEMOSULES* « Warner » sont présentées en flacons de 96.

*Nom déposé.

Dans le traitement de l'infection para-nasale, **ARGYROL** **assure**

une action multiple sans réaction

Agent bactériostatique, émollient et détersif efficace, ARGYROL démontre constamment ses avantages dans la lutte contre l'infection et dans le rétablissement des fonctions normales.

En outre, le rétablissement n'est pas entravé par la congestion compensatoire, si souvent entraînée par la plupart des vaso-constricteurs.

ARGYROL

—le médicament de choix pour le traitement de l'infection para-nasale.



La méthode Argyrol

1. Conduit nasal . . . instillations d'ARGYROL à 20% dans le canal lacrymal.
2. Voies nasales . . . gouttes d'une solution d'ARGYROL à 10%.
3. Fosses nasales . . . tamponnement avec ARGYROL à 10%.

Son triple effet

1. Décongestionne sans irriter la membrane et sans nuire à la protection ciliaire.
2. Incontestablement bactériostatique et cependant non toxique pour les tissus.
3. Nettoie en stimulant les secrétions, renforçant ainsi la première ligne de défense de l'organisme.

EXIGEZ **ARGYROL** DANS L'EMBALLAGE AUTHENTIQUE

La marque déposée ARGYROL est la propriété de A. C. Barnes Company Limited

Maintenant en vente au Canada—ARGYPULVIS, nouveau moyen efficace de vaincre le Trichomonase. Sur demande, nous vous enverrons des échantillons professionnels d'ARGYPULVIS (sous les deux formes: en poudre à insuffler, pour l'usage du praticien, et en capsules, pour l'usage complémentaire de la malade), ainsi que des prospectus.

ARGYPULVIS et ARGYROL sont fabriqués exclusivement par

A. C. BARNES COMPANY, LTD.

STE-THÉRÈSE, QUÉBEC

Carnation aide le médecin à éviter les "inconnus"

1. Pendant que la formule est en vigueur . . .

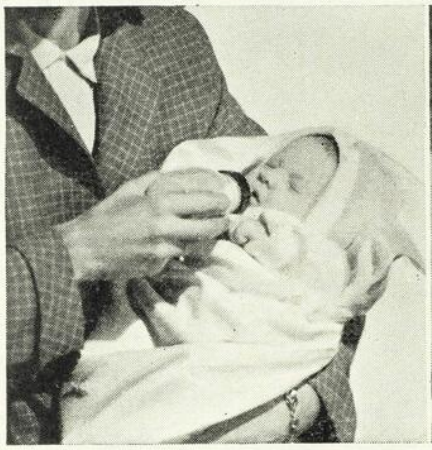
Le Lait Carnation dans de l'eau et des hydrates de carbone... est la formule sûre, éprouvée par le temps, que tout médecin connaît.

2. Quand la formule est abandonnée . . .

Carnation, dilué avec une égale quantité d'eau, est un lait entier, nutritif, qui est parfaitement uniforme et facile à digérer.

3. Et dans le gobelet de bébé !

Il n'y a pas de "goût étrange" qui complique la transition du biberon au gobelet.







Il y a assez d'inconnus dans la vie d'un enfant pour inquiéter un médecin. C'est pourquoi les médecins, depuis 50 ans, ont accueilli l'*uniformité* du Lait Evaporé Carnation, sur laquelle ils pouvaient toujours compter. *"La précision d'une ordonnance"* de Carnation, donne au médecin un contrôle plus complet de la santé et des progrès de l'enfant.

Et quand le médecin cesse la formule — les *mêmes* qualités éprouvées du Lait Carnation sont importantes. Le Lait Carnation est un lait de vache, riche et complet, évaporé, homogénéisé, enrichi avec la vitamine D, pasteurisé et stérilisé sous un contrôle sévère, dans les *propres* usines de Carnation.

Ensuite, lorsque l'enfant est prêt à boire au gobelet, les médecins apprécient la teneur uniforme de Carnation, d'année en année, en matières grasses, en minéraux, en principe coagulant, en viscosité, par exemple. Il n'y a pas de "goût étrange" qui occasionnerait de la résistance chez l'enfant lors de la transition au gobelet — pas d'autre facteur inconnu qui pourrait causer certains troubles.

Oui, du premier boire à une enfance bien portante — il n'y a pas de lait plus agréable et plus sûr que Carnation. Vous pouvez le recommander par son nom avec entière confiance.

Le Lait Que Tout Médecin Connaît



"Provenant de vaches bien nourries"

Le nouveau spécifique contre les nausées

Gravol



dans **LA GROSSESSE**

LE MAL DE MOUVEMENT

LA MALADIE DES RADIATIONS

et autres conditions ayant comme facteurs les nausées et les vomissements.

Comptes rendus tirés de la bibliographie sur le 8-chloro théophyllinate de l'éther diphénylméthylique du béta-diméthylaminoéthanol (GRAVOL).

GRAVOL DANS LA GROSSESSE

"Sur quarante-trois patientes souffrant de symptômes depuis 4-6 semaines, trente-et-une (72%) furent complètement soulagées dans une période de trois heures après le traitement. Douze patientes (28%) n'éprouvèrent pas de soulagement". (1)

GRAVOL DANS LE MAL DE MOUVEMENT

98.6% efficace comme prophylaxie du mal de mer... élimine les symptômes dans une proportion allant jusqu'à 97.6% des cas déjà déclarés. (2)

GRAVOL DANS LA MALADIE DES RADIATIONS

Sur 82 patientes souffrant de la maladie des radiations à un degré grave ou modéré, 65 ont rapporté des résultats bons ou excellents. (3)

PRÉSENTATION

Gravol est présenté en flacons de 25 et de 100 comprimés striés d'une force de 50 mg.

NOTE: A date, il n'existe aucune évidence de réactions toxiques imputables à Gravol. Toutefois, certains individus peuvent très bien éprouver un certain affaissement ou une légère confusion à la suite d'une posologie élevée ou continue.

FORMULE DE GRAVOL:

Chaque comprimé strié contient:

8-chloro théophyllinate de l'éther diphénylméthylique du bêta-diméthylaminoéthanol, 50 mg.

Références:

1. Carliner, P. E., Radman, H. M. et Gay, L. H.: Science, 110: 215 (août 26/49). 2. Gay, L. H. et Carliner, P. E.: The Prevention and Treatment of Motion Sickness, Bull. Johns Hopkins Hosp., mai 1949. 3. Beeler, J. W., Tillisch, J. H. et Popp, W. C.: Proc. Staff Meet. Mayo Clinic (sept. 14/49).

FRANK W. HORNER LIMITED

MONTRÉAL **CANADA**

Pour la première fois au Canada

STEROGYL 15

(Calciférol)

Ampoules buvables et ampoules injectables
dosées à 15 mgr. de Vitamine D_2 (600,000 U. I.)
soigneusement débarrassées de toutes substances toxiques.

PRÉSENTATION

Boîte de 1 Ampoule buvable en Solution Alcoolique.
Boîte de 1 et boîte de 4 Ampoules buvables en Solution Huileuse.
Boîte de 4 Ampoules pour injections intra-musculaires.

INDICATIONS

Rachitisme — Spasmophilie — Tétanie
Décalcification de la grossesse — Ostéoporose
Consolidation des fractures — Tuberculoses extra-pulmonaires.

Demandez le Schéma d'utilisation du STÉROGYL 15

LES LABORATOIRES ROUSSEL
Laboratoires Français de Chimiothérapie PARIS 6e

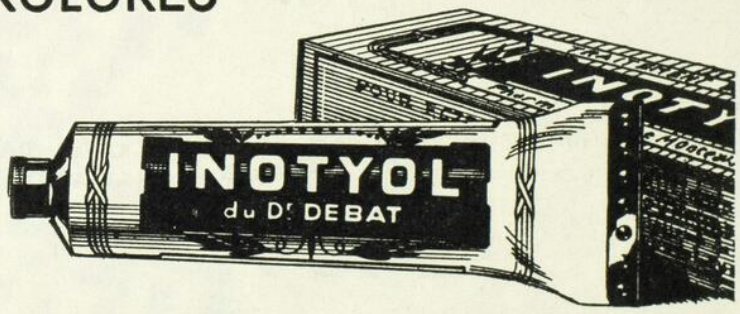
J. EDDÉ Limitée, 1154 Beaver Hall Square, Montréal.
Agent général au Canada.

ECZÉMAS

ULCÈRES - BRÛLURES

Agent Général
J. EDDÉ Ltée
MONTRÉAL

Lésions et
Irritations
de la Peau



Pommade INOTYOL

J. EDDÉ Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., Montréal, Agents pour le Canada.

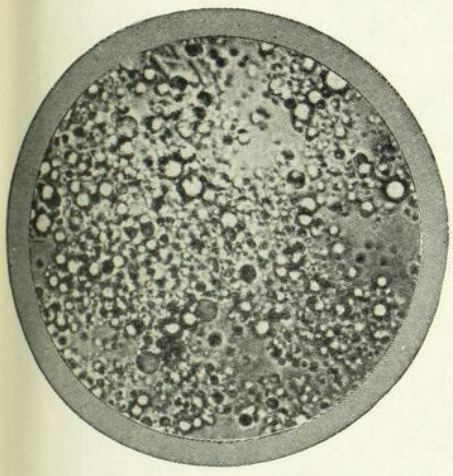
Supérieure pour le soin de l'épiderme des bébés!

LA LOTION JOHNSON POUR BÉBÉS

VOICI une technique *nouvelle* — une technique remarquable — pour enrayer l'irritation de l'épiderme chez les bébés!

La nouvelle Lotion Johnson pour Bébés . . . douce, onctueuse, blanche, antiseptique . . . a été mise à l'épreuve pendant une période de deux ans sur plusieurs centaines de nourrissons dans un hôpital renommé.

Les résultats de ce traitement pourtant si simple de l'épiderme indiquent une *diminution impressionnante* des cas de fièvre miliaire (qui peut amener des infections secondaires plus graves). Même pendant les chaleurs de l'été, la performance de la Lotion Johnson pour Bébés fut *remarquable*



La Lotion Johnson pour Bébés produit une pellicule discontinue (1000x)



La Lotion Johnson pour Bébés est une émulsion homogène d'huile minérale et de lanoline dans l'eau, avec addition d'un antiseptique bénin (hydroxy quinoline).

Après évaporation de l'eau, une pellicule discontinue (voir la photomicrographie) est laissée sur l'épiderme de l'enfant.

Ceci permet à la sueur de se dégager facilement et à la chaleur de s'échapper normalement par rayonnement.



LOTION JOHNSON POUR BÉBÉS

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

GRATIS! Postez ce coupon pour un flacon d'essai!

U.M.-100

Johnson & Johnson Limited,
Division des Produits pour Bébés,
2155, boulevard Pie IX, Montréal.

Veuillez m'envoyer, gratuitement, une bouteille d'essai de la Lotion Johnson pour Bébés.

Nom .....

Rue .....

Localité ..... **Prov.** .....

ENFIN!

pureté rigoureuse et uniformité du jus d'orange pour les bébés!

LE JUS D'ORANGE "BIB" EST DE QUALITÉ "VÉRIFIÉE"

1. ACIDE ASCORBIQUE

L'AMA précise qu'un bébé d'un an a besoin de 30 mg./100 cc. de vitamine C par jour (35 mg./100 cc. suffiront jusqu'à l'âge de six ans). Pour être certaine d'une teneur suffisante, l'AMA spécifie qu'au moins 40 mg./100 cc. d'acide ascorbique naturel doit être contenu dans le produit fini. De fait, "BIB" contient environ 50 mg./100 cc.

2. TENEUR EN VITAMINE C GARANTIE

La prétention d'une teneur de 40 mg./100 cc. d'acide ascorbique naturel dans le Jus d'Orange "BIB" s'appuie sur des analyses constantes du Dept de l'Agriculture des E.-U. Le Jus d'Orange "BIB" possède **le sceau d'approbation de l'Association Médicale Américaine.**

3. CONTRÔLE DES BACTÉRIES

La pasteurisation instantanée élimine le besoin de précautions élaborées à prendre à la maison — et "tue" les bactéries, plutôt que d'en retarder simplement la croissance, comme dans les jus congelés.

4. SAVEUR (CONTRÔLÉE)

Le choix de fruits riches en acide ascorbique et pauvres en acide citrique aide à l'uniformité. Ceci, plus une formule scientifiquement préparée et l'addition de dextrose, si nécessaire — établit l'index d'Acide Brix (rapport entre les sucres solides et l'acide citrique) — et donne au Jus d'Orange "BIB" un goût uniforme, **qui plaît aux bébés.**

5. TOLÉRANCE ET ALLERGIES

L'huile d'écorces, souvent une source d'allergies et une cause de rejet ou de refus de la part des bébés — est pratiquement absente du Jus d'Orange "BIB". Un filtrage appropriée élimine la pulpe — le rend plus facile à faire boire, surtout à la bouteille.

Pour échantillon — écrivez à
Canadian Canners, Limited, Hamilton, Ont.



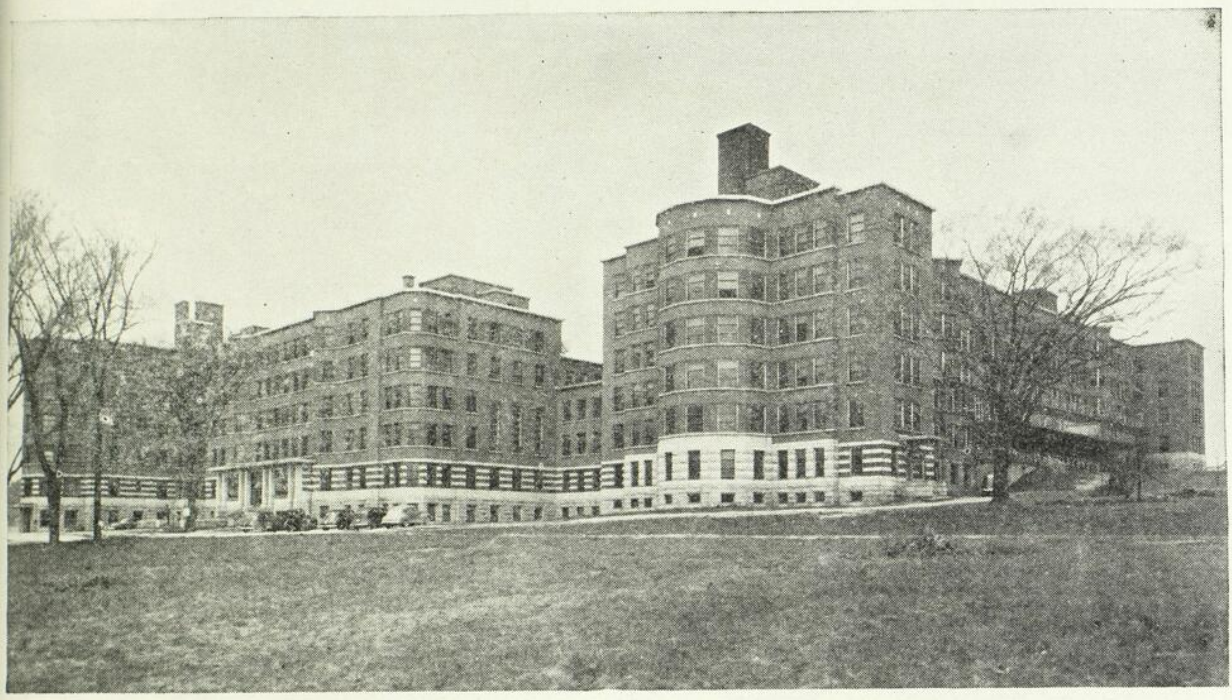
JUS D'ORANGE "BIB"

distribué aux épiciers du Canada par
CANADIAN CANNERS LIMITED, HAMILTON,
fabricants de
Nourritures AYLMER pour les bébés

La Réfrigération Frigidaire conserve les denrées toujours fraîches

à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, P.Q.

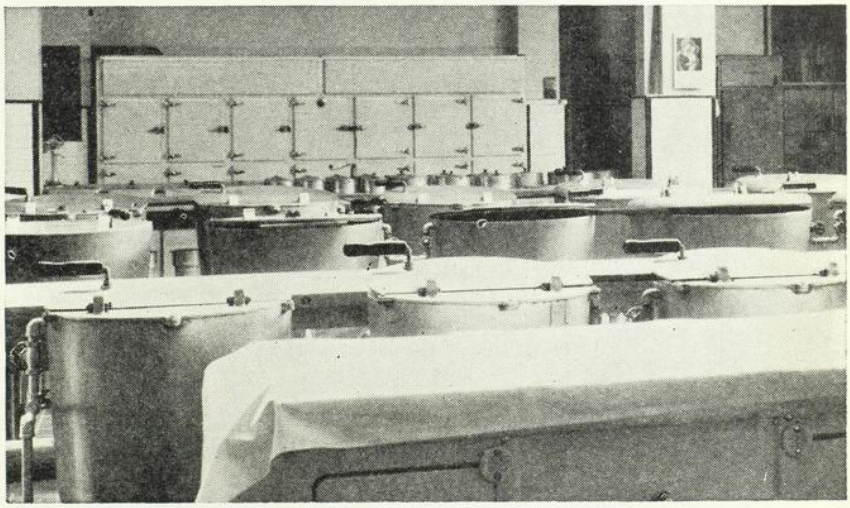
Frigidaire depuis la construction de l'hôpital, soit depuis 1943" écrit M. Lucien Hébert, de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, P.Q. "Nous avons, en tout temps, été satisfaits de son rendement". C'est la Compagnie H.C. Wilson & Sons Ltd., de Sherbrooke qui a fait la vente et l'installation de l'équipement Frigidaire à l'Hôtel-Dieu.



Une partie de la cuisine principale de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, P.Q. L'équipement comprend des chambres frigorifiques pour la viande, les légumes et les produits laitiers, un réfrigérateur, accessible de l'extérieur, de 160 pieds cubes et muni de 14 portes, et en plus, douze réfrigérateurs domestiques dans les cuisines aux différents étages.

Dans des milliers d'hôpitaux, d'institutions et d'autres édifices, l'équipement Frigidaire s'attire des éloges pour la façon dont il s'acquitte de toutes les tâches de réfrigération.

Il est tout naturel qu'on s'adresse à Frigidaire lorsque les exigences de réfrigération sont si diverses, car Frigidaire est le chef de file dans l'industrie de la réfrigération. C'est Frigidaire qui offre la plus grande variété de produits pour le réfrigération commerciale. Frigidaire vous fait profiter de la haute expérience de ses ingénieurs et de son personnel d'installation. Les standards de fabrication Frigidaire et General Motors sont les plus élevés de l'industrie. Frigidaire vous assure l'équipement approprié, la sécurité et l'économie de fonctionnement qui vous sont nécessaires dans vos édifices. Consultez votre marchand local Frigidaire en réfrigération commerciale. Ou postez ce coupon pour être pleinement reseigné.



ADRESSEZ CE COUPON POUR AVOIR TOUS LES DÉTAILS

Frigidaire Products of Canada, Limited
Dépt. UM
Montréal, P.Q.

Veuillez me renseigner sur l'équipement de réfrigération requis pour.....

.....

Nom.....

Adresse.....

Ville.....Prov.....

X-294F

FRIGIDAIRE

Products of Canada, Limited, Montreal, P.Q.

FRIGIDAIRE EST FABRIQUÉ EXCLUSIVEMENT PAR GENERAL MOTORS

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

L'examen peut être passé en MÉDECINE, ou en médecine en accentuant sur l'une des spécialités suivantes:

Anesthésie
Dermatologie et syphiligraphie
Neurologie
Psychiatrie
Pédiatrie
Radiodiagnostic
Radiothérapie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

L'examen peut être passé en CHIRURGIE, ou en chirurgie en accentuant sur l'une des spécialités suivantes:

Neuro-chirurgie
Obstétrique et gynécologie
Ophtalmologie
Chirurgie orthopédique
Otolaryngologie
Urologie

CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

L'examen peut être passé dans une des spécialités suivantes, approuvées pour le certificat:

SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Anesthésie
Dermatologie et syphiligraphie
Médecine interne
Neurologie
Psychiatrie
Pédiatrie
Pathologie
Bactériologie
Médecine physique
Santé publique
Radiodiagnostic
Radiothérapie

SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

Chirurgie générale
Neuro-chirurgie
Obstétrique et/ou gynécologie
Ophtalmologie
Chirurgie orthopédique
Otolaryngologie
Chirurgie plastique
Chirurgie thoracique
Urologie

Les demandes concernant les examens de 1951 doivent être présentées avant le **30 avril 1951.** Il ne sera pas tenu aucun compte des demandes faites après cette date.

Copies des règlements concernant les examens pour le titre d'Associé, et pour le certificat de spécialiste, ainsi que des formules de demande peuvent être obtenues en s'adressant comme suit:

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

BETAGEN

VITAMINE B COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

PRINCIPAUX COMPOSANTS

Vitamine B_1
(chlorure de Thiamine)
Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B complexe
B_3, B_4, B_5, B_6
Lécithine d'œufs
Avénine

Glycérophosphates
de Sodium
de Calcium
de Potassium
de Strychnine (1/60 gr. à l'once)

Tonique et Aliment Nervin

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie

Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.

Déséquilibre nerveux.

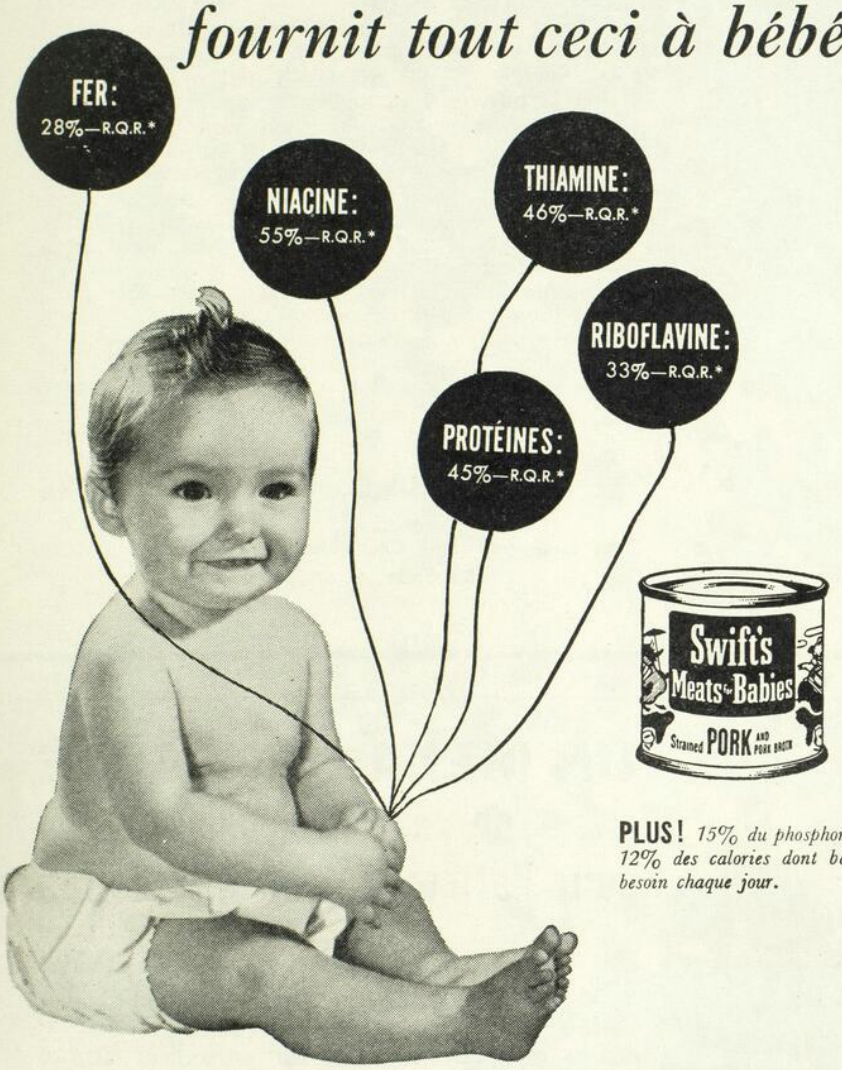
Saveur agréable — Tolérance parfaite.

La Cie **CANADA DRUG CO.,** *Montréal*

Une boîte moyenne de

PORC PASSÉ AU TAMIS SWIFT'S

fournit tout ceci à bébé!



PLUS! *15% du phosphore* et 12% des calories dont bébé a besoin chaque jour.*

La capacité limitée de bébé demande à ce que ses aliments contiennent en grande quantité des éléments nutritifs de qualité supérieure. La viande est un de ces aliments. C'est pourquoi tant de médecins recommandent de servir une portion quotidienne de Viandes Swift's pour Bébés dès le plus jeune âge.

Excellente Source de Protéines

Toutes les Viandes Swift's pour Bébés sont une excellente source de protéines complètes et de fer. Les bébés ont besoin de tous ces éléments nutritifs en grande quantité tous les jours.

Pour aider le bébé à prendre de bonnes habitudes alimentaires, Swift offre une variété complète—soit de viandes Passées au Tamis ou Coupées en Dés—boeuf, agneau, porc, veau, foie, coeur. Toutes les six, de la viande 100%, sont parées pour réduire la quantité de gras à un minimum. Toutes sont soigneusement cuites, et prêtes à servir.

**3½ onces, approximativement 100 gm. par boîte. Tous les chiffres donnés ci-dessus sont basés sur la Ration Quotidienne Recommandée du National Research Council, pour un bébé de moins d'un an, excepté les chiffres pour le phosphore, qui sont basés sur la Ration Quotidienne Minimum du U.S. Food and Drug Department pour un bébé d'un an. Remarque: Le pourcentage de protéines s'applique à un bébé de moins d'un an, pesant 22 livres. Les chiffres ci-dessus varieront nécessairement suivant les changements naturels de la viande.*

Toutes les déclarations concernant l'alimentation qui sont contenues dans cette annonce ont l'approbation du Comité des Aliments et de la Nutrition de l'Association Médicale Américaine.

SWIFT

. . . la première marque en fait de viandes . . . la première maison à préparer et à éprouver au point de vue clinique les Viandes 100% pour Bébés.

Etudes Cliniques en Cours sur l'Alimentation Carnée

RAPPORT NO 5

EFFETS DE LA VIANDE DANS L'ALIMENTATION D'UN LARGE GROUPE D'ENFANTS DANS UNE INSTITUTION

Cette étude a été faite pour se rendre compte des effets que produit la Viande Swift's Passée au Tamis dans l'alimentation des bébés pendant une période d'au moins un an. De nombreuses observations ont été faites et les résultats sont arrangés en tableaux pour connaître le rapport entre l'alimentation carnée et la croissance, la composition du sang, l'incidence et la gravité des infections, et le bien-être général des bébés.

Cette étude fait partie d'un programme de recherches cliniques intensives faites actuellement grâce aux subventions de la maison Swift.

Baby's Own s'honore de votre confiance



Depuis longtemps la profession médicale honore les produits BABY'S OWN de sa confiance. Et les fabricants de BABY'S OWN sont convaincus que c'est la pureté, scrupuleusement contrôlée, de leurs produits qui leur vaut cet honneur. Nous nous renseignons constamment sur les nouvelles méthodes thérapeutiques approuvées par les médecins afin de conserver à nos produits leur qualité incomparable. La pureté et la douceur du savon, de l'huile (libre de tout antiseptique) et de la poudre BABY'S OWN sont d'une importance capitale pour l'épiderme des bébés. Si vous désirez utiliser ou recommander en toute confiance des articles de toilette pour les soins de l'épiderme des bébés, vous ne trouverez mieux que BABY'S OWN.

Baby's Own - HUILE - SAVON - POUDRE

The J. B. Williams Co. (Canada) Limited
La Salle, P. Q.



Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY Limited, Montréal et Toronto.

UN MÉLANGE LACTÉ
de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

The CANADA STARCH CO., Ltd.
Montréal

Veuillez m'envoyer
- ☐ CALCULATEUR
- ☐ Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- ☐ TABLETTES DE FORMULES
- ☐ La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- ☐ La brochure: "DEXTROSOL"

Nom .....

Adresse .....

.....

SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de maïs... un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants... des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

CERTIFICATION EN HYGIÈNE PUBLIQUE

Le Conseil du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada a résolu d'accorder des certificats en HYGIÈNE PUBLIQUE, reconnue comme spécialité. D'ici le 31 décembre 1950, les demandes seront acceptées pour le certificat en HYGIÈNE PUBLIQUE sans examen pour ceux qui ont 10 ans ou plus de service signalé en hygiène publique ou en médecine préventive.

Ceux qui désirent se présenter à l'examen de 1951 pour l'obtention d'un certificat en Hygiène Publique doivent poser leur candidature avant le 30 avril 1951.

Les formules de demande et autres renseignements seront obtenus en s'adressant au:

Secrétaire Honoraire, 150, rue Metcalfe, Ottawa, Ontario.

Hydrocholérétique

Cholagogue & Diurétique

COMPRIMÉS

IDROCOL

▼

ASGRAIN & HARBONNEAU Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE, MÉDICAL ET SCIENTIFIQUE

VALERIANETS-DISPERT®

Sédation et euphorie pour les patients nerveux et irritables

Chaque comprimé contient 0.05 Gm. d'extrait de valériane finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité. Sans odeur et sans goût. N'est pas sujet à accoutumance.

PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Un léger calmant du système nerveux central. Indiqué dans les cas de troubles émotifs, états d'anxiété, insomnie nerveuse, ainsi que dans le syndrome nerveux de la ménopause et dans certains cas d'artériosclérose.

1 ou 2 comprimés au besoin ou 3 comprimés au coucher. En flacons de 50, 100 et 500.

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC. 1123 Broadway, New York

Distributeur au Canada: **LYSTER CHEMICALS, Ltd. 222 Hospital St., Montreal 1, Canada**

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . COQUELUCHE . .

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

Lunettes verres ophtalmiques

— o —

Examen de la vue

— o —

ALBANY PHILIE. O.D.
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS
BUREAU CHEZ
Dupuis Frères LIMITÉE
MONTREAL

Timarol Astier

Acide Dehydrocholique, dl-Methionine, Inositol, Methenamine

réduit le taux du cholestérol sanguin

une synergie médicamenteuse qui rétablit le bon fonctionnement du métabolisme des lipides

le Timarol est indiqué dans les

- cirrhoses et infiltration graisseuse du foie
- cholécystites et angiocholites
- intoxications (professionelles et médicamenteuses)

Demander littérature et échantillons à

ROUGIER FRÈRES, 350 rue Le Moyne, Montréal 1
Fabricants et Concessionaires au Canada pour les
Laboratoires du Dr. P. Astier, Paris, France

COMPRIMÉS

TRI-SULFA

SODIUM BICARBONATE

ASSOCIATION RATIONNELLE DES SULFAS.

CRISTALLISATION ET CALCUL RÉNAL ÉVITÉS PAR L'ALCALINISATION DE LA FORMULE:

Aussi TRI-SULFA en suspension contient 0.30 gram. par cuillerée à thé.

SULFATHIAZOLE
SULFAMÉRAZINE
SULFADIAZINE

0.50 gram. du mélange par comprimé.

Aussi TRI-SULFA sans bicarbonate, à 0.50 gram. par comprimé et 0.30 gram. par comprimé pour enfant.

La Cie CANADA DRUG CO., Montréal

notre famille compte maintenant 3 membres!



Elle s'est augmentée de deux nouveaux titres de lait!

Au Lait Semi-écrémé "Farmer's Wife", que tout le monde connaît, Cow & Gate ont ajouté deux nouveaux titrages de lait pour l'alimentation des enfants. La même qualité d'excellence qui a rendu "Farmer's Wife" si populaire se retrouve dans ces nouveaux produits.



NO.	COULEUR DE L'ETIQUETTE	CORPS GRAS	CORPS GRAS RECONSTITUES ½ EAU ½ LAIT	MATIERES SOLIDES	CALORIES PAR ON.	
1	ROUGE	8%	4.00%	26%	45	Lait évaporé ordinaire
2	BLEUE	4.00%	2.00%	22%	32	Lait semi-écrémé concentré
3	JAUNE	2.00%	1.00%	22%	29	Lait écrémé concentré

S.V.P. demandez le formulaire de poche et autre documentation.

COW & GATE

(CANADA) LIMITEE

GANANOQUE, ONTARIO

POUR LA PREMIERE FOIS — TROIS TITRES DE LAIT CONCENTRE

NOTRE SERVICE PROFESSIONNEL DE PERCEPTION
est spécialement
DESTINÉ AUX MEMBRES DU CORPS MÉDICAL

MM BUREAU Enr.,
266 ouest, rue Notre-Dame — Ch. 41, Montréal
HA. 6419
Marcel MARISSEAU, prop.-gérant

Taux de 25% pour MM. les Médecins et Chirurgiens

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse au secrétariat: 326 est, Boulevard St-Joseph — LA. 9888, afin qu'ils puissent recevoir l' « UNION MEDICALE DU CANADA » sans aucune interruption.

MAISON À VENDRE. Cottage semi-détaché, Côte Saint-Antoine, coin Girouard. Lignes de tramways et d'autobus à proximité. Récemment remodelé et décoré. Occupé depuis 16 ans par médecin avec bureau et domicile. Système d'intercommunication radiophonique à chaque étage. Monte-charge. Chauffage à l'huile. Garage chauffé avec chambre de bonne au-dessus. Sera libre en octobre.

Docteur L.-Henri Gariépy,
5486, Côte Saint-Antoine,
Montréal 28.

POSITION VACANTE. L'Hôpital Général Universitaire d'Ottawa demande un assistant radiologiste. Veuillez soumettre votre âge, votre nationalité, votre religion, l'école médicale dont vous êtes gradué, votre entraînement radiologique et le salaire que vous vous attendez d'obtenir, vous adressant à la Supérieure de l'Hôpital Général d'Ottawa.

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories (Pentothal Sodique) ..... XLI - XLII
American Can Co. (Tomates) LX
American Sterilizer Company (Matériel "American").. LXV
Ames Company of Canada Ltd. (Decholin) XXVII
Anglo-French Drug Co. Limitée (Vi-Mi Caps) XLIV
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Alphamette) — (Supplavite) — (Prémarine) ..... XXI - XXII
Barnes Co., Limited, A. C. (Argyrol) LXXI
Bayer Co. Limited (The) (Aspirin) LXVI
British Drug Houses (Canada) Limited, The (Le supplément diététique B.D.H.) XLVIII
Canada Drug Company (Betagen) LXXVIII
Canada Drug Company (Pavéral) — (Tri-Sulfa) LXXXII
Canada Starch Co., Limited (Mélange lacté) LXXX
Canadian Canners Limited (Jus d'orange pour bébés) LXXVI
Canadian Tampax Corporation Limited LVII
Carnation Co. Limited (Uniformité) LXXII
Casgrain et Charbonneau Limitée (Idrocol) LXXXI
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) LXXVIII
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) LXXXI
Compagnie Ciba Limitée (Neuro-trasentine) — (Eticylol) ..... XV - XVI
Compagnie Ciba Limitée (Cibalgine) LII
Cow & Gate (Canada) Limitée (Lait Farmer's Wife) LXXXIII
Dupuis Frères (Examen de la vue) LXXXII
Eddé, J., Limitée (Neurinase) — (Alepsal) — (Desanxyl) — (Artichobyl) LXIX
Eddé, J., Limitée (Sterogyl 15) — (Inotyol) LXXIV
Eli Lilly and Company Limited ..... Première page de la couverture
Frigidaire Products of Canada, Limited (Réfrigération d'hôpitaux) LXXVII
Frosst, Charles E. & Co. (Mannirutin) — (Trulfacillin) VII - VIII
Frosst, Charles E. & Co. (Trulfacillin) IX
Frosst, Charles E. & Co. (Composé Questrin) IV
Herdt & Charton, Inc. (Vertavis) — (Osmopak) XLV
Herdt & Charton, Inc. (Agrippol) XLVII
Herdt & Charton, Inc. (Robuden) XLIX
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II
Horner Limited, Frank W. (Gravol) LXXIII
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) LVIII
Johnson & Johnson Limited (Anesthetic) LXIV
Johnson & Johnson Limited (Lotion Johnson pour bébés) LXXV
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Neurophen) XX
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Arthro-dox) XL
Laboratoires Desbergers Limitée (Rubion-Heparos) ..... Quatrième page de la couverture
Laboratoires Desautels Limitée (Passodine) XXXIV
Laboratoires Jean Olive (Porfirine) — (Triglobine) LXI
Laboratoires Jean Olive (Neurosolène) — (Passitonyl) LXIII

Pages

Lederle Laboratories (Auréomycine) XI
Libby, McNeil & Libby of Canada Limited (Homogénéisation) LIV
Librairie Beauchemin Limitée LXVIII
Mead Johnson & Company of Canada Limited (Dextri-Maltose) ..... Troisième page de la couverture
Merck & Company Limited (Cortone) I
Merck & Company Limited (Nominations) LVI
Merrell Co., The Wm. S. (Mercodol) XXXVIII
Millet, Roux & Cie (Spasmosédine) XIII
M M Bureau (Perception de comptes) LXXXIV
Mowatt & Moore Limited (Livifer) XIX
Nestlé's Milk Products (Canada) Limited (Lait évaporé) LIII
Parke, Davis & Company (Chloromycetin) XXXVII
Pfizer & Co. Inc., Chas. (Terrabon) XVII
Picker X-Ray of Canada Limited (Constellation) — (Pictronic) LI
Poulenc Limitée (Stovaginal) ..... Deuxième page de la couverture
Robins Company, Inc. (A. H.) (Robitussin) XXIX
Robins Company, Inc. (A. H.) (Pabalate) XXXV
Rougier Frères (Digitaline Nativelle) V
Rougier Frères (Timarol Astier) LXXXII
Sandoz Pharmaceuticals Limited (Mésantoïne) XXVIII
Sanatorium Prévost LXII
Sharp & Dohme (Canada) Limited (Thalexyl) XXXIX
Sharp & Dohme (Canada) Limited (Lyo B-C avec B_{12}) L
Shuttleworth Chemical Co. Limited, The E. B. (Tensol E.B.S.) XLVI
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Eskaphen B Elixir) III
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Fesofer) .. XLIII
Smith & Nephew Limited (Gypsona) — (Jelonet) — (Elastocrêpe) XXX
Spencer Supports (Canada) Limited LXVII
Standard Pharmaceutical Co., Inc. (Valerianets-dispert) LXXXI
Swift Canadian Co. Limited (Viandes pour bébés) LXXIX
Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal Iodum Valor) LXXXVI
Vinant Limitée (Pulmo-Bailly) — (Rhinamide) XXIV
Vinant Limitée (Spécialités Midy) LV
Vinant Limitée (Solution Clin) — (Suppositoires E.G.I.).. LIX
Vinant Limitée (Caréna) — (Genoscopolamine) XXXVI
Warner & Co. Limited, William R. (Hemosules) LXX
White Laboratories of Canada (Mol-iron) XXV
White Laboratories of Canada (Aspergum) XXXIII
Williams Co. (Canada) Limited, The J. B. (Baby's Own) LXXX
Winthrop-Stearns Inc. (Néo-synéphrine + pénicilline cristallisée) XVIII
Wingate Chemical Co. Limited, The (Sulfa-lactate co.-MRT) XXVI
Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Beplete) — (Wychol) ..... XXXI - XXXII
X-Ray & Radium Industries Limited XXIII

Sal-Iodum Valor

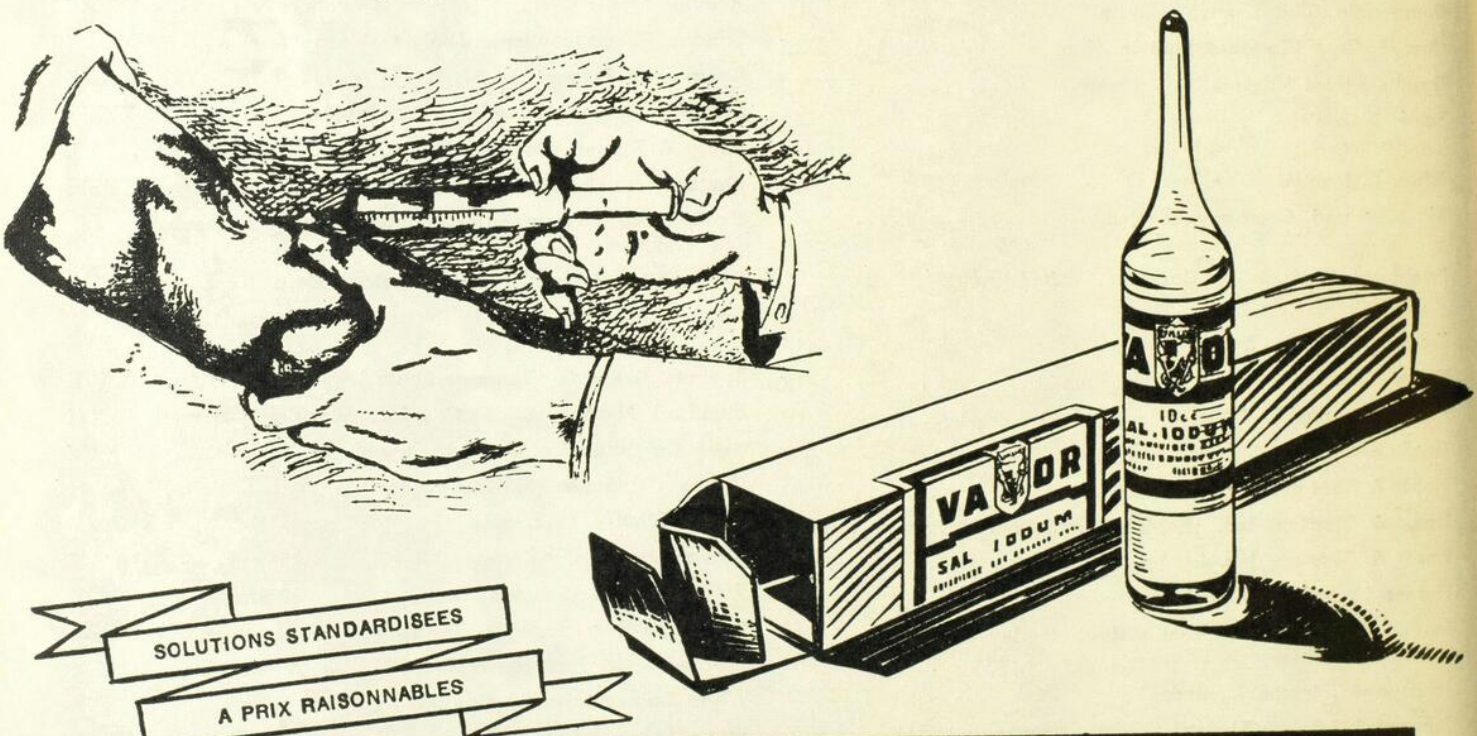
UN SPECIFIQUE DU RHUMATISME

L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.

L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore *et* sans danger, *les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.*

Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, *dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.*

Posologie: *Une injection* (20 cc.) *peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.*



SOLUTIONS STANDARDISEES

A PRIX RAISONNABLES

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTRÉAL

VALOR

IMPRIMÉ AU CANADA



"La vérité n'a point d'âge" *Thomas Fuller, 1639*

Au cours des ans, les idées, les théories et les conceptions peuvent changer de pair avec les nouvelles découvertes et l'évolution de la science.

Mais la vérité n'a point d'âge.

Quelle que soit l'oscillation du pendule, la vérité demeure le centre de sa course.

A cause de ses qualités inhérentes, Dextri-Maltose* est plus que jamais l'hydrate de carbone de choix dans les hôpitaux. Il jouit de la confiance d'un nombre toujours grandissant de médecins.

Le médecin qui prescrit le Dextri-Maltose dans l'alimentation des enfants suit ce que l'expérience a confirmé, car aucun autre hydrate de carbone ne jouit d'une réputation aussi favorable et éprouvée dans les épreuves cliniques.

Quelque soit l'oscillation du pendule, les faits sont toujours des faits, et la vérité n'a point d'âge.

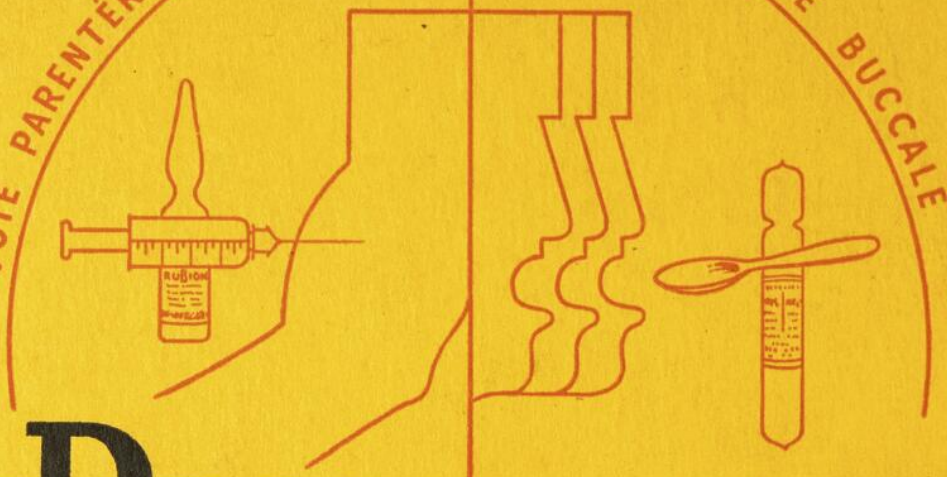
MEAD'S

MEAD JOHNSON & CO.
OF CANADA, LIMITED
BELLEVILLE, ONTARIO

*Marque déposée

VOIE PARENTÉRALE

VOIE BUCCALE



RUBION HEPAROS

VITAMINE B_{12} DESBERGERS

Principe Anti-Anémie Pernicieuse
du Foie de Veau

Ampoule 1 c.c.
Contenant 15 microgrammes de
Vitamine B_{12} cristallisée
en solution saline

Vial 5 c.c.
Contenant 30 microgrammes de
Vitamine B_{12} cristallisée
par c.c.

Posologie :
1 c.c. par 15 jours ou à intervalle plus rapproché, selon la gravité du cas.

AUCUNE INTOLÉRANCE

FOIE DE VEAU CONCENTRÉ
et
ACIDES AMINÉS

Contient Vitamine B_{12} et tous les autres facteurs anti-anémie secondaire

---

Indications :
Anémies secondaires, aussi comme médication de support dans le traitement spécifique de l'anémie pernicieuse.

Posologie :
Une ampoule à tous les deux jours ou tous les jours selon le cas.

Boîtes de 10 ampoules buvables.

DESBERGERS
Limitée

BIOLOGISTES CHIMISTES PHARMACIENS

Montréal - Canada