

“ALPHAMETTE” LIQUIDE

Pour les bébés ou pour les enfants qui refusent de prendre de l'huile de foie de morue ou qui ne la supportent pas bien, l'Alphamette Liquide présente un mode facile et efficace pour l'usage des vitamines A et D. Cet extrait concentré d'huile de foie de morue dégraissée est standardisé biologiquement; deux gouttes correspondent à la teneur en ces vitamines d'au moins une cuillerée à thé de l'huile de foie de morue de la P.B.



972F

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE • Biologistes et Pharmaciens • MONTREAL, CANADA

AIDEZ À GAGNER LA GUERRE • PRESCRIVEZ DES PRODUITS CANADIENS • SERVEZ PAR VOTRE ÉPARGNE

SOMMAIRE

BULLETIN

Albert LeSAGE
70^e anniversaire de la fondation de "l'Union Médicale du Canada" . . . 113

IN MEMORIAM

Urgel GARIEPY
Le docteur Léonidas Blagdon 117

MEDECINS MILITAIRES A L'UNIVERSITE DE MONTREAL

Albert LeSAGE
Le docteur Albert Laroche 122
Le docteur L.-Médard Emard 124
Le docteur L.-F. Bélanger 125

• • •

W. J. McCORMICK
Etude clinique de l'épidémie de poliomyélite et d'encéphalite survenue
en 1941 dans l'ouest américain et canadien 127

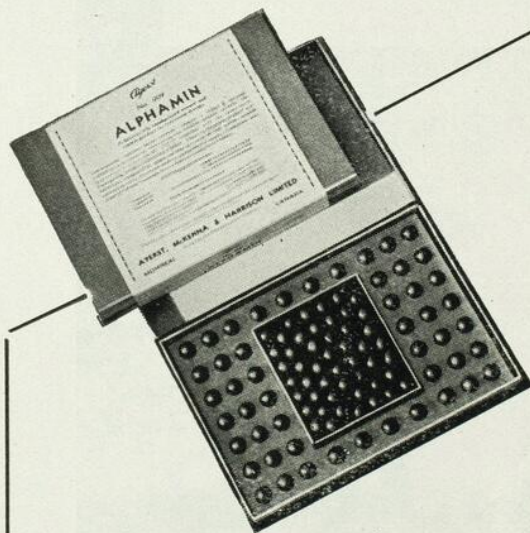
Roma AMYOT
Propos sur les méningites aiguës 140

RECUEIL DE FAITS

Jean LeSAGE et Jacques OLIVIER
Cancer du pancréas 152

Charles LEFRANÇOIS
Volvulus du cæcum 159

Roméo GRONDIN et Paul-René ARCHAMBAULT
Ostéopétrose et néo de la prostate 162



*Un régime approprié
aux besoins individuels*

À la suite d'une infection, pendant la grossesse et l'allaitement, au cours de l'adolescence, lorsque le processus métabolique est soumis à des exigences croissantes, l'Alphamin, préparation de vitamines et de sels minéraux essentiels, constitue un supplément diététique bien équilibré.

Afin de préserver l'intégrité des composants, l'Alphamin est présenté sous deux formes pharmaceutiques: les capsules molles contiennent les vitamines lipo-solubles et les "comprilles" (petites pilules très solubles) contiennent les vitamines hydro-solubles et les sels minéraux. La dose habituelle est d'une capsule et une "comprille" par jour.

"ALPHAMIN"

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

793



LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession - PARIS 15

OUABAÏNE ARNAUD

INDICATIONS

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

FORMES

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

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

Draeger



NOUVEAU TRAITEMENT EFFICACE DE

- LA CRISE D'ASTHME • RHUME DES FOINS
- EMPHYSÈME • GÊNES RESPIRATOIRES
- CORYZAS SPASMODIQUES • DYSPNÉES.

Suppression de la sensation d'étouffement

par le

DYSPNÉ-INHAL

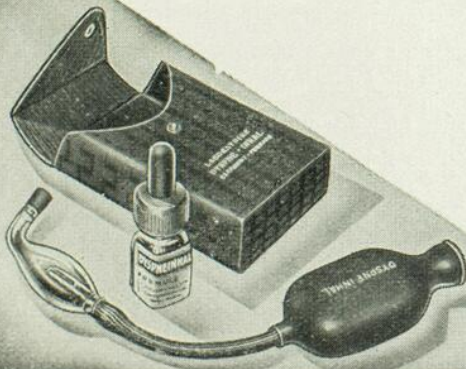
Médication non toxique, d'une action indiscutable puisque immédiate.

Un pulvérisateur de poche, pas encombrant, en rend l'utilisation possible à tout moment.

Laboratoires A. FOURTON,
Clermont-Ferrand, France.

•
Renseignements sur demande

•
Concessionnaires au Canada:
Rougier Frères, Montréal.



SOMMAIRE

(suite)

MOUVEMENT CHIRURGICAL

- J.-C. FAVREAU
L'appareil "Mercier" et ses nombreuses indications 165
- Auguste PANNETON
Le traitement chirurgical du strabisme convergent 168

EDITORIAL

- Albert BERTRAND
Laboratoire clinique 173

VARIETES

- E. ST-JACQUES
La Croix-Rouge 174
- J.-Antonio LECOURE
Congrès de l'"American College of Surgeons" 177
- Paul DUMAS
Les Médecins et la Peinture 180

MEDECINE PRATIQUE

- SAVY
Traitement de l'énurésie 182

• • •

- "L'Union Médicale du Canada en 1873" 184

OESTROFORM

dans les cas de nervosité

Les troubles de la ménopause constituent la principale indication de l'**Oestroform**, hormone œstrogène naturelle. Cette substance exerce une action spécifique sur les symptômes nerveux et vaso-moteurs. La femme qui traverse la période de la ménopause apprécie davantage, aujourd'hui, ce traitement qui l'aide à supporter la tension et les préoccupations des conditions de vie actuelle.

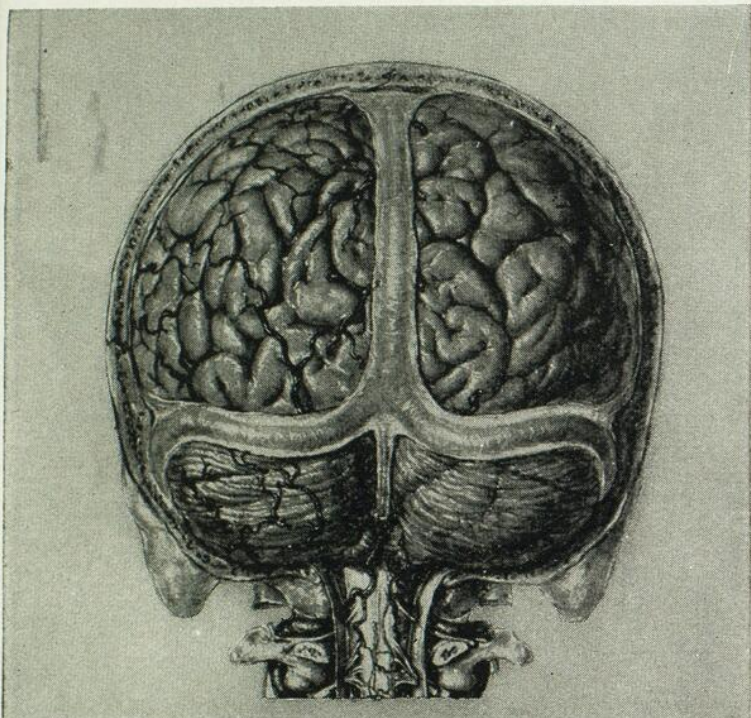
Il n'est pas rare de constater un certain degré d'insuffisance ovarienne durant toute la vie adulte. Une telle déficience n'est pas uniquement limitée à l'époque habituelle de la ménopause et ne se traduit pas toujours par des signes d'insuffisance ovarienne grave; cependant, elle provoque une grande variété de troubles qui sont une source de malaises pour la malade. Ces symptômes sont: l'épuisement, l'instabilité nerveuse, les douleurs dorsales, les céphalées du type **migraineux**, l'**insomnie**, la sensibilité des seins, les nausées et les vomissements, les crampes, le prurit vulvaire, les bouffées de chaleur et la diminution de l'appétit sexuel. L'**Oestroform** s'est avéré très efficace dans le traitement de ces cas.

L'Oestroform est en vente chez tous les principaux pharmaciens au Canada.
Détails supplémentaires fournis par:

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD.
Toronto Canada.

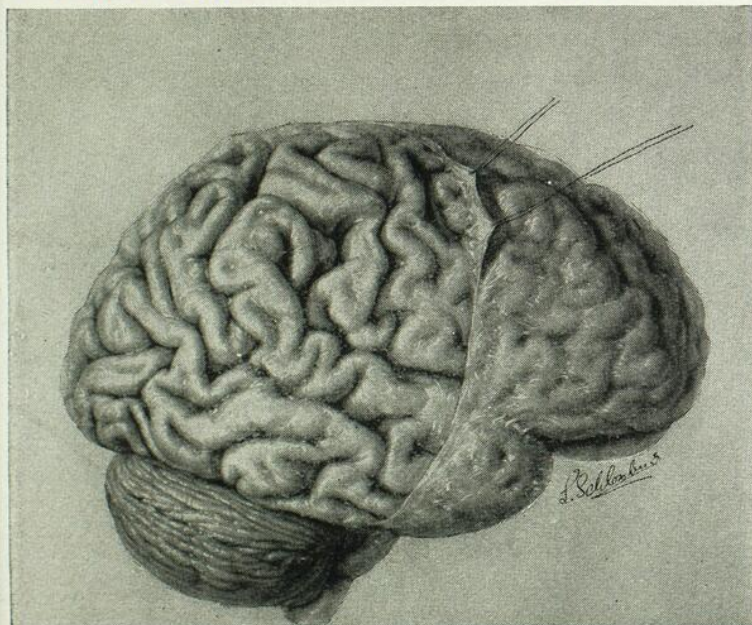
TRYPARSAMIDE MERCK

AGENT CHIMIOTHÉRAPIQUE DE GRANDE VALEUR DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS NERVEUSE



Cerveau normal

— Vue postérieure



Cerveau dans la paralysie générale, montrant les convolutions atrophiées, les scissures élargies et voilées, les adhérences arachnoïdiennes.

On peut comparer l'emploi de la Tryparsamide Merck à l'usage courant de la ponction lombaire: la ponction lombaire est le plus sûr moyen de diagnostic de la syphilis nerveuse; la Tryparsamide constitue l'agent thérapeutique excellent dans la neuro-syphilis.

LA TRYPARSAMIDE MERCK

a obtenu d'excellents résultats dans le traitement de la paralysie générale précoce et s'est avérée très avantageuse dans le "tabes dorsalis", la syphilis méningée et toutes les autres formes de neuro-syphilis. Elle est surtout recommandée en association avec la pyrétothérapie. Son administration par voie intraveineuse ordinaire est facile. Son prix est relativement bas. On peut se procurer la Tryparsamide Merck pour l'usage privé, la clinique et l'hôpital.

TRYPARSAMIDE MERCK

COUNCIL



ACCEPTED

Un agent thérapeutique
de grande valeur dans
la syphilis nerveuse

MERCK & CO. LTD. *Fabricants Chimistes*

MONTRÉAL, P.Q.

SOMMAIRE

(Suite)

ANALYSES	192
--------------------	-----

MEDECINE

Les alcalins employés dans le traitement de l'ulcère peptique causent-ils des calculs rénaux? (p. 192). Le traitement de choix dans la prévention des embolies pulmonaires (p. 192). Traitement de la cirrhose du foie par le complexe de la vitamine B (p. 194). La chirurgie en tuberculose pulmonaire (p. 194).

GASTRO-ENTEROLOGIE

Les désordres de la personnalité, causes de troubles digestifs (p. 196). Les azotémies élevées dues à l'ingestion du sang à la suite des hémorragies gastro-duodénales (p. 196). Echec du traitement de la colite ulcéreuse par l'extrait de foie et la vitamine B₁ (p. 196).

ENDOCRINOLOGIE

Heureux résultats obtenus dans le traitement du diabète sucré de la ménopause, par action antagoniste des hormones sexuelles sur le lobe antérieur de l'hypophyse (p. 198). Synergie des extraits pré-hypophysaires et des prolans (p. 198).

CHIRURGIE

Cancer de l'œsophage. Opération de Thorek. Guérison (p. 198). Œdème du pancréas (p. 200). Cholécystite aiguë avec perforation (p. 200).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Traitement chirurgical de l'ostéo-arthrite de l'articulation de la hanche (p. 200).

PEDIATRIE

Pneumo-médiastin spontané chez le nouveau-né (p. 202). Le vaccin B. C. G. contre la tuberculose (p. 204). Extrait de foie en injection comme traitement de la diarrhée chez les enfants (p. 204).

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Le syndrome du sinus carotidien (p. 204). La trachéotomie en chirurgie de guerre (p. 206).

LABORATOIRE

Cholécystite chronique expérimentale par lésion obstructive du canal cystique (p. 206). Le thymone dans la myasthénie grave (p. 208).

NOUVELLES	210
---------------------	-----

Nouvel exécutif de l'Union Médicale du Canada. — Election à la Société Médicale de Québec. — Comité provinciale de Défense contre la Tuberculose. — Médecine militaire. — Congrès de Médecine industrielle. — Congrès américain d'Obstétrique et de Gynécologie. — Prenons soin de nos dents et de notre alimentation. — Ministère des transports, division de la radio. — Suppression de l'interférence inductive causée par les appareils électro-médicaux de toutes catégories. — Suppression de l'interférence inductive causée par les appareils électro-médicaux à éclateur.

REVUE DES LIVRES	222
----------------------------	-----

NECROLOGIE	223
----------------------	-----

Le docteur Elzéar Sabourin. — Le docteur Josaphat Isabelle. — Le docteur J. Roméo Côté. — Le docteur Arthur Mathieu. — Le docteur Wilfrid Gaudet. — Le docteur Arthur Vernier.

DIAGNOSTIC *de la* GROSSESSE

par la technique de
FALLS & FREDÁ

PRIMICOL

(SHERMAN)

- 1 - *Technique simplifiée*
(au bureau du médecin)
- 2 - *Réponse immédiate*
- 3 - *Précision de 96% à 98%*
- 4 - *Economie*

LABORATOIRE NADEAU

Limitée

MONTRÉAL

SECTION DES PRODUITS SHERMAN

Le Laboratoire Nadeau a l'honneur d'annoncer à la profession médicale qu'il est le seul dépositaire pour la province de Québec pour les

VACCINS, POLLENS ET PRODUITS GLANDULAIRES SHERMAN

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872



DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

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

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

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, Albert Bertrand, R. Boucher, B.-G. Bourgeois, A. Comtois,
Edmond Dubé, C.-A. Gauthier, L. Gérin-Lajoie, Renaud Lemieux, A.
LeSage, Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, O. Mercier, J.-A. Mousseau,
Achille Paquet, L.-J. Petitclerc, J.-N. Roy, Roméo Roy, L.-C. Simard, Eugène
Tremblay, R.-E. Valin, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Secrétaire de la Rédaction

Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint à Montréal

Roma Amyot

326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire adjoint à Québec

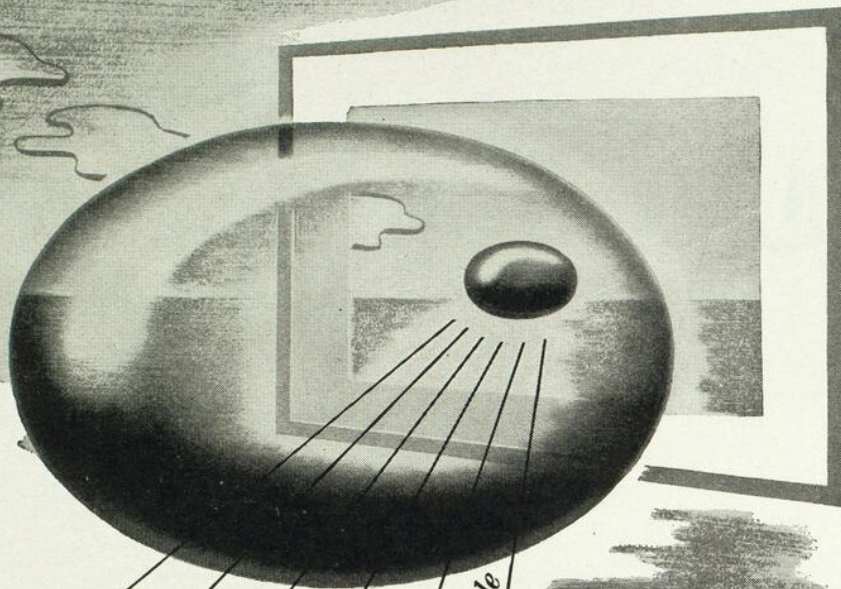
C.-A. Gauthier

53½, rue Saint-Louis.

BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, A. Bellerose, P. Bourgeois, A. Cantero, Yves Chaput,
E. Desjardins, R. Doré, Guy Drouin, Roger Dufresne, Roland Dussault,
Mercier Fauteux, J.-C. Favreau, L. Fortier, De la Broquerie Fortier, L.-H. Ga-
riépy, Emile Gaumont, H. Gélinas, A. Gratton, Georges Hébert, Pierre
Jobin, A. Jutras, Jean Lacerte, G. Lafresnière, Rosaire Lauzer, Paul La Ro-
chelle, C. Lefrançois, Sylvio Leblond, J. LeSage, A. Magnan, Emile Ma-
randa, Antonio Martel, P. Morin, Honoré Nadeau, J.-P. Paquette, Antoine
Pettigrew, Germain Pinsonneault, P. Poirier, J.-L. Riopelle, L.-P. Roy,
J. Saucier, Raymond Simard, Pierre Smith.

MAINTENANT *les vitamines Unicap**



Vitamin A

Vitamin D

Vitamin C

Vitamin B₁

Vitamin B₂

Nicotinamide

*En vente chez votre pharmacien,
en bouteilles de 50.*

LA MÉDICATION PAR UNE SEULE CAPSULE

*Commode pour le médecin
Economique pour le malade*

Avec les vitamines Unicap vous pouvez prescrire, en une seule capsule, les vitamines solubles dans les matières grasses, les vitamines du complexe B et la vitamine C.

Une seule Unicap par jour suffit pour intensifier le régime ordinaire, ce qui simplifie l'administration des vitamines. Ces capsules sont commodes pour le médecin et économiques pour le malade. Une capsule de vitamines Unicap, prise régulièrement le matin, fait bientôt partie de la routine journalière du malade.

Vitamine A, . . . 10,000 unités U.S.P.

Vitamine D, . . . 1,000 unités U.S.P.

Vitamine C, 500 unités Internationales
(25 mg. d'acide ascorbique)

Vitamine B₁, 500 unités Internationales

Vitamine B₂, 1,000 gammas

Nicotinamide, . . . 20 milligrammes

*Nom déposé aux Etats-Unis

Upjohn • FINE PHARMACEUTICALS SINCE 1886
TORONTO, CANADA

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: L.-J. Petitclerc

Vice-présidents: D. Marion et C.-A. Gauthier

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. L.-J. Petitclerc, C.-A. Gauthier, A. LeSage, J.-A. Vidal, D. Marion.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

Jacques-D. Clerk, publiciste.

COMITÉ DE PROPAGANDE

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

CORRESPONDANTS

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

PYRIDIDIUM

Nom déposé

*dans la chimiothérapie de la
pathologie urinaire courante*

*A gauche — agrandissement de
l'image urétroscopique de l'urètre
prostatique normal montrant le
verumontanum.*

*A droite — inflammation chroni-
que.*



Morrissey et Spinelli * ajoutent cet important témoignage aux autres preuves que l'on avait déjà de la rapidité avec laquelle le Pyridium agit au cours des infections génito-urinaires courantes:

« À propos d'hypertrophie prostatique, on constata que la pollakiurie diurne et nocturne diminuait dans les cas chez lesquels le résidu ne dépassait pas 5 onces. On voyait disparaître la douleur et les malaises de la cystite communément observés dans ces cas d'hypertrophie prostatique. Tous les malades qui reçurent du Pyridium après l'examen cystoscopique, la pyélographie et la dilatation urétrale purent se dispenser d'opium ou autres analgésiques habituellement nécessaires dans ces circonstances. »

PYRIDIDIUM

NOM DÉPOSÉ

(Phenylazo-Alpha-Alpha-Diamino-
Pyridine Mono-Hydrochloride)

**Une décade de service
dans les infections
génito-urinaires**

* An experimental study of the anesthetic and analgesic properties of pyridium. J. Urol. 44: 381-385, sept. 1940.

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

L'Union Médicale

du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 70:

- MM. Achpise (Alexandre), Allaire (J.-N.) Al-
lard (Eugène), Allard (Révérende Sœur),
Amyot (Roma), Archambault (Jules), Ar-
chambault (P.-R.), Badeaux (François), Ba-
rail (Georges), Baudouin (J.-A.), Beaudry
(Maurice), Bédard (Arthur), Bélanger
(Léonard-F.), Bélisle (Ph.), Bellerose (A.),
Bernard (Louis), Bernier (A.), Bertrand
(Albert), Bisson (Christophe), Blain (Emi-
le), Bombardier (J.-P.), Bouchard (Jean),
Boucher (Roméo), Boulais (F.-L.), Brahy
(Jules), Brault (Jules), Cantero (A.), Cha-
put (Yves), Charbonneau (Henri), Charest
(Léandre), Clermont (Pierre), Couture (Er-
nest), Demers (F.-X.), Deshaies (Georges),
Desjardins (Edouard), Desmeules (Roland),
Desrochers (J.-E.), Doré (Réal), Drouin
(Guy), Dufault (Paul), Dufresne (Eugène),
Dufresne (Roger-R.), Dugal (Jean-Paul),
Dugré (Rodrigue), Duval (J.-P.), Duvallier
(François), Fauteux (Mercier), Favreau
(J.-C.), Foley (A.-R.), Fontaine (Rosario),
Fortier (de la Broquerie), Frappier (Ar-
mand), Frenette (Ulric), Gagnon (Arthur),
Gariépy (L.-H.), Gariépy (J.-U.), Gaumont
(E.), Gauthier (C.-A.), Gauthier (J.), Gé-
linas (Lucien), Gendreau (J.-E.), Gérin-
Lajoie (Léon), Gervais (J.-H.), Gibeault
(Hervé), Giroux (M.), Godin (Antonio),
Gosselin (Gaston), Gratton (Armand), Gré-
goire (Georges), Groleau (Lionel), Groulx
(Ad.) Guilbeault (Albert), Hébert (Geor-
ges), Jarry (J.-A.), Jasmin (Alban) Joan-
nette (Albert) Jobin (J.-B.), Jobin (Pierre),
Jutras (Albert), Laberge (A.), Laberge
(Lasalle), Lacerte (Jean), Ladouceur (Léo),
Lafresnière (Gabriel), Lambert (Adrien),
Lamoureux (L.), Langlois (Marcel), Lapoin-
te (J.-H.), LaRoche (Paul-R.), Latraver-
se (Valmore), Laugier (Henri), Lauzer (Ro-
saire), Leblond (Sylvio), Leblond (Wilfrid),
Lecours (J.-Antonio), Leger (Anselme),
LeSage (Albert), LeSage (Jean), LeSage
(J.-Edmond), LeSage (Jules-S.), Letondal
(Paul), Letendre (Samuel), Longtin (Léon),
Manseau (J.-G.), Mantha (Léopold), Ma-
randa (E.), Marcoux (Henri), Marin (Al-
béric), Marion (Donatien), Mars (L.-P.),
Martel (Antonio), Masse (Rosaire), Mathieu
(C.-T.), Maurault (Olivier), Mercier (Os-
car), Mousseau (J.-Alfred), Nadeau (H.),
Panisset (Maurice), Panneton (Philippe),
Paquette (J.-P.), Paré (Louis), Pellerin
(R.), Perron (L.), Pettigrew (Ant.), Pilon
(Alcide), Pilon (J.-Louis), Pinsonneault
(G.), Pouffe (Adrien), Potvin (M.), Pouliot
(A.), Prévost (Jules), Richard (P.), Riopel-
le (J.-L.), Riopelle (Philippe), Robillard
(Eugène), Robillard (Rosario), Rousseau
(L.), Roussin (C.-A.), Roux (René), Roy
(Louis-Philippe), Saine (Joseph), St-Jac-
ques (Eugène), Saint-Pierre (Paul-Marc),
Samson (J.-Ed.), Sanche (Hector), Saucier
(Jean), Savy (Paul), Simard (L.-C.), Si-
mard (Raymond), Sirois (Jean), Smith
(Pierre), Sylvestre (J.-Ernest), Sylvestre
(Lucien), Tétreault (Adélarde), Tétrault
(R.), Thibaudeau (Roland), Tremblay (Jac-
ques), Vaillancourt (Emile), Vaillancourt
(Joseph), Vidal (J.-A.).

PULMO-BAILLY

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



LES TOUX, RHUMES ET CATARRHES SAISONNIERS relèvent d'une réaction et d'une infection des voies respiratoires qu'il faut localiser et supprimer.

LES TOUX PERSISTANTES DE LA BELLE SAISON, témoignent de lésions chroniques broncho-pulmonaires qu'il faut cicatrizer.

LE PULMO-BAILLY

PAR L'IMPRÉGNATION
ANTISEPTIQUE DES
VOIES RESPIRATOIRES:

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

PAR SON PHOSPHORE
ORGANIQUE DIRECTEMENT
ASSIMILABLE :

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

LE PULMO-BAILLY

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

1 CUILLER A CAFÉ AU MILIEU DES REPAS

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

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

OFFICIERS

DE

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

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

SECRETARE-TRÉSORIER

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

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

R.-E. VALIN, Ottawa, Ontario.
Donatien MARION, Montréal.
Chs-N. DeBLOIS, Trois-Rivières.
O. MERCIER, Montréal.
Chs VÉZINA, Québec.
Roma AMYOT, Montréal.

COMITÉ DU XVII^e CONGRÈS

Oscar MERCIER, Président.

Roma AMYOT, Secrétaire

Charles VÉZINA, 1^{er} Vice-président.
J.-A. TARDIF, 2^e "
A.-J.-B. FALCON, 3^e "
G. LACASSE, Sén., 4^e "
G.-E. DUMONT, 5^e "

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,
J.-A. JARRY,

J.-H. LAPOINTE,
Albert PAQUET,

Chs-N. DeBLOIS.

MEMBRES DU CONSEIL

BAUDOIN, J. A., 23, Springrove, Montréal	1944	LACHARITE, V., Saint-Célestin	1944
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta	1942	LAFRAMBOISE, J.-M., 692, Saint-Patrice, Ottawa	1942
BELISLE, J.-R., Hull	1942	LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H.	1944
BELIVEAU, P., Méthégan, N.-E.	1944	LAROCHELLE, R., Biddeford, Maine	1942
BIBAUD, B., Valleyfield	1944	LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal	1944
BLAIN, Emile, 3464, Saint-Denis, Montréal	1944	LEMIEUX, J.-R., 17, Sainte-Ursule, Québec	1944
BLANCHET, R., 7, Couillard, Québec	1944	MAYNARD, Oswald, 73, West Pearl, Nashua, N. H.	1942
BOHEMIER, C.-A., 4119, Saint-Denis, Montréal	1944	MELANÇON, W., Drummondville	1942
CARON, SYLVIO, Mastai, Québec	1944	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River	1944
CLOUTIER, Victor, Saint-Georges, Beauce	1944	NORMAND, Hudon, Trois-Rivières	1942
COLLIN, Donat, Saint-Boniface, Manitoba	1942	PERRAS, J.-E., Hull	1944
DENONCOURT, J.-A., 329, blvd Laviolette, T.-Rivières	1944	PHENIX, G., Saint-Jean	1944
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec	1944	PIETTE, Ed., Joliette	1942
DUBE, Ed., 6055, Saint-Denis, Montréal	1944	PLOUFFE, R., 772, Villeray, Montréal	1942
DUBE, L.-F., Notre-Dame-du-Lac	1942	PROVENCHER, Gustave, Granby	1942
DUMAS, F.-A., Chicoutimi	1944	PRUD'HOMME, Ernest, 3744, Saint-Denis, Montréal	1944
FONTAINE, J.-F.-A., Woonsocket, R. I.	1942	RICHARD, L.-A., 168 est, Laurier, Ottawa	1942
GATIEN, J.-F.-A., 4765, Adam, Montréal	1942	SMITH, Pierre, 418 est, Sherbrooke, Montréal	1944
GAUDETTE, Richard, Sherbrooke	1944	TANGUAY, R., Sudbury, Ont.	1942
GAUTHIER, C.-A., 53 1/2, rue Saint-Louis, Québec	1944	TASSE, C.-E. Worcester, Mass.	1944
GAUTHIER, P.-P., 47, Hazelwood, Montréal	1942	TRUDEL, J.-J., Winnipeg, Man.	1942
GIROUARD, J.-A., 19, Union, Willimantic	1942	VIDAL, J.-A., 454 est, Sherbrooke, Montréal	1944
JOBIN, J.-B., 75, Sainte-Anne, Québec	1944	VIGER, J.-A., Saint-Hyacinthe	1944

LA SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE DU DOCTEUR CLIN

Flacon de 300 c.c.

CAPSULES GLUTINISEES DE SALICYLATE DE SOUDE DU DOCTEUR CLIN

boite de 60 capsules dosées à 0 gr. 50

RHUMATISME
ARTHRITISME • SCIATIQUE
TOLÉRANCE • ACTIVITÉ

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS
Agents: VINANT Ltée, 533, rue Bonsecours, Montréal



LIQUEUR LAVILLE

“L'ANTIGOUTTEUX”

Composition:

A base de quinium, colocynthis et des principes actifs de convalleria maialis, gentiana, scilla, hermodactylus et fraxinus excelsior: vin médicamenteux concentré.

Mode d'Action:

Facilite la dissolution et l'élimination des Tophi. Provoque une augmentation de l'excrétion urique. Elle est essentiellement sédative de la douleur.

Posologie:

Crise Violente, 1 cuil. à café 2 heures avant le repas ou 4 heures après.
Répéter toutes les 6 heures au besoin.
Crise Modérée, 1 cuil. à café le matin à jeun pendant 3 jours.
Dose Préventive, ½ cuil. à café le matin à jeun.

La LIQUEUR du Dr LAVILLE se présente en flacon de 60 cc.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE - PARIS

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

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872

●

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

Elle publie les travaux des Congrès et tous les communiqués de l'Association.

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

●

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

●

COLLABORATION: Seuls les travaux inédits sont acceptés.

●

MANUSCRITS: Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne.

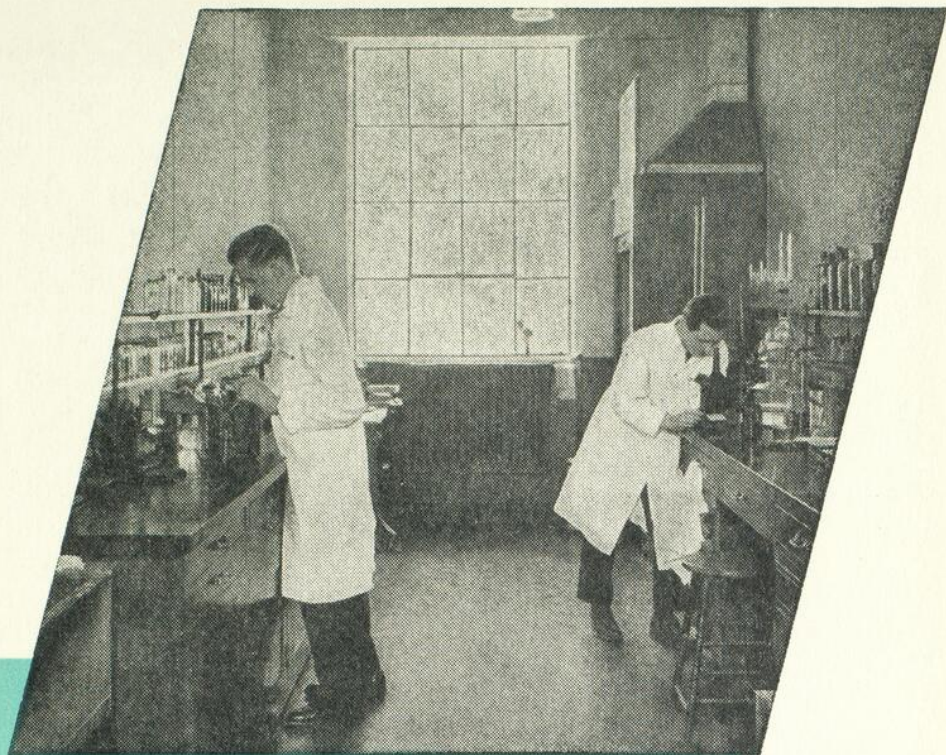
●

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

Nous n'acceptons pas de négatifs de clichés.

Chaque illustration doit porter au verso le nom de l'auteur et les photographies devront être claires, de préférence noires et sur papier glacé.

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



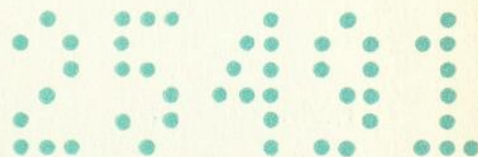
CONTRÔLE de la QUALITÉ

PREMIER STADE (SUITE)

Nous avons dit qu'une vérification minutieuse des diverses substances utilisées pour la préparation de nos médicaments constitue le premier stade du système par lequel la Cie "Frosst" assure la qualité de ses produits. L'analyse rigoureuse de spécimens prélevés sur chaque arrivage est un élément *sine qua non* de ce contrôle.

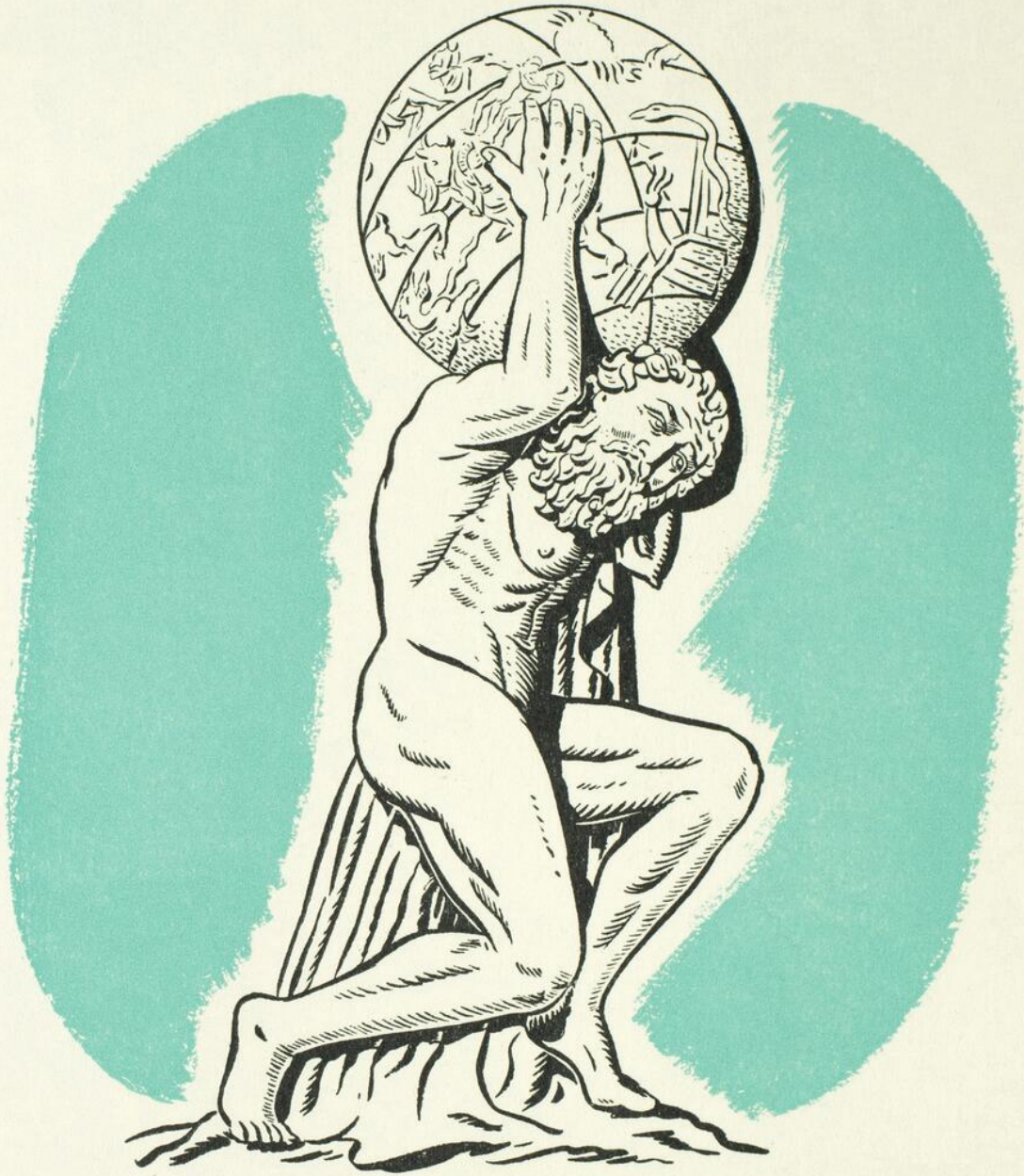
Cette analyse, tout comme l'échantillonnage et les autres essais requis, est confiée au personnel des laboratoires "Frosst". Estimée en bloc, la somme des travaux pratiques de ces chimistes et pharmaciens diplômés représente plus de trois siècles d'expérience.

Ce souci du détail, ces méticuleuses précautions, caractérisent chacune des nombreuses manipulations qui mènent à l'irréprochable parachèvement de tous les médicaments "Frosst". Le numéro désignatif qui figure sur toutes les étiquettes "Frosst", en permettant d'identifier chaque boîte ou flacon, est, pour ainsi dire, la clef de voûte du système "Frosst" de contrôle qualitatif.



Frosst

La Théolamine étend les limites de l'effort sans douleur



"THÉOLAMINE"

(ETHYLÈNEDIAMINE DE THÉOPHYLLINE "Frossl")

TRAITEMENT DE L'ANGINE DE POITRINE, DE LA CORONARITE, DE LA THROMBOSE DES CORONAIRES ET DES PHÉNOMÈNES CONSÉCUTIFS DE L'AORTITE

À QUALITÉ ET PRIX ÉGAUX OU MEILLEUR

Frosst

VITE
ABSORBÉE

ET

PROLONGÉE
DANS SES EFFETS

"THÉOLAMINE"

(ETHYLÈNEDIAMINE DE THÉOPHYLLINE "Frosst")

THÉOLAMINE. L'administration de théolamine a pour effet de dilater les artères coronaires, ce qui augmente la circulation du sang à travers le tissu musculaire du cœur. D'où, soulagement de l'anémie cardiaque et extension des limites de l'effort sans douleur. La théolamine est rapidement absorbée et ses effets persistent pendant plusieurs heures.

C. T., n° 313 "Frosst"

Théolamine 1½ grain
Dose: de 1 à 2 comprimés, 3 ou 4 fois par jour.

THÉOLAMINE ET DIGITALE. Puissant diurétique, la théolamine est en outre un dilatateur des coronaires. Combinée avec la digitale, qui est, elle aussi, un diurétique hémodynamique, elle régularise la circulation sanguine, diminue l'effort du muscle cardiaque et facilite l'élimination aqueuse.

C. T., n° 314 "Frosst"

Théolamine 1½ grain
Digitale 1 grain (0.65 unité internationale)
Dose: 1 comprimé, 3 fois par jour.

THÉOLAMINE et NOCTINAL. L'addition d'une faible quantité de Noctinal (éthyle-dibutyle-barbiturate de sodium "Frosst") exerce un effet particulièrement sédatif, sans diminution de l'acuité mentale, sur le malade agité, inquiet ou d'une émotivité exagérée.

E. C. T., n° 412 "Frosst"
(enrobage entérique)

Théolamine 3 grains
Noctinal (éthyle-dibutyle-barbiturate de sodium "Frosst") ½ grain
Dose: 1 comprimé, 3 fois par jour.

**ENVOI D'UN SPÉCIMEN À
MM. LES MÉDECINS, SUR
RÉCEPTION DE CETTE CARTE**

ÉCRIVEZ LES PRODUITS CANADIENS

GOUTTE À GOUTTE!



"L'odeur et le goût désagréables de l'huile de foie de morue expliquent pourquoi tant de mères de famille en négligent l'administration méthodique."

Shelling et Hopper,
Université Johns Hopkins, section de pédiatrie.

Succédané complet de l'huile de foie de morue quant aux effets thérapeutiques—outre les avantages suivants:

- administration facile en doses minuscules;
- ni goût ni odeur désagréables;
- suppression de tout embarras gastrique;
- suppression de la régurgitation;
- économie—coût au malade: 1¢ par jour.

DOSE:

De 1 à 3 gouttes par jour (se servir du compte-gouttes de précision).

PRÉSENTATION:

Flacons de 6 cc. (78 jours de médication).

Flacons de 15 cc. (195 jours de médication).

Le flacon de 15 cc. ne revient qu'à 1¢ par jour).

VITAMINE D

(14,000 unités par gramme—500 unités par goutte).

Prophylaxie et traitement du rachitisme et de la tétanie. Aide à prévenir la carie dentaire et l'hypocalcémie.

VITAMINE A

(28,000 unités par gramme—1,000 unités par goutte).

Renforce la résistance à l'infection et maintient l'intégrité des cellules épithéliales.



Depuis 1899, cette marque canadienne est le symbole de préparations pharmaceutiques de qualité supérieure.

Charles E. Frosst & Co. MONTRÉAL, CANADA

À QUALITÉ ET PRIX ÉGAUX OU MEILLEURS, PRÉSCRIVEZ LES PRODUITS CANADIENS

SCILLITRINE

Médication d'urgence des crises

Indications et Posologie

CRISES d'ASTHME, d'AEROCOLIE, d'AEROGASTRIE, de HOQUET, d'ANGOR, TOUX QUINTEUSE. CROQUER 3 ou 4 dragées en 10 minutes.

TROUBLES FONCTIONNELS des HYPERTENDUS. ABSORBER aux repas 3 dragées, pro die, pendant 15 jours.

LE TOTAL MAGNÉSIIEN

ou CHLORURE de MAGNÉSIIUM

déshydraté en association synergique avec les sels halogènes représente la forme la plus pratique et la moins coûteuse pour suivre le traitement au chlorure de magnésium associé aux sels halogènes.

Présentation

Flacons de 60 grammes de sel.
(50 jours de traitement.)

Agents généraux pour le Canada

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE, 1215, rue Saint-Denis, MONTRÉAL

EXTRAITS: L'auteur peut obtenir des extraits pourvu qu'il signe la formule accompagnant la galée et qu'il en assume les frais.

Tous changements du texte de la galée entraînent des frais supplémentaires pour l'auteur.

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

	4 pages	8 pages	16 pages	32 pages
100	\$3.50	\$ 5.50	\$ 8.25	\$13.75
200	4.25	6.50	12.25	18.00
500	6.00	11.50	18.75	29.00
1000	9.50	16.50	25.50	36.50

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

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

100	\$ 5.00
200	6.50
500	11.00
1000	18.50

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

BIBLIOGRAPHIE: L'index bibliographique de chaque travail doit être restreint aux indications les plus importantes. Le journal se réserve toujours le droit de le limiter. Chaque indication bibliographique doit être fournie comme suit: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, volume, page, mois (jour du mois, si le périodique est hebdomadaire), année.

PUBLICITÉ: Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication.

Le barème des annonces est fourni sur demande à Jacques-D. Clerk, publiciste, 326 est, blvd Saint-Joseph. Téléphone: LAncaster 9888.

Tout annonceur qui n'observe pas l'éthique professionnelle est exclu de notre publicité, et nous saurons gré à nos lecteurs d'attirer notre attention sur toute dérogation à cette ligne de conduite.

Tout ce qui concerne la rédaction et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de « l'Union Médicale (du Canada) », 326 est, boulevard Saint-Joseph. Téléphone: LAncaster 9888.

« L'Enfant emmailloté » est l'une des œuvres remarquables en terre cuite du sculpteur italien du quinzième siècle, Andrea della Robbia. A cette époque les enfants étaient emmaillottés dès leur naissance en vue de conserver la symétrie de leurs membres. Cependant, en dépit de cette précaution, le rachitisme grave occasionnait la déviation de l'épine dorsale et la difformité des membres.



Un lambrin de l'hospice des enfants trouvés, Florence, Italie. — A. della Robbia.

En 1671, Glisson suggéra une façon ingénieuse d'emmailloter les enfants au moyen de bandes: — « en premier lieu, croiser les bandes sur la poitrine et sous les aisselles; remonter ensuite vers la tête en passant sous le menton; puis, en se servant toujours de bandes, former des ganses ou anneaux pour y passer les bras de l'enfant. On le suspendra ainsi dans le vide pour s'y balancer... Ce genre d'exercice contribuera à améliorer la déviation des os... »

EMMAILLOTEMENT PRÉVENTIF DU RACHITISME

L'emmaillotement se pratiquait au cours des siècles depuis l'époque biblique jusqu'à celle de Glisson dans le vain espoir d'empêcher les malformations dues au rachitisme. Même dans les parties ensoleillées de l'Italie, cette coutume existait, recommandée par le pionnier de la pédiatrie, Soranus, d'Ephèse, qui traita de la question suivante: « Pourquoi la majorité des enfants romains sont-ils difformes? »

« Cette anomalie se rencontrait plus souvent aux environs de Rome qu'ailleurs », écrit-il. « Si l'on ne surveille les gestes de l'enfant, ses membres deviennent difformes, dans la majorité des cas... Ainsi, lorsqu'il commence à s'asseoir il doit être soutenu par des bandages... « L'emmaillotement existait encore en Italie durant des centaines d'années plus tard, comme l'attestent les sculptures des della Rob-

bia et de leurs contemporains. Glisson suggéra de chausser de souliers plombés les enfants de forte constitution, et de les suspendre dans le vide au moyen de bandages.

Les anciens auraient été stupéfaits d'apprendre que la simple administration de quelques gouttes d'« Oleum Percomorphum » pouvait contribuer à la croissance normale des os. Ce qui semblerait un miracle pour eux est devenu une généralité de la science. « Oleum Percomorphum », administré en gouttes, convient tout particulièrement aux nourrissons et aux prématurés, plus exposés au rachitisme. Ce produit provenant de sources naturelles, est riche en vitamines A et D. « Oleum Percomorphum » est également un antirachitique économique, ce qui est de grande importance pour vos patients.

« Oleum Percomorphum » contient au minimum 60,000 unités de vitamine A, et 8,500 unités (internationales) de vitamine D au gramme. Présenté en flacons de 10 et de 50 c.c. ainsi qu'en boîtes de 25 et de 100 capsules de gélatine soluble renfermant dix gouttes, équivalant à au moins 13,300 unités de vitamine A, et 1,850 unités de vitamine D.

MEAD JOHNSON & CO. OF CANADA, Ltd., Belleville, Ont.

Veuillez inclure votre carte professionnelle lorsque vous demandez des échantillons de produits Mead Johnson, afin d'empêcher que des personnes non autorisées ne les reçoivent.

*3 gouttes dans chaque narine...
et le coryza disparaît.*

PRIVINE "CIBA"

(solution à 1:1000 de chlorhydrate de 2-(naphtyl-1'-méthyl)-imidazoline)

GOUTTES NASALES

Au nombre des importants travaux de chimie-pharmacologie de l'année 1940 se rangent la synthèse du 2-(naphtyl-1'-méthyl)-imidazoline, réalisée dans les Laboratoires « Ciba », et son classement comme puissant vaso-constricteur et décongestionnant des muqueuses nasales et pharyngiennes. Déjà plus active que l'éphédrine, l'épinéphrine se voit à son tour surpassée par la Privine, quatre fois plus efficace et d'une durée d'action trois fois plus longue.

L'observation clinique prouve que la Privine, qui assure non seulement l'ischémie, mais encore la décongestion des muqueuses des fosses nasales principalement, convient parfaitement au traitement des affections naso-pharyngiennes sous toutes leurs formes. Quelques instants après l'instillation de 3 gouttes de Privine dans les narines, la céphalée et la sensation de lourdeur de la tête disparaissent, tandis que la respiration nasale devient libre. Le nasillemeent des enrhumés et le larmoieement cessent, la voix retrouve son timbre normal, l'odorat est récupéré. La Privine rend aussi d'excellents services au dentiste, à l'oculiste et comme complément aux anesthésiques.

DOSE

3 gouttes dans chaque narine, 1 à 3 fois par jour.

PRÉSENTATION

En flacons de ½ once, avec compte-gouttes.

En flacons de 4 onces, pour hôpitaux.

Littérature et échantillons sur demande.

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE

MONTRÉAL



LEVURE-FER & VITAMINE COMPRIMÉS

FORMULE: Levure de Bière, Vitamine B₁ 50 U. I., Fer peptonisé, Extrait Noix Vomique 1/30 gr., Fer réduit, Phenolphthaleine 1/8 gr.

INDICATIONS: Perte de poids. Aide l'appétit et la digestion, aide à la croissance en stimulant les échanges métaboliques. Protège le corps contre les maladies nerveuses. Active la tonicité de l'appareil digestif.

Capsules MICRIGENE

FORMULE: Phosphate de Calcium 1 grain, Huile Foie de Morue 10 mins.

L'essai biologique du contenu de ces capsules correspond à

Vitamine A 2250 Unités Int.
Vitamine D 250 Unités Int.
par gramme.

MODE D'EMPLOI: Une ou deux capsules trois fois par jour avant les repas.

Comprimés CECRINYL ADULTES

FORMULE: Vitamine C 500 U. I.

PROPRIÉTÉS MÉDICINALES: Décalcification des os. Carie dentaire. Déracinement et perte des dents. Perte de poids. Fragilité des os. Anémie. Hémophilie. Troubles intestinaux.

Comprimés CECRINYL ENFANTS

FORMULE: Vitamine C 200 U. I.

PROPRIÉTÉS MÉDICINALES: Décalcification des os. Carie dentaire. Déracinement et perte des dents. Perte de poids. Fragilité des os. Anémie. Hémophilie. Troubles intestinaux.

DECRIGENE

FORMULE: Vitamine D 10,000 U. I. par c.c.

INDICATIONS: Rachitisme, Teneur basse en calcium et en phosphore dans le sang, Dents défectueuses, Difformités osseuse.

Capsules GERMINOL

Chaque capsule représente: Vitamine A 10260 U. I.; Vitamine D 1400 U. I.; Huile Germe Blé 1 min.

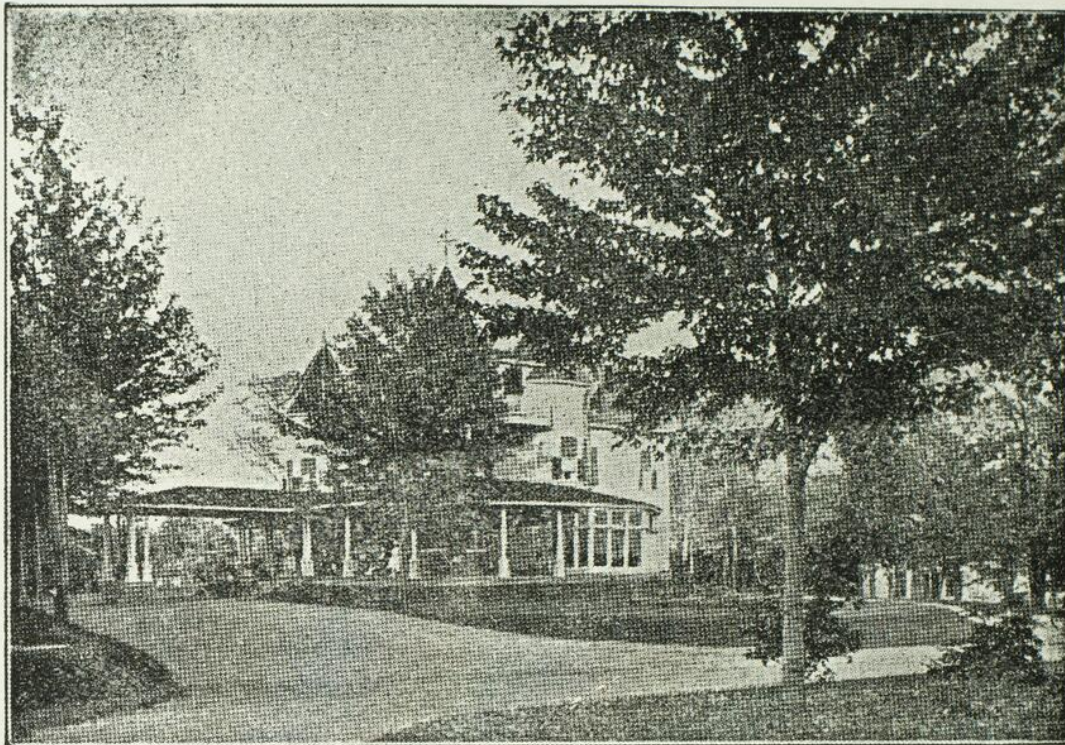
INDICATIONS: Diminution de la résistance à l'infection. Retard de la croissance et du développement. Faiblesse physique. Manque d'appétit et de digestion. Rachitisme. Faiblesse musculaire généralisée. Instabilité du système nerveux. Teneur basse en calcium et en phosphore dans le sang et les os. Dents défectueuses.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Casgrain & Charbonneau Limitée - Montréal

SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORA



ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

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

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

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

Personnel médical: Dr Charles-A. Langlois; Dr Jean Saucier; Dr Roma Amyot.

4455 ouest, Boulevard Gouin,

Téléphone: BYwater 1240

VITAMINES

C & C

FERRO-CRINE No 34 - CAPSULES

Chaque capsule représente: Foie de veau frais, 30 grains; Sulfate ferreux, 3 grains; Vitamine B₁, 75 U. I.; Vitamine B₂ complex 600 U. S.

INDICATIONS: Insuffisance hépatique, Diathèse urique, Anémie pernicieuse progressive, Anémie moyenne ou grave, et dans les cas d'anémie post-hémorragiques et cryptogénitiques.

ELIXIR BECRINOL

FORMULE: Vitamine B₁ 2,400 U. I.

INDICATIONS: Dérangement ou perte d'appétit, Perte de poids et de vigueur, Fatigue, Troubles alimentaires, croissance retardée, Anhydrémie, Température subnormale.

COMPRIMES BECRINOL

FORMULE: Vitamine B 300 U. I.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES: Dérangement ou Perte d'appétit. Dérangement du processus digestif. Croissance arrêtée des jeunes pendant la période de lactation. Stérilité due à la cessation de cycle de loestrus. Anhydrémie. Perte de poids et de vigueur. Température subnormale. Fatigue. Maladies nerveuses.

QUINTONE et VITAMINE B

(SOLUTION MARTINET)

FORMULE: Vitamine B₁ 500 U. I.; Arséniate de Soude 1/6 gr.; Glycérophosphos de Soude, 25 mins.; Extrait de Quinquina, 50 mins.; Vieux Cognac, 80 mins.; Glycerine, 325 mins.

QUINTONE est un reconstituant énergique, qui active la multiplication des globules rouges, redonne la vitalité et l'appétit.

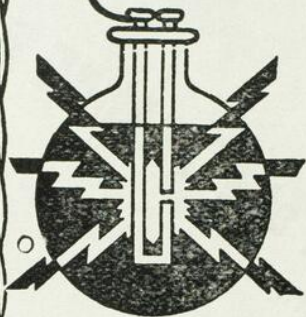
INDICATIONS: Anémie, Neurasthénie, Faiblesse générale, Dépression nerveuse, Maigreur, Surmenage, Asthénie.

Casgrain & Charbonneau Limitée - Montréal

**OMNIVALENT
ATOXIQUE
INDOLORE**

1 à 4 ampoules par jour

Lantol
Rhodium colloïdal électrique



adopté par
les hôpitaux
de Paris

**GRIPPES INFECTIEUSES
BRONCHO-PNEUMONIES
ÉRYSIPELES
THYPHOÏDES
SEPTICÉMIES PUERPÉRALES
TOUTES HYPERTHERMIES**

Laboratoires COUTURIEUX, 18 Avenue Hoche, PARIS

Agents pour le Canada: LABORATOIRES JEAN OLIVE, 533, rue Bonsecours, MONTRÉAL.

IODONE ROBIN

*combinaison organique et assimilable d'iode et de
peptone de viande — (cinq gouttes de solution contiennent
0.01 pour cent d'iode combinée avec la peptone trypsique procédé Robin)*

**ARTÉRIO-SCLÉROSE
ARTHRITISME
ASTHME
EMPHYSÈME
LYMPHATISME**

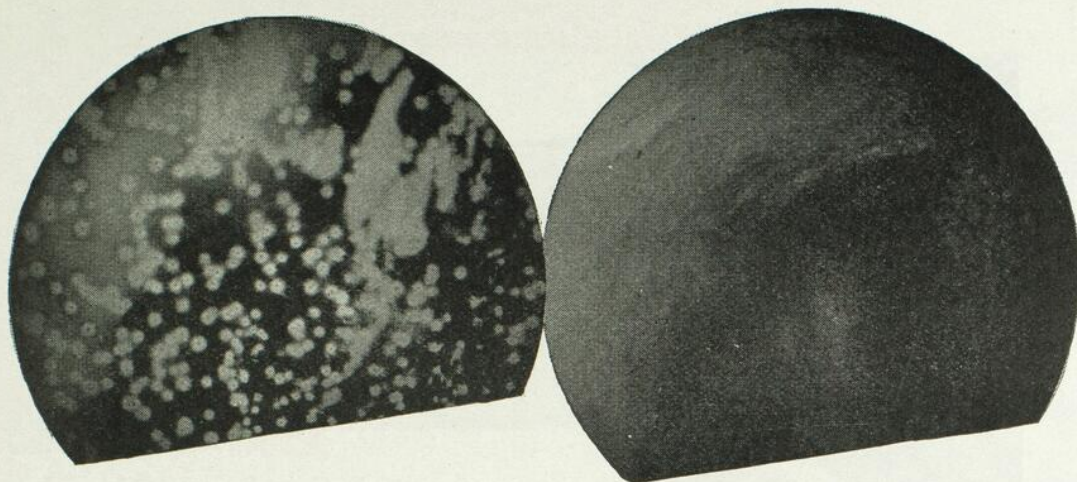
Iode 4 gms - peptone Robin 15 gms - pour
100 gms — 20 gouttes correspondent com-
me effet thérapeutique à 1 gramme d'iodu-
re de potassium — Dose: en général 20 à
30 gouttes par jour - flacon de 45 cc.

C'EST en 1881 que Robin découvre les combinaisons métallo-peptoniques et en étudie médicalement les résultats sur l'organisme. En 1885, Berthelot communique les résultats de cette découverte à l'Académie des Sciences. Le 26 mars 1907 l'Iodone Robin fait l'objet d'une communication spéciale à l'Académie de Médecine. Depuis cette époque les Laboratoires Maurice Robin ont été les seuls à connaître et constamment perfectionner la méthode et la fabrication des composés peptones et iode. Les peptonates Robin ont pour base la peptone trypsique provenant de viande de bœuf; ils constituent de véritables combinaisons organiques, forme éminemment propice à l'assimilation du corps actif fixé sur ce support, comme se rapprochant le mieux de celle sous laquelle il se rencontre dans les humeurs et les tissus de l'organisme.

Laboratoires Maurice Robin, 13/15, rue de Poissy — Paris

Agents au Canada:

LABORATOIRES JEAN OLIVE, 533, rue Bonsecours — Montréal



Chimiothérapie de choix

Dans la chimiothérapie antibactérienne plusieurs préparations similaires sont maintenant offertes. Toutes se sont montrées très efficaces, cependant qu'elles diffèrent quelque peu dans leur action sélective contre les divers agents pathogènes.

Le Néoprontosil est particulièrement efficace contre le streptocoque hémolytique et se montre d'une valeur remarquable dans plusieurs infections que l'on rencontre ordinairement dans la pratique courante.

Son action bactéricide s'exerce efficacement contre les agents qui atteignent les voies urinaires. Le Néoprontosil s'avère également efficace dans les infections causées par les colibacilles, les aérogènes, les bacilles dysentériques et le streptocoque hémolytique.

Le Néoprontosil est très avantageux dans les cas qui demandent un traitement prolongé, tout particulièrement dans la cœlite ulcéreuse, à cause de sa toxicité peu élevée.

MÉDICATION ORALE ET PARENTÉRALE

Pour l'administration orale, Néoprontosil est présenté en comprimés de 5 grains et en capsules de 3 grains; pour l'administration parentérale il se présente en ampoules et en flacons, en solution de 2.5 et 5 pour cent.

NEOPRONTOSIL

Nom déposé au Canada et aux Etats-Unis

Marque de l'Azosulfamide

Disulfonate-3, 6 de 4-sulfamido-phényl-2-azo-7-acétylamino-1-hydroxy-naphtalène disodique.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.

Administration — Windsor, Ont.

Succursale au service de MM. les médecins — Immeuble "Dominion Square"
Montréal, P. Q.



The Sickle Has Lost Its Edge

SLOWLY BUT SURELY MEDICAL SCIENCE IS CONQUERING SYPHILIS

LA FAUX A PERDU SON TRANCHANT

Lentement mais sûrement la science médicale combat la syphilis

La réputation du Mapharsen comme agent antiluétique n'a été surpassée par aucune autre préparation arsenicale depuis la découverte d'Ehrlich. Plus de 10 millions d'injections intra-veineuses, de Mapharsen, données depuis sept ans supportent cette réputation.

Le Mapharsen se prête bien au traitement intensif, avec des doses comparativement plus petites d'arsenic. Les réactions sont moins fréquentes et moins sérieuses que celles produites par l'arsphénamine ou néo-arsphénamine.

L'appât de l'injection est simple et facile. Le Mapharsen se dissout rapidement dans l'eau distillée. La solution est neutre et isotonique, aucune action neutralisante est requise.

Le Mapharsen (Chlorhydrate de Méta-amino - para - hydroxy - phénylarsine - oxyde) renferme 29 pour cent d'arsenic sous forme trivalente. Il n'acquiert aucune toxicité dans son ampoule, en solution, dans l'organisme, ou exposé à l'air.

Présenté en ampoules à dose unique de 0.04 gm. et 0.06 gm. et en ampoules à doses multiples de 10 - 0.4 gm. et 0.6 gm.

MAPHARSEN

A product of modern research offered
to the medical profession by

PARKE, DAVIS & COMPANY

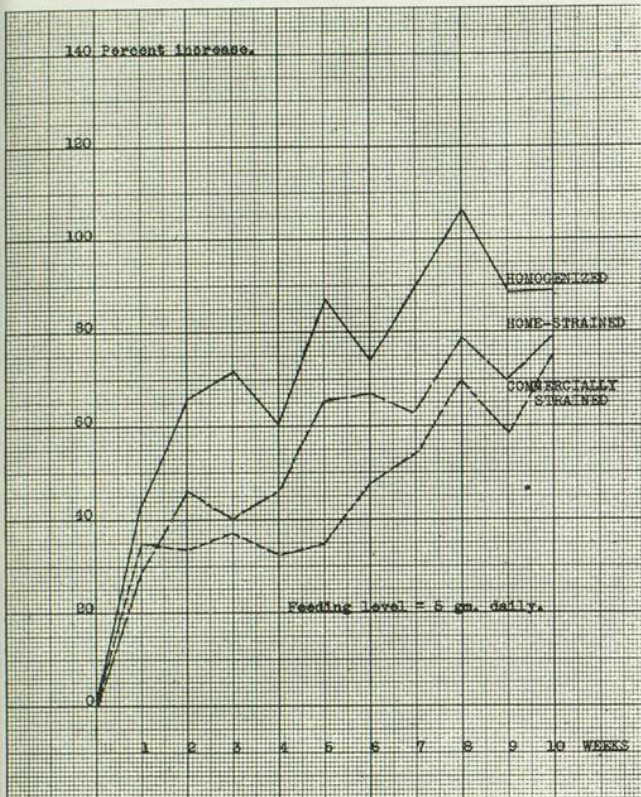
AU SERVICE DU MÉDECIN ET DU



PHARMACIEN DEPUIS PLUS DE 75 ANNÉES

L'ANÉMIE EST PRÉVENUE PAR LES

Des études ont démontré que quoique le sang des bébés, à la naissance, soit riche en hémoglobine, celle-ci décroît rapidement jusqu'à ce qu'elle atteigne un bas niveau quand le bébé est encore très jeune. Quoique les légumes et les fruits, grâce à leur "valeur ferrugineuse" élevée, aident à protéger contre cette tendance à l'anémie,



Pourcentage d'augmentation d'hémoglobine, au-dessus du niveau d'anémie, chez les rats, après qu'on eut ajouté des légumes à leur régime lacté.

Libby's HOMOGENIZED (EXTRACELLULAR) ALIMENTS POUR BÉBÉS

le fait que les légumes, même les plus soigneusement passés au passe-purée, sont indigestes a souvent empêché les médecins de les ajouter au régime alimentaire des très jeunes bébés par crainte des troubles intestinaux qui pourraient en résulter.

On prévoit que les Aliments Homogénéisés Libby's pour Bébés seront précieux pour prévenir l'anémie qui résulte de la sous-alimentation, car on en a donné à des bébés de six semaines et ils les ont bien tolérés. Leur digestibilité est due au procédé d'Homogénéisation Libby's qui brise les fibres grossières et les cellules nutritives.

Les éléments nutritifs précieux, contenus dans les cellules nutritives, sont libérés pour être digérés plus complètement, assurant ainsi aux Aliments Homogénéisés Libby's pour Bébés une "valeur ferrugineuse" plus élevée que celle des aliments en purée.

Les Aliments Homogénéisés Libby's pour Bébés se font en 10 combinaisons équilibrées dont chacune se compose de trois aliments ou plus sélectionnés par des pédiatres. Les déficiences naturelles d'un légume sont compensées par les propriétés d'un autre, ce qui permet aux médecins de prescrire plus facilement une alimentation infantile variée et bien équilibrée.

DES ÉCHANTILLONS GRATUITS

et de la littérature descriptive seront envoyés aux médecins et pédiatres qui en feront la demande. Veuillez vous adresser à: Libby, McNeill & Libby Laboratories, Chatham, Ontario.

10 COMBINAISONS D'ALIMENTS BIEN ÉQUILIBRÉES POUR BÉBÉS

Grâce à ces combinaisons de céréales, soupes, fruits et légumes Homogénéisés, le Médecin peut facilement prescrire une variété d'aliments solides pour les bébés.

- | | | | |
|--|---|--|--|
| 1 Pois, betteraves, asperges. | 4 Lait complet, blé complet, farine de soya. | 7 Soupe maigre—consistant de céleri, pommes de terre, pois, carottes, tomates, farine de soya et orge. Peut être donnée aux très jeunes bébés. | 9 Combinaison de légumes verts — beaucoup de médecins ont demandé ce mélange. Pois, épinards et haricots verts mélangés ensemble pour assurer un plat de légumes très désirable. |
| 2 Citrouille, tomates, haricots verts. | 5 Pruneaux, jus d'ananas, jus de citron. | 8 Combinaison de fruits améliorée — Mélange nourrissant de bananes, pommes et abricots, dont le goût est très agréable. | 10 Tomates, carottes et pois—Une nouvelle combinaison de légumes, savoureuse et exceptionnellement bonne au point de vue diététique. |
| 3 Pois, carottes, épinards. | 6 Soupe—carottes, céleri, tomates, foie de poulet, orge, oignons. | | |

Et, de plus, Trois Légumes Seuls Spécialement Homogénéisés

CAROTTES — POIS — ÉPINARDS et
LAIT ÉVAPORÉ HOMOGENÉISÉ LIBBY'S

Faits au Canada par

LIBBY, McNEILL & LIBBY OF CANADA LIMITED, Chatham, Ont.



“Hé! ne m'enlevez pas mon Lait Carnation.”



Du point de vue nutritif, il semble maintenant exister de bonnes raisons de recommander l'usage du Lait Carnation Irradié pour l'alimentation de l'enfant. Si le “jeune homme” témoigne d'un goût prononcé pour ce bon lait — c'est une raison de plus, et très importante.

Dilué dans la proportion de 1:1, le Lait Carnation Irradié possède les mêmes propriétés que le lait naturel comme breuvage. De plus, sa teneur en vitamine D est accrue par l'irradiation. Partiellement, ou non dilué, ce lait est très utile pour la préparation de mets appétissants dont chaque portion contient plus de matières solides de lait. Pureté, digestion facile, économie sont d'autres facteurs qui rendent ce lait très avantageux pour tous les âges...
Carnation Company, Limited, Toronto, Ont.

Lait

Produit
dans le Québec



Carnation

IRRADIÉ

“provenant de vaches bien nourries”



POUR LA DÉFENSE DU CANADA



PROGRAMME

sans sacrifice pour la

CONSERVATION DES ARTICLES

DE PANSEMENT

L'INDUSTRIE des articles pour pansements chirurgicaux a presque atteint la limite de sa capacité de production.

La maison Johnson & Johnson est toujours en mesure de répondre aux demandes de ses clients et elle n'entrevoit pas encore le jour où elle aura de la difficulté à le faire. Toutefois, il importe d'éliminer le gaspillage et de conserver les articles de pansement chaque fois qu'il est possible de le faire—gaze, coton absorbant et produits adhésifs. On peut y arriver de diverses façons—par exemple, en n'employant pas de morceaux plus grands que nécessaire—sans que les pansements soient moins efficaces et les patients moins confortables.

Il importe que chacun fasse sa part! Conservez les articles pour pansements et conseillez au personnel de l'hôpital et à vos patients de faire de même.

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

Les plus grands fabricants au monde de pansements chirurgicaux

Problèmes courants dans le traitement de l'ulcère gastrique

AMPHOJEL, gel d'alumine Wyeth, devient le traitement de choix de l'ulcère gastrique. Les cliniciens reconnaissent à Amphojel quatre qualités caractéristiques. — Il procure un prompt soulagement de la douleur; il assure une rapide guérison de l'ulcère; n'étant pas absorbé, il élimine le danger de l'alcalose; il réduit l'excès d'acidité sans neutraliser complètement le suc gastrique. Administré par le goutte à goutte continu, Amphojel est un associé précieux dans le traitement du mélaena et de l'hématémèse.

AMPHOJEL

Gel d'alumine Wyeth

ANTACIDE LIQUIDE . . . Adsorbant

Prendre une à deux cuillerées à thé à l'état pur ou avec un peu d'eau, cinq ou six fois par jour, entre les repas et au coucher.

Préparé en bouteilles de 12 onces.



Nom déposé au Canada.

POUR LA COMMODITÉ DES PATIENTS QUI
VAQUENT À LEURS OCCUPATIONS

COMPRIMÉS antacides Amphojel de Wyeth

Un demi ou un comprimé dans un demi-verre d'eau. Répéter cinq ou six fois par jour et au coucher.

Préparé en bouteilles de 50 comprimés.

LA PLUS VIEILLE MAISON PHARMACEUTIQUE AU CANADA - FONDÉE EN 1883



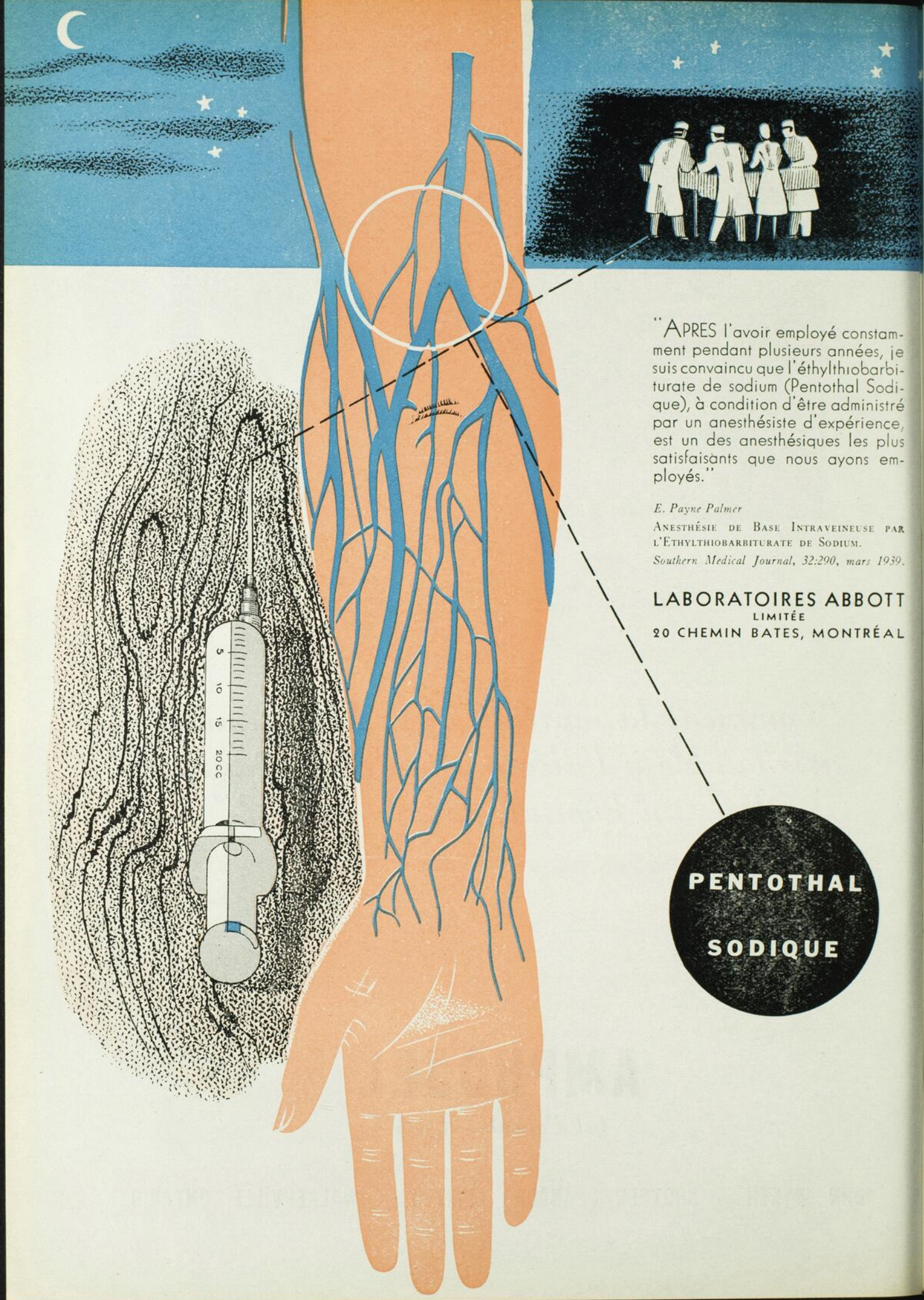
*“Comment la mortalité par hématomèse
attribuable à l’ulcère a-t-elle été réduite,
dans un hôpital, de 29% à 3%?”*

L’administration de l’Amphojel par la méthode du bain intra-gastrique continu a eu pour résultat de réduire de beaucoup la mortalité dans les cas d’hématomèse attribuable à l’ulcère de l’estomac.

AMPHOJEL

Gel d’alumine Wyeth

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



"APRES l'avoir employé constamment pendant plusieurs années, je suis convaincu que l'éthylthiobarbiturate de sodium (Pentothal Sodique), à condition d'être administré par un anesthésiste d'expérience, est un des anesthésiques les plus satisfaisants que nous ayons employés."

E. Payne Palmer

ANESTHÉSIE DE BASE INTRAVEINEUSE PAR L'ETHYLTHIOBARBITURATE DE SODIUM.

Southern Medical Journal, 32:290, mars 1939.

**LABORATOIRES ABBOTT
LIMITÉE
20 CHEMIN BATES, MONTRÉAL**

**PENTOTHAL
SODIQUE**

BULLETIN

70^e ANNIVERSAIRE DE LA FONDATION DE "L'UNION MÉDICALE DU CANADA"

« Le rôle de la presse médicale est si grand que nous devons user de prudence et de modération en toutes circonstances; il ne faut pas, dit-on, satisfaire trop souvent son tempérament. »

LESAGE.

Nous célébrons, en janvier 1942, le 70^e anniversaire de la fondation de *l'Union Médicale du Canada*, fusionnée, depuis trois ans, avec *le Bulletin de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord*.

Le premier numéro parut en janvier 1872. Les fondateurs étaient Messieurs les Docteurs Beaubien, Beaudet, Bibeau, Brosseau, Coderre, Dansereau, de Bonald, Deschamps, Desjardins, d'Orsonnens, Dubuc, Duchesneau, Dugas, Fortier, Grenier, Hingston, Lachapelle (E.-P.), Laramée, Leblanc, McDonnell, McMahan, Mousseau, Nelson, Pelletier, Rottot (rédacteur en chef), Dagenais, Desrosiers (assistant-directeur).

Le but, à cette époque, 1872: *l'intérêt du public, l'intérêt de la science, l'accomplissement d'un devoir.*

« Nous voulons, écrit le rédacteur en chef, faire disparaître cet isolement dans lequel nous vivons, les uns vis-à-vis des autres, véritable vide au milieu de nous, et qui nous prive d'un des charmes de la vie. »

En 1874, le Docteur Grenier succède au Docteur Rottot comme rédacteur en chef.

En 1877, le Docteur Lamarche succède au Docteur Grenier.

En 1881, le Docteur Desrosiers devient rédacteur en chef jusqu'en 1895.

En 1895, le Docteur E.-P. Benoît succède au Docteur Desrosiers comme rédacteur en chef, jusqu'au mois de mai 1900.

En mai 1900, le Docteur Albert LeSage succède au Docteur Benoît comme rédacteur en chef, poste qu'il occupe encore actuellement.

*
* *

Au mois d'avril 1900, un groupe nouveau succède au groupe ancien, en faisant l'acquisition, à forfait, de *l'Union Médicale du*

Canada, dont le propriétaire était le professeur Lamarche. Les nouveaux propriétaires sont: Messieurs Boulet, Benoît, Dubé, Harwood (L. de L.), Hervieux, LeSage et Marien.

Le programme en 1900

« La nouvelle direction se propose de marcher sur les traces de ses devanciers. Tout le monde sait, du reste, que la publication d'une revue scientifique n'est pas le moyen le plus sûr de parvenir rapidement à la fortune!...

« . . . Mais, afin de ne pas nous laisser distraire, rédacteur, collaborateurs et lecteurs, des travaux sérieux que nous entreprenons de concert, *la direction s'interdit toute polémique acrimonieuse.*

« Mettant de côté tout intérêt personnel, tout esprit de coterie, nous donnerons, sans compter, notre bonne volonté, notre travail, pour en faire une publication qui continuera de répandre, dans la profession médicale du Canada, les saines idées qui ont cours de par le monde scientifique. »

En janvier 1925, les hôpitaux sont déjà plus nombreux, et les anciens élèves sont devenus, à leur tour, des chefs de service et des médecins de haute réputation. Le Rédacteur en chef croit que *l'Union Médicale du Canada* devrait bénéficier de leur expérience et de leur savoir. Il en fait la proposition à ses collègues. D'accord, ils proposent de se constituer en une société en s'adjoignant de nouveaux directeurs afin de créer un centre unique de ralliement, de travail et de diffusion des sciences médicales en tous nos milieux.

Nous voyons donc, à cette époque, un groupe plus nombreux acquérir, de nouveau, à forfait, *l'Union Médicale du Canada* pour en devenir les nouveaux propriétaires sous le titre *Société de l'Union Médicale du Canada*. Voici les noms des nouveaux actionnaires:

MM. Archambault, Benoît, Boulet, Bourgeois, Bruneau, De Cotret, Derome, Desloges, Dubé (J.-E.), Harwood (L. de L.), Lassalle, Latreille, Leduc, LeSage, Marien, Masson (D.), Masson (R.), Mercier (O.-F.), Pariseau (L.), Parizeau (T.), Prévost, Rhéaume, Roy, Saint-Jacques.

De ce nombre, quinze sont décédés: MM. Archambault, Boulet, Bruneau, De Cotret, Derome, Desloges, Dubé, Harwood, Lassalle, Latreille, Marien, Masson (R.), Mercier (O.-F.), Prévost, Rhéaume.

Un a démissionné. Huit survivent: MM. Benoît, Bourgeois (B.-G.), Leduc, LeSage, Masson (D.), Parizeau (T.), Roy, Saint-Jacques.

Chaque sociétaire paiera, en argent, à la nouvelle société une somme fixe qui sera incessible, insaisissable et inaliénable, c'est-à-dire que cette somme capitale ne pourra, en aucun temps, être cédée, vendue ou autrement transportée ou aliénée par le sociétaire.

Le but de cette clause était de compter sur un capital intangible, afin de sauvegarder les intérêts financiers de notre Revue de médecine. Notre administrateur était M. Théophile Valiquette.

But de la Société en 1925

« La Société a pour but de promouvoir les intérêts de la profession médicale au Canada, en particulier dans la province de Québec. Elle désire aussi contribuer au développement des centres hospitaliers, à l'avancement de l'enseignement universitaire, et collaborer au développement scientifique des diverses Sociétés savantes, notamment: la *Société Médicale de Montréal*, la *Société de Biologie de Montréal* et les Sociétés Médicales de districts.

« La Société se propose aussi de participer à l'organisation des Congrès périodiques de l'A.M.L.F.A.N. »

Cette nouvelle organisation réussit à créer plus d'unité, un très grand esprit d'émulation et beaucoup d'harmonie dans les milieux de ce temps-là. Tous sont devenus des compagnons et, j'ose dire, des amis.

Les Sociétés savantes et les Congrès de l'A.M.L.F.A.N. prirent un nouvel élan; des relations très étroites et très cordiales s'établirent bientôt entre la France et le Canada. Des missions nombreuses et importantes vinrent régulièrement au Canada, bientôt suivies de maîtres français, grâce à l'appui des gouvernements. Ils purent donner des cours réguliers de perfectionnement dont nous avons retiré le plus grand profit.

La Faculté de médecine en bénéficia largement; c'est au sein de ses directeurs et de ses collaborateurs qu'elle a choisi la plupart de ses agrégés et un certain nombre de ses professeurs titulaires.

*
* *

En 1932, les directeurs publient un numéro « Souvenir » en l'honneur du 60^e anniversaire de la fondation. On y trouvera les renseignements les plus précis et les plus complets sur le mouvement médical français au Canada, en particulier dans la province de Québec.

En janvier 1937, *l'Union Médicale du Canada* fusionne avec le *Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord*. Il devient le journal officiel de notre grande association. Il réorganise son bureau de direction en nommant quelques directeurs de l'Association des M.L.F.A.N. et il s'associe avec les médecins des villes de Québec et d'Ottawa ainsi que des centres canadiens des États-Unis pour créer un mouvement de propagande et d'unité dont les résultats sont très encourageants pour l'avenir

malgré les conditions actuelles; car nos relations avec la France sont complètement abolies par une guerre implacable qui nous prive de revues médicales françaises et de livres de médecine français.

Quant à l'esprit de notre Revue, il est actif, clairvoyant et progressif, nous l'avouons sans prétention. Il désire, avant tout, servir les intérêts généraux de la profession médicale, de nos Hôpitaux et de l'Université. Il est entièrement dépourvu de tout intérêt particulier.

Citons, pour terminer, à ce sujet, la phrase suivante du Docteur Gauvreau, ancien registraire du C.M.C.P.Q., écrite en 1932 dans le numéro souvenir:

« Cette revue est, avant tout, une revue scientifique et une revue d'idées. Les mêlées de la vie ne l'émeuvent que dans la mesure où elle trouve un principe à défendre. Les hommes pondérés qui, de tout temps, la dirigèrent, ne se sont jamais laissés impressionner par les luttes de guérillas et les escarmouches d'homme à homme. Avant d'intervenir, ils attendent toujours que les principes ou les institutions soient en cause, et cette attitude réjouit les sages. »

Il est facile de se rendre compte que l'esprit qui a dirigé cette Revue n'a pas varié dans la poursuite du but à atteindre. Cette parfaite stabilité me justifiait d'écrire, en 1932, que « *l'Union Médicale est une œuvre de régularité et de constance* ».

J'ai cru opportun de le rappeler en ce soixante-dixième anniversaire.

Albert LeSAGE,
Rédacteur en chef.

IN MEMORIAM

LE DOCTEUR LÉONIDAS BLAGDON

1885-1942

Au matin du premier janvier, 1942, s'éclip-sait de la vie le docteur Léonidas Blagdon, à l'âge de 56 ans, arrivé au point culminant d'une carrière professionnelle admirablement bien remplie.

Né à Saint-Philippe de Néri, comté de Kamouraska, le 8 novembre 1885, après un passage brillant à l'école primaire et un stage classique au Collège de Sainte-Anne de la Pocatière, où il fut toujours au premier rang, ses talents le cotaient, à la fin de son collégial, pour concourir au Prix du Prince de Galles. En 1904, Blagdon s'inscrivit à la Faculté Médicale de l'Université Laval de Québec où il termina sa scolarité en 1908, après en avoir remporté toutes les bourses et y avoir constamment rayonné à l'avant-scène. Son doctorat obtenu avec très grande distinction, il partit pour l'ouest canadien, qui l'attirait, pour s'établir successivement à Forget et à Montmartre, Saskatchewan, qui lui donnèrent une clientèle qui marcha en progression ascendante.

La guerre de 1914-1918 ne pouvait laisser indifférente une âme généreuse comme la sienne. Aussi, en septembre 1915, s'enrôla-t-il dans l'Hôpital-Général-Laval No 6. C'est dans ce corps médical que nous liâmes connaissance et où naquit une amitié mutuelle qui ne s'est jamais démentie par la suite.

Homme d'action par excellence, il lui tardait de traverser l'océan pour aller mettre sa science et son dévouement au service de la cause des Alliés. Les lenteurs de l'administration militaire l'impacientaient. Le 20 mars 1916 rendit une note joyeuse dans son cœur puisque le signal du départ était sonné.

Après un séjour de trois mois en Angleterre, où il fut attaché au Shorncliffe Military Hospital, il traversa en France le 4 juillet, où il suivit les hôpitaux de Paris durant trois mois, en attendant son affectation définitive. Il s'at-

tacha tout particulièrement à l'hôpital Beaujon où feu le professeur Tuffier le prit en amitié et le pris au point de lui confier la direction chirurgicale de l'institution, durant ses vacances d'été.

Octobre et novembre 1916 le trouvèrent en fonction à l'hôpital Général-Canadien No 1, à Etaples.

Rappelé à Paris, en décembre, il rejoignit son ambulance stationnaire universitaire qui allait, en janvier 1917, établir son siège à Troyes, en Champagne, dans le Lycée des jeunes filles, transformé en unité sanitaire pour l'occasion. La grande offensive allemande d'Amiens, en mars 1917, devait fournir à Blagdon l'occasion de donner la pleine mesure de ses capacités scientifiques. Deux mille deux cents blessés y abondent en trois jours. Toujours sur la brèche, ne semblant pas ressentir la fatigue, il coopéra, avec ardeur et de toute son âme, aux opérations et au traitement de ces multiples patients. C'est là qu'il déploya son talent d'organisation. Songez qu'il avait fallu, dans un milieu entièrement inadéquat, parer à tout et monter de toutes pièces une structure hospitalière. De concert avec le colonel Rhéaume, ils y firent miracle tous deux. Tout y fut bientôt prêt pour attendre les événements. Salles d'anesthésie, d'opération, de stérilisation, de pansements furent outillées et placées aux endroits appropriés.

Durant les quinze mois qu'il séjourna à cet endroit, Blagdon se multiplia sans répit. Les nombreux fracturés des membres reçurent de lui une attention spéciale. Sa vocation à l'orthopédie se dessina et s'avéra là par les dispositifs ingénieux, par les méthodes et l'adresse de ses réductions, confirmées par les résultats heureux qu'il obtenait.

Esprit consciencieux, il n'était pas de petites tâches pour lui. Les accalmies de la guerre

lui permettaient de donner libre cours à son imagination pour créer ou corriger des appareils de fractures ou appliquer de nouveaux procédés de traitement. Il était toujours le premier au travail et le dernier à quitter la place. Je le vois encore, à la fin de chacune de ses visites, embrasser son service d'un coup d'œil circulaire pour s'assurer que tout était en ordre, que ses patients ne le réclamaient plus. Un léger sourire, parfois un peu las, animait alors ses traits et il partait l'esprit en repos et le cœur satisfait.

Jamais son zèle ne fit défaut. Il était toujours prêt au travail, à toute heure, quelle qu'elle fut.

Aux heures de loisir, Blagdon se révélait, au mess des officiers, un compagnon charmant, spirituel, plein d'entrain, même en ces instants de détente, il aimait à discuter de ces cas intéressants, il nous soumettait ses aperçus ou ses idées thérapeutiques qu'il défendait avec chaleur et conviction. Si, cependant, on lui proposait un mode semblant meilleur que le sien, il n'hésitait pas à l'adopter.

En juin 1918, dans les pavillons que la Croix Rouge Canadienne avait érigés pour abriter notre personnel médical et autres, Blagdon installa sa section qu'il vivifia de sa haute personnalité. Les petits blessés du début cédèrent le pas aux grands blessés de l'offensive du Chemin des Dames, le 17 juillet de cette année. Durant une semaine, il fit plus que sa part pour se consacrer, nuit et jour, pour ainsi dire, à opérer et à prodiguer ses soins avec son habileté et son scrupule habituels. Il ne prenait que quelques heures de repos, toujours de l'avant et payant au maximum de sa personne. On ne vit travailleur plus acharné et plus infatigable.

La poussée des Alliés pour enfoncer la ligne Hindenburg alimenta un flot continu de blessés qui prenaient le chemin de notre hôpital Laval. Blagdon continua toujours sa ligne de conduite et se tint à la hauteur des événements. Il ne le cédait à personne en vaillance, en persévérance et en efforts pour faire face à l'urgence et remplir ses obligations.

L'armistice arrêta ses activités chirurgicales. En janvier, février et mars 1919, il s'ins-

crivit à l'Amphithéâtre d'Anatomie de Paris pour y repasser sa médecine opératoire. Durant cette période, il fit une furonculose généralisée qui ne l'empêcha pas, malgré cet ennui sérieux, d'assister aux démonstrations pratiques de Clamart, ce qui corrobore péremptoirement la tenacité de son caractère, la solidité de sa constitution, la fermeté de sa volonté et son grand désir de s'instruire. Il fallait presque de l'héroïsme pour surmonter la douleur et les grands inconvénients qui découlaient de l'infection dont il était atteint.

Revenu au pays en mai ou juin 1919, il fut démobilisé peu après. Il n'avait été militaire que par occasion et par principe. De suite, il ouvrit un bureau à Montréal qui, comme grand centre, devait nécessairement le séduire, par la mesure qu'il pouvait fournir à satisfaire une ambition légitime, à lui ouvrir des horizons à la hauteur de ses talents et lui octroyer les moyens d'exploiter ses vastes connaissances scientifiques.

L'hôpital Notre-Dame l'admit dans ses cadres médicaux en février 1920 et il entra en fonction en avril suivant. Il se mit à l'œuvre immédiatement.

Blagdon fut un homme complet, d'une propreté physique et morale irréprochables. Bâti en force, doué d'un physique avenant, il faisait impression et le rayonnement de son magnétisme personnel asseyait rapidement une télépathie réciproque. On le voyait rarement ailleurs qu'à la salle d'opération, dans son service ou dans les endroits où il pouvait être utile. Il sut faire un emploi juste et raisonné de son temps. Avait-il le pressentiment que ce temps lui était compté?

Animé d'une puissance phénoménale de travail, il s'adonna au soin de ses patients avec un empressement incessant. Il aima son métier avec passion parce qu'il fut une grande âme et qu'il avait le sentiment incarné de sa mission. Il affectionnait faire son service lentement pour se livrer plus longtemps aux problèmes pathologiques qui se posaient devant ses yeux. Possédant une perspicacité aiguë, doublée d'un flair peu commun, rien ne lui échappait. Il faisait l'examen de ses malades avec

une minutie consommée; tous les symptômes étaient serrés de près.

J'ai souvent, moi son collègue et ami, admiré la solidité de son jugement et le sens commun hors ligne dont il faisait preuve, à l'occasion surtout des possibilités de diagnostics. Il fallait l'acculer à une démonstration bien convaincante pour l'amener à nos conclusions. C'est là que sa dialectique scientifique sans échappatoires entraînait en jeu. Son sens diagnostic était d'une sûreté inébranlable et son sens clinique profond. Quand il avait analysé tous les symptômes et qu'il avait étayé fermement ses déductions, les assises en restaient immuables.

Quand nous avançons des propositions qui semblaient jurer avec la réalité des observations, il faisait une moue qui était tout un tableau où se reflétait, tour à tour, le doute, l'étonnement ou la moquerie. Mais si les avancées se tenaient logiquement, il se ralliait sans peine car il n'avait aucun préjugé.

Il prodiguait ses conseils à ses assistants, il se prêtait toujours complaisamment à toutes les questions, faisant au besoin sentir l'aiguillon de sa critique impartiale. Il portait constamment dans son esprit l'intérêt du patient, l'honneur et le bon renom de l'institution où il travaillait.

Son obligeance professionnelle était proverbiale. Disposé sans cesse à prodiguer ses avis, il y allait souvent même de sa personne, s'il y avait lieu. Il fut un consultant intègre et désintéressé. Il eut la conscience de sa profession à un haut degré, se traduisant par l'attention particulière qu'il apporta à l'accomplissement des labeurs, grands ou petits. Sa probité, tant scientifique que chirurgicale, était au-dessus de toute atteinte.

Il eut un sens du devoir et des responsabilités qui le faisaient dominer les petites gens de la vie. Avec Blagdon, pas de compromissions! D'un caractère entier, sa franchise confina parfois à la brutalité. L'écorce était peut-être un peu rude mais quel grand cœur y battait là-dessous! Mais on connaissait toujours le fond de sa pensée, sans ombres ni détours.

Son esprit de justice et son sens des proportions s'équilibraient remarquablement. Tous

les faits scientifiques ou relevant de la régie du service se pesaient et se jugeaient à leur valeur intrinsèque.

Travailleur obstiné, il était au courant des dernières méthodes thérapeutiques ou des techniques nouvelles. Opérateur habile, il a abordé tous les plans de la chirurgie moderne. Il posséda à fond tous les modes opératoires. Son sang-froid imperturbable lui assura toujours la maîtrise de lui-même, au travers de certains stages périlleux, délicats ou ennuyeux de quelques interventions.

A part la neuro-chirurgie, dont il avait quand même de fortes notions, il évoluait à l'aise dans tous les détours du domaine médico-chirurgical. Quoiqu'il connût à fond et pratiquât la chirurgie avec dextérité, s'il eût eu à opter pour une spécialité, il eût dû choisir l'orthopédie parce qu'il me semblait être là plus dans son élément, si je puis dire. Il était d'une ingéniosité et d'une adresse sans égale. Que de blessés lui doivent aujourd'hui la récupération fonctionnelle et souvent anatomique de leurs membres. C'était un plaisir et une leçon tout ensemble que de lui voir manipuler les fractures pour les réduire, les mettre en plâtre et parvenir aux résultats désirés. Les fractures de cuisse ont été grandement améliorées à l'hôpital Notre-Dame par le chariot mobile qu'il imagina un jour, il y a quelque dix ans. Il connaissait, en plus, tous les appareils de contention, principalement ceux de fracture américaine.

Malgré qu'il ne parût pas avoir de préférence marquée, les ostéosynthèses avaient l'air de le délecter tout particulièrement. La chirurgie abdominale, du thorax, de la face, des membres retint son attention à un degré pareil. Il fut égal à lui-même dans tous les genres. Les petites comme les grandes questions chirurgicales ne le laissèrent jamais indifférent parce qu'il fut un maître incontesté dans les méandres souvent compliqués de son art.

Ses cliniques aux étudiants resteront des modèles du genre. Il avait une manière tout-à-fait personnelle de camper les traits saillants de la pathologie clinique de façon à faire image dans leur mémoire. Son sens pratique s'accommodait mal des phrases plus ou

moins sonores ou à effet qui ne laissent pas souvent traces. Ses démonstrations ou ses exposés tendaient toujours vers le but direct: instruire. Sa parole, incisive, portait la marque d'une conviction intime et d'une teneur savante qui se gravait dans l'esprit de ses auditeurs. Il est regrettable que ses enseignements n'aient jamais été recueillis, car ils feraient l'ornement scientifique de plus d'une bibliothèque.

Son immense expérience et son sens d'appréciation le servaient admirablement bien. Tout était raisonné et raisonnable chez-lui. Aussi sa fréquentation constituait-elle une mine pour ainsi dire inépuisable de renseignements! Il avait un pouvoir d'assimilation hors du commun et sa mémoire emmagasinait fidèlement le fruit de ses nombreuses lectures qui ne le mettaient jamais à court pour pourvoir au soulagement et à la guérison de ses patients.

Grâce au renom qu'il s'était acquis auprès des Tribunaux de Justice ou par sa réputation répandue au loin, la Commission des Accidents du Travail de Québec se l'attacha, il y a plusieurs années, comme expert, honneur qui rejaillit sur sa maison et sur la Corporation des chirurgiens canadiens-français.

Ses articles scientifiques ne sont peut-être pas très nombreux, mais ils étaient toujours frappés au coin du sens clinique et pratique. Membre de différentes sociétés savantes, la Société Médicale de Montréal, la Société de Gastro-Entérologie, la Société d'Orthopédie le virent présenter à leurs réunions des histoires de cas sur lesquels ses considérations, ses vues, ses remarques et ses conclusions tenaient toujours l'attention éveillée parce que Blagdon avait le don d'intéresser puissamment ses collègues. Aux assemblées scientifiques de l'hôpital Notre-Dame, seul ou en collaboration, il fit souvent défiler des malades ou rapporta des éventualités pathologiques qui portaient sa marque de clinicien consommé ou d'opérateur heureux.

Le Conseil de la Faculté de Médecine apprécia vite ses mérites qu'il consacra en le nommant, le 5 mars 1923, assistant à la Clinique

chirurgicale de l'hôpital Notre-Dame et professeur agrégé, le 5 juin 1928. Durant cinq ans, il donna une série de leçons, au Cours de Pathologie externe, auxquelles il imprima son cachet personnel.

Président de la Société de Chirurgie de Montréal, en 1936, membre, depuis 1931, du Collège Royal Canadien de Chirurgie, membre de la « Canadian Association of Clinical Surgeons », il assista souvent aux Congrès, tant au Canada qu'aux Etats-Unis. Il figura plus d'une fois, avec grand avantage, aux réunions, à Montréal, de la « Canadian Association of Clinical Surgeons », du « Wisconsin Surgical Club », et de « l'American College of Surgeons » et de plusieurs autres sociétés scientifiques où sa maîtrise élégante de la langue anglaise lui assurait une place prédominante pour exposer les observations qui avaient toujours le don de susciter l'intérêt des participants. Il fut un co-organisateur avec feu le docteur Mercier et le docteur B.-G. Bourgeois de tous les Congrès chirurgicaux qui vinrent tenir leurs assises en notre ville et il en fut toujours un animateur excellent.

De ses voyages d'études aux Etats-Unis, de par son esprit d'observation il importait des notions nouvelles dont il faisait bénéficier son hôpital, ses patients et tous les milieux où il prenait la parole.

Blagdon s'intéressa donc à tout ce qui regardait la science de son métier. Aucun a-côté ne resta dans l'ombre avec lui.

Il fut en plus un savant consommé. D'une haute culture générale, il pouvait discuter à l'aise de sujets concernant la Métaphysique, la Génétique, le Transformisme, la Philosophie, l'Economie Sociale, la Littérature, les Sciences naturelles, les Beaux-Arts, etc. Devant mes avancés parfois osés, il avait un sourire singulièrement désarçonnant. Ses répliques portaient d'une logique serrée, les réflexions ou les aperçus qu'il émettait étaient particulièrement lumineux. Il n'admettait pas de théories branlantes, seuls les faits trouvaient grâce à ses yeux parce qu'il avait un esprit positif. Ce m'était un charme d'argumenter avec lui, as-

suré que j'étais de lui voir étaler ses idées avec une originalité et une solidité mentale exceptionnelles.

Blagdon fut un homme loyal et un ami fidèle. C'est le souvenir de cette amitié qui m'étreint la gorge aujourd'hui pendant que j'écris son éloge. Cette amitié, il l'a attestée aussi à son chef, le docteur B.-G. Bourgeois ainsi qu'à ses assistants. Il eut le respect de la hiérarchie, parce qu'il eut indubitablement le sens de l'ordre. Tous ses autres collègues de l'hôpital Notre-Dame le tenaient en haute considération parce qu'il dépassait l'échelle commune. Tout le personnel, tant religieux que laïque, s'inclinait devant lui parce qu'il représenta la science, l'honneur et le devoir.

Dès le début de sa carrière, à Montréal, sa mentalité libérale, la rondeur de ses manières, sa personnalité attrayante, la largeur de son esprit, son caractère pondéré, son tempérament cordial et toutes les qualités qu'il posséda contribuèrent à lui créer une clientèle intéressante de patients et de médecins qui lui con-

servèrent leur confiance qu'il justifia constamment.

Blagdon fut donc un homme éminent selon les critères de l'appréciation humaine tout comme il fut un grand chirurgien. Sur sa tombe à peine comblée, penchons-nous tous avec respect car il se dégage de sa vie un exemple frappant de foi, de conscience et de probité professionnelles. Rendons-lui le témoignage qu'il a été un modèle que l'on peut proposer aux jeunes car il fut sans défaillance, sans peur et sans reproche. Il laisse un vide qui flotte douloureusement dans nos cœurs où son image vivra longtemps. De mon vieux compagnon d'armes, de cette liaison de vingt-sept années, je garde la commémoration émue d'une longue amitié et c'est l'âme bouleversée de chagrin que je dépose sur sa tombe l'hommage de mon affection, de mes regrets et de mon souvenir inaltérables.

Urgel GARIEPY, (F.R.C.S.) (C),
Chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.

MÉDECINS MILITAIRES À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

DOCTEUR ALBERT LAROCHE
Surgeon Commander, R.C.N.V.R.
Senior Medical Officer, Pacific Coast.

Cet article fait suite à un autre que j'ai publié au mois de novembre (1941), à propos de trois jeunes médecins engagés dans la marine militaire canadienne.

J'avais annoncé, à cette époque, que je publierais, au fur et à mesure des renseignements que l'on voudrait bien me fournir ou que je possède, les noms de nos médecins qui joignent les rangs de la milice canadienne.

Nous publions, aujourd'hui, une note concernant un de nos médecins les plus distingués, Monsieur le **Docteur Albert Laroche**, « *Surgeon Commander, R.C.N.V.R. — Senior Medical Officer, Pacific Coast* ». Nous avons dû attendre assez longtemps avant de recevoir ces renseignements, car notre collègue demeure, en ce moment, dans la Colombie Anglaise.

Le Docteur Laroche a déjà participé à la guerre de 1914. Lorsque la guerre actuelle a entraîné le Canada dans la lutte, il s'est empressé d'offrir ses services à la Marine Royale Canadienne. Ajoutons qu'actuellement, il est le premier et le seul médecin canadien-français à occuper un rang aussi élevé dans les Forces Navales de Sa Majesté, non seulement au Canada, mais dans tout l'Empire Britannique. Car il y a une différence entre les unités combattantes: l'officier médical naval ne fait pas partie du groupe que l'on désigne sous le nom de « médecine militaire ». Il combat, il est militant, mais il n'est pas un militaire; il fait partie du Service Naval, mais non pas de l'armée, c'est-à-dire que le groupe auquel il appartient est désigné sous le nom de: « *Senior Service of the Navy* ».

Il a donc des droits d'aînesse auxquels il tient. Il sera toujours prêt à collaborer avec les forces de l'armée et de l'aviation combattantes, mais, même dans leurs rangs, il refusera

de perdre son identité; il est, avant tout, « *officier de marine* ».

Dans le service naval, le médecin acquiert un rôle de dualité admirable: il reste médecin, c'est vrai, mais il devient, aussi, Officier de Marine. De sorte que, durant son service actif, soit dans la marine, soit dans l'armée ou l'aviation, on ne peut dire de lui qu'il s'est



enrôlé dans la médecine militaire, car les us et coutumes des médecins de l'armée et de la marine diffèrent essentiellement de ceux de l'officier médical naval.

De tout ce qui précède, nous avons l'impression que le médecin militaire, affecté aux forces navales, doit subir un entraînement d'un standard très élevé et très efficace; il doit posséder des connaissances précises et approfondies, comme médecin, jointes à l'excellente discipline requise de tout officier faisant partie des forces navales. L'entraînement auquel il

est soumis permet de distinguer, assez tôt, les aptitudes justifiant de lui confier les postes qui lui conviennent le mieux. C'est donc une école de perfectionnement où ces médecins se spécialisent en vue des fonctions qui leur sont assignées, telles que: « signalmen, gunlayers, submarine ratings », etc.

NOTES BIOGRAPHIQUES

Monsieur le Docteur Albert Laroche est né à Montréal en 1890.

1903-11. Etudes classiques au Collège de Montréal.

1911-16. Etudes médicales à l'Université Laval (Montréal).

1916. Doctorat en Médecine.

1914-16. Internat à l'Hôtel-Dieu (Montréal).

1916-17. Internat à l'Hôpital Saint-Paul (Vancouver, B.C.).

1917-20. Officier médical naval sur croiseurs auxiliaires et transports de troupes.

1920-22. « Surgeon, Lieutenant, Royal Canadian Navy ».

1920. « Surgeon, Lieutenant, Royal Naval Hospital (Plymouth) ».

1922-28. Pratique générale de médecine à Granby, P.Q.

1928-30. Etudes d'urologie en Europe, surtout en France, à Paris, chez le professeur Marion (Service Civil, Hôpital Lariboisière).

1930-39. Chef du Service d'Urologie à l'Hôpital Saint-Luc, à Montréal.

1939. « Surgeon Lieutenant Commander, Royal Canadian Naval Volunteer Service ».

Aujourd'hui:

« Surgeon Commander, R.C.N.V.R. ».

« Senior Medical Officer, Pacific Coast ».

« Principal Medical Officer, Royal Canadian Naval Barracks, Esquimalt, B.C. ».

*

* *

En relisant ces quelques notes, on se rend compte de l'importance d'une mission militaire dans la Marine Royale Canadienne. Le médecin doit être un homme instruit, discipliné et loyal. Il obéit autant qu'il commande et sa valeur morale trouvera maintes fois l'occasion de dépasser sa valeur scientifique.

Nous nous inclinons donc devant le courage de ceux qui ont déjà rejoint les rangs de cette importante unité et nous comptons qu'ils deviendront, dans leur entourage, des exemples de ponctualité dans les milieux civils qu'ils seront appelés à fréquenter.

Quoi qu'on dise, la médecine militaire exerce une influence heureuse sur l'homme. Elle lui fait apprécier la valeur du temps et les conséquences d'un acte, bon ou mauvais, dans la vie, s'il est accompli avec ou sans réflexion.

Nous adressons au Docteur Laroche nos vœux de succès et de retour parmi nous lorsqu'il aura achevé la tâche magnifique à laquelle il s'est voué spontanément.

LE DOCTEUR L.-MEDARD EMARD

Le docteur Ladislas-Médard Emard, un médecin que tous connaissent et apprécient, à cause de son tact, de son dévouement, de sa ponctualité et du désir qu'il éprouve de rendre service à tous ceux qui s'adressent à lui, — occupe une position très importante depuis le mois de janvier 1941, dans le District No 3 de la R.C.A.F.

Sa longue expérience, acquise à l'Hôpital Notre-Dame, où il a été directeur médical pendant de nombreuses années, le désignait tout naturellement à l'attention des autorités militaires. Il a donc accepté d'occuper un poste responsable pour la durée de la guerre.

Nous sommes très heureux de publier quelques notes sur ses activités. Les voici:

Né à Embrun, Ontario, le 27 juin 1902.

Etudes classiques: Collège Saint-Alexandre, Ironside. (Aff. U. Laval, Québec.)

Etudes médicales: Université de Montréal, 1927.

Lic. Province de Québec et L.M.C.C.

Internat: Hôpital Notre-Dame.

Interne-en-chef, puis directeur des services médicaux jusqu'en février 1940.

A cette date, appelé en service (en congé de l'Hôpital) pour le personnel du Directeur général des services médicaux, « Royal Canadian Army — Medical Corps ». Quartiers généraux: Ottawa.

En juin 1940, nommé assistant « Principal Medical Officer of No. 3 Training Command (avec grade de Major). Royal Canadian Air Force ». Quartiers généraux: Montréal.

Octobre 1940. Diplôme de compétence en médecine de l'aviateur après études spéciales poursuivies à Ottawa, Ontario.

En novembre, permutation au service médical de l'aviation, — grade.

Chef d'Escadrille, — nommé « Principal Medical Officer No. 3 Training Command,

R.C.A.F. Headquarters: Montreal ». Le 15 janvier 1941.

Le 15 juin 1941, promu au rang de « Commandant d'Escadre, R.C.A.F. ».



Le Docteur Emard a déjà rendu des services très importants au point de vue militaire. Sa connaissance approfondie des deux langues lui permet de fournir des renseignements précieux et des directives utiles aux deux groupes dont il a assumé le commandement.

Nous avons confiance dans le rôle qu'il est appelé à jouer, car nous savons que sa loyauté et son dévouement sont une garantie pour ceux qu'il dirige.

Nous lui adressons nos félicitations et nos vœux.

LE DOCTEUR L.-F. BELANGER

Le docteur Léonard-Francis Bélanger, assistant au laboratoire d'histologie à l'Université de Montréal, a signé un engagement pour la durée de la guerre dans l'aviation canadienne. Il poursuit, à l'heure actuelle, à Québec, son entraînement régulier.

Le docteur Bélanger a été nommé interne lorsque j'étais chef de service à l'Hôpital Notre-Dame. Sa ponctualité dans l'accomplis-



sement de ses devoirs envers l'Hôpital et l'enseignement que je donnais, à cette époque, le désignait déjà à notre attention.

Voici quel est son « curriculum vitae »:

Né le 11 mars 1911.

Père: J. A. D. Bélanger, B.A., M.D. (Laval-Montréal, 1904), décédé le 12 octobre 1918, après avoir prodigué ses soins pendant 15 jours et 15 nuits aux victimes de l'épidémie de « grippe espagnole ».

Mère: Frances-Ann-Kathleen Leonard, décédée le 16 septembre 1916.

ETUDES PRIMAIRES

Collège Notre-Dame (Côte des Neiges), 1919-1924.

ETUDES SECONDAIRES

Collège de Saint-Laurent (1924-1926).

Collège Bourget, Rigaud (1926-1931).

Bachelier ès-arts, Université de Montréal (1931).

ETUDES PRÉMÉDICALES

Université de Montréal, certificat P. C. N. (1932).

ETUDES MÉDICALES

Université de Montréal. Docteur en médecine (1937).

Médecin praticien à Lacolle, Qué., 1937.

Nommé assistant à la chaire d'histologie en décembre 1937.

Boursier de l'A. C. F. A. S. en juin 1938. Etudes sur l'anatomie comparée et la génétique à l'Université Northwestern (Chicago).

Marié le 11 juin 1938, à Marie-Cécile Lefebvre de Québec.

Boursier de la province de Québec et de la Fondation Rougier-Armandie en septembre 1939. Etudes sur l'anatomie, l'histologie et l'embryologie; études sur la physiologie et sur la langue allemande à l'Université Harvard, de septembre 1939 à juin 1940.

Maître ès Arts en sciences anatomiques « maxima cum laude », juin 1940.

Etudes en embryologie causale et en cytologie expérimentale au laboratoire de biologie marine de Woods Hole, Mass.

En septembre 1940, assume une partie de l'enseignement théorique et la direction des travaux pratiques au laboratoire d'histologie.

En avril 1941, délégué de l'Université de Montréal au Congrès de l'« American Association of Anatomists » (Chicago).

En juin 1941, nommé assistant aux recherches au laboratoire d'anatomie de l'Université McGill.

En septembre 1941, représente la Faculté au Congrès de l'A. C. F. A. S. (Duchesnay).

En octobre 1941, représente la Faculté de médecine au Congrès de la « Canadian Physiological Society » (Seigniory Club, Montebello).

Le 12 décembre, reçoit sur demande, une commission de Flying-Officer (section médicale) dans la R. C. A. F. Nommé au Centre de recrutement No 14 (Québec).

TITRES ACADÉMIQUES

B.A. — M.D. — M.A.

HONNEURS SCOLAIRES

Membre de deux comités de régie des E. E. M. (1935-37).

Délégué du comité de l'Association athlétique.

Délégué du comité à la « McGill Undergraduate Society ».

Président de la promotion 1937.

HONNEURS PROFESSIONNELS

Membre de l'« American Association of Anatomists ».

Membre de l'« American Society for the Advancement of Science ».

Membre de la « Canadian Physiological Society ».

TRAVAUX ET PUBLICATIONS

En 1939:

« *Sur la Structure du Poumon de Delphinapterus leucas.* »

(En collaboration avec Docteur W. Bonin.)

Communication présentée au Congrès de la Société Royale du Canada, mai 1939. Publiée dans « *The Transactions of the Royal Society of Canada* ».

En 1940:

1. « *Un ancêtre de la médecine trifluvienne: Pierre de Sales La Terrière* » (1743-1815). *L'Union Médicale du Canada*, **69**: 860-864 (1940).

2. « *The Lungs of the larger Cetacea compared to those of smaller species.* » *Bio. Bull.* **79**: 289-297 (1940).

3. « *A study of the respiratory portion of the lungs of aquatic mammals.* » *Am. J. Anat.*, **67**: 437-469 (1940).

4. « *Spécialisation du segment terminal de l'arbre pulmonaire chez les mammifères aquatiques.* » Communication à la Soc. de Biol. de Montréal. Oct. 1940.

En 1941:

1. « *Réflexions sur un Congrès d'Anatomistes.* » Congrès de l'A.A.A., Chicago, 1941. *L'Union Médicale du Canada*, **70**: (juin) 1941.

2. « *Note sur les manifestations morphologiques de l'action rénotrope du testostérone.* » Congrès de l'A. C. F. A. S. Duchesnay, 1er sept. 1941. Sect. Biol. No 15.

3. « *Comparaison entre les effets du testostérone, de la thyroxine et de l'acétoxyprégnénon sur le rein de la souris.* » Soc. de Biologie, 17 sept. 1941.

4. « *On the protective action of Testosterone, against the kidney damaging effect of Phloridzin.* » *Am. J. Physiol.* Congrès de la Can. Physiol. Soc. Octobre 1941. (Ham Selye, Helen Winter and L. F. Bélanger.)

Il a donc quitté ses fonctions à l'Université, et sa famille pour répondre à l'appel, comme ses autres jeunes collègues qui l'ont précédé.

Nous lui adressons nos félicitations et nos vœux.

Albert LESAGE,
Doyen.

ÉTUDE CLINIQUE DE L'ÉPIDÉMIE DE POLIOMYÉLITE ET D'ENCÉPHALITE SURVENUE EN 1941 DANS L'OUEST AMÉRICAIN ET CANADIEN

Par **W. J. McCORMICK**,
(Toronto).

En septembre dernier, grâce à l'obligeance du docteur Bruce Chown, surintendant du Winnipeg Children's Hospital, et du docteur Dougald McIntyre, surintendant de l'hôpital des contagieux de Winnipeg, nous avons pu faire enquête sur les habitudes alimentaires et le surmenage physique des 24 cas de poliomyélite et des 12 victimes d'encéphalite. Nous avons déjà (1) émis l'hypothèse que la carence en vitamine B jouait un rôle dans l'étiologie de ces affections et nous avons voulu nous rendre compte par cette enquête clinique de l'importance de ce facteur.

Nous avons discuté, au cours de nos premières publications sur ce sujet, du problème théorique que soulevait cette hypothèse du rôle étiologique de l'avitaminose B, et nous avons attiré à maintes reprises l'attention sur l'influence que peut avoir le surmenage physique sur l'apparition de cette avitaminose. Par la suite, (2) nous avons publié les résultats d'une étude portant sur les habitudes alimentaires de 50 sujets atteints de paralysie infantile lors de l'épidémie survenue en 1937 à Toronto, et d'un certain nombre de victimes de l'encéphalite aiguë. Chacun de ces malades avait un régime pauvre en vitamine B. Nous avons également déjà rapporté les heureux résultats obtenus à chaque fois par la vitamine B dans cinq cas de poliomyélite aiguë et quatre cas d'encéphalite.

D'autres cliniciens ont fait part de réussites semblables avec la vitamine B₁ dans le traitement de la poliomyélite. Broekema (2a) rapporte une série de 17 cas de paralysie grave et modérée dont 7 furent guéris, 6 très améliorés et 3 légèrement améliorés. Des 12 cas semblables traités sans vitamine B₁ comme contrôle, 2 guérirent et 1 fut légèrement amélioré.

Giamondi (2b) a vu chacun de ses 11 cas de paralysie s'améliorer d'une façon surprenante avec la vitamine B₁.

L'enquête menée chez nos malades de Winnipeg au sujet de leurs habitudes alimentaires a révélé, dans chaque cas, une carence nette en vitamine B₁; les hydrates de carbone qui entraient dans leur régime provenaient exclusivement ou presque d'aliments préparés avec de la farine à pâtisserie, de céréales grillées ou soufflées à la vapeur, de pommes de terre bouillies, de sucre blanc, de sirop de maïs, de bonbons etc. Aucun de ces aliments ne contient de vitamine B₁. De plus, sur 24 cas de poliomyélite soumis à notre enquête nous avons retrouvé 22 jeunes malades qui s'étaient franchement surmenés au cours de l'été en pratiquant un sport quelconque: natation, bicyclette, danse, canotage etc. Chez plusieurs de ces malades, le début des troubles remontait à un séjour dans un camp d'été ou dans un endroit de villégiature, séjour consacré en majeure partie à l'exercice physique. On retrouve ce même facteur de surmenage physique dans l'histoire de 10 des 12 cas d'encéphalite interrogés à ce sujet. Plusieurs de ces patients étaient des garçons de ferme occupés pendant la période des grandes chaleurs à récolter et à battre le grain depuis le lever du soleil jusqu'à la fin de la journée. Bon nombre des cas de poliomyélite et surtout d'encéphalite se souvenaient d'avoir transpiré énormément à leur travail ou au cours de leurs exercices, pendant les jours qui précédèrent immédiatement le début de leurs troubles.

Nous résumons ici l'histoire clinique de quelques-uns des cas les plus démonstratifs, tirés de chaque groupe.

Cas de Poliomyélite

Cas No 1.

I. C., un garçon de 11 ans dont les troubles débutèrent le 29 juillet, à la plage. Voici quel était avant sa paralysie son programme quotidien: 18 milles de bicyclette pour aller et revenir de la plage, où, en plus de se baigner, il faisait habituellement deux rondes de 8 trous de golf. Dans la soirée qui précéda le début de sa maladie il avait poussé à la perche un radeau sur une distance d'environ $\frac{1}{2}$ mille. Après cet exercice, il s'était senti « très fatigué ».

Régime alimentaire antérieur à sa maladie:

Petit déjeuner: « corn flakes » ou autres céréales grillées, du bacon et des œufs, deux ou trois tranches de pain blanc grillé avec confiture ou marmelade, lait au chocolat, jus de fruits en conserve.

Déjeuner: sandwiches de pain blanc, lait, gâteau, brioches.

Dîner: viande avec pommes de terre bouillies, pain blanc beurré, salade au chou, melon d'eau.

Au coucher: tartine de confiture, lait au chocolat.

La veille de son attaque, comme la journée était très chaude, il avait bu cinq bouteilles de « Pop » et mangé plusieurs tablettes de chocolat et un « popsicle ».

Cas No 2.

D. B., un garçon de 10 ans; début des troubles, le 5 août. Il avait passé tout le mois de juillet dans un camp à se baigner 3 ou 4 heures par jour en plus de ramer, de jouer au « football », au « baseball » et de faire de la course à pied. Il avait passé les 4 premiers jours d'août après son retour à la maison à faire souvent 20 milles ou plus par jour à bicyclette, en plus de jouer « aux voleurs et à la police », en plein soleil.

Régime alimentaire suivi au camp avant sa maladie:

Petit déjeuner: gruau, pain blanc grillé, confiture, pruneaux, lait au chocolat.

Déjeuner: salade aux choux ou aux pommes de terre, pain blanc ou biscuits chauds, lait.

Dîner: viande et pommes de terre, légumes cuits, pain blanc, lait, gâteau ou tarte.

Il buvait des « liqueurs douces » et mangeait des bonbons entre les repas mais très peu de fruits frais à part ceux que ses parents lui envoyaient.

Cas No 3.

A. J., un garçon de 19 ans. Sa maladie a commencé le dimanche 3 août. Les 3 journées précédentes, qui avaient été très chaudes, avaient été employées à travailler aux foins. Il avait « transpiré continuellement et bu 3 ou 4 gallons d'eau par jour ». Durant les trois premiers jours de cette même semaine il s'était rendu « en voyageant au pouce » jusqu'à Fort Williams, en pleine chaleur et avec très peu de vivres. Il avait eu assez faim, à un moment, pour engloutir dans un seul repas, environ une douzaine de brioches recouvertes de sucre.

Régime alimentaire antérieur à sa maladie:

Petit déjeuner: flocons de maïs ou blé soufflé, pain blanc grillé, café.

Déjeuner: pommes de terre bouillies, viande, légumes cuits, pain blanc, fruits en conserve, thé.

Dîner: même menu que le midi, sauf pommes de terre frites.

Cas No 4.

D. H., garçon de 12 ans. Malade depuis le 3 août. Il avait passé le mois de juillet à la plage à se baigner 2 fois par jour et à faire dix à douze milles à bicyclette. La veille de son retour chez ses parents, il s'était fatigué à tondre le gazon. Il avait mal à la tête en arrivant chez lui, et crut qu'il aurait raison de ce malaise en répétant l'exercice de la veille; mais l'herbe était longue et la température torride. Ce travail pénible le fit transpirer continuellement. Ce soir-là, son mal de tête s'aggrava. Le lendemain matin, il vomit et ressentit une douleur dans le cou et les épaules.

Régime alimentaire suivi durant le mois de juillet:

Petit déjeuner: 2 bols de « rice crispies », café, jus de tomates à tous les 2 jours.

Déjeuner: salade et viande froide.

Dîner: pommes de terre en purée, carottes, viande bouillie ou steak, gâteau ou tarte.

Au coucher: six tranches de pain blanc et confiture à satiété.

Pas de lait aux repas.

Cas No 5.

P. M., garçon de 14 ans, touché par la maladie le 2 septembre à Kenora, lors d'un séjour sur une île isolée. Durant les mois de juillet et d'août, il s'était baigné trois ou quatre fois par jour et avait fait beaucoup de canotage. Il s'était fatigué durant la dernière semaine d'août à ramasser du bois mort. Il se sentit courbaturé le 1er septembre; le lendemain, il était étourdi et avait la tête lourde.

Régime antérieur à sa maladie:

Petit déjeuner: crème de blé ou « shredded wheat », pain blanc grillé, pruneaux, un œuf à tous les deux jours, crêpes et sirop de maïs de temps à autre.

Dîner: viande et légumes, pain blanc, beurre et miel.

Souper: sandwiches de pain blanc.

Au coucher: biscuits, gâteau, etc.

Cas No 6.

Mme W. A., âgée de 23 ans. Malade depuis le 18 juin. Le soir précédent elle s'était hâtée de mettre en terre des plants de tomates avant que n'éclatât un orage. Le lendemain matin elle accusait de la céphalée, de la douleur dans le cou, les épaules et les bras.

Régime antérieur à sa maladie:

Petit déjeuner: pain blanc grillé et thé.

Déjeuner: œufs, pain blanc, beurre et thé.

Dîner: viande, pommes de terre, légumes cuits, gâteau ou tarte, compote de fruits, crêpes et sirop de maïs ou pain arrosé de sirop.

Cette malade est restée avec une paralysie des muscles de l'épaule et du bras droits, qui sont justement ceux dont elle s'était servie le plus avant le début de ses troubles.

Cas d'Encéphalite

Cas No 7.

Mme A. H., 28 ans. Début brusque des troubles, le 5 septembre. La veille, elle avait aidé une voisine à nettoyer sa maison après un

replâtrage, en frottant les planchers, etc. Elle était très fatiguée ce soir-là et elle eut mal dans le dos le lendemain matin. Il faut ajouter qu'elle avait une assez lourde besogne à accomplir chez elle à prendre soin de ses 3 enfants, âgés respectivement de 10 ans, 7 ans et 8 mois. Elle continua son travail et réussit même à lessiver malgré ses souffrances et sa fatigue, la veille de son hospitalisation.

Régime antérieur à sa maladie:

Petit déjeuner: elle se contentait à ce repas d'un œuf ou d'une tranche de pain blanc grillé, de confiture et de 2 tasses de café. Pas de fruits frais ou très rarement.

Déjeuner: viande, pommes de terre bouillies, pain blanc et thé.

Dîner: viande, pommes de terre, légumes cuits, pain blanc, gâteau ou tarte et thé.

Au coucher: café avec gâteau ou sandwiches de pain blanc.

Cas No 8.

M. E. P., 64 ans, célibataire. Il croit que sa maladie a commencé au début d'août. On l'a trouvé en pleine stupeur, couché dans un champ où il avait dû passer au moins la nuit. Il a déjà été propriétaire d'une ferme qu'il a perdue à cause des taxes et d'une cabane qu'on lui permettait encore d'habiter. Il s'embauchait de temps à autre chez les fermiers du voisinage. Avant sa maladie, il avait travaillé à la récolte de 7 heures du matin à 7 heures du soir par une journée de grande chaleur, ce qui l'avait fait transpirer abondamment et boire beaucoup d'eau entre les repas. Il avait l'habitude de fumer la pipe au lever, le midi, durant la soirée et parfois même dans la journée pour calmer sa faim.

Régime antérieur à sa maladie:

Petit déjeuner (qu'il préparait lui-même): pain blanc, très peu de beurre, lait en conserve, du bacon ou des œufs, 2 ou 3 tasses de thé. Très peu de fruits frais, une orange par mois environ.

Ne déjeunait pas.

Dîner (fourni par son employeur): viande, pommes de terre, légumes cuits, pain blanc, gâteau ou tarte, 2 ou 3 tasses de thé noir.

Note: Ce patient rapporte qu'il perdait la mémoire depuis un an. Il oubliait en chemin quel outil il était allé chercher et ne pouvait conter une histoire sans en perdre le fil. Il lui arrivait souvent d'oublier à quel jour de la semaine il était rendu.

Cas No 9.

M. W. H. M., âgé de 22 ans, en période d'entraînement militaire. Frappé brusquement à Winnipeg, le 23 août. Il s'était senti « continuellement fatigué » depuis au delà d'un mois et souvent s'endormait en étudiant.

Régime habituel au régiment pendant les deux mois précédents sa maladie:

Déjeuner: gruau, pain blanc grillé avec confiture, bacon, œufs (une fois la semaine), pruneaux, thé ou café.

Dîner: viande, pommes de terre, légumes cuits, pain blanc et thé. Pouding au pain (de temps à autre).

Souper à 4 heures: viande froide, pommes de terre, pain blanc avec confiture, thé et parfois des pommes vertes.

A 8 heures, p. m.: pain blanc et fromage, « bully beef » et thé. Il ne prenait du lait que dans son thé; buvait 3 à 5 bouteilles de liqueurs gazeuses et mangeait plusieurs tablettes de chocolat entre les repas.

Note: La mère de ce patient lui aurait conté qu'il était « né fatigué » et qu'on l'avait cru atteint tôt après sa naissance de la maladie du sommeil; il aurait dormi à cette époque durant 6 semaines.

Cas No 10.

M. C. F. F., 39 ans, marié, propriétaire d'une ferme de 400 acres. Les jours qui précédèrent sa maladie avaient été employés à la récolte de 4 heures du matin à 8 ou 10 heures du soir. Il avait souffert 3 semaines auparavant d'un dérangement intestinal avec coliques, vomissements et diarrhée qui atteignit toute la famille. Il s'était senti fatigué, paresseux, depuis ce temps. Son encéphalite débuta brusquement le 10 septembre par des étourdissements et de la céphalée qui résistèrent à la prise de 5 ou 6 « aspirine ». Le lendemain matin il s'aperçut qu'il ne savait plus com-

ment manœuvrer sa lieuse mécanique, ce qui le décida à consulter un médecin. On l'hospitalisa le 12 septembre et on lui fit une ponction lombaire qui ne révéla rien d'anormal. Le lendemain matin il avait une paralysie de la paupière et on le transféra à l'hôpital des contagieux.

Régime antérieur à sa maladie:

Petit déjeuner: flocons de maïs ou « Shredded Wheat » et lait, café, pain blanc grillé, des œufs ou du jambon de temps à autre.

Déjeuner: viande, pommes de terre, légumes bouillis, pain blanc, fruits en conserve, gâteau et thé.

Souper: pain blanc et lait.

Ce patient raconte qu'il a eu, trois ans auparavant, des douleurs épigastriques qui le firent examiner pour ulcère. Il se plaint de son appétit depuis ce temps de même que de fréquents accès de sommeil après ses repas ou après une séance de lecture. En 1929, il fit une gastro-entérite grippale au cours de laquelle il dormit durant 72 heures consécutives.

Cas No 11.

Melle K. S., 21 ans, originaire de Toronto, étudiante garde-malade. Présenta les premiers symptômes d'encéphalite le 5 septembre sans qu'on ait pu déceler de contact. Elle s'était surmenée depuis quelque temps à son travail ainsi qu'à ses études. Elle se plaignait depuis des mois d'être très fatiguée et profitait de ses loisirs pour s'endormir épuisée et passer souvent ainsi l'heure des repas. Elle se plaignait, en plus, de céphalée et de maux de dos fréquents depuis au delà d'un an. Elle avait souffert en avril dernier d'un dérangement gastro-intestinal avec céphalée marquée. Ses compagnes ont rapporté qu'en avril et mai derniers, elle avait en maintes circonstances semblé perdre la mémoire. Pendant les vacances, en juillet dernier, elle accusait de la photophobie et des maux de tête récidivants. Le début de ses troubles avait été précédé d'un déménagement dans un autre dortoir, ce qui lui avait causé du surmenage.

Régime habituel avant sa maladie:

Déjeuner: pain frais, flocons de maïs ou blé soufflé, des œufs, des pruneaux, du jus de tomates 2 fois la semaine ou du jus d'oranges 1 fois la semaine.

Dîner: soupe, viande, pommes de terre, légumes cuits, pouding au caramel ou flan, tarte aux pommes une fois la semaine. (Il lui arrivait souvent de manquer ce repas parce qu'elle s'endormait en arrivant à sa chambre.)

Au souper: elle se contentait souvent d'une soupe et d'une tranche de pain.

Cette patiente mourut le 20 septembre après 2 semaines de maladie marquée surtout par une céphalée tenace, des troubles oculaires, de la stupeur ou du délire.

Cas No 12.

M. T. B., 43 ans, marié, frappé le 3 septembre. Le patient s'était couché la veille en excellente santé apparente. Il refusa de se lever le matin du 3 septembre parce qu'il avait la tête lourde et se sentait endormi. Il avait travaillé à la récolte depuis 3 semaines de 7 heures du matin à 8 heures du soir. La chaleur l'avait fait transpirer énormément au point d'en avoir la bouche sèche, à certains moments, malgré la quantité d'eau qu'il buvait. Il avait l'habitude de passer la nuit dans la grange et son sommeil était si agité qu'il se réveillait souvent le matin pratiquement recouvert par le foin.

Régime antérieur à sa maladie:

Petit déjeuner: gruau, 3 tranches de pain blanc, 2 tasses de café fort.

Déjeuner: sandwiches au pain blanc, 2 tasses de thé ou de café.

Dîner: viande et pommes de terre, parfois des légumes cuits et 2 tasses de thé ou de café. Jamais de lait, ni de fruits frais, ni de légumes verts.

Le patient a raconté que depuis les 10 dernières années il était souvent porté à s'endormir et souffrait de sa vue à tel point qu'après quelques minutes de lecture les mots s'embrouillaient devant ses yeux. Il semble bien qu'il ait souffert de nystagmus ou de diplopie pendant des années. Aussi ouvrait-il rarement un livre et ne lisait-il jamais les journaux.

Note: Les cinq autres patients de Winnipeg atteints d'encéphalite ne mangeaient que du pain blanc et des hydrates de carbone dépourvus de vitamine et avouèrent tous s'être surmenés peu de temps avant leur maladie. Trois d'entre eux étaient des garçons de ferme occupés à la récolte du matin jusqu'au soir. Le quatrième travaillait de nuit comme soudeur dans une atmosphère surchauffée et dormait mal pendant le jour. Le cinquième était en service 24 heures par jour à bord d'un « pullman » et dormait très peu. Ces cinq malades racontèrent tous qu'ils avaient transpiré énormément.

Commentaires

Ces notes cliniques ont attiré l'attention sur la pauvreté en vitamine B₁ du régime alimentaire des sujets en cause, et sur le surmenage physique qui précéda immédiatement le brusque début de leurs troubles. La plupart des victimes de poliomyélite s'étaient adonnés avec trop d'enthousiasme à la natation et aux autres sports à l'honneur durant la période des vacances.

L'âge critique pour ces cas va de 5 à 10 ans et 60% sont des sujets masculins. Les encéphalitiques, eux, avaient fourni, dans la majorité des cas, un effort supplémentaire à l'occasion de la récolte, à laquelle ils travaillèrent en plein champs et au grand soleil. Ceci explique la moyenne d'âge élevée de ces malades (40.9 ans) et la prédominance marquée du sexe masculin (85%).

La proportion élevée des sujets mâles atteints par ces affections et le rôle important qu'on attribue au surmenage constituent deux facteurs connus d'élévation du métabolisme basal susceptibles d'augmenter d'autant les besoins de l'organisme en vitamine B. On explique de cette façon le rôle que jouerait l'avitaminose B dans l'étiologie de ces maladies nerveuses, dont se rapproche d'ailleurs le bérubéri qui atteint surtout les enfants et les jeunes adultes mâles et apparaît souvent chez les prédisposés à la suite d'un exercice violent, tel qu'une marche forcée.

On a souvent remarqué que les muscles les plus actifs avant la poliomyélite étaient les plus exposés à la paralysie résiduelle. Le cas No 6 illustre bien cette particularité. Une telle prédilection explique peut-être pourquoi la paralysie siège surtout aux jambes chez les humains tandis que, chez le singe, ce sont les bras qui sont le plus souvent atteints au cours de la poliomyélite expérimentale. On rapporte que l'illustre musicien Schuman se servait d'un appareil de son invention pour habituer ses doigts à la pratique du piano. Ces exercices ne réussirent qu'à hâter la paralysie. Platt et Lu (3) ont retrouvé ce même phénomène de sélection musculaire au cours du bérubéri: paralysie des membres inférieurs chez les sujets qui leur imposent plus de travail, paralysie des membres supérieurs chez les sujets qui les ont employés davantage. On sait de plus que le nourrisson atteint de cette affection souffre d'une paralysie laryngée typique avec aphonie, qu'il doit peut-être à l'usage immodéré qu'il fait de son larynx pour crier.

Incidemment, une poliomyélite chez un bébé fut rapportée dans le district de Toronto durant l'épidémie de 1937; les phénomènes paralytiques prédominaient au larynx avec aphonie comme symptôme initial.

De Rudder et Petersen (4) ont fait mention dernièrement d'une épidémie locale de poliomyélite qui atteignit un groupe d'écoliers de 13 à 19 ans quelque temps après une tournée athlétique de 2 jours. Les 13 sujets atteints, dont 5 furent paralysés, avaient tous pris part aux épreuves sportives tandis que leurs camarades plus jeunes, également exposés, mais demeurés dans l'assistance, s'en tirèrent tous indemnes. Ce fut d'ailleurs la seule épidémie de paralysie infantile jamais rapportée dans cette localité.

Plus récemment encore, Levinson et Sabin (5) constataient que chez le singe atteint de poliomyélite expérimentale, la paralysie s'aggravait lorsque l'on soumettait l'animal à un exercice forcé ou à un bain froid ou à ces deux épreuves à la fois.

L'été dernier lors de l'« exposition nationale », deux jeunes filles entrées dans un concours

d'endurance pour dactylos, furent frappées de paralysie du bras. Si cette affection les avait atteintes après une saison de canotage, on les aurait probablement isolées pour poliomyélite.

On doit à Guerrant et Dutcher (6) l'intéressante observation qui suit. Ils ont remarqué que de jeunes rats privés de vitamine B s'adonnaient plus volontiers que leurs compagnons, soumis à un régime normal, à l'exercice dans la cage tournante, jusqu'au moment où l'avitaminose s'accroissant, leur entrain baissait rapidement pour aboutir à la paralysie. Cette constatation expliquerait peut-être l'activité débordante de certains enfants durant leurs vacances et leur prédisposition à la poliomyélite.

Chacun des cas cités plus haut accordait à l'âge, au sexe, au surmenage et à l'exposition au froid au cours du bain, une importance qui met en relief l'élévation du métabolisme hydrocarboné, facteur d'augmentation des besoins de l'organisme en vitamine B₁ et de prédisposition à l'avitaminose et à la paralysie. Peut-être est-ce là, la raison physiologique de ce parallélisme, inexplicé jusqu'à présent, observé dans l'évolution de la poliomyélite, de l'encéphalite et du bérubéri. On aura également remarqué la proportion élevée des cas d'encéphalite surtout, qui se sont plaints d'avoir transpiré énormément à leur travail pendant la récolte. Chacun s'efforçait de boire autant qu'il transpirait, ce qui activait le métabolisme de l'eau et tendait à diminuer rapidement les réserves tissulaires en vitamines hydrosolubles B₁ et C. On peut se demander si cette brusque déperdition de vitamines ne jouerait pas au même moment un rôle identique dans la pathogénie de la poliomyélite, à celui de l'élimination des chlorures dans le coup de chaleur. Borson (7) a rappelé que la vitamine B₁ n'est pas une substance à seuil, et que la diurèse peut en éliminer une assez grande quantité pour provoquer l'avitaminose. La transpiration pourrait agir de même. Ces rapports de la diaphorèse avec l'encéphalite fournissent peut-être l'explication de ce terme de « sweating sickness » donné au 16^e siècle en Angleterre

RELEVÉ QUOTIDIEN DES CAS DE POLIOMYÉLITE ET D'ENCÉPHALITE.
SURVENUS EN 1941 DANS LE MANITOBA.

Jour	Mai		Juin		Juillet		Août		Septembre		Octobre	
	Polio.	Enc.	Polio.	Enc.	Polio.	Enc.	Polio.	Enc.	Polio.	Enc.	Polio.	Enc.
1	—	—	—	—	3	—	15	7	2	7	1	0
2	—	—	—	—	2	—	9	4	6	3	2	—
3	—	—	—	—	1	—	15	5	11	2	2	—
4	—	—	—	—	1	—	15	2	4	2	2	—
5	—	—	—	—	2	—	14	6	3	1	2	—
6	—	—	—	—	3	—	25	3	2	2	3	—
7	—	—	—	—	2	—	20	5	1	1	—	—
8	—	1	—	—	4	—	27	9	8	4	1	—
9	1	—	—	—	2	—	28	6	6	—	1	1
10	—	—	—	—	4	—	28	12	4	—	2	—
11	—	—	—	—	1	—	24	10	5	1	—	—
12	—	—	—	—	5	—	38	6	4	1	—	—
13	—	—	—	—	3	—	18	14	6	—	—	—
14	—	—	—	—	3	—	23	15	1	—	—	—
15	1	—	—	—	7	—	25	27	4	2	—	—
16	—	—	—	—	13	—	27	29	2	3	1	—
17	—	—	—	—	7	—	19	29	8	1	—	—
18	—	—	—	—	7	1	14	38	4	—	—	—
19	—	—	—	—	8	—	26	27	3	2	—	—
20	—	—	—	—	6	—	14	26	—	—	—	—
21	—	—	1	—	12	—	18	26	1	1	—	—
22	—	—	—	—	8	—	10	15	1	—	—	—
23	—	—	—	—	4	2	21	20	2	1	—	—
24	—	—	—	—	17	—	15	11	1	—	—	—
25	—	—	—	—	18	1	13	17	2	—	—	—
26	—	—	—	—	10	—	17	14	2	—	—	—
27	—	—	2	—	14	—	13	12	2	—	—	—
28	—	—	—	—	14	2	22	9	—	—	—	—
29	—	—	1	—	15	1	8	5	—	—	—	—
30	—	—	—	—	3	1	12	4	2	—	—	—
31	—	—	—	—	27	1	17	1	—	—	—	—
Total	2	1	4	—	226	9	590	414	97	34	17	1

Total des cas de *Poliomyélite*: 936.

Total des cas d'*Encéphalite*: 459.

Ces chiffres nous ont été fournis par le docteur Maxwell Bowman, épidémiologiste du ministère provincial de l'hygiène au Manitoba.

à ce mal épidémique que l'on croit avoir été de l'encéphalite.

Mills et Colvin (8) ont montré dernièrement qu'il suffisait de doubler la teneur en vitamine B₁ du régime quotidien pour vaincre les effets dépressifs du climat tropical; ils ont souligné le profit que l'on tirerait de l'application de cette découverte aux industries des zones tempérées, dont les ouvriers travaillent dans une atmosphère surchauffée. Mills (9) a écrit de plus qu'un animal de laboratoire assujéti à une température de 91° Far. devait recevoir une nourriture dont chaque gramme avait à contenir deux fois plus de vitamine B₁ que si l'animal était soumis à une température de 65° Far.

A ce point de vue, il est intéressant de noter que dans le Manitoba, la Saskatchewan, le Minnesota et Dakota Nord les moyennes de température et d'humidité relative ont constamment dépassé la normale au cours des mois de juin, juillet et août 1941. Le mois d'août 1937, qui vit l'épidémie de poliomyélite atteindre son point culminant à Toronto, avait été particulièrement chaud et humide. En 1941, dans la région des Prairies, le mois de juillet fut le plus chaud de l'année; cependant, les épidémies simultanées n'atteignirent leur sommet qu'au milieu d'août. Si l'on admet que l'avitaminose B peut avoir quelque chose à faire dans l'étiologie de la poliomyélite, cet intervalle peut s'expliquer par le délai nécessaire à la baisse des réserves tissulaires et à l'apparition des troubles paralytiques.

Les cas de bérubéri augmentent aussi pendant la saison chaude; au Japon, c'est habituellement au mois d'août qu'ils sont le plus nombreux. En 1879, par exemple, le nombre de cas rapportés à Tokio dans l'armée nipponne se répartissait ainsi: en janvier 60; février 44; mars 51; avril 84; mai 154; juin 262; juillet 644; août 806; septembre 637; octobre 160; novembre et décembre 36.

On se rendra compte, à l'étude des tableaux publiés ci-dessous que les fréquences respectives de la poliomyélite et de l'encéphalite décrivent des courbes pratiquement parallèles.

Cette particularité suggère l'hypothèse d'un facteur étiologique commun.

On remarquera également que le point culminant de l'épidémie d'encéphalite fut atteint le 10 août dans le Minnesota et le 18 août dans le Manitoba. On notera que le même intervalle se retrouve entre les sommets relevés dans le Dakota Nord et la Saskatchewan. Cet écart d'une semaine ou plus pourrait très bien s'expliquer par les différences du niveau moyen de température dues à la latitude.

On retrouve avec intérêt ces mêmes facteurs de fréquence saisonnière et de latitude, de surmenage et de chaleur à propos des épidémies d'encéphalite survenues au Japon.

Naka et ses collaborateurs (9a) donnent comme cause immédiate de l'affection, dans 74% de leurs cas, le surmenage physique et l'exposition au soleil. Ils rapportent que dans la préfecture d'Okayama, sur une période de 10 ans, c'est au cours des années les plus chaudes, 1924-1926-1927-1929-1932, que survinrent les épidémies les plus fortes. Si juillet est très chaud, le point culminant de l'épidémie est atteint au milieu d'août dans les provinces du sud-ouest, se déplaçant graduellement vers les districts du nord-est où le sommet de la courbe de fréquence se montre en septembre. Ils ajoutent qu'on n'a pas pu faire la preuve de la contamination d'une province par l'autre. Il s'agirait plutôt d'un intervalle imputable aux différences de saison et de climat qui distinguent les parties nord et sud du Japon. Cet intervalle peut être comparé à celui que l'on a plus haut mentionné entre les sommets des épidémies d'encéphalite constatées dans les états américains et les provinces canadiennes. Les deux régions du Japon sont à 14 degrés de latitude l'une de l'autre, tandis que les états américains sont en moyenne à 6 degrés de latitude des provinces canadiennes correspondantes.

Un trait intéressant dans nos cas de Winnipeg était la fréquence significative des prodromes: lassitude, céphalée, somnolence, troubles visuels et mentaux, qui précèdent des semaines, des mois et même des années le début de l'encé-

RELEVÉ QUOTIDIEN DES CAS DE POLIOMYÉLITE ET D'ENCÉPHALITE
RAPPORTÉS EN 1941 DANS LE MINNESOTA.

Jour	Mai		Juin		Juillet		août		septembre		octobre	
	Polio.	Enc.	Polio.	Enc.	Polio.	Enc.	Polio.	Enc.	Polio.	Enc.	Polio.	Enc.
1	—	—	—	—	—	—	3	39	4	14	7	3
2	—	—	—	—	—	2	1	23	7	13	3	1
3	—	—	—	—	2	—	3	41	7	15	5	2
4	—	—	—	—	1	—	—	29	9	10	4	—
5	—	—	—	1	—	3	6	37	10	18	3	—
6	—	—	—	—	—	1	5	36	10	8	2	1
7	—	—	—	—	2	4	6	45	—	9	7	1
8	—	—	—	—	1	4	3	44	10	5	7	1
9	—	—	—	—	1	1	2	68	7	7	1	3
10	—	—	2	—	1	2	1	71	6	6	7	2
11	—	—	—	—	2	4	5	48	10	8	4	—
12	—	—	—	—	1	5	5	48	5	9	2	—
13	—	—	—	—	1	4	4	41	7	4	—	—
14	—	—	1	—	1	3	7	52	6	2	2	2
15	—	1	—	1	1	15	8	55	7	—	4	—
16	—	—	—	—	—	5	6	43	10	10	2	3
17	—	—	—	—	—	9	2	37	5	9	6	1
18	—	—	2	—	—	11	3	29	6	5	3	2
19	—	—	1	—	—	7	3	39	6	5	2	1
20	1	—	—	1	—	19	5	42	4	7	—	—
21	—	—	—	—	2	14	5	26	3	1	5	1
22	—	—	—	—	2	9	2	31	5	3	1	—
23	—	—	1	1	1	11	9	36	4	2	1	—
24	1	—	—	1	1	18	5	22	9	5	3	1
25	—	—	1	2	—	14	6	10	2	2	1	—
26	—	—	2	1	6	22	8	28	2	1	—	1
27	—	—	—	—	—	11	4	18	7	4	—	1
28	—	—	2	1	1	9	9	16	—	3	—	1
29	2	—	—	—	1	17	5	18	9	2	—	—
30	—	—	1	—	3	14	10	21	4	1	—	—
31	1	—	—	—	—	14	7	5	—	—	—	—
Inconnus—	—	—	—	6	1	32	4	92	4	13	2	5
Total	5	1	13	15	32	284	152	1190	185	201	84	33

Total des cas de *Poliomyélite*: 471 (du 1er mai au 28 octobre inclusivement).

Total des cas d'*Encéphalite*: 1,724 (du 1er mai au 28 octobre inclusivement).

Nous devons ces chiffres à l'obligeance du docteur O. McDaniel chargé de la Prévention des maladies, au département de la Santé du Minnesota.

phalite elle-même. Cette longue période prémonitoire ne présuppose-t-elle pas l'existence de plusieurs facteurs étiologiques qui réussiraient, à la faveur de certaines circonstances prédisposantes, à s'associer et provoquer l'apparition de l'encéphalite. Cette supposition va à l'encontre de la conception classique de la propagation de la maladie par contagion, mais, en revanche, s'accorde très bien avec notre hypothèse étiologique de l'avitaminose B. Il serait donc plausible que la poliomyélite et l'encéphalite, relèveraient du même processus pathologique, dont elles ne constitueraient que des localisations différentes, l'une au cerveau et l'autre au segment médullaire. On retrouve dans ces deux affections et dans le bériberri les mêmes lésions histo-pathologiques: chromatolyse, tigrolyse, pycnose, vacuolisation, neurophagie, ecchymose, œdème, infiltration lymphocytaire et gliose. Mathews (10) avait déjà signalé cette analogie. Selon lui, il faudrait imputer ces lésions destructrices à l'action indirecte d'un agent infectieux quelconque qui priverait les tissus de vitamine B. On peut ajouter, en faveur de cette hypothèse, que dans le bériberri la paralysie est souvent provoquée par une infection intercurrente. Au Brésil, par exemple, le bériberri est si souvent précédé d'un épisode infectieux fébrile que les médecins de ce pays croient encore à son origine infectieuse.

Ces différentes affections dégénératives ont un processus pathologique commun qui pourrait s'expliquer par le rôle attribué à la vitamine B₁ dans le métabolisme des hydrates de carbone. Peters (11) a démontré que la vitamine B₁ agissait comme catalyseur au cours de l'élimination, par oxydation, de certaines substances intermédiaires de ce métabolisme, telles que l'acide lactique et l'acide pyruvique. La rétention de ce dernier dans les tissus privés de vitamine B₁ diminue l'apport d'oxygène et compromet la respiration tissulaire. De son côté, Gérard (12) a montré que le système nerveux central avait une respiration tissulaire 30 fois plus active que celle du reste de l'organisme. Cette différence explique peut-être pourquoi la carence en vitamine B₁ affecte d'abord le système nerveux. Rosenbohm (13)

lui, a prouvé qu'un taux de rétention de 30 milligrammes d'acide lactique par 100 grammes de tissu cérébral suffisait à provoquer la protéolyse de la cellule nerveuse.

On expliquerait de cette façon l'enchaînement des conditions bio-chimiques, initiatrices de la destruction cellulaire observée au cours du bériberri, de la poliomyélite et de l'encéphalite; l'on comprendrait mieux ainsi le rôle protecteur de la vitamine B₁ à l'égard de la cellule nerveuse.

On a prouvé dernièrement que la carence en vitamine B₁ était bien la cause de la maladie de Wernicke, une variété de la polioencéphalite hémorragique qui atteint les alcooliques après un coup de soleil ou un épisode infectieux. Raison de plus pour prétendre que la poliomyélite et l'encéphalite relèvent aussi de l'avitaminose B₁. Alexander (14) a reproduit régulièrement cette polioencéphalite chez les pigeons en les privant uniquement de vitamine B₁. Il en guérissait ensuite un certain nombre avec de fortes doses de vitamine B₁ et C. C'est peut-être de l'avitaminose C que dépend le caractère hémorragique de cette affection.

On a découvert récemment que l'avitaminose B₁ était aussi la cause de l'encéphalomyélite du renard (paralysie de Chastek) observée dans le Minnesota. Green, Carlson et Evans (15) ont prouvé que les renards étaient ainsi frappés, parce qu'on les nourrissait de poisson frais; il leur a suffi d'ajouter à ce régime de la vitamine B₁ pour prévenir la maladie et d'en injecter de fortes doses pour guérir certains cas, même avancés. Au point de vue anatomopathologique la paralysie de Chastek est analogue à l'encéphalite de Wernicke.

On pourrait déduire de ces observations que l'encéphalomyélite équine, qu'on a voulu rattacher à l'encéphalite, et qu'on croit transmissible par les moustiques, relèverait aussi de l'avitaminose B. Il est important d'ajouter qu'aucune de ces maladies n'a causé d'épidémie dans l'ouest central avant la période de sécheresse de 1935 (la première épidémie d'encéphalite humaine est survenue en Autriche, durant la période de famine occasionnée par la grande guerre). Après la dé-

pression économique et les années subséquentes de sécheresse, plusieurs fermiers de l'ouest central ont dû consacrer plus d'espace à la culture du blé aux dépens du fourrage et abandonner plus ou moins leurs troupeaux aux ressources du pâturage. Cette dernière alimentation riche en vitamine A et C manque de vitamine B₁ qu'on trouve en grande abondance dans le grain mûri. Un officiel du département fédéral de l'agriculture, attaché au service des maladies des animaux, nous a dit que les chevaux les plus durement frappés par l'encéphalomyélite étaient justement ceux qu'on avait mis à l'herbe pendant quelque temps. En 1935 et 1937, les pluies furent abondantes, les pâturages très fournis et les cas d'encéphalomyélite plus nombreux que de coutume. Si l'on fait de cette affection une avitaminose, la coïncidence s'explique. Autre fait significatif à propos de cette maladie: on a remarqué qu'elle atteignait surtout les chevaux de la campagne qui mangent habituellement moins de grain que ceux de la ville.

Les travaux de Flexner et Lewis (1909) aux Etats-Unis, et ceux des européens Landsteiner et Levaditi, consacrés à la transmission aux singes de la poliomyélite humaine par inoculation intracérébrale ont donné naissance à la théorie des virus filtrants. Depuis que l'on a fait de ces organismes vivants ultra-microscopiques les responsables de cette affection, la science médicale n'a pu résoudre les problèmes de la « porte d'entrée » du virus, de l'immunité, de la prévention et du traitement de la poliomyélite. On a essayé sans succès le sérum de convalescent, les vaporisations nasales et l'isolement. La théorie des virus a été rajeunie dernièrement; on a fait de ces dernières des molécules protéiniques mesurant 10 m μ (millimicrons), agissant comme catalyseurs sur le système nerveux et de ce fait capables de reproduire expérimentalement la maladie chez les animaux. Cette interprétation jette une lumière nouvelle sur les travaux de Flexner. Les observations récentes de Twort (16), Brown et Kolmer (17), Vinson et Petre (18), Stanley (19) et Howitt (20) appuient cette dernière théorie qui s'accorde d'ailleurs avec notre hypothèse de l'avi-

taminose et permet d'expliquer les piètres résultats obtenus avec les méthodes prophylactiques courantes. Paul (21) a écrit à propos des circonstances favorisantes de la poliomyélite « qu'il semblait exister un ou plusieurs facteurs importants de recrudescence estivale de la maladie à la campagne. Ces facteurs inconnus sont peut-être aussi nécessaires que le virus lui-même. Ainsi la poliomyélite, loin de se transmettre uniquement par contagion exigerait pour se propager un concours spécial de circonstances aussi indispensables peut-être que la seule présence du virus au sein d'un groupe d'enfants prédisposés ».

Nous avons tenté de prouver que ce concours de circonstances pouvait dépendre d'un certain nombre de facteurs propres à augmenter les besoins de l'organisme en vitamine B et accentuer de ce fait une avitaminose préexistante. Nous avons vu quelle importance il fallait accorder sur ce point à l'âge, au sexe, à la chaleur et à l'humidité estivales, à la transpiration, au refroidissement occasionné par la natation, au surmenage provoqué par la pratique des sports d'été, aux infections aiguës, etc. Selon notre théorie, le virus lui-même n'est peut-être qu'une espèce de sous-produit biochimique de l'avitaminose B; la poliomyélite et l'encéphalite deviendraient alors des formes aiguës du bérubéri. D'autres travaux récents sont venus appuyer nos prétentions. Pinkerton et Swank (22) ont retrouvé chez le pigeon privé expérimentalement de vitamine B₁ un virus identique à celui de la psittacose, capable de provoquer cette maladie chez les oiseaux sains. Sabin et Duffy (23) ont rapporté que les animaux de laboratoire maintenus en état d'avitaminose B étaient beaucoup plus sensibles que les sujets normaux à l'encéphalite transmise par injections de virus extrait de la stomatite vésiculaire.

Il y a quelque temps, le bérubéri et la pellagre passaient encore pour des infections dues l'une à un microorganisme extrait du riz, et l'autre à un fungus retrouvé sur le maïs. Tant qu'on a cru à leur origine infectieuse les taux de mortalité de ces maladies se sont maintenus élevés, atteignant jusqu'à 57% dans la pella-

gre; depuis qu'on les a rangées au nombre des avitaminoses et qu'on leur oppose un traitement adéquat, elles ne font pratiquement aucune victime.

On pourrait attribuer à autre chose qu'à une simple coïncidence le fait que la première épidémie de poliomyélite mentionnée dans l'histoire se soit déclarée en Allemagne, en 1840, soit un an après qu'on eut commencé à Vienne à moudre le blé entre des cylindres d'acier. Ce dernier procédé ne se généralisa dans l'ouest de l'Europe et en Amérique qu'à la fin du 19^e siècle. En 1890, la poliomyélite apparut à plusieurs reprises en Suède et depuis ce temps elle sévit presque continuellement en Angleterre, en France et en Amérique. Nous osons prédire qu'à mesure que se généralisera l'enrichissement de la farine et qu'on ajoutera de la vitamine B₁ aux hydrates de carbone raffinés, on verra diminuer d'autant le nombre de cas de poliomyélite, d'encéphalite et d'autres maladies dégénératives du système nerveux.

Résumé

Au cours d'une enquête menée dans les hôpitaux de Winnipeg au sujet des épidémies simultanées de poliomyélite et d'encéphalite survenues cette année, nous avons porté une attention spéciale aux habitudes alimentaires et au surmenage physique des patients. Nous présentons un certain nombre de cas tirés de chaque groupe.

Tous les malades interrogés suivaient un régime très pauvre en vitamine B; la plupart s'étaient surmenés physiquement quelque temps avant le début de leurs troubles. Dans plusieurs cas, la maladie elle-même avait été précédée de certains signes avant-coureurs, qui durèrent des semaines, des mois ou des années. Cette période prémonitoire laisse croire à la prédisposition, ou à l'existence de certains facteurs qui s'associeraient à un moment donné pour déclencher la phase aiguë de la maladie. Cette conception qui s'accorde mal avec le rôle classiquement attribué à la contagion, cadre bien avec notre théorie de l'avitaminose. Nous avons groupé à l'appui de cette théorie un cer-

tain nombre d'observations concernant l'âge, le sexe et les variations saisonnières de la fréquence de la poliomyélite et de l'encéphalite. Nous avons également discuté du rôle que pourrait jouer l'avitaminose dans l'encéphalomyélite équine.

A propos des virus, nous avons proposé une nouvelle théorie qui en fait des sous-produits biochimiques de l'avitaminose, expliquant, de ce fait, la faillite des mesures préventives et thérapeutiques couramment employées. Il nous reste à trouver une technique de laboratoire capable de déceler et d'évaluer l'avitaminose chez les victimes de ces affections. Il faudra également tenter d'opposer à la phase aiguë et à la période de convalescence de ces maladies épidémiques la thérapeutique à base de vitamine B.

Afin de jeter un peu de lumière sur cette question nous tentons actuellement de transmettre le bérubéri au singe par inoculation intracérébrale et nasale. Nous espérons publier d'ici peu nos résultats dans ce domaine.

En attendant, puisque le traitement actuel de ces affections est inefficace et que l'avitaminose B est presque générale, nous suggérons de donner, à titre prophylactique, aux enfants pendant la période des vacances d'été et aux ouvriers qui travaillent dans une atmosphère surchauffée, le double de la quantité de vitamine B₁ requise normalement.

BIBLIOGRAPHIE

1. McCORMICK, W. J.: « Poliomyelitis: Vitamin-B Deficiency a Possible Factor in Susceptibility. » *Can. Med. Assoc. J.*, **38**: 260, 1938.
« Infantile Paralysis and Sleeping Sickness: Vitamin-B Deficiency a Possible Basic Cause. » *Health Culture*, avril, 1938.
2. McCORMICK, W. J.: « Vitamin-B Therapy in Inflammatory and Degenerative Diseases of the Nervous System. » *Med. Rec.*, **150**: 302, 1939.
- 2a. BROEKEMA, H.: « Review of some cases of Poliomyelitis treated in Leiden in 1938. » *Maanschr. v. Kindergeneesk.*, **8**: 193, 1939.
- 2b. GIAMONDI, A.: « Vitamin B₁ in Children's Diseases, with special reference to Diphtheretic polyneuritis and Poliomyelitis. » *Pediatrics*, **48**: 48, 1940.

3. PLATT, B. S. et LU, G. D.: «Pyruvate in the Blood and Spinal Fluid of Beriberi Patients.» *Quart. J. of Med.*, **5**: 355, 1936.
 4. De RUDDER, B. et PETERSEN, G. A.: «Does Physical Over-exertion Increase Disposition to Poliomyelitis.» *Klin. Wchnschr.*, **17**: 699, 1938.
 5. LEVINSON, S. O. et SABIN, A. B.: «Effect of Exercise and Exposure to Cold on Severity of paralysis in Poliomyelitis; Preliminary report at Semi Annual meeting of Nat. Found. for Inf.» *Paralysis*, mai, 1941.
 6. GUERRANT, N. B. et DUTCHER, R. A.: «The Influence of Exercise on the Growing Rat in the Presence and Absence of vitamin B₁.» *J. Nutr.*, **20**: 589, 1940.
 7. BORSON, H. J.: «Clinical Application of the Thiochrome Reaction in the Study of Thiamine Deficiency.» *Ann. Int. Med.*, **14**: 1, 1940.
 8. MILLS, C. A. et COLVIN, J. W.: «Excessive Heat and Vitamin B₁.» *Science Suppl.*, **92**: 9 (nov. 15) 1940.
 9. MILLS, C. A.: «Discussion on Vitamin Therapy.» *J. A. M. A.*, **117**: 1,500, 1941.
 - 9a. NAKA, S., KINGO, S. et KUROIWA, K.: «Klinische Untersuchungen über die Sommer Encephalitis in Japan.» *Fukuoka-Ikwad-Zasshi*, **27**: 30, 1934. (Abstracted in *J. A. M. A.*, **102**: 2,068, 1934.)
 10. MATHEWS, A. P.: «Principles of Biochemistry», pages 62-63, *Wm. Wood and Co.*, Baltimore, 1936.
 11. PETERS, R. A.: «Physiology and Biochemistry of Vitamin B₁, Trans. Roy. Soc. Trop.» *Med. and Hyg.*, **31**: 483, 1938.
 12. GERARD, R. W.: «Anoxia and Neural Metabolism.» *Arch. Neur. and Psych.*, **40**: 985, 1938.
 13. ROSENBOHM, A.: «Effect of Tissue Lactic Acid Concentration on Nerve Cell Proteolysis, Biochem.» *Zeitschr.*, **289**: 279, 1936.
 14. ALEXANDER, Leo.: «Wernicke's Disease: Identity of Lesions Produced Experimentally by B₁ Avitaminosis in Pigeons with Hemorrhagic Polioencephalitis occuring in Man.» *Am. J. Oath.*, **16**: 61, 1940.
 15. GREEN, R. G., CARLSON, W. E. et EVANS, C. A.: «A Deficiency Disease of Foxes Produced by Feeding Fish, B₁ Avitaminosis Analogous to Wernicke's Disease in Man.» *J. Nutr.*, **21**: 243, 1941.
 16. TWORT, F. W.: «The Nature of the Viruses.» *J. of Hyg.*, **2**: 204, 1936.
 17. BROWN, H. et KOLMER, J. A.: «Attempted Chemical Isolation of the Virus of Poliomyelitis.» *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, **37**: 137, 1937.
 18. VINSON, C. G., et PETRE, A. W.: «Chemical Nature of Tobacco Mosaic.» *Botanical Gazette*, **87**: 14, 1929.
 19. STANLEY, W. M.: «Chemical Nature of Tobacco Mosaic.» *Science News Survey*, **81**: 664, 1935.
 20. HOWITT, B.: «Chemical Nature of Poliomyelitis Virus.» *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, **28**: 158, 1930.
 21. PAUL, J. R.: «Poliomyelitis.» (Environmental Factors and Theoris concerning Mode of Spread.) *Bull. New-York Acad. Med.*, **17**: 259, 1941.
 22. PINKERTON, H. et SWANK, R. L.: «Recovery of Virus Morphologically Identical with Psittacosis from Vitamin-B₁ Deficient Pigeons.» *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, **45**: 704, 1940.
 23. SABIN, A. B. et DUFFY, C. E.: «Nutrition as Conditional Barrier to Virus Involvement of the Nervous System.» *Science*, **19**: 552, 1940.
-

PROPOS SUR LES MÉNINGITES AIGUËS¹

Par **Roma AMYOT**,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Le vocable « méningite » désigne l'inflammation des méninges. Le phénomène existe depuis que la terre porte l'homme. Les anciens l'avaient intégré dans ce qu'ils désignaient par le nom de « frénésie » qui comportait une multitude d'affections hétéroclites, cependant groupées par le critère qu'elles étaient fébriles et qu'elles produisaient du délire. Le vocable fut créé par Herpin, en 1803. S'il aidait à distinguer l'inflammation des méninges du processus de l'encéphalite, il ne définissait encore rien de précis.

Il faudra qu'on isole la méningite tuberculeuse (Papavoine 1830) dont l'évolution avait été décrite en 1768 par Robert Whyth qui ne s'en douta nullement d'ailleurs; il faudra que Rilliet et Barthez fassent définitivement le partage entre méningite tuberculeuse et les autres méningites aiguës; enfin, il faudra que la bactériologie éclaire le mystère des infections et que la ponction lombaire, due à Quincke (1890), permette l'étude du liquide céphalo-rachidien, pour que la conception médicale sur les méningites se fasse claire et précise et pour qu'à la connaissance des lésions et des symptômes généraux soit ajoutée celle de l'origine, de l'étiologie et du diagnostic respectifs.

L'investissement progressif des méningites aiguës par la médecine passe actuellement par une phase d'une importance capitale, et c'est au tour de la thérapeutique de ces terribles affections à faire l'objet d'une éclatante victoire de la science médicale; d'où il s'ensuit que leur pronostic se transforme radicalement. Seule encore la méningite tuberculeuse ne se laisse pas ébranler.

*
* *

1. Communication à la Réunion annuelle de l'« Association médicale franco-américaine », Boston, 1er octobre 1941.

Les méningites constituent trois enveloppes superposées qui entourent le système nerveux central. La membrane extérieure est la dure-mère ou pachyméninge. Les deux autres sont la pie-mère, le plus interne, et l'arachnoïde située entre cette dernière et la dure-mère. On désigne globalement la pie-mère et l'arachnoïde par la dénomination de méninges molles ou leptoméninges. C'est entre les deux méninges molles que se trouve le liquide céphalo-rachidien.

Nous ne traiterons pas de la pachyméningite dont le processus est toujours circonscrit, le plus souvent chronique et dont la symptomatologie neurologique dépend habituellement d'un mécanisme de compression.

Nous ne parlerons pas non plus des leptoméningites chroniques, des méningites localisées. Ces dernières peuvent prendre une marche rapide, une évolution aiguë et déterminer un exsudat purulent circonscrit qui crée, comme il nous a été donné d'en observer un cas à la suite d'otite, un véritable abcès méningé.

Les leptoméningites chroniques accompagnent parfois, sous forme d'arachnoïdite, certaines affections du parenchyme nerveux sous-jacent; en des conjonctures fréquentes, elles sont de nature syphilitique et situées tout particulièrement à la base du cerveau, y produisant des accidents irritatifs, le plus souvent déficitaires des nerfs crâniens, surtout le nerf optique, les nerfs oculo-moteurs, le nerf facial.

Nous limitons donc notre travail à certaines considérations pratiques d'ordre clinique et thérapeutique portant sur les leptoméningites infectieuses aiguës, généralisées.

*

* *

La symptomatologie des méningites aiguës généralisées comporte deux contingents de phénomènes: L'UN EST CLINIQUE, L'AUTRE EST BIOLOGIQUE. Ces deux contingents sont étroitement associés dans les formes typiques.

A) LE CONTINGENT CLINIQUE.

Le contingent clinique est bien connu; l'ensemble des signes qui l'individualisent forment le *syndrome méningé*. Les éléments de ce syndrome objectivent la souffrance de la partie du système nerveux en contact immédiat avec les lepto-méninges enflammées.

Quels sont ces éléments?

De la *céphalée* habituellement lancinante et intolérable due surtout à l'hypertension intracrânienne par congestion sanguine, et surtout par augmentation du volume du liquide céphalo-rachidien. Cette augmentation liquidienne provient d'un accroissement de la dialyse par les plexus choroïdes et par-dessus d'une entrave: 1° à la sortie du liquide hors des cavités ventriculaires par les trous de Magendie et de Luschka; 2° à sa libre circulation par les lacs de la base du cerveau et la vallée sylvienne; 3° enfin, à son absorption au sinus longitudinal supérieur.

Des *vomissements* par excitation bulbaire portant, soit directement sur le noyau dorsal du pneumogastrique, soit indirectement par irritation primitive des noyaux labyrinthiques. Cette excitation est causée mécaniquement par l'hypertension intracrânienne, ou par l'imprégnation toxi-infectieuse des centres.

De la *contracture musculaire*, constante et douloureuse. Cette contracture détermine la position qu'adopte le malade replié sur lui-même dans une attitude de défense; elle explique la raideur douloureuse de la nuque qui bloque la flexion active ou passive de la tête, la rachialgie et la raideur du tronc; elle est mise en lumière aux membres par la recherche des signes classiques de Kernig et de Brudzinski. Sa présence est l'effet de l'irritation des racines médullaires motrices et sensitives, engainées par les méninges enflammées, le long de leur parcours, de la moelle au trou de conjugaison vertébrale.

De l'*hyperesthésie cutanée* qui relève du même mécanisme portant sur les racines sensitives.

Parfois un *pouls lent relativement à la température*, phénomène dépendant de l'hyperten-

sion intracrânienne qui déclenche une excitation sur le noyau dorsal du vague situé au bulbe.

Très souvent, *des réflexes tendineux diminués* par action inhibitrice des racines motrices de la moelle qu'ont touchées plus profondément les méninges malades.

Des troubles mentaux allant de la torpeur jusqu'aux hallucinations et au délire onirique avec agitation violente. Ces symptômes mentaux sont rattachables à divers mécanismes. L'hypertension intercrânienne et l'anoxie corticale consécutive s'y trouvent pour beaucoup; l'imprégnation toxique et surtout l'action directe des lésions méningées sur le parenchyme cortical jouent un rôle à ce propos qui ne doit pas être sous-estimé.

Des convulsions qui sont déclenchées par l'irritation corticale venant des méninges sus-jacentes. D'autre part, les lésions méningées peuvent, dans certaines circonstances, amener des accidents circulatoires thrombotiques ou hémorragiques. C'est ainsi que certaines méningites s'accompagnent ou se compliquent d'hémorragie méningée, de ramollissement cérébral plus ou moins profond et étendu provoquant des accidents paralytiques aux membres. Mais ce sont surtout les nerfs crâniens qui sont le plus généralement touchés par les lésions méningées. Nous ne parlons pas de la *photophobie* qui est pratiquement constante et qui relève de l'hyperesthésie sensorielle, mais bien plutôt de *certaines paralysies des oculo-moteurs avec diplopie, strabisme et inégalité pupillaire; du nerf facial; de l'atteinte du nerf optique et du nerf acoustique avec déficit proportionnel de leur fonction, et souvent définitive*. Les lésions de méningite de la base: exsudats fibrineux, traînées purulentes, propagent leurs dégâts jusqu'aux nerfs qu'ils recouvrent et circonscrivent et y font naître des processus de névrite.

Chez le nourrisson, l'hypertension intracrânienne fait saillir la *fontanelle antérieure qui est tendue et de consistance rénitente*; chez l'adulte, elle finit par déclencher de l'*œdème de la papille*, à moins qu'une symphyse des

deux feuillets de la gaine arachnoïdienne des nerfs ne produise plutôt une *névrite optique primitive*.

B) LE CONTINGENT BIOLOGIQUE.

Le contingent biologique de la symptomatologie des méningites aiguës est fourni par l'étude du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction rachidienne. La découverte de Quincke a été d'une portée immense puisqu'elle nous permet tous les jours d'effectuer une véritable biopsie des méninges et qu'elle a contribué à explorer l'aspect biologique des méningites.

Alors que le syndrome clinique objective des phénomènes nerveux secondaires à l'inflammation des membranes méningées, le syndrome biologique manifeste les effets immédiats de leurs lésions. Le liquide, agent de la dissémination de l'affection qui atteint les méninges et, par là, contribuent grandement à sa gravité, nous renseigne sur la nature de cette infection, sur la sévérité du processus, sur le stage de son évolution et sur le pronostic de l'affection.

Si on a soin de rechercher la pression du liquide à l'aide d'un manomètre, ce qu'on ne devrait jamais manquer de faire à l'aide d'un appareil précis, le malade en position horizontale, on le trouve hypertendu. Cette hypertension, mise en lumière et enregistrée, confirme les symptômes de l'hypertension intracrânienne signalée par les troubles subjectifs et l'examen clinique. *Son aspect est trouble ou limpide*, selon la nature de l'infection en cause. Il contient une *quantité d'albumine notablement augmentée* atteignant souvent et même dépassant 1 gramme au litre, le taux normal étant de 0 gm. 22 à 0 gm. 30. Son examen microscopique révèle le plus souvent, surtout dans les cas de méningite purulente, *l'agent infectieux* en cause.

On y découvre aussi une *augmentation considérable des éléments leucocytaires*.

La cytologie du liquide céphalo-rachidien dont l'étude fut instaurée par Widal, Sicard et Ravaut, en 1900, est d'une extrême importance. Ces auteurs nous ont laissé une méthode

d'exploration qui se montre le plus précieux des agents de diagnostic des méningites.

Au surplus, elle nous permet de diviser les infections aiguës en deux grandes catégories.

Les éléments leucocytaires du liquide des méningites aiguës sont toujours très nombreux. Ils atteignent habituellement le chiffre de 100 et le dépassent parfois de tellement, qu'ils sont pratiquement incomptables. Ces éléments peuvent être dans certaines méningites, soit exclusivement, soit à grande prédominance, des polynucléaires. Ces polynucléaires sont avariés, dévitalisés et groupés en amas; ils appartiennent aux *méningites purulentes*.

Ils sont, dans d'autres, exclusivement ou en très grande partie, des lymphocytes; il en est ainsi dans les *méningites lymphocytaires*.

Et c'est ainsi que l'on arrive à grouper les méningites aiguës en deux catégories: 1) LES MÉNINGITES LYMPHOCYTAIRES; 2) LES MÉNINGITES À POLYNUCLÉAIRES, PURULENTES.

Ce classement biologique peut parfois paraître arbitraire par ce fait que certaines méningites habituellement lymphocytaires sont marquées soit exceptionnellement durant tout le cours de leur évolution, soit beaucoup plus souvent pendant une certaine phase de leur durée et surtout au début, d'une hypercytose liquidienne à polynucléaire ou à prédominance polynucléaire; par ce fait aussi que certaines méningites habituellement purulentes, offrent, tout particulièrement au décours de leur évolution, une hyperleucocytose lymphocytaire. Mais ces faits minoritaires, ces constatations épisodiques n'amointrissent pas l'importance de la règle générale, la valeur de la classification biologique des méningites aiguës. Cette classification rend leur étude plus claire, elle crée de l'ordre dans l'esprit qui les observe; elle répond aussi aux faits, et un de ces faits les plus manifestes est le suivant: *le liquide des méningites lymphocytaires est généralement limpide; celui des méningites purulentes est trouble*; les méningites purulentes réagissent favorablement à un traitement chimiothérapique dont nous parlerons plus loin, alors

qu'il ne semble posséder aucun effet connu sur les méningites lymphocytaires.

Les réactions différentes des membranes méningées aux types d'infections qui les envahissent font montre d'une diversité incontestable de la nature des agents microbiens, de leur mode d'opération sur les tissus.

Étudions chacune des principales méningites appartenant à l'une et l'autre catégorie.

Méningites lymphocytaires

Nous devons d'abord porter notre attention sur la *méningite tuberculeuse*, parce qu'elle est la plus fréquente, non seulement des méningites lymphocytaires, mais même de toutes les infections aiguës des méninges, et parce qu'elle est d'une gravité presque invariablement mortelle. Rhoads et ses collaborateurs, sur 455 cas de méningites aiguës, observées de 1937 à 1940 au « Cook County Hospital », de Chicago, ont décelé 158 méningites tuberculeuses, 105 méningites à méningocoque et 71 méningites pneumococciques.

L'infection tuberculeuse des méninges comprend la méningite commune et la granulie méningée. L'une est la forme qui répond à la description classique de Whytt et s'accompagne de l'exsudat fibrineux typique, surtout répandu à la base du cerveau; l'autre brûle les étapes, est marquée d'une hyperthermie élevée et en plateau, de signes d'une intoxication profonde; elle participe à une septicémie tuberculeuse provoquant la formation de granulations aux méninges comme dans les principaux organes.

L'infection se propage aux méninges par voie sanguine. L'enfant et l'adolescent lui paient un lourd tribut; l'adulte n'en est pas préservé et, chez lui, la maladie peut prendre des formes et une évolution très atypiques. L'hyperesthésie cutanée prononcée, les troubles mentaux et, par-dessus tout, l'atteinte des nerfs oculo-moteurs et moins fréquemment d'autres nerfs crâniens, dont le facial, donnent une teinte distinctive à la symptomatologie clinique.

Au point de vue biologique, le liquide est limpide, il est habituellement, après quelques heures de séjour dans un tube, *sillonné d'un voile ou d'une toile de fibrine dans laquelle sont englobés des bacilles de Koch*. Il contient des leucocytes en abondance au nombre de 100 et plus au millimètre cube, qui sont ordinairement des lymphocytes, des lymphocytes et des polynucléaires dans certains cas à processus très aigu et à évolution rapide, ou au tout début de l'infection.

Le glucose liquidien est le plus souvent fortement diminué, c'est-à-dire au-dessous de 0.50 centg. au litre et plutôt autour de 0.10 ou 0.20 centg. Le taux des chlorures est abaissé; il est inférieur à 7 grammes au litre; et quand il descend à 5 gms. 50 ou encore plus bas, l'hypo-chlorurorachie possède une valeur diagnostique importante.

Mais seule la découverte du bacille de Koch, soit à l'examen microscopique direct du liquide centrifugé, soit après culture sur milieu spécial de Lowenstein, permet de porter un diagnostic de méningite tuberculeuse. Le résultat positif de l'inoculation au cobaye est encore plus probant, puisqu'il élimine l'éventualité de bacilles acido-résistants non tuberculeux; mais son utilisation est peu pratique, la réponse à l'épreuve n'étant donnée que 6 à 8 semaines plus tard, c'est-à-dire habituellement après la mort du malade et lorsque cette terminaison fatale a déjà signé la nature de l'infection méningée. Cependant, sans découverte du bacille de Koch, ce qui est malheureusement fréquent même en répétant les examens, certaines particularités cliniques et biologiques conduisent vers le diagnostic. *Si une méningite lymphocytaire s'accompagne de troubles psychiques prononcés; de paralysie de certains nerfs crâniens: des oculo-moteurs, du facial, par lésions progressivement envahissantes à la base du cerveau; si l'hyperesthésie cutanéomusculaire est très développée; si le liquide montre la présence d'un voile fibrineux et est pauvre en glucose et en chlorures, on est autorisé à porter le diagnostic d'une méningite tuberculeuse. Rarement alors, l'é-*

volution de la maladie démentira le pronostic qu'on aura formulé.

L'infection tuberculeuse des méninges est toujours secondaire à la présence d'un autre foyer: pulmonaire, rénal, osseux ou encore ganglionnaire. Elle atteint les méninges par voie sanguine.

Jusqu'à nouvel ordre, le traitement se confinera à des moyens symptomatiques qui devront pourvoir au soulagement du malade. Les ponctions lombaires prudentes, abaissant la pression intracrânienne, diminueront les phénomènes qui en découlent, surtout la céphalée.

LA MÉNINGITE SYPHILITIQUE à évolution aiguë est rare, très rare même eu égard à l'extrême fréquence de l'infection syphilitique et surtout à ce fait que durant les premiers mois de son évolution les méninges sont, dans de très nombreux cas, touchées par le tréponème. Depuis longtemps déjà, Ravaut a démontré que ce phénomène se produisait chez 70% des syphilitiques à une période très précoce, à celle du chancre même.

Un nombre important de ces infections méningées précoces sont latentes, asymptomatiques et rétrocedent sans manifester leur présence par aucun signe clinique ni laisser de traces de leur passage, en l'absence même de tout traitement. Chez d'autres malades, ces réactions liquidiennes signalent une syphilis méningée et nerveuse biologique et pré-clinique, évoluant sournoisement et annonciatrice d'accidents ultérieurs de syphilis nerveuse grave.

Enfin, chez certains sujets, pour des raisons très difficiles à connaître, l'extension de l'infection aux méninges durant la période septicémique se fait brutalement et s'accompagne d'une réaction violente des méninges molles: c'est la méningite syphilitique aiguë, affection propre à la période secondaire. Cette méningite crée de l'hypertension intracrânienne avec céphalée et stase papillaire. Les symptômes cliniques, typiques de méningite aiguë (Kernig, raideur de la nuque, photophobie, hyperesthésie cutanée, rétraction abdominale), contrairement aux épisodes aigus

de cette autre méningite lymphocytaire, la méningite tuberculeuse, sont peu marqués. Deux malades étudiés par nous et dont nous avons publié les observations dans *l'Union Médicale du Canada*, furent démonstratifs à ce sujet. A l'encontre de ce qu'on affirme dans certains traités et manuels où, d'ailleurs, on traite peu de la méningite syphilitique aiguë, la température du malade peut s'élever assez considérablement durant le cours de l'affection (jusqu'à 101 Far. chez l'un des deux malades).

Le liquide céphalo-rachidien est limpide, il est hypertendu et contient des lymphocytes en grand nombre, associés ou non à des polynucléaires (chez nos deux malades, le nombre de lymphocytes était respectivement de 264 et 188). Il est hyper-albumineux, amicrobien. Le glucose et les chlorures ne sont pas modifiés. Les réactions colloïdales sont franchement positives dans la zone syphilitique, alors qu'elles peuvent l'être aussi dans la méningite tuberculeuse, mais alors, dans la zone dite méningitique, c'est-à-dire dans les derniers tubes. La réaction de Wassermann est fortement positive dans le liquide et dans le sang: n'oublions pas qu'on est en pleine période secondaire. N'oublions pas, non plus, que si les lésions sont assez généralisées aux méninges encéphaliques, elles ont une prédilection pour la base du cerveau, comme dans la méningite tuberculeuse et qu'elles peuvent, comme au cours de cette dernière, produire des troubles fonctionnels de certains nerfs crâniens.

La réaction de Wassermann du liquide emporte le diagnostic. Le traitement, d'abord mercuriel ou bismuthique, puis assez rapidement arsénical, amène la guérison clinique. Il n'en est pas toujours ainsi pour ce qui est de la guérison biologique. Les altérations liquidiennes pourront se montrer tenaces et obliger à recourir à l'emploi de la thérapeutique de la syphilis nerveuse: arsénicaux pentavalents et pyrétothérapie.

Il existe une MÉNINGITE POLIOMYÉLITIQUE. Elle est parfois cliniquement discrète, certainement biologiquement évidente. Elle est

accompagnée le plus souvent par les phénomènes neurologiques typiques de la poliomyélite; dans certaines formes frustes ou abortives, elle est isolée. Elle précède de quelques jours l'apparition des paralysies. Elle est accompagnée des signes cliniques habituels de la méningite aiguë. Au point de vue biologique, le liquide est limpide et contient de nombreux lymphocytes, son albuminose est augmentée sans autres particularités importantes. Sa présence est la cause principale des douleurs musculaires ressenties par les malades paralysés; elle aide grandement au diagnostic précoce, au stage pré-paralytique. La méningite poliomyélitique est une méningite lymphocytaire curable. Elle n'offre aucune gravité. Mais nous répétons qu'elle peut se montrer à l'exclusion de tout autre signe, ce qui lui décerne une individualité digne de mention.

LES MÉNINGITES LYMPHOCYTAIRES PAR INFECTION DU VOISINAGE sont d'observation assez fréquente et dans cet ordre de faits, les réactions méningées aseptiques aux otites et mastoïdites sont les plus importantes à connaître. On pourra, dans cette éventualité, assister à l'apparition d'un syndrome méningé léger avec hypertension et réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien. Le foyer infectieux, en l'occurrence à l'oreille et à la mastoïde, mais tout aussi bien dans un sinus ou à la région du pharynx, s'entoure d'une zone inflammatoire qui peut s'étendre jusqu'aux méninges, y déterminant une réaction lymphocytaire et d'hyperdialyse choroïdienne. Ce qui importe de constater, c'est l'absence de microbes dans le liquide et la nature lymphocytaire de l'hypercytose. La méningite se montre, par là, bénigne, mais à la condition qu'on fasse disparaître sans tarder le foyer primitif, car cette méningite lymphocytaire aseptique n'est trop souvent que le premier stage d'une méningite septique purulente éminemment plus grave.

La formation d'un abcès cérébral et cérébelleux s'accompagne presque toujours d'une réaction méningée. Au stage de l'encéphalite localisée qui précède l'apparition de la col-

lection purulente, la réaction méningée est polynucléaire; à la période de l'abcès constitué, elle devient lymphocytaire. Elle est, en plus, beaucoup plus biologique que clinique, la symptomatologie relevant avant tout du foyer encéphalitique et, ultérieurement, de la collection purulente qui fait office de tumeur intracrânienne.

On cite dans les traités, les monographies, les rapports de Sociétés ou de Congrès, *des méningites lymphocytaires dues à la spirochétose ictéro-hémorragique, à l'infection ourlienne, herpétique, zostérienne, à l'encéphalite léthargique et à d'autres types d'encéphalite épidémique comme celle de Saint-Louis, en 1933. Toutes ces infections, sauf la première, sont à virus filtrant, dont certaines manifestent un neurotropisme incontestable.*

Si une réaction méningée lymphocytaire leur est associée assez fréquemment, il est rare qu'elle cause une méningite aiguë cliniquement objectivée.

Pratiquement, seuls les symptômes classiques de ces infections permettent d'identifier la nature de la méningite en cause. Des critères d'épidémiologie, de contagion, certains tests de laboratoire, dont la plupart délicats, difficiles de réalisation et nécessitant l'épreuve de la neutralisation du virus et son inoculation à des animaux à affinité particulière, peuvent, lorsque ces méningites sont isolées, comme dans le cas de méningite poliomyélitique, rendre possible leur diagnostic étiologique. Dans le cas de méningite par le spirochète d'Inada et Ido, la notion de contact avec l'eau souillée, la formation de plaques herpétiques sur le tégument et de la congestion conjonctivale en plus du sérodiagnostic et de la recherche du spirochète dans le sang et le liquide, feront reconnaître la cause véritable de la méningite.

Toutes ces méningites lymphocytaires sont bénignes, elles ont tendance à guérir spontanément et leur identification est plutôt d'un intérêt scientifique. Il importe, en pratique, de les distinguer de la méningite tuberculeuse, ce qui est d'une importance pronostique indéniable.

Et puis, il existe une MÉNINGITE LYMPHOCYTAIRE BÉNIGNE, DITE CURABLE, que les américains dénomment chorio-méningite bénigne, à étiologie individuelle, à présentation clinique et évolution assez uniformes. Elle atteint surtout les sujets jeunes; le début est brusque et les signes méningés sont accusés: céphalée, raideur de la nuque, Kernig, vomissements, etc. Peu de symptômes mentaux; les nerfs crâniens demeurent indemnes; le syndrome infectieux avec hyperthermie coexiste. Sa durée est d'environ une à deux semaines. La ponction lombaire soulage grandement de la céphalée et même des autres phénomènes pathologiques, y compris l'hypercytose liquidienne.

Le liquide est limpide, légèrement hypertendu, riche en lymphocytes, habituellement en nombre dépassant de beaucoup la centaine au millimètre cube. Il est stérile, son albuminose est légèrement augmentée, les chlorures et la glycémie y sont à un taux normal.

Il est plus que probable qu'un virus filtrant est l'agent de cette méningite. Armstrong a isolé un virus inoculable au singe qui semble être le facteur microbien, sinon de toutes, du moins de certaines méningites lymphocytaires cryptogénétiques. D'autre part, certains auteurs refusent d'accepter l'individualité de cette méningite et croient plutôt que c'est l'agent de la poliomyélite ou de l'encéphalite léthargique qui en est responsable.

Le diagnostic se fera par élimination de toutes les causes susceptibles de produire une méningite lymphocytaire aiguë. L'évolution de l'affection confirmera l'opinion du début. Le traitement sera symptomatique reposant surtout sur l'emploi de la ponction lombaire qui s'y montre particulièrement efficace. A tout événement, l'entité est acceptée dans la nosologie à titre d'attente pour plus précise définition.

Méningites purulentes

Tous les types d'infections à microbes pyogènes peuvent causer une méningite aiguë, et il n'est pas rare de voir une infection localisée dans un appareil ou dans un organe comme au cours de la pneumonie et de la

typhoïde, ou encore généralisée comme dans une septicémie ou pyohémie, se propager aux méninges.

En pratique courante, on a surtout affaire aux méningites à méningocoque, à pneumocoque, à streptocoque, au bacille de Pfeiffer et, beaucoup plus rarement, à staphylocoque.

Toutes ces méningites possèdent un syndrome méningé clinique typique et sévère, associé aux symptômes généraux d'une infection grave, y compris l'augmentation de la leucocytose sanguine et l'hyperthermie. Elles ont aussi en commun ce critère biologique important que le liquide céphalo-rachidien est trouble, parfois même à aspect macroscopique de purulence, qu'il contient des polynucléaires avariés, en amas et en très grand nombre, qu'il est parfois jaunâtre et se coagule en masse, qu'il peut être sanguinolent et qu'on peut y déceler le microbe en cause. Dans certains cas, l'aspect et le caractère variables du liquide selon les niveaux divers de la ponction rachidienne et la réponse négative aux épreuves manométriques, manifesteront des cloisonnements fibrino-purulents de l'espace sous-arachnoïdien cérébro-spinal; c'est dans cette dernière éventualité que le liquide présentera le syndrome de Froin avec xanthochromie et coagulation massive. Le glucose du liquide est pratiquement toujours fortement diminué.

Quoiqu'il en soit, chaque type bactériologique de méningite purulente offre certaines particularités étiologico-cliniques qu'il est intéressant de discuter.

La MÉNINGITE À MÉNINGOCOQUE est contagieuse, elle peut être épidémique. Elle est la plus fréquente après la méningite tuberculeuse. Dans le groupe des 455 méningites de Rhoads et ses collaborateurs, elle figure avec le nombre de 105 cas. Elle peut frapper à tous les âges, mais les enfants et les adolescents sont les plus exposés.

Le méningocoque est un diplocoque, similaire au gonocoque; comme ce dernier il ne prend pas le Gram, et pénètre dans les leucocytes. Il en existe quatre variétés qu'on distingue par une épreuve d'agglutination. Il

s'introduit dans l'organisme par le rhinopharynx d'où il envahit les méninges pour lesquelles il possède un tropisme incontestable. Se rend-il vers elles par la lame criblée de l'ethmoïde ou par la voie sanguine. Il est actuellement difficile de se prononcer, à ce sujet, de façon catégorique. En tout cas, il arrive fréquemment que la méningite soit précédée d'une rhino-pharyngite et qu'elle soit accompagnée d'une méningococcémie évolutive.

La méningite à méningocoque a ceci de particulier qu'elle provoque des éruptions herpétiques sur la peau, ce qui peut aider au diagnostic sans identification de l'agent infectant intra et extracellulaire du liquide céphalo-rachidien, et que de ces complications, la surdité, uni ou bilatérale par névrite du nerf auditif, est la plus fréquente; la cécité par névrite optique et des arthrites peuvent assez souvent aussi aggraver le sort de ces méningitiques.

La méningite méningococcique non traitée est mortelle, selon un pourcentage qui varie de 50 à 80% et, fait surprenant, selon certaines statistiques sérieuses, ce taux ne serait guère sensiblement abaissé par l'emploi du sérum antiméningococcique.

La MÉNINGITE À PNEUMOCOQUE suit immédiatement, par sa fréquence, la méningite à méningocoque: 71 cas sur les 455 méningites des auteurs déjà cités. Elle peut être primitive, mais ce sont la pneumonie aiguë (27 fois sur les 71 cas) et l'otite (24 fois) qui en sont les sources les plus généreuses; l'efficacité associée de ces deux affections, respectivement très fréquentes, explique l'incidence élevée de l'infection pneumococcique des méninges.

Cette méningite est d'une profonde gravité. Josephine Neal, dont l'expérience porte sur 30 années de traitement des méningites bactériennes, affirme qu'elle était mortelle jusqu'à tout dernièrement, (jusqu'aux sulfamidés) dans 100% des cas. Tripoli rapportait, en 1936, 110 morts sur 111 cas. En fait, selon Goldstein et Goldstein, jusqu'en 1927, 150 guérisons seulement auraient été rapportées dans la littérature médicale; 30 autres cas auraient été cités de 1927 à 1937. Cent quatre-

vingt cas, c'est bien peu pour un recensement couvrant tous les pays et toutes les époques depuis le début de l'ère bactériologique!

La MÉNINGITE À STREPTOCOQUE HÉMOLYTIQUE était représentée par le chiffre de 36 dans le groupe des 455 cas. C'est l'otite qui est son principal pourvoyeur. Sur 27 cas rapportés par Josephine Neal, 23 avaient été précédés d'une otite. En fait, des antécédents auriculaires seraient décelés dans 90% des cas.

Sa gravité comportait, jusqu'en 1937, une mortalité, selon Josephine Neal, de 95% des cas, et de 96 à 97% selon une statistique portant sur 3,000 cas. En fait, sur ces 3,000 cas, la guérison n'aurait été obtenue que chez 87 malades.

La MÉNINGITE AU BACILLE DE PFEIFFER ne s'observerait, contrairement à ce qu'on pourrait croire, qu'en dehors des épidémies de grippe et atteindrait surtout les enfants. C'est une méningite plutôt rare: 29 cas sur 455. Elle est grave, comportant une mortalité jusqu'à l'emploi de sulfamidés, de 95% environ.

La MÉNINGITE À STAPHYLOCOQUE est d'une grande rareté: 3 cas sur 455. Elle est aussi grave que les précédentes. Sodusk et Nielson affirment qu'une douzaine seulement d'observations où il y eut guérison ne sont rapportées dans la littérature médicale. A l'hôpital de New-Haven, où ils sont médecins, 12 cas auraient été reconnus dans les 13 dernières années; un seul cas fut guéri, par l'emploi du sulfathiazol.

Les MÉNINGITES OCTOGÈNES méritent une mention particulière. Les infections de l'oreille moyenne et les mastoïdites sont trop souvent l'origine d'une infection méningée. Comme nous l'avons dit précédemment, ces méningites sont habituellement à streptocoque et à pneumocoque, rien n'empêche qu'elles soient bactériologiquement combinées. Il faut savoir qu'une otite aiguë suppurée, trop tardivement traitée, pas ou mal drainée, qu'une otite chronique qui se réchauffe ou cesse de porter son pus vers l'extérieur, sont un grand danger d'infection méningée. A tel point qu'en présence d'une méningite aiguë, il faut d'abord

porter son attention sur les oreilles et éliminer, avant tout, cette porte d'entrée éventuelle. Sans doute, l'infection de l'oreille moyenne peut suivre différents trajets pour parvenir aux méninges, mais il n'en est pas moins vrai que le labyrinthe est la voie d'élection. Lermoyez avait coutume de dire qu'un malade atteint d'otite moyenne suppurée a une malchance sur six cents (1/600) de contracter une méningite, mais qu'à partir du moment où son oreille interne participe au processus, ses malchances montent à un contre huit (1/8). Selon Lermoyez encore, la méningite otogène prendrait différentes formes, selon l'aspect et les caractères du liquide. Ces distinctions n'ont qu'un intérêt académique, elles sont même arbitraires. Le danger est imminent dès que le syndrome méningé apparaît quelles que soient les formes présentes. En conséquence de quoi, si le labyrinthe est un signal de danger, le syndrome méningé constitue le danger lui-même à évaluer à l'exclusion de l'étude de la formule liquidienne.

*
* *

LE PRONOSTIC des méningites lymphocytaires, sauf celui de la méningite tuberculeuse, est, de règle, favorable, même si elles sont laissées à elles-mêmes. Au surplus, pour ce qui est de la méningite syphilitique, le traitement antiluétique hâte manifestement son évolution heureuse.

Il n'en est pas de même des méningites purulentes: nous avons souligné, chemin-faisant, le taux de mortalité pour chacune des plus fréquentes. Nous devrions dire plutôt: il n'en était de même avant 1937, car depuis l'éruption vraiment étonnante des sulfamidés dans l'arsenal thérapeutique, il s'est opéré un changement étonnant dans l'évolution de ces terribles affections.

Les éclatants succès des sulfamidés s'effectuent dans de multiples domaines de la pathologie infectieuse; la gonorrhée et la pneumonie représentent leur champ de combat les plus fructueux. Mais leurs plus retentissantes victoires sont remportées contre les méningites

purulentes. Hier, la mortalité dans la méningite à méningocoque avec ou sans sérum variait entre 50 à 80%; dans la méningite à pneumocoque, s'élevait à 100%; dans les méningites streptococciques, staphylococciques, à bacilles de Pfeiffer, se maintenait autour de 95%; aujourd'hui, le médecin n'est plus désarmé, il guérit des malades qui étaient inéluctablement destinés à mourir. Une substance chimique, d'un maniement facile, que tous peuvent utiliser dans tous les milieux, qui possède une efficacité polyvalente sur les diverses variétés d'un microbe donné, et dont l'efficacité constitue une thérapeutique très peu coûteuse est à sa disposition. Nous répétons que c'est avant tout contre les méningites purulentes que les sulfamidés ont montré leur merveilleuse puissance et leur valeur salvatrice. Même avant eux, on traitait avec succès des gonorrhées, des pneumonies qui étaient loin d'être irrévocablement mortelles, qui, au contraire, manifestaient une propension naturelle vers la guérison. Rien de comparable dans les méningites purulentes. Les résultats qu'on obtient aujourd'hui sont plus que très satisfaisants; on peut espérer que bientôt ils seront d'un rendement encore supérieur. Car les progrès sont rapides dans la synthèse des sulfamidés. Ce fut d'abord la Prontosil et la Prontylène (sulfomido-chrysoïdine), puis le merveilleux sulfanilamide, puis la sulfapyridine, plus récemment le sulfathiazol et, enfin tout dernièrement, la sulfadiazine, substances de plus en plus actives eu égard surtout à leur toxicité diminuée.

Mais, figurons objectivement par quelques chiffres ce qu'on obtient de leur emploi. Dès 1937, Schwentker, Gelman et Long réussirent à guérir 10 cas sur 11 cas de méningites à méningocoque. Ce furent les premiers succès importants. En 1940, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, plusieurs médecins rapportèrent un total de 72 guérisons de 72 malades traités. Ce qui permet de conclure que maintenant la méningite à méningocoque est potentiellement curable dans 100% des cas, et d'affirmer que la sérothérapie devient inutile,

sauf quand on doit y recourir comme pis aller, par intolérance aux sulfamidés ou du fait d'une contre indication à leur usage ou à la continuation de leur emploi.

Josephine Neal et ses collaborateurs, en 1940, publièrent la guérison de 10 méningites à pneumocoque sur 30 malades, soit un pourcentage de survie de 33%, ou un abaissement de la mortalité de 100% à 66%. Rhoads et ses collaborateurs ont réussi à guérir 7 cas sur 22, ce qui représente une proportion de 31.8%. Les malades reçurent, il est vrai, en plus, du sérum anti-pneumococcique, mais Merritt, de la Clinique Mayo, affirmait tout récemment (avril 1941) que l'association « sérum-sulfamidé » (en l'occurrence, la sulfapyridine) ne doit pas être jugée plus efficace que l'emploi exclusif des sulfamidés.

C. W. Steele et J. Gottlieb, après avoir fait une revue assez complète des cas de méningite pneumococcique publiés dans la littérature médicale depuis l'emploi des sulfamidés, en vinrent à la conclusion que d'un groupe de 68 malades traités par la sulfanilamide et les substances colorantes de la série azoïque, la guérison fut obtenue dans 71% des cas, en excluant les morts survenues durant les premiers 24 heures du traitement, avant que ce dernier ait eu vraiment le temps d'agir; que sur 67 malades traités au sulfapyridine, 62.7% furent guéris. Ces chiffres statistiques de ces auteurs sembleraient favoriser le sulfanilamide et les dérivés azoïques. A tout événement, ils démontrent globalement l'activité incontestable des sulfamidés.

Steele et Gottlieb croient que l'emploi du sérum associé aux sulfamidés n'augmente pas l'efficacité du traitement.

Leurs compilations démontrèrent en effet que la thérapie par le sérum anti-pneumococcique (sérum de lapin) combiné aux sulfamidés n'amena pas, chez 26 malades, un pourcentage de guérison plus élevé. En fait, 69% de ces malades recouvrèrent la santé, comparativement aux chiffres de 71% et 62.7% déjà mentionnés.

Gernez et ses collaborateurs affirmaient, dans un travail paru dans le « Paris Médical » du 10 juillet 1941, que la mortalité de la méningite streptococcique traitée par les sulfamidés n'était que de 18%; rappelons-nous son pourcentage de 95 à 97% avant les sulfamidés. Quelle diminution réconfortante!

Pour ce qui est de la méningite au bacille de Pfeiffer, Josephine Neil, en 1940, avait réussi à guérir 14 malades sur 29.

La méningite staphylococcique est, de toutes ces méningites purulentes, la plus difficile à juguler; les sulfamidés ne paraissent pas avoir de prise effective sur le staphylocoque et le seul composé du groupe qui paraisse exercer une certaine activité sur lui: le sulfathiazol, d'apparition plus récente d'ailleurs, n'a pas la propriété de franchir aussi facilement la barrière hémoméningée et de se concentrer dans le liquide céphalo-rachidien à un taux qui permette une activité suffisante. Aussi, doit-on l'introduire par toutes les voies sans oublier tout particulièrement la voie rachidienne qui paraît indispensable.

*

* *

Les modes de TRAITEMENT des méningites purulentes varient très peu les uns des autres. Actuellement, jusqu'à ce que la sulfadiazine ait fourni des preuves d'efficacité, c'est la sulfapyridine qui est le plus employée. On l'administre par voie buccale et parentérale. Il est important de savoir que son introduction dans les espaces sous-arachnoïdiens est dangereuse. Le sulfanilamide sodique peut servir à cette fin en solution aqueuse de 0.8%.

Il paraît sage de commencer le traitement en utilisant la voie parentérale (intraveineuse ou intramusculaire), afin d'atteindre rapidement le taux de concentration désirable dans le liquide céphalo-rachidien, et pour avoir la certitude que la totalité de la dose administrée sera absorbée, ce qui n'est pas facilement obtenu en se servant de la voie buccale chez des malades qui vomissent et peuvent à peine déglutir, comme la plupart des méningitiques.

L'important est de forcer la pénétration du produit dans le liquide céphalo-rachidien jusqu'à un taux de concentration jamais inférieur à 4 milligrammes pour cent, qui devrait même atteindre, pour certains auteurs américains, et surtout dans les méningites les plus graves, comme la méningite à pneumocoque, jusqu'à 9 et 12 milligrammes pour cent, ce qui nécessite une concentration sanguine d'environ 18 milligrammes pour cent.

Il est incontestable qu'on doit frapper vigoureusement dans les cas des méningites à pneumocoque, à streptocoque, à staphylocoque, peut-être moins violemment dans les méningites à méningocoque.

Nous avons guéri 3 cas de méningite à méningocoque en employant un mode de traitement conseillé par un auteur français, Célice, et qui est relativement simple. Elle consiste à administrer de la sulfapyridine sodique par voie musculaire au rythme suivant: 1 gramme toutes les 6 heures pendant 2 jours, toutes les 8 heures pendant 3 jours et toutes les 12 heures pendant 2 jours. Nous devons ajouter que le taux de sulfapyridine dans le liquide n'a jamais dépassé 3 milligrammes, ce qui n'est pas conforme à l'orthodoxie, mais les résultats furent quand même heureux.

Il serait logique de recourir à une thérapeutique plus vigoureuse dans le cas des autres méningites purulentes. Aussi, selon Rhoads et ses collaborateurs, on pourrait utiliser une solution de sulfapyridine sodique à 5% dont on injecterait environ 100 c.c. dans les veines toutes les 12 heures durant 24 à 48 heures, puis on devra maintenir la concentration élevée dans le liquide en administrant la sulfapyridine par voie buccale à la dose de 1 à 2 grammes toutes les 4 heures. Les doses devront, évidemment, varier selon l'âge, celles que nous indiquons concernant les adultes.

Le méningite staphylococcique doit être traitée au sulfathiazol. Se rappelant que, d'après Carey, le sulfathiazol ne passe dans le liquide que dans la proportion de 10 à 30% de la quantité qui se trouve dans le sang alors que pour les autres sulfamidés la moitié et

même les deux tiers pénètrent dans les espaces sous-arachnoïdiens, on devra recourir aux injections intra-rachidiennes d'une solution de 0.50 du composé sodique à la dose de 40 c.c. environ, 2 fois par jour.

Nous ne pouvons entrer dans de plus amples détails de technique; nous avons rapporté ceux qui nous paraissaient utiles de communiquer, au risque de rendre monotone et fastidieuse notre démonstration. L'important c'est de frapper précocément, fort, d'une façon parfaitement répartie dans le temps pour maintenir uniforme la concentration liquidienne, et durant une période suffisante. Dans le cas de guérison, le liquide s'éclaircit rapidement, il se débarrasse de ses éléments microbiens et nous savons pertinemment que le troisième jour du traitement par la sulfapyridine d'une méningite méningococcique est le point tournant de l'affection; à ce moment les signes cliniques et liquidien montrent manifestement que la maladie régresse. On devra, cependant, poursuivre l'administration des sulfamidés pendant un mois, à des doses plus faibles, afin d'éviter des récives, et cela, quelle que soit la nature bactériologique de la méningite.

*

* *

Nous avons traité très incomplètement d'une question assez étendue de la pathologie. Nous nous sommes efforcé d'être clair et de ne mettre en lumière que les notions qui nous paraissent d'un intérêt immédiatement pratique.

Le sujet est loin d'être épuisé. Certaines parties n'ont été qu'effleurées, d'autres ont été énoncées selon un absolutisme qui pourrait paraître schématique. Mais, ce fut au bénéfice de la clarté, c'est notre excuse.

Dans tout cela rien de bien nouveau, un simple inventaire et surtout un enthousiaste hommage à la valeur inappréciable des sulfamidés qui ont relegué incontestablement la sérothérapie des méningites à l'arrière plan en leur laissant qu'un rôle de modeste substitut ou, en langage de théâtre, qu'une importance de « doublure ».

BIBLIOGRAPHIE

- H. S. BANKS: «Sulphathiazol in cerebro-spinal fever.» *Lancet* 1: 104 (25 janvier) 1941.
- R. DEBRE, J. MARIE, M. OMBREDANNE, P. THIROLOIX et P. GRENET: «Traitement des méningites streptococciques par la para-amino-phényl-sulfamidé (1162F).» *Bull. Mem. Soc. Med. Hôp. Paris*, 54: 1158 (4 juillet) 1938.
- J. DEREUX: «Méningite à pneumocoque. Traitement par la para-amino-phényl-sulfamidé. Guérison.» *Bull. Soc. Med. Hôp. Paris*, 55: (13 février) 1939.
- John H. DINGLE, Lewis THOMAS et Allan MORTON: «The treatment of meningococcic meningitis with sulfadiazine.» *J. A. M. A.*, 116: 2666 (14 juin) 1941.
- A. R. ELVIDGE et E. RESENAU: «Recurrent pneumococcic meningitis complicating skull fracture.» *C. M. A. J.*, 42: 460 (mai) 1940.
- Ch. GERNEZ, RIEUX et C. HURIEZ: «La sulfamidothérapie des méningites streptococciques.» *Paris Médical*, 31: 7 (10 juillet) 1941.
- A. GERMAIN et G. GAUTRON: «Méningite cérébro-spinale à méningocoques B. guérie par la seule chémothérapie sulfamidée.» *Bull. Soc. Med. Hôp. Paris*, 55: 103 (6 février) 1939.
- B. A. HEWELL et A. Graene MITCHELL: «The treatment of pneumococcic meningitis with sulphanilamide.» *J. A. M. A.*, 112: 1033 (18 mars) 1939.
- J. INGHAM: «Sodium chloride content of cerebro-spinal fluid in tuberculous meningitis.» *British M. J.*, 111 (17 juillet) 1937.
- E. LESNE et Y. BOQUIEN: «Méningites lymphocytaires curables chez l'enfant.» *Congrès Français de Médecine. XXIVe Session, Paris 1936. Masson et Cie., édit.*
- MALADIES DES MENINGES: in Brouardel et Gilbert. *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique. J. B. Baillière, édit. Paris 1912.*
- F. H. MACKAY et E. F. HURTEAU: «Four cases of pneumococcic meningitis treated with sulfapyridine.» *C. M. A. J.*, 42: 463 (mai) 1940.
- W. A. MERRITT: «Pneumococcic meningitis. Report of a case. Proc. Staff Meet.» *Mayo Clinic*. 16: 537 (20 août) 1941.
- Josephine B. NEAL: «Sulfapyridine and its sodium fections of the central nervous system with sulphanilamide.» *J. A. M. A.*, 111: 1353 (8 oct.) 1938.
- Josephine B. NEAL: «Sulfapyridine and its sodium salt in the treatment of meningitis due to the pneumococcic and haemophilis influenzae.» *J. A. M. A.*, 115: 2055 (14 déc.) 1940.
- M. ROCH: «Les méningites aiguës bénignes de l'adulte.» *Congrès français de Médecine. XXIVe session, Paris 1936. Masson et Cie, éditeurs.*
- L. ROUQUES: «Sémiologie des modifications du liquide céphalo-rachidien.» *Presse Médicale*, 43: 251 (13 février) 1935.
- P. S. RHOADS, A. L. HOYNE, B. LEVIN, R. G. HORSWELL, W. H. REALS et W. W. FOX: «Treatment of pneumococcic meningitis.» *J. A. M. A.*, 115: 917 (14 septembre) 1940.
- C. W. STEELE et J. GOTTLIEB: «Treatment of pneumococcic meningitis with sulfanilamide and sulfapyridine. A statistical study of all reported cases in which chemotherapy was used, with or without specific antipneumococcic serum.» *Arch. Int. Med.*, 68: 211 (août) 1941.
- J. A. SICARD: (Article révisé en 1934 par J. Haguenaux.) «Pathologie des méninges. in Roger, Widal et Teissier.» *Nouveau Traité de Médecine. Masson et Cie. édit., Paris 1935.*
- J. F. SADUSK et A. E. NIELSEN: «Staphylococcic meningitis.» *J. A. M. A.*, 116: (25 jan.) 1941.
- G. WALSH: «Fatality rates in cerebro-spinal meningitis.» *J. A. M. A.*, 110: 1894 (4 juin) 1938.
- L. J. WILLIEN: «Sulfanilamide therapy in meningococcic meningitis.» *J. A. M. A.*, 110: 630 (26 février) 1938.
- Roma AMYOT: «Méningite syphilitique aiguë.» *L'Union Médicale du Canada*, 65: 1161 (décembre) 1936.
- Roma AMYOT: «Le traitement médical de la méningococcique.» (Editorial.) *L'Union Médicale du Canada*, 69: 726 (juillet) 1940.
- Roma AMYOT: «Méningites purulentes traitées et guéries par la sulfapyridine.» *L'Union Médicale du Canada*, 70: 604 (juin) 1941.

RECUEIL DE FAITS

CANCER DU PANCRÉAS¹

Présentation de deux cas différents avec autopsie,
dont l'un avec diabète et ictère

Par **Jean LeSAGE**, et **Jacques OLIVIER**,
Assistant en Pathologie générale à l'Université de Montréal Pathologiste de l'hôpital St-Luc.
Assistant à l'hôpital St-Luc.
(Montréal)

D'une statistique de 25 cas de cancer du pancréas observés en dix ans à l'hôpital Saint-Luc, nous avons pensé extraire deux observations récentes: la première, où un cancer de la tête du pancréas avec métastases à l'ampoule Vater et au foie, se manifeste, par un ictère prolongé et diabète, chez un homme de 37 ans; la deuxième ayant trait à un vieillard athéromateux et cardiaque, atteint à la fois de néphrite épithéliale, d'adénomyomatose de la prostate et, ce qui nous intéresse plus particulièrement, d'un épithélioma de la tête et du corps du pancréas avec métastases hépatiques.

Nous y avons ajouté quelques commentaires cliniques et anatomiques.

Observation 1.

D. 63,897.—Alfred A..., 37 ans. Cultivateur.

Se présente dans le service de médecine de l'hôpital Saint-Luc le 10 nov. 1941, avec l'histoire suivante:

Depuis deux mois et demie, douleur épigastrique soulagée par des vomissements provoqués. Douleur plus prononcée après les repas et irradiant sous le rebord costal droit vers le dos.

Quinze jours plus tard, apparition d'un ictère qui s'est généralisé dans la suite.

Le malade conserve son appétit et le conservera jusqu'à la fin. Appétit considérable.

Les selles sont pâles, couleur mastic, et les urines, foncées, acajou.

En deux mois et demi, il a maigri de 40 livres.

La pollakiurie et la polyurie sont très accusées: il urine 15 fois en 24 heures.

Il n'a pas de nausées et a de très rares vomissements, mais des selles plutôt diarrhéiques.

A l'examen, on constate un ictère généralisé profond.

Gingivite. Pyorrhée.

Pouls: 64.

P.A.: 90 sur 40.

Œdème accusé des chevilles.

Foie douloureux à la palpation, d'une hauteur de 17 centimètres.

Rate: nil.

Le ventre est généralement ballonné.

Toucher rectal: nil.

Pas de température.

Urine; trace d'albumine; sucre: présence; dosage: 40 gr. 9 au litre; acide diacétique: présence.

Azotémie: 0 gr. 30.

Glycémie: 1 gr. 60.

12 nov. — Urines:

Sucre: 26 gr. 4.

Présence de pigments biliaires.

14 nov. — Sang:

Temps de coagulation: 7 minutes.

Temps de saignement: 4 minutes.

Rétractilité du caillot: 15 minutes.

14 nov. — Examen des selles:

Présence de sang ++++.

Graisse: absence.

Amidon: absence.

Fibres musculaires: absence.

Kline: négatif.

1. Travail du Service de Médecine de l'hôpital Saint-Luc.

14 nov. — *Epreuve à l'acide hippurique*:
Absence d'acide hippurique dans les urines,
2 heures après ingestion de benzoate
de soude.

Urine: culture négative.

15 nov. — *Diastasurie*: épreuve négative.

Pigments biliaires dans le sang:

Réaction directe: positive et prompte.

Réaction indirecte: 1.2 (normale: 0.2
à 0.6).

13 nov.

1° *Radiologie de la vésicule après prépa-
ration*:

Celle-ci n'est pas opacifiée.

On ne trouve pas d'image calculeuse
visible.

2° Après baryum, l'estomac se montre hy-
pertonique, sans lésions pariétales
décelables.

Rien à signaler dans les segments duo-
dénaux. (Dr Grondin.)

18 nov.

Glycémie: 2 gr. 60.

Sucre urinaire: 40 gr. 9 au litre.

Evolution

14 nov.

A cette date, on avait remarqué un foie
augmenté de volume (20 centimètres), et le
malade se plaignait d'irradiations dorsales
douloureuses, le soir.

On n'avait pas trouvé le cadre duodénal
agrandi, mais une glycosurie importante, puis
une hyperglycémie, avec véritable boulimie,
bref, la présence de selles glaireuses, lisses,
grasses, avec sang mélangé. Ces signes, dès
cette date, nous avaient fait poser le diagnos-
tic de cancer de la tête du pancréas.
(Dr J. LeSage.)

Par ailleurs, l'hyperglycémie répétée (3 gr.
60, le 21 nov., 4 gr. 58, le 25 nov., et 2 gr. 16, le
28 nov.), malgré une diète spéciale prescrite
par le docteur G. Lafresnière, nous avait déci-
dé à incriminer, en plus d'un cancer du pan-
créas, un diabète sucré grave.

En effet, malgré un régime de 70-50-150,
combiné à 10-0-10 unités d'insuline, et le re-

lèvement de cette diète au bout de 10 jours,
à 70-60-250, avec 28 unités de protamine-zinc,
malgré du sérum glucosé à 50% (50 c.c.);
malgré un tubage duodénal (inopérant) et le
traitement de drainage habituel des voies bi-
liaires, malgré toute cette thérapeutique, le
malade n'en continue pas moins de rester ictéri-
que, de maigrir et d'affaiblir.

Le 3 déc. — le malade, en état de boulimie,
devient comateux. On injecte 50 c.c. i.v. de
sérum glucosé à 50%. Il meurt malgré tout
dans un état d'inconscience.

Autopsie le 3 déc. 1941. On trouve:

1°—Un épithélioma du pancréas.

2°—Un épithélioma métastatique du foie.

3°—Un épithélioma envahissant la 2^{ième}
portion du duodénal, avec ulcération.

4°—Néphrite épithéliale.

5°—Une hyperémie passive des deux pou-
mons.

6°—Un épithélioma métastatique de l'am-
poule de Vater.

7°—Un hydro-cholécystite. (Dr Jacques
Olivier.)

Observation 2.

D. 64,420. — M. Camille H . . . , 77 ans.

Entré d'urgence dans le service de médecine
de l'hôpital St-Luc pour asthénie profonde
et vertige, lui ayant fait perdre l'équilibre. Il
raconte que ces troubles sont apparus il y a un
an et se sont accentués depuis 4 mois. Depuis
1 mois et 1/2, il a perdu 75 livres.

Il se dit dyspnéique et se plaint de dia-
phorèse intense depuis 2 mois. — Pression ar-
térielle: 158 sur 92.

Dans ses antécédents, on relève une blessure
par coup de poignard à l'hémithorax gauche
il y a 50 ans. Depuis 5 ans, il accuse des dou-
leurs rhumatismales aux articulations des
jambes.

Le 6 déc. — On trouve, à l'examen, une ar-
tériosclérose généralisée et un plastron épigas-
trique au palper abdominal (gros foie?).

Les bruits du cœur sont très assourdis.

Le 6 déc. — L'examen des urines révèle des traces d'albumine et la présence de 32 grammes de sucre.

Le malade reçoit de la strychnine et de l'ouabaïne, matin et soir, per os, et tous les deux jours, du sérum glucosé et physiologique: 250 c.c. intraveineux.

Il présente à la fois de l'incontinence vésicale, et de la constipation passe à l'incontinence rectale.

Il n'y a vraiment rien à faire!

Le malade meurt le 19 décembre 1941.

Diagnostic anatomique.

- 1°—Hypertrophie du myocarde.
- 2°—Sclérose de la valvule mitrale.
- 3°—Lésions d'athérome, généralisées à l'aorte, aux artères coronaires et à la valvule aortique, avec insuffisance de cette dernière.
- 4°—Pleurite adhésive bilatérale (calcifiée à gauche).
- 5°—Splénite productive.
- 6°—Hyperémie passive des deux poumons.
- 7°—Adhérences multiples du duodénum et du transverse avec le pancréas.
- 8°—Epithélioma de la tête et du corps du pancréas, avec obstruction du cholédoque.
- 9°—Néphrite épithéliale.
- 10°—Adénomyomatose prostatique.
- 11°—Epithélioma métastatique du foie, dont le poids s'élève à 3070 grammes. (Dr Jacques Olivier.)

Commentaires

Le cancer du pancréas constitue 1 à 2 p. 100 de toutes les tumeurs malignes selon J.-G. Schnedorf et Thomas Orr (2). D'après une enquête faite par l'« Association Médicale Canadienne » (3), on le retrouve dans 0.04 p. 100 du nombre total des malades de service hospitalier et il compterait, en moyenne, au Canada, pour 4 p. 100 des tumeurs malignes.

2. « Fifty-two proven cases of carcinoma of the pancreas and the ampulla of Vater with special reference to fatty infiltration of liver », par J. G. Schnedorf and Thomas Orr., *Ann. of S.* Vol. 114, n° 4, p. 603, 1941.

3. « Handbook of Cancer. » C.M.A., Toronto 1938.

Tout compte fait, il est difficile à diagnostiquer et sa description clinique peut être mise en parallèle avec celle de la lithiase biliaire, auquel il emprunte souvent sa séméiologie. Nous y reviendrons.

Il est remarquable par son évolution insidieuse. Dans notre 1er cas, il débute deux mois auparavant par des douleurs épigastriques, un état dyspeptique, des nausées, et le malade obtient un soulagement par des vomissements provoqués.

La deuxième observation offre une histoire d'évolution encore plus sournoise. Il s'agit en effet d'un vieillard athéromateux se présentant en état de profonde asthénie, avec vertiges, et seul le gros foie attire un moment l'attention. Le début remonte à 4 mois.

L'atteinte de l'état général est constante. Pendant des mois, le malade perd de l'appétit, des forces et surtout, maigrit. Il assiste à sa propre cachexie sans qu'on ait pu localiser le processus malin suspecté. L'un des nôtres a maigri de 75 livres en 4 mois, l'autre, de 40 livres en 2½ mois.

Dans le cancer de la tête du pancréas, l'ictère est fréquent et entre en scène précocément soit dans 17 sur 23 cas de Schnedorf et Orr et chez 22 sur 31 cas malades de d'Aunoy (4). Il est très marqué un mois après le début dans notre Obs. 1, et absent chez l'autre. Il s'agit d'un ictère intense, profond « c'est bien l'ictère par obstruction le plus accusé que l'on puisse observer en clinique » dit Et. Chabrol (5); « aucune trace de bile ne parvient dans l'intestin; les selles sont complètement décolorées, blanc-mastic; elles apparaissent enrobées d'un liquide huileux qui représente les graisses non digérées; elles offrent une odeur fétide... »

On ne saurait mieux décrire le tableau de notre 1er malade mais dès ce moment la confusion est encore facile à éviter avec la lithiase biliaire. Celle-ci se manifeste chez des sujets

4. « Analysis of 40 autopsies of Cancer of the pancreas. » R. Ogden D'Aunoy et B. Valpert., *Ame. Journ. Path.*, 15, 217, 1939.

5. « Les Ictères. » Etienne Chabrol. Masson & Cie, Paris, 1932.

plus jeunes, ayant présenté dans leur passé des poussées de jaunisse et de coliques ou des crampes épigastriques irradiant vers l'épaule et le dos, des frissons, de l'hyperpyrexie. L'ictère est apparu, mais toujours moins intense et intermittent; les selles ont varié de couleur, les urines de même, et un jour, viennent les accidents infectieux: la fièvre bilioseptique, les poussées de leucocytose incriminant l'angiocholite due aux « calculs à soupape », faisant clapper et recevant par moments un liquide duodénal septique.

En contraste, l'ictère du cancer de la tête du pancréas est d'évolution plus torpide, progressif et continu. Les selles restent profondément décolorées, les urines constamment foncées. Une fois l'ictère apparu, toute douleur est disparue chez notre 1er malade.

L'ictère marche de pair avec le *taux de la cholémie pigmentaire*, avec la *bilirubinémie*: 1 p. 900 dans l'ictère néoplasique et 1 gramme pour 2000 dans la lithiase, dit Chabrol. Dr A. Frappier trouve la réaction Van den Berg indirecte à 1.2 unités (N: 0.2 à 0.6) et la réaction directe prompte. (Signes d'obstruction.)

La recherche des graisses dans les selles à répétition ne nous a pas apporté là de précision. Celles-ci se sont montrées indosables. La sécrétion biliaire et davantage les ferments lipolytiques ont-ils continué de se déverser en quantité suffisante dans l'intestin? Hâtons-nous d'ajouter que la diète instituée était déjà à cette date, hypo-graisseuse.

On peut en dire autant de la recherche des fibres musculaires et des amidons dans les selles.

Il eut été intéressant de prolonger davantage dans ce 1er cas deux des tubages duodénaux. Mais nous n'avons pu, chez ce malade, retirer aucune bile et à sa demande, nous les avons interrompus avant de pouvoir recueillir, après injection de secrétine, les ferments pancréatiques, en particulier la *lipase*—tel que décrit par le Pr Chiray dans la thèse de son élève, Mme Jeandel, en 1931. On sait que ce ferment y est alors très diminué et que

l'*amylase* et la *lipase sanguines* se montrent *élevées*.

Ce qui, dans la même observation, peut retenir l'attention, c'est peut-être la coexistence d'une *hyperglycémie* à 2 gr. 60 avec glycosurie à 40 grammes qui, d'après Dr G. Lafresnière, ne fait aucun doute sur l'existence d'un diabète. Nous devons abrégé. Ce phénomène qui, théoriquement, devrait se présenter avec fréquence étant donné l'envahissement progressif des îlots de Langerhans, se révèle une rareté dans la littérature, du moins d'après Uhry et Pygott cités par Schnedorf. Celui-ci n'en trouve aucun dans ses 23 observations.

Et quel diabète! Si l'on étudie la courbe de notre malade, on constate, en effet, que la diurèse de 2200 par 24 heures passe à 200, puis à 500, 700 et 500, tandis que la glycémie de 3 gr. 60 s'élève à 4 gr. 58 pour descendre à 2 gr. 16. En même temps, pour 70 et 60, respectivement de protéine et de graisse, les hydrates de carbone sont progressivement administrés en 10 jours, de 150 grammes à 250 grammes, et la protamine-zinc sera élevée de 12 à 28 unités. Que ce malade, le plus intéressant des deux, aille en déclinant après une brève amélioration, nous indique assez bien le degré de dégénérescence et de destruction de la glande pancréatique par le processus néoplasique.

Il est rare en outre que l'on ne trouve pas au palper au début un plastron, plus tard une masse avec voussure, se projetant vers l'épigastre.

Que dire de l'augmentation de volume de la glande hépatique? La mettre sur le compte d'une stase biliaire une fois le cholédoque enserré ou des innombrables métastases hépatiques nées du pancréas, voilà la première idée qui nous vient à l'esprit. Depuis 1924 et de plus en plus, une idée se fait jour et prend corps, grâce aux travaux *princeps* de Fisher, Allan, Bowie, MacLeod et Robinson, et en 1930, Hershey, celle de la *fréquence des infiltrations graisseuses et des dégénérescences du foie dans les cancers du pancréas*. Le pancréas, on le sait, possède une action de contrôle importante

sur le métabolisme endogène des corps gras, et pour résumer les expériences faites, il est à noter que la ligature complète des canaux pancréatiques amène une dégénérescence graisseuse du foie, comme dans la pancréatectomie ordinaire. Aussi, en est-on arrivé avec plusieurs, dont Dragstedt, à vouloir protéger le foie en recommandant d'administrer aux malades atteints gravement de pancréas certaines substances capables d'enrayer ce processus avant et *après opération*, s'il y a lieu. A cet effet, Dragstedt recommande soit l'ingestion de leucithine (10 gm. par jour) soit de choline (2 gm. par jour) soit de lipocaïc (100 gr. par jour), cette dernière, nouvelle venue, hormone pancréatique spécifique et isolée par ce dernier, mais encore à l'état expérimental. On nous excusera d'avoir ouvert cette parenthèse.

Il ne semble pas, à part la stase biliaire et les nombreuses métastases, que le foie de nos deux malades ait été profondément atteint de dégénérescence graisseuse. Dans l'Obs. 1, il y avait hyperglycémie et glycosurie prononcée; dans l'Obs. 2, glycosurie à 30 gr. et diabète possible, mais dans l'Obs. I, les tests hépatiques, en particulier le test à l'acide hippurique s'est montré normal et, d'autre part, le malade a conservé un appétit et une lucidité telle jusqu'au dernier jour, que l'on est amené à rattacher sa mort plutôt à une insuffisance pancréatique, au diabète grave qu'à un ictère grave. On a une dégénérescence hépatique.

COMMENTAIRES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

1er cas: Monsieur Alfred A . . . , 37 ans.

Autopsie No 87 (A-87-41).

Homme d'âge moyen en cachexie marquée. L'examen des téguments révèle un ictère franc. Il y avait peu à signaler quant à l'examen externe du cadavre.

En ouvrant l'abdomen, l'on est de suite frappé par la minceur de la couche de graisse sous-cutanée; l'épiploon également est mince. Le foie déborde les fausses côtes de 8 cms. L'examen du thorax ne révèle que peu de choses: le cœur qui pèse 300 gms. ne présente aucune altération valvulaire; les poumons, pesant 605

gms. à gauche et 800 gms. à droite, sont volumineux, rouge noirâtre, en hyperémie passive. Ils ont conservé leur élasticité et les alvéoles crépitent encore sous la main.

La bouche, l'œsophage, l'estomac, ne révèlent rien d'anormal macroscopiquement. Les intestins sont dilatés par les gaz.

A l'examen du duodénum, après ouverture le long de son insertion mésentérique, l'on remarque dans la deuxième portion au niveau de l'ampoule de Vater une zone rougeâtre, ferme, mamelonnée de 2.5 cms. de diamètre. L'ampoule de Vater est incluse dans cette zone rougeâtre: elle mesure 1.5 cm. de hauteur et 1 cm. de diamètre. Le pourtour de l'orifice de l'ampoule est induré. L'on réussit à faire pénétrer une sonde sur une longueur de 2 cms.

Cette zone rougeâtre que l'on remarque au niveau de la deuxième portion du duodénum est en continuité avec la tête du pancréas qui est considérablement augmentée de volume.

Le pancréas pèse 225 gms. A la coupe, la tête mesure 6 cms, de diamètre. Le pancréas est blanc grisâtre, ferme, il crie sous le couteau.

La tumeur circonscrit le cholédoque et l'obture. Le Wirsung est dilaté, les voies biliaires et la vésicule biliaire sont également dilatées. Tous les ganglions du voisinage sont hypertrophiés, durs, grisâtres à la coupe.

Le foie pèse 2010 gms., il est vert foncé, ferme, à contour régulier, en rétention biliaire. A la coupe, il est finement granuleux, brun verdâtre, d'aspect polychrome. On trouve çà et là de petites zones blanc grisâtre de 2 à 3 mms. de diamètre. La vésicule biliaire qui est dilatée dépasse le bord inférieur du foie de 3 cms.

Les reins sont augmentés de volume, tuméfiés, le parenchyme fait saillie à la coupe et présente un aspect légèrement œdémateux.

L'étude histologique des différents organes révèle les constatations suivantes:

1. Epithélioma à type exocrine atypique du pancréas avec envahissement de la deuxième portion du duodénum et de l'ampoule de Vater.

2. Epithélioma métastatique (2010 gms.) du foie et des ganglions lymphatiques.

3. Hyperémie passive des deux poumons.

4. Néphrite épithéliale bilatérale.

5. Obstruction du cholédoque avec hydrocholécyste et rétention biliaire du foie.

2ième cas: Monsieur Camille H. . . , 77 ans.

Autopsie No 100 (A-100-41).

Vieillard de 77 ans d'aspect floride. L'examen des téguments ne révèle rien d'anormal. Absence d'ictère. La cage thoracique est globuleuse, avec diminution de son diamètre transverse. L'examen de la colonne vertébrale révèle une scoliose gauche.

En ouvrant l'abdomen la couche de graisse sous-cutanée mesure 2 cms., le péritoine est lisse et luisant.

Le foie est 12 cms. en bas de l'angle costal et 3 cms. en bas des fausses côtes.

Le cœur est gros, hypertrophié, il pèse 510 gms. Les oreillettes sont dilatées. Le ventricule gauche est hypertrophié. Quant aux valves, la mitrale mesure 9.5 cms. et montre un épaississement de son bord libre; l'aortique mesure 6.5 cms. et présente plusieurs plaques intimes qui déforment les valves. Les coronaires ont un diamètre rétréci mais perméable. Aorte athéromateuse, pavée.

Les poumons pèsent 590 gms. à gauche, 640 gms. à droite. Ils sont rougeâtres, lisses, très humides à la coupe, ce sont des poumons cardiaques. La plèvre gauche est adhérente sur tout son pourtour ainsi que la plèvre droite. A la partie postérieure de la face externe de la plèvre gauche, l'on voit une surface blanc jaunâtre mesurant 15 cms. de longueur x 4 cms. de largeur, de consistance très dure.

La rate pèse 160 gms., elle est rouge sombre à la coupe, ferme.

La bouche, l'œsophage, l'estomac, ne présentent aucune lésion macroscopiquement décelable.

Le duodénum présente des adhérences avec le pancréas. En explorant la deuxième portion, il est à remarquer que la sonde ne pénètre dans les conduits biliaires par l'ampoule de Vater

que sur une longueur de 6 cms. Cette sonde bloque au niveau du pancréas.

Le côlon transverse présente des adhérences avec le pancréas. Il y a envahissement de la couche séreuse du transverse par une masse pancréatique d'allure cancéreuse.

Le pancréas pèse 775 gms. La tête et le corps présentent un diamètre de 9 cms. A la coupe, le pancréas est grisâtre, ferme, il crie sous le couteau. Le cholédoque est obstrué par la tumeur. Les voies biliaires sont dilatées, mais non la vésicule. Les ganglions du voisinage sont hypertrophiés, fermes, grisâtres à la coupe.

Le foie pèse 3070 gms., il est bosselé. Il présente à la coupe de nombreuses masses nodulaires disséminées. Ces masses nodulaires sont d'un diamètre allant jusqu'à 8 cms.

Les reins sont augmentés de volume, le gauche pèse 250 gms., le droit, 240 gms. La capsule se décolle facilement et laisse voir une surface pâle, finement granuleuse. Aspect légèrement œdémateux, du parenchyme à la coupe.

La prostate est de la grosseur d'une pomme, elle est ferme.

L'étude histologique des différents organes avec l'examen macroscopique nous conduit au diagnostic suivant:

- 1) Epithélioma à type exocrine atypique du pancréas (tête et corps) avec envahissement du côlon transverse sans perforation.
- 2) Epithélioma métastatique du foie (3070 gms.) et des ganglions lymphatiques.
- 3) Hypertrophie du myocarde.
- 4) Sclérose de la valvule mitrale.
- 5) Lésions d'athérome généralisées à l'aorte, aux coronaires, à la valvule aortique avec insuffisance de cette valvule.
- 6) Poumons cardiaques.
- 7) Pleurite adhésive ancienne bilatérale (calcifiée à gauche).
- 8) Rate cardiaque.
- 9) Néphrite épithéliale bilatérale.
- 10) Adénomyomatose de la prostate.

Conclusion

I. Le cancer du pancréas évolue insidieusement et ne manifeste cliniquement qu'une fois le processus anatomique ou métastatique déjà avancé surtout s'il s'agit d'un cancer du corps ou de la tête. Il débute par des troubles digestifs à type inappétence, de nausées, d'intolérance aux graisses et bientôt *l'atteinte de l'état général frappe*: c'est une des maladies où le sujet perd du poids et des forces le plus rapidement et ceci, fréquemment sans douleur.

II. S'il y a *ictère*, quelquefois le signe de Terrier Courvoisier: une grosse vésicule biliaire et augmentation de volume du foie, il faut se méfier d'une lithiase biliaire. On doit intervenir si l'état général le permet.

III. *Le diabète* (hyperglycémie plus que glycosurie) est d'association rare et doit être traité comme tel.

IV. Parmi les recherches de laboratoire, il faut accorder une importance particulière à la diminution des ferments pancréatiques dans le sang et les liquides duodénaux, à l'hyperbilirubinémie et à l'élévation des aliments non digérés dans les selles (amidon, fibres musculaires, surtout *les graisses*); la présence de sang dans les selles peut indiquer un carcinome localisé à l'ampoule de Vater.

L'étude des déformations duodénales aux

rayons X donne des résultats bien inconstants.

V. *Anatomiquement*, il s'agit le plus souvent d'épithéliomas à tipe exocrine et atypique avec métastases précoces au duodénum, au foie, aux ganglions lymphatiques, quelquefois au médiastin, voire au côlon.

Les dégénérescences graisseuses secondaires du foie, fréquentes chez le chien et dans certaines cliniques, ne se sont pas vérifiées dans nos deux cas. Une étude ultérieure des 23 autres cas de notre statistique apporterait peut-être d'autres données.

VI. A cet effet, et afin de protéger le foie, il y aurait intérêt avec Dragstedt et d'autres, à administrer à ce malade soit de la lécithine, de la choline ou du « lipocaïe »; prolongeant ainsi l'existence du malade.

VII. Enfin, la chirurgie aurait raison d'intervenir davantage dans les cas suspectés de ce genre, soit pour confirmer le diagnostic, ou soit pour mettre en évidence une lithiase du cholédoque, des canaux pancréatiques ou un kyste du pancréas, découvertes fortuites, sinon, afin de soulager le malade par une cholécystoentérostomie ou autre dérivation.

Depuis nombre d'années, une chirurgie plus hardie à même obtenu des succès à la suite d'ablation de cancer du pancréas par pancréa-tectomie partielle.

VOLVULUS DU CAECUM

Une complication post-opératoire ¹

Par **Charles LEFRANÇOIS, F.A.C.S. (C)**.
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu (Montréal).

Nous avons eu l'occasion d'observer l'an dernier un cas de volvulus aigu du cæcum survenu chez un patient qui venait d'être opéré pour une pleurésie purulente. Comme les cas de volvulus aigu du cæcum ne sont pas tellement fréquents, nous avons cru intéressant de rapporter brièvement l'observation de notre malade.

Observation.

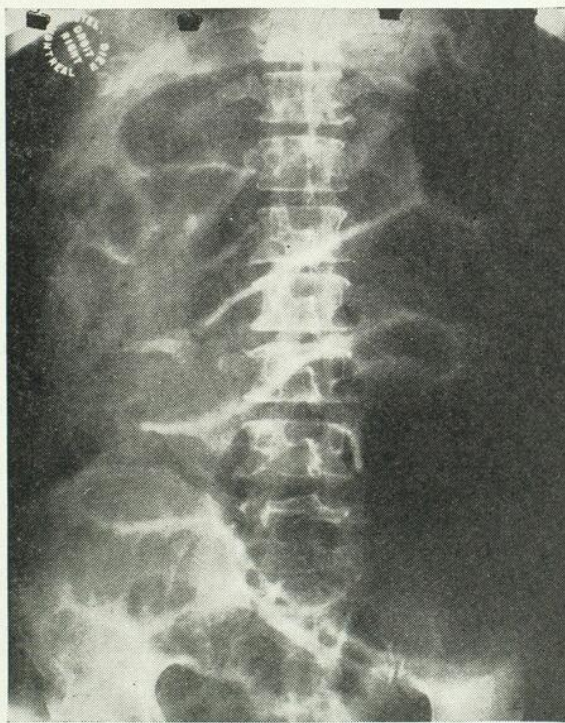
M. G. H., 62 ans, entre dans le service de médecine de l'Hôtel-Dieu le 14 avril 1940, pour une pleurésie purulente gauche. Cette pleurésie est consécutive à une broncho-pneumonie que le patient a fait quelques semaines auparavant. La ponction pleurale ramène un liquide purulent et comme quelques jours plus tard le malade est apyrétique, le Dr R. Dussault, son médecin, nous demande de pratiquer une pleuro-costotomie. Nous faisons l'opération le 19 août et nous établissons un drainage à thorax fermé avec le tube de Delbet. L'intervention se fit sans aucune difficulté et le patient put causer avec nous une heure après l'opération.

Cependant, dans la nuit qui suivit, le malade commença à éprouver des douleurs abdominales assez violentes, douleurs accompagnées, au bout de quelques heures, de vomissements peu abondants. Nous voyons le patient le lendemain. Son état général est très bon; le ventre est légèrement ballonné et douloureux, mais le palper abdominal et le toucher rectal ne nous permettent de sentir rien d'anormal. Le patient a des nausées et vomit encore de temps en temps. On pense alors à la parésie intestinale qu'on met sur le compte de l'anesthésie, et l'on prescrit de la morphine, de la Trasentine, du sérum, etc. Le lendemain, l'état du

malade est stationnaire: il passe quelques gaz mais son ventre est toujours ballonné.

Le 3ème jour, le patient, a des douleurs plus fortes, il vomit plus fréquemment. On commence à penser à l'occlusion intestinale d'origine X et l'on fait mettre en permanence un tube de Levine.

Le 4ème jour, le malade va franchement plus mal, il ne passe plus de gaz, son ventre est très distendu et à l'examen de l'abdomen, nous palpons dans la fosse iliaque gauche une grosse



Volvulus aigu du cæcum.

masse mollaesse assez douloureuse. Aucune défense musculaire et pas de fièvre. Le patient nous dit alors qu'il a une grosse hernie inguino-scrotale gauche et comme le scrotum et le canal inguinal sont libres et qu'il n'y a pas moyen en faisant forcer le malade d'identifier

1. Travail présenté à la *Société de Chirurgie de Montréal*, séance du 3 décembre 1941.

cette hernie, nous pensons à la probabilité d'une hernie inguinale étranglée propéritonéale.

Nous demandons une radiographie simple de l'abdomen et un lavement baryté. Les deux épreuves nous montrent qu'il y a obstruction complète ou du cæcum ou de la portion terminale de l'iléon. Nous décidons alors d'opérer.

Anesthésie I.V. au Penthotal, à cause du pneumothorax gauche et des lésions pulmonaires. Incision médio-rectale gauche sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, nous tombons dans la fosse iliaque gauche sur une anse intestinale globuleuse et distendue, grosse comme une tête d'enfant. L'iléon est très distendu, le transverse et le sigmoïde sont flasques. Il s'agit d'un volvulus aigu du cæcum et d'une partie du côlon ascendant. Le cæcum est tordu sur l'axe du mésentère, d'un tour et demi, et le volvulus est dans le sens des aiguilles d'une montre. L'appendice est également très distendu, mais il n'existe aucune lésion, aucune bride pour expliquer le volvulus.

Nous détordons tout simplement le volvulus. La paroi intestinale est intacte et le mésocôlon est normal. Les gaz passent alors immédiatement dans le transverse et nous fermons l'abdomen en trois plans, à points séparés, sans aucun drainage.

Comme évolution, le patient a des selles le jour même de l'opération, il passe des gaz en abondance, il ne vomit plus et son abdomen se déballonne graduellement. Le malade n'a jamais fait de fièvre et la plaie cutanée guérit par première intention. Cependant, comme l'abdomen était ici très ballonné au moment de l'opération, nous attendons le 11^{ème} jour pour enlever les crins cutanés et nous prescrivons le lever pour le lendemain, le 12^{ème} jour.

Dans la nuit nous sommes appelés d'urgence par la garde-malade qui nous dit que le patient a senti une forte douleur abdominale à la suite d'une quinte de toux et qu'il semble y avoir des anses intestinales qui sortent à côté de son pansement. Le patient venait évi-

demment de faire une éviscération. Nous l'opérons d'urgence, nous désinfectons le mieux possible la plaie abdominale, nous remettons les anses intestinales dans la cavité et nous fermons l'abdomen en un plan avec des points séparés aux crins doubles; drainage avec une cigarette. Le patient guérit sans suppuration importante. A son départ, au début d'octobre, la paroi abdominale est solide; il existe encore une petite fistule pleurale et le patient a toujours sa grave hernie scrotale dont nous remettons la cure à plus tard.

Commentaires

Nous savons que les volvulus chroniques du cæcum, à leurs différents stades, sont assez fréquents. Ils sont diagnostiqués le plus souvent au cours d'examens radiologiques du côlon. Ces volvulus sont dus à des tumeurs, à des lésions inflammatoires antérieures ou bien ils sont d'origine congénitale, quand, par exemple, il existe un défaut d'accolement du mésocôlon ascendant.

Les volvulus aigus sont plus rares, et leur étiologie est souvent plus obscure. Chez notre malade il n'y avait aucune tumeur, ni aucune bride pouvant expliquer le volvulus. Ce qui nous a frappé chez notre patient, c'est que le volvulus était survenu, d'après l'histoire, quelques heures après l'intervention et nous nous sommes demandé si le volvulus n'était pas une complication de notre opération.

Dans les rapports des « Staff Meetings de la clinique Mayo » du 3 juillet 1940, on rapportait deux cas de volvulus aigu du cæcum. Un de ces deux cas était survenu chez une femme de 53 ans qui venait d'être opérée quatre jours plus tôt pour une lithiase vésiculaire. Dans le « Minnesota Medical Journal » d'août 1940, il existe un article sur le volvulus du cæcum qu'on intitule « Volvulus of the Cæcum, a post-operative complication ». Malheureusement nous n'avons pas pu nous procurer l'article.

Nous pensons que chez notre malade il n'est pas impossible que ce soit l'anesthésie qui ait

été la cause déclenchante du volvulus. Au cours de toute opération sous anesthésie générale, il existe toujours dans les jours qui suivent une certaine parésie intestinale et une certaine distension gazeuse de l'intestin, en particulier du côlon. Si le cæcum est très mobile, sa distension passagère peut provoquer un volvulus, car il est admis que tout gonflement d'une anse intestinale libre amorce un mouvement de torsion de cette anse.

Nous connaissons les principaux symptômes du volvulus aigu du cæcum: la douleur brusque, l'arrêt des matières et des gaz, le ballonnement et les vomissements. Quelquefois en percutant l'abdomen, on trouvera un tympanisme localisé ou bien on palpera, comme chez notre patient, une masse molle qui ressemble à un ballon gonflé. Cette masse sera située aussi souvent à gauche qu'à droite, ce qui s'explique par la grande mobilité du cæcum qui est une condition nécessaire à son volvulus.

En pratique, le diagnostic pré-opératoire exact du volvulus du cæcum n'est pas très facile, car les symptômes varient avec le degré de torsion de l'organe. Dans certains volvulus aigus, au bout de quelques heures après le début des accidents, on trouvera à l'opération un organe déjà sphacelé; dans d'autres cas, au bout de 4 ou 5 jours, comme chez notre patient, la paroi intestinale sera tout à fait intacte. Quand le volvulus évolue lentement, les signes cliniques sont plus difficiles à identifier.

L'examen radiologique de l'abdomen pourra dans ces cas nous être d'un précieux secours. Quelquefois on pourra voir une grosse image aérienne bien limitée qui sera la signature du volvulus.

Chez notre malade nous avons revu le cliché radiologique après l'opération, et nous avons constaté que l'image aérienne correspondait exactement au ballon que nous avons trouvé à gauche à l'ouverture de l'abdomen.

OSTÉOPÉTROSE ET NÉO DE LA PROSTATE¹

Par
Roméo GRONDIN et **Paul-René ARCHAMBAULT**,
Médecins de l'hôpital Saint-Luc (Montréal).

L'ostéopétrose, ou maladie d'Albert Schonberg, est une ostéopathie caractérisée par une augmentation considérable de l'opacité radiographique du squelette.

Cette opacité augmentée est due à la rétention osseuse du calcium apporté par les vaisseaux sanguins. Cette rétention exagérée de calcium pourrait donc reconnaître comme causes: l'augmentation de la quantité de l'apport de grains de calcaire, en même temps qu'une

claire, trabéculée; condensation aux lignes diaphyso-épiphysaires et épiphyse plus homogène.

Survienne quelque cause que ce soit, l'os n'a que deux modes de réaction; soit qu'il se décalcifie ou se calcifie. Les deux modes peuvent se rencontrer existant en même temps, ou se succéder.

Dans l'ostéopétrose c'est uniquement la réaction condensante que nous trouvons; l'os n'augmente pas de volume, la médullaire devient aussi opaque que la corticale, la lumière du canal se rétrécit donnant secondairement une anémie rouge.

Si la lésion est ancienne, toute structure osseuse a disparu, on ne voit plus les travées ordinaires. L'os a une opacité homogène, on dirait de la pierre, du marbre, de la craie.

Le patient âgé de 56 ans qui fait ici l'objet de cette communication, présente un très vif intérêt à plus d'un titre. Nous voulons vous en faire part, très brièvement.

Observation.

Dès son jeune âge, il est remarqué par sa robustesse. Son squelette est imposant, non pas tant par sa longueur que par sa lourdeur. Aussi, s'adonne-t-il à tous les sports durant toute sa vie. Il fait ses études dans le Nouveau-Brunswick et dans l'Île du Prince-Edouard où des sources d'eau sont riches en calcium. Fait à noter, à l'époque de sa croissance, de son adolescence, il se plaint de douleurs vagues aux os, sans pour cela avoir à souffrir de rhumatisme proprement dit.

Il y a moins d'un an et demi, soit plus exactement vers la fin du mois d'août 1940, en faisant comme de coutume ses nombreux jeux sportifs, il est soudainement pris d'une douleur très vive au niveau de la région lombosacrée droite qui l'immobilise sur le champ. Dans son entourage, on baptise tous ces troubles de sciatique, de lumbago, de rhumatisme etc. Malheureusement pour lui, c'est à partir de ce moment que sa vie active s'achève lente-

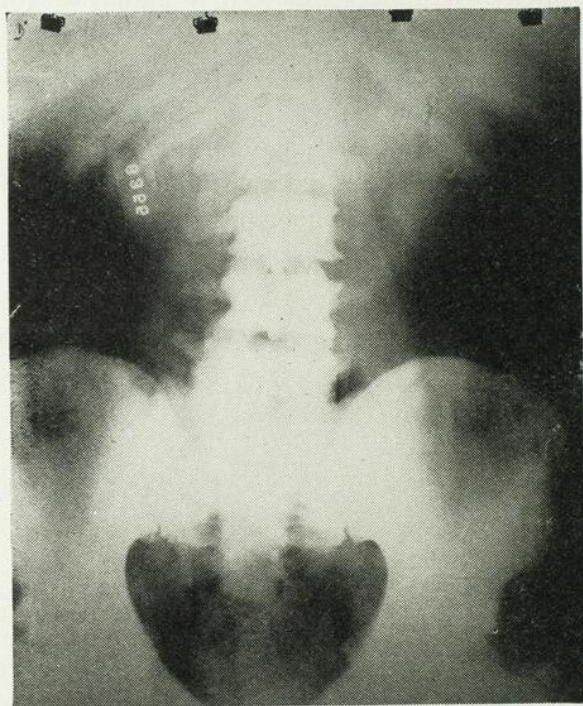


FIG. 1

diminution de la possibilité d'élimination du calcium sous la dépendance d'un vice de circulation pouvant reconnaître les causes les plus variées, locales ou générales: traumatiques, infectieuses, endocrines, toxiques.

Radiologiquement, qu'est-ce qui donne à l'os son aspect normal?

C'est la distribution inégale du calcaire qui donne à l'os normal son aspect radiologique caractéristique: corticale dense; médullaire plus

1. Communication à la *Société Médicale de Montréal*, séance du 18 octobre 1941.

ment, que s'offre aussi à notre volonté impuissante, le triste spectacle de cette maladie, la première et la dernière de toute son existence.

Durant les mois qui suivent, il continue de souffrir, malgré toute une nombreuse thérapeutique. On lui donne des analgésiques sous toutes les formes et des vitamines. On lui fait

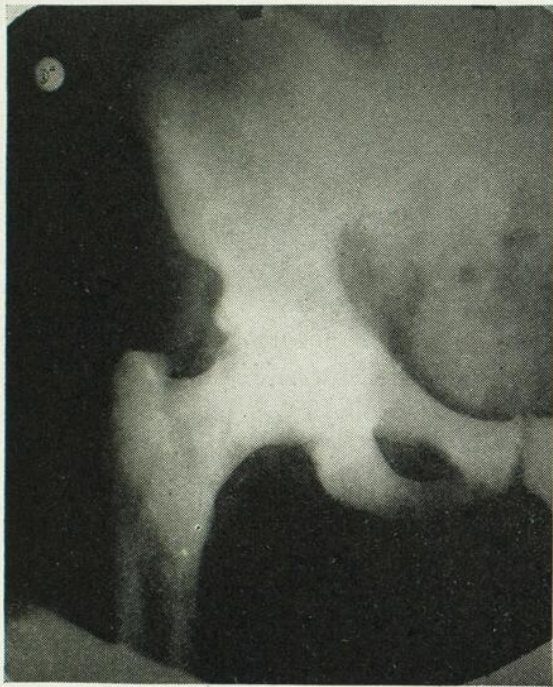


FIG. 2

des injections iodées, des massages, de la radiothérapie, de la diathermie. Rien n'y fait. L'hyperthermie n'apparaît jamais. Il maigrit. Les forces le quittent. Il garde un assez bon appétit. Il perd le sommeil, mais il refuse tout narcotique jusqu'à la fin. A part l'anémie, il y a un autre fait important à noter ici: sa vue baisse graduellement à tel point qu'il devient aveugle vers les derniers jours de sa vie.

Y a-t-il une sacralisation, un pincement de nerfs, un écrasement d'une vertèbre qui pourraient expliquer ces douleurs? Elles siègent à la hanche, au trochanter et au fémur, du côté droit, à point de départ lombo-sacré. C'est à ces régions qu'il souffre le plus, tandis que les douleurs de la cuisse gauche sont plutôt fugaces. Nous désirons depuis longtemps établir notre diagnostic sur des bases solides, et ce n'est que le 22 janvier 1941 que le malade consent à se laisser radiographier.

Nous ne reproduisons ici que deux des clichés que nous avons pris: fig. 1, colonne lombaire et bassin; fig. 2, hanche droite. Vous y trouvez toutes les caractéristiques de l'ostéopétrose.

Dans les autres régions du squelette, les mêmes lésions se retrouvent. L'espace nous manque pour reproduire toute la série des radiographies.

Quelques semaines plus tard, on lui fait un hémogramme: hémoglobine à 60%; globules rouges: 3,100,000. La calcémie est normale; elle n'a aucune valeur.

Un autre hémogramme fait le 10 avril se lit comme suit: hémoglobine: 60%; globules rouges: 3,550,000; globules blancs: 4,500; valeur globulaire: 93; poly: 56%; lymphocytes: 40%; grand monos: 3%; éosinophiles: 1%.



FIG. 3

On lui injecte des extraits de foie de veau à haute dose et le 13 mai, on trouve un hémogramme amélioré: hémoglobine: 65%; globules rouges: 4,100,000; globules blancs: 4,500; valeur globulaire: 81; poly: 57%; lymphocytes: 42%; grand monos: 1%; éosinophiles 0. L'azotémie est à 0.50; la glycémie à 1.80. La cholestérine à 1.50.

Deux analyses des urines, l'une faite le 13 mai, l'autre, le 30 juin, donnent de très légères traces d'albumine avec présence d'épithéliums et de leucocytes. A la dernière analyse, on note des bacilles et des bactéries. Dans les deux spécimens, même dans le dernier, un mois avant sa mort, il n'y a ni globules rouges, ni pus.

Au début de mai, le docteur Couturier prend de nouvelles radiographies. Voici celle de la hanche gauche: fig. 3. A l'os éburné de la première série de radiographies, nous voyons des signes évidents de métastases osseuses. Comme il est admis que le néo de la prostate a une prédilection marquée pour le système osseux, nous prions le docteur Auguste Hébert de faire un toucher rectal, et il constate qu'il y a des signes de cancer prostatique tout en n'ayant jamais présenté de troubles susceptibles d'attirer notre attention de ce côté.

Instruits par cette symptomatologie, nous posons les diagnostics suivants:

1° Ostéopétrose, maladie osseuse, caractérisée par une augmentation très marquée du calcium dans les os, leur donnant l'aspect et la dureté du marbre. C'est le contraire de l'ostéoporose. Maladie très rare qui évolue chez notre malade lentement, insidieusement, depuis de nombreuses années. Cette maladie ne paraît pas incompatible avec une survie prolongée. Les images radiologiques, l'anémie, la cécité renforcent notre diagnostic. C'est une entité morbide à part.

2° Cancer de la prostate, indolore et sans signes urinaires. Il évolue lentement depuis combien d'années, nul ne le sait.

3° Métastases osseuses qui, en s'installant graduellement, déclenchent les réactions douloureuses du début de la maladie apparente. Les autres états pathologiques eux, préexistent depuis longtemps.

Avant de terminer, laissez-nous remercier les médecins de l'hôpital Notre-Dame et, en particulier, M. Alphonse Bernier qui a eu l'extrême obligeance de pratiquer l'autopsie. Citons quelques notes du protocole d'autopsie.

Les poumons: métastases nombreuses; les ganglions rétro-aortiques sont métastatiques.

La vessie est de calibre réduit. Tout au pourtour de l'ouverture de l'uretère prostati-

que, on note une couronne papillaire néoplasique. Les végétations sont hémorragiques et de hauteur variable.

Un fragment du fémur est prélevé à droite à six centimètres du trochanter; il est complètement éburné. Un autre vers le milieu du fémur offre une cavité médullaire très réduite. C'est ce qui se produit lorsque l'ostéopétrose évolue; il se fait une prolifération centripète du tissu osseux. Il diminue d'autant la lumière des os longs. La moelle est brunâtre. Le sternum est aussi éburné; il nous est alors impossible de le couper avec le costotome même en y mettant toutes nos forces. Ce qui renforce d'autant le diagnostic d'ostéopétrose.

*

* *

Permettez-nous en terminant de vous citer:

A) Huguet de Marseille qui écrit: « Dans la période qui va de 1925 à nos jours, on constate que le cancer, de beaucoup la cause la plus fréquente, n'est pas toujours à invoquer.

« L'absence histologique certaine de cellules néoplasiques dans de nombreux cas de condensation, l'extension considérable ou même la généralisation de celles-ci ou squelette entier, font admettre une action à distance humorale nerveuse, glandulaire ou autre (actions paracancéreuses). »

Plus loin: « Il s'agit là de toute la question complexe et encore inconnue du métabolisme du calcium, sur la nature de l'ostéose cancéreuse diffuse et le rôle des parathyroïdes dans sa constitution. »¹

B) Bédard, Martin et Ponthus (Lyon), se demandent avec d'autres auteurs si: « 1° De tels troubles osseux constituent une manifestation cancéreuse vraie, signée par l'histologie, ou une réaction banale non cancéreuse, d'un cancer ostéophile.

« 2° S'il n'existe pas un facteur, glandulaire ou humoral, capable de produire ces troubles ou de réagir lors de leur constitution. »²

La leçon pratique à tirer de cette observation est l'importance des examens radiologiques, si utiles, dans ces cas complexes.

1. *Bulletins et Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de France*: « Métastases néoplasiques hypercalcifiantes généralisées. » N° 183, p. 468, 1931.

2. *Bull. de l'Ass. Fr. pour l'étude du cancer*. 25: 232; 1936.

MOUVEMENT CHIRURGICAL

L'APPAREIL "MERCIER" ET SES NOMBREUSES INDICATIONS¹

Par J.-C. FAVREAU,

Chirurgien-orthopédiste de l'hôpital Sainte-Justine (Montréal).

Ai-je besoin de vous dire ce que c'est que l'appareil Mercier? Je ne le crois pas. Je sais que dans tous les cabinets à instruments des salles d'opération de nos hôpitaux Canadiens-français il en existe un certain nombre de toutes les dimensions que l'on sort de temps en temps pour les débarrasser d'un surcroît de poussière et les polir soigneusement. C'est déjà un bel hommage rendu à celui à qui revient le grand mérite d'avoir perfectionné et mis au point un merveilleux appareil de contention osseuse imaginé par le professeur Ombrédanne. Mais j'estime que cet appareil mérite plus que le cas que nous en faisons généralement. Depuis quelques années, il m'a rendu les plus grands services et il me semble que je dois à la mémoire de notre compatriote, le professeur Mercier, de vous les signaler.

Je sais que l'on a trouvé à cet appareil plusieurs désavantages dont le principal est d'exposer à des accidents de suppuration osseuse. Comme tous les corps étrangers métalliques il expose évidemment à cette complication si, par malheur, il se produit de l'infection.

Cependant, si l'on s'entoure des précautions d'asepsie et d'antisepsie les plus rigoureuses, si l'on apporte surtout dans l'agencement et la fixation de nos champs opératoires une minutie quasi maniaque, si l'on a bien soin de faire disparaître la peau du champs opératoire, si l'on a éliminé les foyers d'infection à distance, j'estime que les risques d'infection post-opératoire sont bien minimes; tellement minimes qu'ils ne doivent pas faire reculer le chirurgien-orthopédiste devant un traitement de choix quand ce traitement de choix comporte une intervention osseuse qui n'est pas contre-indiquée par d'autres raisons.

Bien des fois, des médecins se sont scandalisés de certaines audaces de chirurgie-orthopé-

dique et sont demeurés sceptiques devant certaines statistiques très heureuses exposées dans des revues de chirurgie et d'orthopédie. En réalité, ces beaux résultats n'avaient rien de merveilleux: ils tenaient tout simplement à une certaine précision de technique et surtout à beaucoup de minutie dans les détails quant à l'asepsie et à la préparation du champ opératoire.

Pour ma part, depuis neuf ans, j'ai pratiqué un très grand nombre d'interventions osseuses. Sur ce nombre, j'ai eu à déplorer une dizaine de cas d'infection dont trois seulement ont porté à conséquences graves. Or ces échecs ne m'ont pas découragé: ils ont été pour moi des leçons dont j'ai essayé de profiter. Chaque fois, j'ai redoublé de vigilance et de minutie et j'ai maintenant le plaisir de voir ces accidents s'espacer de plus en plus au point que le dernier remonte à près de deux ans. J'en aurai évidemment d'autres, mais je ferai tout en mon pouvoir pour qu'ils soient peu nombreux en ne le cédant pas sur la minutie et sur la vigilance.

Dans plus d'une centaine de ces interventions osseuses, j'ai employé des appareils métalliques de contention: appareil Mercier, plaques à vis, bandes de Parham, clous divers, vis, fils métalliques, etc. Deux cas seulement ont suppuré. Il ne faut pas croire que j'ai employé ces moyens métalliques de contention pour le plaisir de les employer. Bien au contraire, je reconnais leurs inconvénients; et mon grand désir c'est de les employer le moins souvent possible. Cependant, il faut bien reconnaître qu'il se présente très souvent des cas où il est pratiquement impossible de les rejeter sans compromettre un résultat cherché et souvent nécessaire. Or, comme nécessité oblige, je les emploie avec des résultats assez satisfaisants pour les employer encore tant et aussi longtemps qu'on n'aura pas trouvé le moyen de les remplacer par autre chose. Dans bien

1. Communication faite à *La Société de Chirurgie de Montréal*, en 1941.

des cas, le greffon osseux rigide a pu remplacer l'appareil métallique et j'en profite souvent. Mais il faut bien avouer que l'appareil à contention solide, peu volumineux, à l'épreuve des déplacements, qui ne soit pas métallique, reste encore à venir.

Cette manière de voir et de faire m'a fréquemment mis en face de certains problèmes orthopédiques où, comme je vous le disais au début de cette communication, l'appareil Mercier m'a rendu les plus grands services. Or, ce sont ces problèmes et mes résultats que je me propose maintenant de vous exposer.

D'abord, laissez-moi vous dire que, comme la plupart d'entre vous, je ne suis pas partisan de l'emploi de cet appareil dans la contention des fractures récentes des os longs même lorsqu'elles sont très compliquées: l'extension continue avec la traction osseuse de Kirchner ou encore mieux parfois les greffons osseux rigides sont des moyens tout aussi efficaces et moins dangereux.

La grande et la belle indication de l'appareil Mercier est sans contredit réservée aux ostéotomies dérotatrices des os longs. Et c'est le professeur Ombrédanne qui a vulgarisé et mis en valeur la grande utilité de cet appareil dans ces ostéotomies. La rotation interne de l'humérus dans les séquelles de paralysie obstétricale du membre supérieur est la plus fréquente de ces indications. La mise en place des quatre vis avant l'ostéotomie sert à la fois au repérage du degré de la dérotation et à l'ostéosynthèse. Par groupes de deux, les vis sont placées à l'angle de correction voulue; l'ostéotomie transversale est pratiquée entre les deux groupes de vis; puis, les deux vis inférieures sont ramenées en ligne avec les deux supérieures; la plaque est fixée sous le contrôle de la vue. De cette façon, la correction est bonne, la contention est excellente et les consolidations vicieuses sont toujours évitées. Je ne connais aucun autre appareillage capable de rendre les mêmes services.

J'ai pratiqué cette opération treize fois avec treize résultats excellents. Par résultats excellents, je veux dire que l'attitude du membre est plus normale et que l'enfant peut porter la main

à la bouche sans décoller le coude du corps et qu'il peut mettre la main à la nuque et sur la tête lorsqu'il porte le bras en abduction.

A cette indication spéciale, je veux en ajouter d'autres qui m'ont été imposées au gré de certains besoins du moment. Les avantages que j'en ai tirés méritent, je crois, d'être signalés à votre attention.

Au cours de l'évolution d'une coxa-vara grave de l'adolescence, il se présente très souvent une complication ennuyeuse connue sous le nom d'épiphysiolyse. La tête fémorale se sépare du col au niveau du cartilage de congaison et glisse par en bas. Lorsque cette épiphysiolyse est assez récente, il faut à tout prix tenter de la réduire par traction. Or, la traction directe sur le membre inférieur par une extension continue est impuissante: elle ne permet pas de mettre assez de poids et surtout elle ne permet pas d'exercer une traction dans l'axe du col. Il fallait donc songer à une traction squelettique s'exerçant dans l'axe du col fémoral selon l'idée du professeur Sorrel.

Celui-ci emploie la traction de Kirchner mais il admet les inconvénients que présente l'étrier dans la région du grand trochanter: il est encombrant. De plus, la contre-extension est difficile à réaliser. Au contraire, l'appareil Mercier à deux vis, fixées aux grands trochanters à l'angle d'inclinaison voulu, permet de réaliser cette traction dans les meilleures conditions mécaniques et physio-pathologiques. L'encombrement de l'étrier est éliminé et nous ne sommes plus à la merci des hasards de direction de la broche de Kirchner. La contre-extension est réalisée à l'aide d'un autre appareil Mercier placé dans le trochanter opposé. Les vis sont orientées dans le sens opposé. Les pesées d'extension et de contre-extension sont maintenues et dirigées par une planche transversale qui passe sous le matelas du lit et qui porte une poulie à chaque extrémité.

J'ai obtenu deux résultats excellents en procédant de cette façon.

La fracture du fond du cotyle avec pénétration de la tête fémorale dans le bassin constitue, à mon avis, une autre belle indication

pour l'emploi de l'appareil Mercier à deux vis. Dans ce cas, il faut à tout prix sortir la tête du bassin. Or la traction squelettique latérale directe devient presque indispensable. Il faut également songer à la contre-extension. Or, elle est réalisable de la même façon que dans le cas précédent de l'épiphyse dans la coxalgie. En procédant de la même façon, j'ai obtenu un résultat satisfaisant avec la plus grande facilité et le maximum de confort pour le blessé.

Les longues vis de l'appareil Mercier trouvent encore leur indication dans les fractures du col fémoral et plus spécialement les juxta-trochantériennes. Elles remplacent, je ne dirai pas avantageusement, mais pour ceux qui ne l'auraient pas sous la main elles remplacent, dis-je, le clou de Smith Peterson. J'ai employé ces vis deux ou trois fois avec beaucoup de satisfaction dans des fractures du col fémoral. Encore une fois, je ne prétends pas que ces vis trouvent ici une application de choix, mais il ne faut pas les dédaigner au besoin. Elles maintiennent les fragments tout aussi bien que n'importe quel autre appareil et j'estime qu'elles sont plus faciles à enlever.

Un cas de fracture-luxation ancienne du bassin m'a procuré une autre indication de l'appareil Mercier. Il s'agissait d'une luxation sacro-iliaque avec fracture et luxation chevauchante du pubis. L'accident avait eu lieu cinq semaines avant que je visse le blessé. Aucune manœuvre n'avait réussi à corriger le chevauchement du pubis. Or, après avoir défait chi-

urgicalement l'ankylose du pubis, j'ai facilement écarté les branches du pubis par une traction puissante sur les grands trochanters de la même façon que dans les cas de fracture du fond du cotyle avec pénétration de la tête fémorale dans le petit bassin. La luxation sacro-iliaque s'est en même temps partiellement réduite.

Une autre fois enfin, j'ai eu recours à la vis de l'appareil Mercier pour maintenir une luxation tératologique du pied. Il s'agissait d'un cas d'ectromélie longitudinale caractérisé par la malformation assez bien connue d'absence congénitale des péronés et luxation complète du pied. Après réduction chirurgicale de cette luxation je me suis aperçu qu'il fallait un moyen de contention puissant. Une vis Mercier enfoncée par la face plantaire du talon m'a rendu le service que je recherchais.

Comme je vous le signalais tout-à-l'heure, je crois qu'il est dangereux de vouloir introduire l'appareil Mercier dans le traitement des fractures ordinaires des os longs. Est-ce à dire que c'est un appareil à délaissier, je ne le crois pas. La facilité avec laquelle il est mis en place et surtout la facilité avec laquelle il est enlevé (jamais je n'ai été obligé de donner une anesthésie quelconque pour l'enlever), en font un appareil précieux et commode dans une foule de circonstances. Je vous ai énuméré quelques-unes de ces indications particulières. Il en existe certainement beaucoup d'autres qui ne se sont pas encore présentées. Très souvent, cet appareil m'a tiré d'embarras et je lui suis redevable de plusieurs succès.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU STRABISME CONVERGENT

Par **Auguste PANNETON**,
(Trois-Rivières)

Quelle conduite tenir, en clientèle, lorsque se pose, et il se pose très souvent, le problème de l'intervention chirurgicale dans le strabisme convergent concomitant? Ce sera l'objet de ce rapide exposé.

Le cas le plus fréquent est celui de l'enfant de trois à six ans, amené à la consultation pour un strabisme au début. Les parents ont remarqué que le petit — ou la petite — louche de temps à autre, à l'occasion d'une fatigue, le soir le plus souvent, ou bien lorsque la gêne le fige en présence des étrangers. Ou encore, on racontera qu'à la suite d'une chute, d'une maladie éruptive, d'une coqueluche, que sais-je, un œil, ou bien alternativement tantôt un œil tantôt l'autre, s'est pris à loucher et louche constamment depuis quelque temps.

Vous examinez l'enfant, d'abord sans cyclo-pégique, puis après atropinisation, vous constatez: soit une hypermétropie combinée ou non à de l'astigmatisme, soit une vision à peu près égale aux deux yeux ou une amblyopie ex anopsia de l'œil dévié.

Vous expliquez aux parents que l'enfant louche parce qu'il existe un défaut de réfraction des milieux oculaires, qu'il ne s'agit pas d'une maladie, qu'on ne boite pas avec deux bonnes jambes, qu'on ne louche pas avec deux bons yeux — ce qui n'est pas rigoureusement exact — mais qu'importe, et vous déclarez que la première chose à faire, c'est de corriger les yeux par le port constant de lunettes appropriées. Les parents vous écoutent d'une oreille, et vous comprenez aussitôt qu'il n'y a qu'une chose qui les intéresse: faire disparaître au plus tôt la déviation apparente des yeux de leur rejeton, et sauver à la face des voisins l'honneur esthétique de la famille.

Des verres correcteurs sont prescrits et la maman, qui accepte à contre-cœur ce nouvel

ornement facial, est priée de vous ramener son petit dans quelques semaines.

Une amélioration s'est produite, mais: « mon enfant, docteur, louche encore » vous dit en revenant la maman. Puis, de mois en mois, ce sont: l'obturation d'un œil; le port d'une hypercorrection à l'œil fixateur; l'orthoptique et les exercices stéréoscopiques, si vous avez la foi et la patience; des toniques, le grand air, et, bien entendu, l'échelle alphabétique des vitamines connues et... à venir.

Les semaines et les mois passent, l'année s'écoule, et toujours la maman vous salue d'un de moins en moins suave: « docteur, il louche encore! »

Tout ceci, pour bien saisir l'état d'esprit des parents soucieux avant tout, et cela se conçoit, de l'apparence et de la bonne mine de leur enfant; car, ne l'oublions pas, on acceptera assez facilement l'idée qu'un œil ne voit guère, on subira le port continu de lunettes, mais bien peu se résigneront à l'asymétrie frappante que comporte un louchage prononcé.

Que faire? . . . Doit-on intervenir chirurgicalement?

On nous a enseigné autrefois, et c'est la conduite que j'ai suivie comme bien d'autres pendant vingt ans, d'attendre pour intervenir dans le strabisme convergent concomitant un peu après la puberté. La raison: le strabisme convergent a tendance à s'améliorer et même, lorsqu'il n'est pas trop accentué, à disparaître quelquefois complètement avec l'âge. C'est juste; mais on craignait surtout, en intervenant de bonne heure, une déviation secondaire. Tout au plus, conseillait-on de pratiquer dans les cas extrêmes de prudents avancements des droits externes qui, nous le verrons plus tard, se montrent absolument insuffisants dans la correction des convergents avec spasme et hy-

perfonction des droits internes. Quant à la ténatomie des droits internes, on la voulait si prudente que, le plus souvent, l'effet en était nul ou peu s'en faut. Et les loucheurs tenaces continuaient à loucher patiemment jusqu'à la puberté.

Depuis quelques années, l'école étatsunienne avec Reese, Jameson, Peter, et à la faveur des progrès techniques réalisés dans la ténatomie avec fixation sclérale, s'est déclarée en grande majorité en faveur de l'intervention précoce, lorsque les traitements médicaux et orthoptiques se sont montrés après un délai raisonnable, impuissants à faire disparaître la difformité apparente du strabisme convergent. On invoque, entre autre, à l'appui de cette manière d'agir, le désavantage manifeste que présente pour l'enfant d'âge scolaire une asymétrie évidente qui, tout en désespérant les parents, expose le strabique aux quolibets de ses camarades et influe souvent, d'une manière désastreuse, sur son développement et son état mental. On allègue en plus, que l'intervention bien exécutée ne comporte, avec les plus récents procédés, aucun danger de déviation secondaire, et que, par conséquent, il est illogique de différer jusqu'après la croissance le bénéfice d'un rétablissement de la concordance, ne serait-ce qu'apparente, des axes visuels.

L'expérience de plus en plus convainquante de nombreux oculistes sérieux m'a, pour ma part, dans mon modeste champ, incité à intervenir depuis ces derniers temps, dès l'enfance, lorsqu'après une année de soins assidus je me trouve en présence d'un cas rebelle de strabisme convergent.

Tout d'abord, on ne saurait trop insister sur l'importance de bien convaincre les parents de la nécessité de l'intervention bi-latérale, même dans les cas de strabisme fixe, ce qui est souvent très difficile. Aussi ne doit-on jamais entreprendre le traitement chirurgical sans avertir qu'il faudra très probablement intervenir deux ou trois fois; que le temps minimum requis pour mener à bien le traitement sera d'au moins six mois; que le port constant

de lunettes sera nécessaire même après un résultat parfait; que la vision d'un œil amblyope, si la chose existe, n'en sera pas améliorée; enfin, que si l'on peut promettre une amélioration marquée, il pourra persister un léger louchage pendant quelques années.

A QUEL ÂGE INTERVENIR?

Il semblerait logique d'attendre au moins vers la sixième année. A part quelques exceptions, l'enfant plus jeune est d'un maniement plus difficile, et chez lui l'exercice de la vision de près et de l'accommodation n'a pas encore suffisamment agi sur l'équilibre musculaire des globes oculaires.

L'intervention étant décidée, il importera d'évaluer le degré du strabisme. Même les plus chauds partisans de l'intervention chirurgicale concéderont qu'un strabisme de dix degrés ou de quinze degrés, toujours avec correction optique, bien entendu, est peu apparent pour l'observateur ordinaire et ne devrait pas être opéré.

Mais ce qui importe davantage, c'est la classification du strabisme convergent, car c'est la classification exacte du strabisme convergent qui décidera du choix de l'intervention ou, tout au moins, de l'intervention principale.

CLASSIFICATION DU STRABISME

Il semble, en pratique, que l'on peut se dispenser de tests compliqués. D'ailleurs, il est admis que l'évaluation au millimètre près du degré de correction à espérer et à obtenir d'une intervention, est plus théorique que réelle.

Il suffira de rechercher si, dans un cas donné, il y a prédominance d'un spasme ou d'une hyperaction des droits internes, ou bien, hypoaction ou insuffisance des droits externes; sans oublier que l'insuffisance des droits externes, comme l'a démontré Jameson, est le plus souvent le résultat d'un spasme des droits internes.

Trouve-t-on à l'examen avec correction optique que le strabisme augmente dans la vision

de près, on sera en droit d'affirmer une hyperfonction des droits internes. Au contraire, existe-t-il une limitation de l'abduction ou un strabisme égal dans la vision de loin et la vision de près, on pourra classer le cas comme relevant plutôt d'une insuffisance ou hypofonction des droits externes.

SPASME DES DROITS INTERNES

Si l'on se trouve en présence d'un spasme des droits internes, l'intervention principale devra porter sur les droits internes; dans une première séance, on pratiquera une ténotomie avec fixation sclérale des deux droits internes. Je dis bien *des deux droits internes*, car l'expérience a depuis longtemps démontré qu'il est illusoire d'essayer, par une ténotomie d'un seul droit interne, de corriger un strabisme convergent de plus de vingt-cinq degrés.

Nous avons tous rencontré des cas de strabisme convergent opérés il y a vingt ou vingt-cinq ans, alors que la ténotomie libre était plus qu'aujourd'hui en faveur et l'avancement peu pratiqué, et, pour ma part, j'ai souvent été frappé du résultat obtenu. Il s'agissait de cas de spasme des droits internes, tandis que cette même intervention pratiquée sur des yeux où prédominaient l'asthénie et l'insuffisance des droits externes donnait souvent une déviation secondaire qui a fait condamner et déprécier une opération — la ténotomie — qui seule peut, quand elle est indiquée, donner un résultat satisfaisant.

Une ténotomie double des droits internes avec fixation sclérale, dégagement oblique des ailerons capsulaires et libération complète de la face profonde du muscle corrige à elle seule près de la moitié des strabismes convergents de la première catégorie (hyperfonction des droits internes).

J'ai, pour ma part, d'abord timidement, ayant toujours présente à l'esprit la phobie de la déviation secondaire, pratiqué cette opération depuis quelques années, dans un premier temps, et je n'ai eu qu'à me louer des résultats obtenus chez les enfants et les adultes.

Bien entendu, si après deux mois il persiste un strabisme évident, il faudra comme opération complémentaire pratiquer un ou deux avancements ou résections musculaires des antagonistes. Le plus souvent, une seule résection suffira.

INSUFFISANCE DES DROITS EXTERNES

Pour la seconde catégorie de strabisme — insuffisance des droits externes — l'ordre sera renversé et on interviendra, dans un premier temps, par des avancements ou résections des droits externes avec, plus tard, s'il y a lieu, ténotomie gardée d'un ou des deux internes.

Dans l'un ou l'autre cas, s'il y a avantage de répartir l'opération principale sur les deux yeux, il est plus prudent de n'intervenir pour l'avancement ou la ténotomie complémentaires que sur un œil à la fois, quitte à répartir le traitement chirurgical en trois opérations différentes, avec un délai d'au moins deux mois entre l'opération principale et la première opération complémentaire, et un délai d'au moins un mois entre la première et la seconde opération complémentaire, s'il y a lieu.

Ces données générales trouvent leur application pratique dans tous les cas, enfants ou adultes, qui présentent un strabisme convergent alternant, et chez les rares strabiques unilatéraux où l'acuité visuelle de l'œil dévié atteint vingt-quatrième ou plus.

Mais il convient d'ajouter que dans les cas d'amblyopie ex anopsia et ceux où la vision de l'œil strabique ne peut être remontée à plus de vingt-centième de la normale, il est impossible de s'en tenir rigoureusement à une ligne de conduite immuable.

Ici, l'on n'a pas à craindre une déviation secondaire de l'œil fixateur, et je me suis bien trouvé d'une ténotomie libre avec débridement de la capsule du droit interne de l'œil utile, combinée à une résection du droit externe de l'œil amblyope comme première intervention, même dans les cas de spasme des internes, quoique Jameson, entre autres ne fasse pas cette distinction.

TÉNOTOMIE LIBRE ET TÉNOTOMIE
AVEC FIXATION SCLÉRALE

Il semble qu'actuellement la majorité des oculistes se soient ralliés ou se rallient de plus en plus à la ténotomie avec fixation sclérale qui semble avoir fait ses preuves. En effet, cette intervention dont la technique est bien réglée est, quoiqu'il paraisse de prime abord, d'une exécution aussi facile, sinon plus facile, qu'un avancement, et, bien exécutée, elle met à l'abri du danger d'une déviation secondaire. Les sutures pratiquées avec du catgut donnent, il est vrai, une réaction et un bourrelet assez ennuyeux; mais cet inconvénient est plus que compensé par l'avantage de n'avoir pas chez l'enfant à enlever les points de sutures profonds.

La ténotomie libre trouverait, je l'ai déjà mentionné, son indication chez le strabique fixe, avec amblyopie de l'œil dévié, car ici, il n'y a pas à craindre de déviation secondaire lorsqu'il y a lieu d'intervenir sur le droit interne de l'œil fixateur.

AVANCEMENT OU RÉSECTION?

Les opinions sont ici partagées. Duverger en France, Reese et nombre d'autres aux Etats-Unis, ne concèdent aucun avantage à l'avancement sur la simple résection avec ancrage au niveau de l'insertion originale du muscle.

Cette dernière opération est beaucoup plus facile d'exécution et assure presque infailliblement contre le relâchement des sutures et le glissement du muscle; en plus, pas de points profonds à enlever chez l'enfant. Certes, nous avons tous obtenu d'excellents résultats avec l'avancement classique capsulo-musculaire avec résection; mais il m'est arrivé d'avoir comme complication, par suite d'une tension plus grande sur l'un des fils ou un léger défaut de symétrie dans l'ancrage des sutures près du limbe, chose à redouter chez l'enfant sous anesthésie générale, une légère déviation d'un globe, soit vers le haut, soit vers le bas.

C'est une des raisons qui m'a incité à pratiquer chez mes derniers malades, des résections au lieu d'avancements, et je n'ai eu qu'à me louer des résultats, quoiqu'en dise Peter dans son dernier volume « Extra-ocular muscles », où il rejette la résection pour s'en tenir uniquement à l'avancement.

DÉTAIL DE TECHNIQUE

Je me permettrai de signaler une modification de la technique de la résection qui m'a donné, chez mes deux derniers strabiques opérés — enfants de six à huit ans — un redressement plus marqué et une meilleure cicatrisation.

On recommande, dans la résection, de faire la boutonnière conjonctivale au niveau de l'insertion du tendon, ce qui facilite le travail et donne un champ plus ouvert; de plus, il n'est pas mentionné de faire d'excision de la conjonctive avant la suture. Avec cette technique, on a nécessairement superposition des deux plans de sutures: suture du muscle et suture de la conjonctive, ce qui provoque la formation de granulations et nuit à la coaptation.

Pour parer à ce premier inconvénient, j'ai pratiqué la boutonnière conjonctivale verticale à quelques millimètres du limbe, à mi-chemin entre le limbe et le point d'insertion; il s'ensuit que, lors des sutures, les nœuds de catgut au niveau de l'insertion du tendon sont recouverts par de la conjonctive saine, les points conjonctivaux à la soie étant noués plus près du limbe au niveau de la boutonnière conjonctivale.

De plus, pour donner plus d'effet à la résection, j'ai excisé une languette conjonctivale sur la lèvre externe de l'incision conjonctivale (droits externes); ancrant solidement les fils dans le tissu épiscléral du côté du limbe, j'ai inclus dans mes deux points en U une bonne prise de la capsule de Tenon, puis la conjonctive de la lèvre externe, ce qui ajoute à la

résection simple un avancement capsulaire limité.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Il me semble que l'on gagne appréciablement à tenir les deux yeux clos au moins pendant cinq jours, dans tous les cas, même si l'on n'opère que sur un œil, à l'encontre de la plupart des auteurs qui conseillent de découvrir au bout de deux jours l'œil dévié ou l'œil non opéré. N'est-il pas plus logique de laisser complètement au repos, le plus longtemps possible, le ou les muscles traumatisés, lorsque l'on sait

qu'aucun pansement ne peut empêcher, vu la synergie nerveuse, l'œil obturé d'obéir à l'impulsion motile d'un muscle congénère?

Un autre point de pratique qui diminue appréciablement la congestion post-opératoire et soulage les opérés, c'est la suppression, au bout de quelques heures, du bandage binoculaire et son remplacement par une compresse de gaze maintenue par deux bandes de diachylon, et l'application, pendant une heure, quatre fois par jour, d'une vessie de glace par-dessus la compresse, le malade étant couché sur le dos.



LABORATOIRE CLINIQUE

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal vient d'instituer, pour les élèves de 4^{ème} année, un cours de laboratoire clinique. Le but de cette nouvelle création est de permettre aux étudiants qui seront demain des internes puis des médecins, de se familiariser encore davantage avec les principales techniques bactériologiques, chimiques et hématologiques, susceptibles de les aider à établir un bon diagnostic clinique.

En présence d'un tel geste, certains ont pu se demander s'il était opportun d'inaugurer chez nous un tel enseignement, si ce n'était pas plutôt une innovation prématurée, ou si on n'allait pas encombrer inutilement un programme déjà très chargé.

Pour quiconque s'occupe d'enseignement et vit en contact journalier avec les étudiants et les médecins, la réponse à ces questions ne fait aucun doute: la Faculté de Médecine vient de combler une lacune.

L'enseignement donné à l'Université couvre en principe les divers points du nouveau programme, c'est entendu, mais il appert que l'élève interne et le jeune médecin, faute de pratique, se trouvent insuffisamment préparés pour exécuter personnellement la plupart des analyses de routine que la clinique demande au laboratoire.

Ce manque de préparation place dans une situation d'infériorité l'interne ou le jeune médecin canadien-français qui désire faire un stage de perfectionnement dans un hôpital anglais ou américain.

La même lacune s'est fait sentir ailleurs mais on y a remédié depuis longtemps et il suffit de consulter les annuaires des différentes facultés de médecine, tant canadiennes qu'américaines, pour constater que l'Université de Montréal est une des rares

institutions où un tel enseignement n'était pas au programme avant ce jour. Toronto, Queen, Johns Hopkins, Californie, Rochester, Syracuse, Virginie, Pennsylvanie, Tennessee, pour ne citer que ces quelques institutions, ont depuis longtemps leurs cours de « clinical laboratory », de « clinical microscopy », de « laboratory diagnosis », de « clinical pathology ».

Ce n'est donc pas innover que d'organiser chez nous un enseignement qui se donne partout ailleurs et qui, de l'aveu même de nos cliniciens, chefs de service et spécialistes, s'impose de plus en plus.

Les quelques 30 à 40 heures que la Faculté de Médecine a bien voulu consacrer à cette fin ne sauraient, à mon avis, surcharger inutilement un programme déjà lourd. Songeons que dans certaines institutions on consacre aux mêmes études de 96 à 112 heures réparties en une ou deux années.

Cette surcharge, si toutefois c'en est une, sera amplement compensée par les avantages qui résulteront de ce nouvel effort et dont bénéficieront à des degrés divers l'élève, le patient, l'hôpital et l'Université.

L'élève trouvera dans une plus grande connaissance des méthodes de laboratoire un moyen précieux d'établir, d'améliorer ou de corriger son diagnostic. Le patient de son côté sera assuré d'un traitement mieux approprié à son état de santé. A l'hôpital, l'interne, mieux préparé, pourra dans une large mesure pratiquer lui-même certains examens chimiques, bactériologiques et hématologiques, libérant ainsi le laboratoire central d'un travail de routine qui est une entrave à la recherche. La Faculté enfin verra sa réputation grandir grâce aux connaissances plus étendues des médecins qu'elle aura formés.

Il faut donc féliciter notre Université et sa Faculté de Médecine d'avoir pris une telle initiative. Plus que jamais, à cause de la guerre, une telle organisation s'imposait. Nombreux sont les médecins qui devront s'enroler et exercer leur profession dans les hôpitaux de l'armée, de la marine ou de l'aviation. S'ils ne sont pas à la hauteur de la situation, c'est-à-dire s'ils ne peuvent tout comme leurs confrères de langue anglaise utiliser les ressources du laboratoire, ils seront dépassés et déclassés.

Albert BERTRAND.

VARIÉTÉS

LA CROIX ROUGE Sa fondation et son évolution

Par **E. SAINT-JACQUES**,

Professeur d'histoire de la Médecine à l'Université de Montréal.

L'idée de ne pas massacrer les ennemis blessés n'est pas de date récente; mais son application pratique ne remonte qu'au siècle dernier.

Les Perses anciens le voulaient et l'on voit Cyrus, leur roi, exiger de ses médecins d'armée qu'ils soignent avec le même zèle amis et ennemis: c'était au VI^e siècle avant la venue du Christ.

La loi Manou des Indous fait les mêmes recommandations.

Mais le plus bel exemple donné fut celui fourni par le Sultan mahométan Saladin, au XII^e siècle, alors qu'il permit aux Chevaliers Hospitaliers de Saint-Jean de venir soigner les croisés blessés dans son propre camp. Tout infidèle qu'il fut, il avait le cœur humain.

Le XVII^e siècle nous offre encore le bel exemple d'une entente entre les commandants anglais et français, John Dalrymple et le duc de Noailles, qui s'entendent réciproquement pour soigner les blessés et malades qui tombent entre leurs mains et qui décident de respecter leurs hôpitaux respectifs.

Au XVIII^e siècle, Jean-Jacques Rousseau abonde dans le même sens, signalant qu'après tout les blessés ne sont que des individus et que ce sont les états seuls qui sont en guerre.

Peu à peu le mouvement de protection des blessés se dessine parmi les gens de guerre.

Schmucker, chirurgien des armées prussiennes de Frédéric le Grand, réclame pour les hôpitaux de guerre leur neutralisation, tandis que son collègue Faust proclame en 1811: « Que le malade soit sacré et que la guerre soit faite avec humanité. »

Certes il était plus civilisé que ses compatriotes du XX^e siècle, les Huns d'aujourd'hui,

pour qui les hôpitaux pas plus que les populations civiles, ne sont dignes de protection.

Wasserfuhr, un autre prussien mais d'il y a cent ans, proposait en 1820 que « tous les soldats blessés soient considérés comme des non-combattants ».

Mais celui qui, peut-être plus qu'aucun autre, achemina les nations vers la Croix Rouge, fut le général suisse Henri Dufour au milieu du XIX^e siècle. Il proclama à ses armées: « soignez les blessés ennemis comme les nôtres. »

Les Zuricois en 1847 organisent une société de secours aux blessés de guerre et créent la première ambulance de guerre officielle.

On approche du grand mouvement de la fondation officielle de LA CROIX ROUGE.

On est en 1859. L'Italie, soutenue par la France et Napoléon III, était en guerre contre l'Autriche, et l'une des plus sanglantes batailles se livrait à Solferino.

Les blessés, estimés à 6,000 hommes, gisaient douloureux et agonisant sur le champ de bataille.

C'est sur ces entrefaites que survint HENRI DUNANT.

HENRI DUNANT était né à Genève d'une riche famille patricienne et, jeune homme, s'intéressa aux œuvres sociales d'assistance.

Il va à la recherche de Napoléon III et arrive à Solferino, où il se trouve au milieu des innombrables blessés abandonnés.

D'urgence il organise tant bien que mal les premiers soins et le transport des blessés.

Il portait une vareuse blanche avec, au bras, une croix en brassard, et il est connu dans les annales militaires comme « l'Homme à la blouse blanche » ainsi que le dénomma Dickens; tout comme quelque peu auparavant le

dévouement de Florence Nightingale lui avait valu le surnom de « The lady with the lamp », ainsi que l'avait désignée Wardsworth.

Témoin des horreurs des champs de bataille, Dunant partait aussitôt en campagne et cherchait contact avec les chefs des divers gouvernements de l'Europe.

C'était une période de guerres. La Prusse toujours agressive attaqua le Danemark, puis l'Autriche, enfin la France en 1870: elle fut toujours assoiffée de sang comme de conquêtes, étant demeurée barbare jusqu'aux moelles.

Ces infamies réveillèrent la conscience publique, éclairée enfin par le Mémoire préparé par Dunant et qu'il avait intitulé: *Souvenirs de Solferino*, et aidé de tels hommes que Dufour, Moynier et Ferrière, tous des suisses, et Langenbeck de Leipzig, Dunant réussit à recueillir l'adhésion de 16 états qui envoyèrent à Genève, 26 représentants qui constituèrent le Premier Comité international de secours aux blessés de guerre: ce jour humanitaire par excellence fut le 24 août 1864.

*
* *

En reconnaissance de ce que les Suisses avaient fait pour créer cette association humanitaire, le Comité International adopta l'emblème renversé de la Confédération Suisse, soit la croix rouge sur fond blanc au lieu de la croix blanche sur fond rouge, drapeau de la Suisse.

Dès lors la Croix Rouge se développa dans tous les pays, installant ses activités humanitaires.

Aujourd'hui tous les sinistrés: ceux du feu et des inondations, comme ceux des tempêtes et de la famine, participent à sa bienveillance active, tout comme les blessés de guerre et les populations éprouvées.

En temps de guerre, les prisonniers reçoivent une attention spéciale. Ainsi durant la Grande Guerre de 1914, le Comité des blessés à Genève eut fort à faire, comme on en jugera.

Tous ses membres étaient des volontaires et ils atteignirent le nombre de 6,000.

Chaque pays avait son département séparé.

Le Comité Franco-Belge avec 40 volontaires établit un casier de 2½ millions de fiches; l'Allemagne eut 20 employés avec 1½ million de fiches tenues à jour; l'Angleterre eut 83 auxiliaires bénévoles qui entretenirent une carthèque de 500,000 fiches.

120,000 visiteurs vinrent à l'agence pour avoir des renseignements sur leurs blessés prisonniers.

2 à 3,000 lettres arrivaient par jour à Genève et recevaient en temps et lieu une réponse après enquête.

Quel monceau de bienfaits la Croix Rouge n'a-t-elle pas accumulés dans ses services aux malheureux! Les annales de l'histoire ne pourront jamais le rapporter.

*
* *

Henri Dunant, son fondateur, eut une triste fin.

Il se trouva bientôt isolé et ayant perdu sa fortune et ses amis des premiers jours, il mourut abandonné et misanthrope dans un hospice de Suisse.

Henri Dunant, voilà un des premiers noms à mettre dans les Annales de la Charité, et il mérite que nous en conservions mémoire.

L'Humanité lui doit une immense dette de reconnaissance, car les millions de malheureux que la Société de la Croix Rouge internationale a secourus ne se peuvent compter.

Le malheur, c'est que la reconnaissance humaine n'ait pas trouvé le moyen d'assister Dunant à son tour. Tout de même, mais bien tardivement, il reçut le premier prix Nobel de la Paix en 1901.

En août 1910, il décédait à l'hospice de Heiden, en Suisse, dans une solitude presque complète, moins heureux que Florence Nightingale qui bien qu'âgée, mourut comblée d'honneurs par l'Etat, de reconnaissance par la nation, et d'admiration de ses compatriotes.

L'activité des Croix Rouges nationales est intense, surtout en temps de guerre.

Ainsi n'est-il pas admirable que la Croix Rouge américaine ait dépensé cinquante millions (50,000,000) de dollars en deux années pour soulager les misères des malheureux des pays en guerre: la France, la Finlande, la Grèce, la Yougoslavie, l'Espagne, l'Abyssinie et la Chine, sans oublier les prisonniers en Allemagne.

*

* *

*La Croix Rouge internationale;
guerres de 1914 et 39.*

La Suisse qui vient de célébrer en avril dernier, le 650^e anniversaire de son indépendance, s'est encore placée à l'avant-plan des œuvres de bienfaisance avec cette nouvelle guerre.

Ses membres actifs sont passés de 1,200 en 1914 à 4,800 aujourd'hui dont la très grande majorité sauf 300 sont des volontaires, et habitent pour la plupart à Genève.

Ses manifestations charitables se sont multipliées. En six mois, 5,050,000 courriers lui

sont parvenus et elle a répondu à 4,050,000. Quelle tâche presque surhumaine!

A date, elle a établi une cartothèque de 8,000,000 de fiches.

Charitable à tous les points de vue, elle s'occupe activement des prisonniers, en outre de les retracer.

C'est ainsi qu'elle envoie nourriture et vêtements, leur fournit des articles de sport pour les camps de concentration, n'oublie pas non plus les intellectuels et leur donne des livres.

Encore davantage, elle a établi un des 22 wagons-hôpitaux, à ses frais, pour transporter chez elle et les traiter, les plus gravement blessés.

On comprend le sentiment à la fois religieux et humanitaire des Suisses dans leur appel premier où ils remercient la Providence de leur avoir épargné les horreurs de la guerre et offrant leurs services à toutes et chacune des Croix Rouges nationales.

C'est grâce à l'indépendance et à la neutralité de la Suisse et au caractère hautement humanitaire de son petit peuple, que cette nation peut donner ce bel exemple de fraternité internationale.



CONGRÈS DE L' "AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS" Impressions

Par **J.-Antonio LECOURS**,
Chirurgien à l'Hôpital Général (Ottawa).

Le Congrès de l'« American College of Surgeons », tenu à Boston, du 3 au 7 novembre dernier, était remarquable tant par le nombre des inscriptions que par la variété et la valeur des travaux scientifiques. Et cependant, chose paradoxale, on peut assister à un tel congrès et n'en retirer que peu de chose. C'est que la diversité même des séances, dans le genre et même dans l'espèce, aussi bien que la simultanéité de leur horaire obligent chaque visiteur à faire son propre programme s'il ne veut pas risquer de tout perdre en voulant tout gagner. Et encore fallait-il être assez avisé pour s'assurer une place aux séances de son choix; car malgré les facilités qu'offrent les quelques vingt-cinq hôpitaux de Boston et les salles spacieuses des hôtels Statler et Copley-Plaza, il y a toujours des endroits qui jouissent d'une plus grande faveur populaire, et qui, dans ce cas-ci, ne pouvaient accommoder qu'une infime partie des quelques 4,200 congressistes. Le transport d'un hôpital à un autre était un autre arrangement qui faisait appel à une certaine adresse et où la vitesse et la précision étaient essentielles à l'efficacité.

La représentation canadienne était forcément diminuée de par les restrictions monétaires et autres. Pour ceux, d'autre part, à qui les fonds alloués suffisaient, il y avait là une excuse élégante pour limiter les consommations spiritueuses excessives et les achats d'occasions inutiles. D'ailleurs, le Congrès était totalement dépourvu d'événements sociaux; le programme couvrait la journée de 8 hrs a.m. à 11 hrs p.m.; enfin très peu de médecins étaient accompagnés de leurs dames!!!

Dans ses grandes lignes, le Congrès, qui était en réalité l'ensemble des congrès des diverses spécialités chirurgicales, comprenait des séances plénières, des discussions ouvertes sur les sciences basales et sur les problèmes pratiques de chirurgie, des films scientifiques,

et des séances opératoires dans les hôpitaux, enfin, des exhibitions scientifiques en rapport avec les activités du Collège.

Au sujet des discussions ouvertes, des « panels », comme on les appelle, présidées par quelques spécialistes en la matière traitée, nous les avons trouvées les plus pratiques du congrès, en ce sens que l'auditeur peut se faire une opinion générale à même les idées énoncées par ceux qui participent à la discussion. Nous espérons qu'elles seront au programme de nos congrès de l'A.M.L.F.A.N.

Quant aux travaux des séances plénières, ils seront publiés, comme à l'ordinaire, dans le numéro spécial de février de la revue « Surgery, Gynecology and Obstetric ». Nous nous en tiendrons donc au côté moins officiel du Congrès, à ce que notre programme nous a donné de voir et d'entendre.

Dans le champ des nouveautés, qui est, comme on le sait, très relatif en chirurgie, il faut signaler d'abord les recherches constantes en chimiothérapie, dans le domaine des sulfamidés. Périodiquement, elles conduisent à la découverte de nouveaux composés, qui sont mis à l'épreuve des laboratoires. Cette fois-ci, il s'agit d'une combinaison destinée à remplacer, dans les infections à colibacille, le sulfaguanidine, qui ne s'est pas maintenu à la hauteur des espérances de ses débuts. Le sulfathiazol et l'acide succinique font les frais de ce nouveau sulfamidé. Celui-ci serait mis en circulation dans quelques mois sous le nom de SULFASUXIDINE. Expérimentalement, ce composé a amené des résultats là où le sulfaguanidine avait échoué, et cela avec des doses plus petites et des réactions moins toxiques.

L'organisation et le fonctionnement des « Blood Banks », ou réserves de sang et de plasma, dans les hôpitaux, a également fait le sujet de plusieurs discussions cliniques et démonstrations. Désireux de nous renseigner

davantage sur ce point, nous avons passé une journée au « Massachusetts Memorial Hospital ». Nous avons choisi cet hôpital pour trois raisons: il a la capacité de la moyenne de nos hôpitaux généraux, il possède la plus ancienne réserve de sang de la Nouvelle-Angleterre d'après laquelle les autres ont été modelées, enfin, cette réserve est opérée pour le bénéfice d'une population ouvrière qui vit dans des conditions analogues à la nôtre. D'après le docteur F. A. Barton et ses associés, cette réserve fonctionne avec satisfaction depuis 1938. *Leur hôpital, où il se donne six cents transfusions par année, a une liste de 128 donneurs réguliers qu'elle paie sept dollars et demi pour 500 c.c. de sang. Les receveurs privés paient quinze dollars pour la même quantité; ce qui revient à dire qu'un patient privé paie pour deux patients publics. L'expérience a démontré que ce système avait l'avantage de diminuer le coût de la transfusion, et de la faciliter, surtout lorsque de plus grande quantités de sang sont requises.*

A ce sujet, nous avons appris ce fait très intéressant, que grâce à leur réserve de sang, un groupe d'hôpitaux des Etats-Unis a pu fournir 15,000 flacons de plasma sanguin au peuple de Grande-Bretagne, pendant les premiers mois des raids aériens, avant que leurs hôpitaux aient la même organisation.

Très intéressante également fut la projection sur l'écran, aux conférences d'anatomie pathologique, de spécimens macroscopiques frais, en couleurs naturelles et sans distorsion de l'image. Ce matériel était fourni régulièrement par les opérations importantes faites le matin même dans les divers hôpitaux de Boston. La projection même, pour ceux que la chose intéresse, était réalisée par un appareil appelé « Episcopes », et prêté gracieusement par la compagnie Carl Zeiss; incidemment, ce projecteur est tout ce qu'il y a de moins portatif, il pèse plus de deux cents livres, et se trouve difficilement sur le marché, étant le seul exemplaire au monde.

Un autre effet remarquable fut créé par l'emploi combiné de la cinématographie et de

la fluoroscopie. Le but principal de *la fluoroscopie filmée* est de permettre l'étude prolongée, et au ralenti, du jeu des articulations, des mouvements de la déglutition, du transit intestinal, du cœur, des poumons, etc. Il était tout aussi renversant de voir, par exemple, un squelette féminin faire sa beauté, brosser ses dents, puis aller à bicyclette. Les spectateurs de ce film étaient d'accord pour admettre qu'ils avaient compris plus de physiologie en vingt minutes que pendant des semaines de leurs études.

Quant à la chirurgie opératoire, le cinéma encore est devenu le moyen le plus pratique pour en diffuser l'enseignement et en faire ressortir certains points de technique, pendant de tels congrès; et ce, dans des conditions de confort que ne peuvent offrir les salles d'opérations. Tous les films présentés au Congrès avaient d'ailleurs été approuvés par l'« American College of Surgeons » au point de vue technique et documentaire. Donc, au point de vue opératoire et à moins de vouloir recueillir certains commentaires de la bouche même du maître, il était plus pratique pour le congressiste de consulter le programme des films de la journée; il y trouvait sûrement de quoi le satisfaire.

Disons enfin, pour ce qui est des exhibitions scientifiques, qu'on ne verra pas une telle profusion d'instruments, de livres et d'accessoires pour plusieurs années à venir, vu les conditions actuelles. Nous avons remarqué en particulier les attelles faites de substance plastique, transparentes et très légères, le fil de coton comme matériel à suture chirurgicale, un système de dossiers très pratique pour le bureau, la réclame qu'on a fait au radium canadien.

Mais, un chirurgien ne peut revenir de Boston sans avoir quelque chose à dire de la Clinique Lahey; et alors, il ne peut s'empêcher de parler du docteur Lahey lui-même. Nous l'avons vu pour la première fois à la salle d'opération, un matin de clinique opératoire, où l'amphithéâtre était rempli à trois fois sa capacité. Il nous est apparu d'environ 55 ans, de taille petite mais bien cambrée, complètement dépourvu de tissu adipeux, de teint rous-

sâtre, portant au cou des rides profonds et parallèles. Cet homme, tout de bleu-gris vêtu pour opérer, est plein de dynamisme et d'humeur.

Ce dernier trait de son caractère semble bien illustré par l'impression dont il nous fit part, avec un clignement d'yeux, et qu'il reçut le jour où un curé lui demandait comment il avait réussi à opérer son évêque catholique dans son hôpital baptiste. Et encore, un après-midi qu'il parlait sur la chirurgie gastrique au « Deaconess Hospital », il arriva que la lanterne, sur laquelle il passait lui-même ses plaques, fit défaut, et il expliqua: « rien d'étonnant, c'est une lanterne méthodiste! »

Quant à l'attraction chirurgicale que le docteur Lahey exerce sur tant des meilleurs chirurgiens du continent, deux explications nous ont été suggérées par la garde-malade aux cheveux gris qui assiste le maître depuis 20 ans. La première, d'un caractère humoristique, venait du docteur Lahey lui-même, qui se considère un bon commis-voyageur qui trouve à placer sa marchandise! La seconde, qui est

sans doute la bonne, c'est que ce grand chirurgien est un dur travailleur, et qu'il est reconnu aujourd'hui comme un des meilleurs professeurs de chirurgie en Amérique. Sa journée est réglée sur les aiguilles du cadran. Il se lève à 6 hrs et écrit jusqu'à 8 heures; tous les articles publiés dans les revues médicales sous sa signature sont écrits le matin, avant le déjeuner. Après celui-ci, il travaille à la salle d'opération jusqu'à 1 hr. p.m., heure du lunch. L'après-midi est consacré à ses consultations, et le soir est réservé pour les affaires sociales, conférences. Le Dr Lahey ne se met jamais au lit après 10 hrs.

Sur le travail même de la clinique, il y aurait trop à dire, et point n'est besoin de répéter ce qu'on a déjà lu, vu, ou entendu dire. Quelques faits cependant nous ont impressionné; on y opère environ mille goîtres par année; dix mille ulcères gastriques y ont été traités; les 183 dernières gastrectomies y ont été faites avec une mortalité de 3%; enfin, un cas d'ulcère se présentant chez Lahey est considéré chirurgical, tant qu'il n'a pas été prouvé médical.



LES MÉDECINS ET LA PEINTURE ¹

Par **Paul DUMAS**,
Médecin de l'Hôtel-Dieu (Montréal).

Le médecin est par définition guérisseur ou, pour employer un terme qui n'a pas dans le langage courant une consonance équivoque, il est essentiellement un défenseur de la santé et de la vie des hommes. Praticien de l'art de guérir, il comprend mieux que tout autre l'art de vivre. Parce qu'il sait le prix de la vie et qu'il doit lutter quotidiennement contre les souffrances physiques et morales qu'elle comporte, il en comprend d'autant mieux les agréments et les joies. Au sein d'un monde qui se gave d'excitants et de vitesse, il trouve encore sa délectation dans les plaisirs raffinés et calmes. Il n'ignore pas l'attrait d'une vie physique saine et confortable: toujours sensible aux charmes de la nature, il est volontiers un sportif intelligent et un gastronome averti. D'autre part les attraits factices de la vie mondaine le laissent le plus souvent froid et il préfère consacrer les rares loisirs que lui ménage son activité professionnelle au culte de l'art et de la pensée.

Notre milieu médical possède ses bibliophiles, ses mélomanes, ses humanistes et, fait significatif, un des premiers écrivains du Canada français est un oto-rhino-laryngologiste distingué. Les médecins canadiens qui cultivent les lettres ou se passionnent pour la musique sont légion. Ils constituent peut-être l'élément le plus intéressant de notre élite intellectuelle.

Par contre les arts visuels sont d'un accès plus difficile dans notre pays qui par sa géographie est fort éloigné des grands centres artistiques du monde. Ils ont cependant dans notre profession des amateurs clairvoyants et obstinés. Chacun sait par exemple et pour n'en citer qu'un, l'intérêt que leur porte le Doyen de notre Faculté de Médecine.

La médecine a toujours été une grande amie des arts plastiques. Carabins et rapins ont noué dans les amphithéâtres d'anatomie des liens d'amitié durable. Un Léonard de Vinci appartient aussi bien à l'histoire de la médecine qu'à l'histoire de la peinture par ses études de l'anatomie de surface et de la physiologie musculaire. Et l'on pourrait citer d'autres artistes. Durer, Mantegna et les autres, qui par leur étude minutieuse du corps humain ont contribué au progrès de l'anatomie. Dans un autre ordre d'idées tels grands noms de l'histoire de la médecine, Laënnec, Pasteur, Charcot, Sabouraud, Tait McKenzie, ont été des artistes honorables. Rien ne saurait mieux souligner d'ailleurs cette parenté étroite qui unit l'art médical à l'art tout court, que cette étonnante histoire de la médecine publiée peu avant la guerre par les soins du professeur Laignel-Lavastine et de monsieur Bertrand Guegan, et qui, en plus d'être le plus somptueux ouvrage que nous ait jamais donné l'édition française, constitue un recueil de documents artistiques de premier ordre.

Il est facile d'expliquer cette affinité entre les médecins et les peintres. Nous avons dit que le médecin n'était indifférent à aucune des manifestations de l'esprit humain. Mais il s'agit là d'une curiosité paramédicale. Nous pourrions ajouter que l'art médical est en quelque sorte un art visuel, puisque son exercice repose en grande partie sur l'observation et la perspicacité de l'oeil du médecin. Le clinicien, il est vrai, ne se contente pas d'analyser l'aspect superficiel du malade et s'efforce de déceler par devers les altérations extérieures de ses téguments, de sa morphologie, de son comportement et de son facies, les stigmates profonds d'un processus morbide en évolution.

Mais les peintres non plus ne s'arrêtent pas à la surface. De l'homme qui a toujours été leur motif de choix, les vrais artistes ne se

1. Nous publions ces notes à l'occasion de l'ouverture de l'exposition des tableaux de maîtres anciens à la Galerie des Arts de Montréal, au profit de la marine alliée.

sont jamais contentés, comme on pourrait le croire, de dépeindre les seules apparences extérieures. Bien au contraire, ils ont tenté d'exprimer avec l'aide du langage plastique — dont les moyens sont limités comme ceux de tous les autres langages — la vérité profonde de l'homme, c'est-à-dire, les aspects multiformes de sa psychologie et de son affectivité aussi bien que les rythmes de sa cinétique corporelle. Le peintre offre ainsi au médecin des documents qui en plus de leur beauté pure, ont une étrange signification humaine, autant dire médicale, puisque la médecine repose sur la science de l'homme.

La médecine de notre époque a d'ailleurs bien assimilé la leçon des peintres; l'on sait par exemple, l'intérêt que portent les aliénistes et les pédiatres aux dessins des déments ou des enfants et la place de plus en plus grande qu'occupe dans les tests mentaux l'interprétation des schémas graphiques et colorés. Nous avons déjà rêvé d'un traité de médecine où toutes les illustrations seraient des œuvres d'art: les estropiés de Breughel, les nymphes phtisiques de Botticelli, les nabots et les infantiles chlorotiques de Velasquez, les belles goîtreuses d'Ingres, les pestiférés du Tintoret, les fous et les folles de Géricault, les névrosés de Goya, les visions oniriques d'un Redon ou d'un Dali, etc., etc. Inversement, ne serait-il pas possible,

avec les moyens de plus en plus précis dont nous disposons en clinique humaine, d'écrire une histoire médicale de la peinture dans laquelle on s'attacherait à découvrir le caractère de l'artiste par l'étude de son œuvre et de suivre l'évolution de sa personnalité: quoi de plus évocateur par exemple, que la féerie d'un Watteau, l'allégresse sensuelle d'un Renoir, la zoopsie d'un Gauguin ou la lucide cruauté d'un Picasso. Quel plus beau problème encore pour le médecin féru d'introspection que l'énigme de la création artistique à laquelle concourent tout à la fois, l'intelligence, l'instinct, l'hérédité, voire même, la pente pathologique d'un esprit ou les affres sentimentales d'un cœur.

Sereines ou sérieuses, truculentes ou angoissées, les œuvres d'art sont pour le médecin, un aliment de culture incomparable. Et surtout, leur beauté immuable et toujours renouvelée demeure, pour lui qui vit parmi la douleur des hommes, un tonique spirituel parmi les plus exaltants qui soient. Dans le chaos où nous vivons, cette impérissable beauté offre encore au médecin comme à tous les autres un merveilleux refuge contre l'angoisse mortelle qui nous étreint tous aussi bien qu'une raison irréfutable de croire à la permanence de cette civilisation spirituelle qui est nôtre et sans laquelle la vie ne vaudrait pas la peine d'être vécue.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE L'ÉNURÉSIE

1) TRAITEMENT MÉDICAL

L'élément étiologique le plus constant dans l'énurésie semble bien résider dans un état neuropathique spécial dont la vagotonie représente la manifestation. Dans ces conditions, toute cause d'excitation psychique ou réflexe devra être évitée, et la médication sédative interviendra de préférence.

Hygiène et diététique dans l'énurésie. — Les prescriptions suivantes devront être rigoureusement observées.

Vie calme, de préférence à la campagne, et séjour au grand air le plus possible, avec exercice physique modéré et absence de tout surmenage cérébral. On évitera les jeux en commun, les spectacles et les veillées prolongées.

On essaiera la rééducation. Si l'enfant urine vers 2 heures du matin, on le réveillera un peu avant cette heure, et même une première fois vers 10 heures du soir, et on ne le recouchera qu'après une miction complète. Après deux ou trois semaines, on recommandera au petit malade de se lever, dès qu'il sentira le besoin d'uriner.

L'hydrothérapie sera réalisée soit sous forme de lotions chaudes, matin ou soir, soit à l'aide d'un drap mouillé trempé dans de l'eau froide, appliqué pendant une demi-heure, au lever et au coucher, recouvert d'un lainage. Accessoirement, le port d'une ceinture de flanelle peut être recommandé, ainsi que des frictions sèches.

La question du régime est importante. On interdira le vin, le thé, le café, les mets épicés ou fermentés, c'est-à-dire tous les aliments excitants. D'autre part, le repas du soir devra être peu copieux et sec, sans potage. Il semble, a-t-on dit, qu'il y ait avantage à supprimer tout ce qui peut orienter la réaction des urines vers l'alcalinité, c'est-à-dire le pain, les féculents, les légumes et les fruits, ou tout au moins à réduire leur quantité au profit de la viande, des œufs, du laitage, à la condition toutefois

que ces aliments soient bien tolérés par le malade.

Médicaments dans l'énurésie. — On fait appel, suivant le cas, à la médication antisyphilitique, à la médication acide, à la médication sédative.

Traitement antisyphilitique. — Il n'y a pas lieu de l'essayer systématiquement. Par contre, on ne saurait oublier l'influence que Pinard, Toporkoff, André Thomas et Barbier accordent à l'hérédosyphilis dans l'apparition de l'énurésie. Et, pour peu que l'existence de stigmates, des antécédents suspects ou une sérologie positive orientent le diagnostic, on utilisera la méthode de Pinard.

Médication acidifiante. — On la réalise habituellement avec le mandelate d'ammonium ou l'acide phosphorique, selon la formule de Joulie: trois cuillerées à café ou à soupe par jour, suivant l'âge. Il est possible que la méthode provoque de la pollakiurie par irritation vésicale; dans ce cas, on réduirait les doses. D'ailleurs, si les urines présentaient une réaction spontanée trop exagérément acide, il serait plutôt indiqué d'essayer les effets du bicarbonate de soude et de l'alimentation végétarienne.

Médication nerveuse. — De tous les médicaments utilisés, c'est encore la belladone qui paraît donner les meilleurs résultats; mais elle peut échouer, et de nouvelles tentatives seront alors réalisées avec d'autres sédatifs.

1. La belladone se prescrit soit sous forme de teinture, à la dose de cinq à trente gouttes. Comby conseille de faire prendre le soir au coucher, dans une cuillerée à café d'eau sucrée, V gouttes d'une solution avec un centigramme de sulfate neutre d'atropine pour 10 grammes d'eau distillée; on augmentera d'une goutte par jour jusqu'à X, XV, XX, suivant l'âge, mais on arrêtera en cas d'intolérance, dont il faut cependant atteindre les limites, si l'on veut obtenir des effets satisfaisants. La

scopolamine a été recommandée par Alajouanine et Thurel en raison de son action modératrice sur l'activité automatique des centres de la miction que l'activité volontaire déficiente ne parvient plus à inhiber.

2. Les autres médicaments généralement utilisés sont: l'antipyrine, 0 gr. 50, le soir, en deux ou trois fois, à une demi-heure d'intervalle, dans un peu d'eau sucrée; le gardénal, surtout si l'on soupçonne la nature épileptique de l'énurésie; l'extrait fluide du rhus aromaticus, ou de rhus radicans, XX gouttes, deux ou trois fois par jour pour commencer, et l'on pourra atteindre LX gouttes; l'alcoolature de ballote fétide, à la dose de X gouttes, quatre à cinq fois par jour; l'extrait fluide de cupressus (cyprés), préconisé par H. Leclerc, à la dose de XX gouttes, au milieu de chacun des deux principaux repas. Enfin, lorsqu'au lieu du spasme vésical on soupçonne l'atonie du sphincter, on utilise la strychnine, sous forme de teinture de noix vomique, à doses progressivement croissantes.

2) INTERVENTIONS DANS L'ÉNURÉSIE

Les interventions directes sur les voies urinaires ne sont plus guère utilisées actuellement. Si l'on pratique encore la circoncision, lorsqu'elle apparaît nécessaire, et sans que ses résultats puissent être régulièrement escomptés, on a renoncé pratiquement à la dilatation urétrale de Bazy, à la cautérisation ou galvanisation sphinctérienne de Guyon, ainsi qu'aux injections rétro-rectales de sérum artificiel que préconisait Jaboulay. La ponction lombaire a donné quelques résultats à Babinski et Boisseau. Deux méthodes sont encore quelquefois utilisées: la laminectomie, qui n'est qu'exceptionnellement pratiquée, et les injections épidurales sacro-coccygiennes.

Laminectomie dans l'énurésie. — Delbet, par la laminectomie, suivie ou non de la résection de brides fibreuses, aurait obtenu neuf guérisons complètes, cinq améliorations et trois échecs. Bréchet, Santy et Cibert, Favre, Lemoine, etc. signalent également des résultats favorables. En général, la sensation du besoin d'uriner est presque immédiatement perçue par le malade, qu'elle réveille la nuit, ce qui lui

permet de se lever et de supprimer la miction au lit. Toutefois, les échecs sont fréquents (Legueu); des résultats ont été obtenus même lorsque l'intervention n'a pas révélé de compression fibreuse, ou même à la suite d'un simulacre opératoire; si bien que l'on peut admettre ou supposer le rôle de la suggestion ou d'un choc vago-sympathique. Pratiquement, la méthode ne doit être utilisée que chez les adolescents ou les adultes, et alors que tous les autres modes de traitement ont échoué.

Injections épidurales dans l'énurésie. — La méthode a été préconisée par Sicard, en 1901; Cathelin, Barbier, etc., lui attribuent un certain nombre de guérisons. De préférence au sérum physiologique, qu'on employa d'abord, on a recours actuellement au lipiodol, qu'on injecte lentement, à la dose de 8 à 10 centimètres cubes. Le malade reste pendant une dizaine de minutes dans la position genu-pectorale, puis il se replace dans le décubitus dorsal, le bassin étant plus élevé que le tronc. Une légère poussée fébrile, un certain degré de rachialgie représentant les inconvénients de l'injection qui, par ailleurs, peut donner des résultats favorables — du fait de son action mécanique et peut-être chimique sur le système neuro-végétatif local — après une seule séance. Au besoin, la méthode peut être reprise deux à quatre fois à un ou deux mois d'intervalle.

FORMULAIRE POUR LE TRAITEMENT DE L'ÉNURÉSIE

Acide phosphorique officinal	17 gr.
Phosphate de soude	34 —
Eau	250 —

Une cuillerée à café ou à soupe, dans de l'eau, au milieu des trois repas (Joulié).

Sulfate neutre d'atropine . . . un centigramme	
Eau distillée bouillie	10 gr.

V gouttes, le soir au coucher, dans un peu d'eau. Augmenter d'une goutte jusqu'à X, XV, XX, suivant l'âge et la tolérance (Comby).

Extrait fluide de Rhus aromaticus	30 gr.
---	--------

XX à XXX gouttes au début des principaux repas.

Extrait fluide de cupressus	30 gr.
---------------------------------------	--------

XX gouttes, au milieu des principaux repas.

“L'Union Médicale du Canada” en 1873

A la recherche d'un diagnostic !

Février 1873.

Le onze de septembre de l'année mil huit cent soixante et sept, Antoine Séguin, de Sainte-Justine de Newton, comté de Vaudreuil, venait chercher des remèdes pour sa femme qui avait *bien de la misère à lâcher de l'eau*.

D'une parfaite sécurité sur la situation de sa femme, cet homme avait hâte d'obtenir un remède quelconque pour retourner plus vite à son champs; mais après une série de questions qui se heurtèrent toutes sur l'insuffisance de ses renseignements, je lui fis comprendre aisément qu'il était plus prudent pour moi d'aller visiter la malade.

« Eh! bien, embarquez, dit-il; je serai content. Il y a si longtemps qu'elle pâtit c'tte pauvre créature! Elle a été si mal, tout l'été; loin d'avoir du mieux, elle va de pire en pire. Il y a quelque temps, je suis venu pour la même chose; vous n'y étiez pas, j'ai été voir le Dr A. D. de la Rivière à Delisle. Et c'est toujours pareil! »

Pendant le trajet, j'eus le loisir de penser aux causes nombreuses de dysurie. Était-ce simplement acrimonie des urines? Je n'osais le croire; il me semblait que l'origine de la maladie remontait à une époque déjà trop éloignée. Était-ce irritation ou inflammation chronique de la vessie? Je m'occupai de gravelle, de calculs de la vie, de vers, d'hémorroïdes et d'inflammation du rectum. Ne pourrait-il pas arriver que l'hystérie serait au fond la cause de ce dérangement? La pureté des mœurs de cette brave et jeune famille m'interdisant toute supposition injurieuse, je ne pouvais m'attendre à y rencontrer une gonorrhée. Enfin, je songeai aux désordres nombreux que produit la grossesse. Avec ces incertitudes gisant confuses dans ma pensée, j'avais hâte de puiser des renseignements à leur source véritable.

Après avoir parcouru quatorze longs milles dans une charrette dont les secousses brutales pouvaient menacer le parenchyme de plus d'un de mes organes, je fus à même de poursuivre mes investigations.

La patiente répond au nom d'Adéline Ranger, âgée de vingt-deux ans; petite et pesant de cent dix à cent vingt livres; à cheveux blonds; yeux bleus; peau blanche, claire et décolorée; visage pâle, mais légèrement rosacé en temps de santé; l'apparence générale dénote une complexion délicate soutenue par l'air pur de nos vallées.

... Mariée très jeune, cette femme avait déjà donné le jour à trois enfants, dont deux à terme; le troisième ayant été prématurément chassé de l'utérus, sans accident, sous mon assistance, le premier d'octobre de l'année mil huit cent soixante quatre, c'est-à-

dire, trois ans, moins quelques mois avant d'être appelé pour la maladie qui fait le sujet de cet entretien.

A l'arrivée de son médecin ordinaire, les rayons de l'espérance illuminèrent son visage crispé par la douleur et dissipèrent les sombres nuages de l'inquiétude et de la crainte. Cette femme confirma l'information donnée par son mari, quant à la date ou mieux l'origine de ses souffrances. Enceinte depuis quatre mois, elle me dit qu'elle n'avait jamais été bien depuis que la miction devenue pénible au bout de quelques semaines n'avait cessé depuis de la tourmenter. Constipation opiniâtre qui ne l'a pas surprise dans les commencements, mais devenue inquiétante depuis plusieurs semaines, malgré les fortes doses d'huile de « castor », qu'elle avait cru devoir prendre d'elle-même. Ténésme vésical et anal continu, insupportable, se traduisant souvent par des efforts involontaires d'expulsion. Tiraillements dans les aînes, tiraillements partout, dans la région pelvienne. Appétit nul; mouvement fébrile insignifiant, mais facile à constater: sommeil irrégulier et troublé; forces diminuées, amaigrissement sensible, pouls fréquent, etc., etc.

L'examen *per vaginam* m'étonna et me mit dans l'embarras: rien de ce qui avait été l'objet de mes suppositions jusqu'à ce moment-là ne se trouvait à recevoir son application. — Une énorme tumeur aplatissant le vagin d'arrière en avant comprimait l'index à peine introduit; cette tumeur me parut occuper l'espace compris entre le vagin et le rectum. Col utérin inaccessible. Si j'avais la sonde de M. Simpson, me disais-je, je m'en servais; mais, d'un autre côté, à quoi bon? l'organe de la gestation doit être refoulé dans la cavité abdominale par ce corps volumineux qui occupe tout le petit bassin et que je rencontre pour la première fois dans ma pratique.

Le toucher ne fut aucunement douloureux, et les parties explorées n'offrirent aucune augmentation de leur température.

Je pratique le cathétérisme; l'opération immédiatement suivie d'un soulagement béni, débarrassa la vessie d'une quantité d'urine légèrement purulente: il y avait cystite, impossible d'en douter; aussi je ne manquai pas d'attribuer à l'état pathologique de cet organe les douleurs qu'avait causées l'application de ma main sur l'abdomen pour assujettir la matrice lors de mes tentatives d'en atteindre le col pendant mon examen.

Et je me retirai en adoptant les palliatifs comme base de mon traitement.

Ceci se passait, comme vous vous le rappelez, le onze septembre; le quinze, dans la nuit, j'étais de nouveau auprès de la malade avec mon embarras et en présence du même cortège de plaintes; pas d'a-

LORTANAL

**HÉMORROÏDES — FISTULES — FISSURES
PRURIT ANAL — PROSTATITES**

FORMULES:

POMMADE

Scuroforme	1 gr. 70
Extr. Marron d'Inde	13 gr.
Extr. Hamamélis	2 gr. 50
Extr. Belladone	1 gr. 25
Oxyde de Zinc	10 gr.
Acide salicylique	0 gr. 16
Excipient Q.S. pour 100 grammes.	
Tube de 30 grammes	

SUPPOSITOIRES

Scuroforme	0 gr. 05
Belladone	0 gr. 02
Hamamélis	0 gr. 15
Marron d'Inde	0 gr. 05
Ephédrine	0 gr. 00025
Excip. q. s. p. 1 supp.	3 gr.

Boîte de 10 suppositoires.

MODES D'EMPLOI:

POMMADE: Insérer la canule profondément dans le rectum pour bien appliquer la pommade sur toutes les parties tuméfiées. Répéter matin et soir et après les selles.

SUPPOSITOIRES: Un suppositoire le soir au coucher.

SULFOCHOL

CHOLAGOGUE PHYSIOLOGIQUE SOUFRÉ

FORMULE:

Soufre colloïdal	2 gr.
Extr. hépato-biliaire	10 gr.
Extr. pancréatique	2 gr.
Entérokinase	2 gr.
Urotropine	5 gr.
Aloïne	0 gr. 60
pour 100 dragées glutinisées	

INDICATIONS:

Foie pathologique — Insuffisance hépatique — Lithiase biliaire
Auto-intoxication — Dermatoses — Constipation.

Le **SULFOCHOL** est indiqué dans toutes les insuffisances du foie et de l'appareil digestif; il donne les meilleurs résultats dans les troubles du foie proprement dits et de la vésicule biliaire.

DOSES: ADULTES: 2 dragées à la fin des 2 principaux repas.
ENFANTS: Demi-dose. — *Avaler sans croquer.*
Flacons de 60 et 500 dragées.

LABORATOIRES L. LAURIN, 86, boulevard de Port-Royal, PARIS - FRANCE
Fabricants et Concessionnaires au Canada
ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne - MONTRÉAL

mélioration, comme bien vous pensez, dans la situation de notre patient. Cathétérisme répété et suivi d'un peu de repos; urine purulente. L'examen « per vaginam » et « per anum » fait simultanément me persuada que mes deux doigts comprimaient une tumeur considérable développée dans la cloison recto-vaginale; cette tumeur offrant la sensation d'un corps dur pendant les efforts involontaires d'expulsion devenait compressible en temps de repos et offrait la fluctuation d'un vaste abcès très avancé, avec la différence cependant qu'il n'y avait pas de dérangement dans la température des parties examinées. Le vagin et le rectum n'étaient nullement adhérents au corps étranger que je sentais entre mes deux doigts et que je ne pus circonscrire, tant il s'élevait au-dessus du point qu'il m'était permis d'atteindre. Ce double examen fut fait sans causer la moindre douleur, ce qui m'étonnait beaucoup et me donnait à penser que ce que je palpais n'était pas un produit de l'élément phlogistique; car la suppuration, d'après nos principes généraux en pathologie n'arrive pas sans avoir été précédée de chaleur, de rougeur, de tensions plus ou moins vives dans la tumeur, et de douleurs plus ou moins perçues par la malade. Je ne fus pas plus heureux que la première fois dans mes tentatives pour découvrir le col utérin; mais je fus à même de constater que le rectum demandait à être débarrassé, le plus tôt possible, de son contenu.

N'étant pas encore en possession d'éléments suffisants de diagnostic, ma théorie s'embrouilla; et le traitement devenant impraticable me mettait face à face avec un pronostic fatal. En effet, la constitution de ma patiente profondément ébranlée, chancelait sous l'épuisement qui allait grand train. Je voyais avec jalousie la mort impitoyable guetter sa victime avec impatience.

J'aurais été heureux de recevoir l'appui d'une consultation; mais le conseil de famille ne goûta pas cette proposition, préférant tout laisser *entre les mains de la Providence!*

Palliatifs continués avec stimulants.

De nouveau rendu à ma demeure et entièrement livré à mon embarras et absorbé par de sombres pensées, j'eus le temps de réfléchir, car je fus une semaine sans voir la malade, aussi en profitai-je pour comparer et analyser mes observations.

Privé dans mon isolement de tout rapport (presque) avec des confrères, je demandai secours aux quelques auteurs respectables et respectés que renferme ma petite bibliothèque. Peut-être qu'avec leur aide bienveillante et désintéressée, je pourrai lire une page dans le livre vivant de la nature chez la famille Séguin. Si je pouvais donc saisir ce fameux fil d'Ariadne pour sortir du labyrinthe dans lequel je me trouve perdu!

Plein de ce consolant espoir je poursuivis avec une fiévreuse curiosité l'inventaire de toutes les tumeurs

qui peuvent se développer dans les régions abdominale et pelvienne.

Il va sans dire que je portai mon attention d'une manière toute particulière aux états pathologiques offrant le plus grand nombre de points de contact avec celui de la femme Séguin.

Je vous ai déjà laissé entrevoir que je ne croyais pas avoir affaire à un abcès; mais il est très possible d'avoir à y reconnaître un abcès chronique, indolent, communément appelé un *abcès froid*, et dont l'origine pourrait m'échapper par l'insuffisance des renseignements donnés par la malade; dans tous les cas la fluctuation très grande qu'il y a ébranle quelque peu ma foi; je crois me surprendre dans l'embarras du doute. Et Nysten dit que le diagnostic en est souvent obscur.

Je me sens plus à l'aise en étudiant le *thrombus* ou cette tumeur sanguine qui peut naître dans le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale; en effet il arrive assez souvent, à ce qu'il paraît, que cette tumeur devienne molle et fluctuante quand ce tissu cellulaire est déchiré et qu'il y existe un foyer. A cet état de développement les symptômes peuvent en imposer; mais il paraît que l'apparition brusque et le développement rapide de cette maladie, les douleurs violentes qui l'accompagnent suffisent toujours pour la faire reconnaître.

D'ailleurs une tumeur liquide, qu'elle renferme du sang ou du sérum, disparaît par certains changements de position, circonstance qui tranche le diagnostic suivant quelques auteurs.

Parmi les autres tumeurs qui peuvent se développer dans le tissu cellulaire du petit bassin, il est à noter des masses graisseuses, fibreuses et des tumeurs enkystées. Ces productions étrangères se trouvent habituellement logées dans l'espace recto-vaginal et peuvent aisément compromettre un diagnostic quand elles ont acquis un développement considérable.

Nouvelles causes d'hésitation pour moi.

Quoique je me sentisse fort peu disposé à reconnaître l'utérus comme cause unique des douleurs atroces qu'éprouvait la femme Séguin, je ne pus cependant me défendre de la tentation de comparer mes observations avec celles que nous offre l'histoire de certains déplacements de cet organe important.

« La mobilité que conserve la matrice, dit Cazeaux, au milieu du bassin dans les premiers mois de la grossesse, malgré son augmentation de volume, l'expose à un autre genre de déplacement (le prolapsus), mais dont les suites sont beaucoup plus fâcheuses. Dans quelques cas la matrice paraît éprouver un mouvement de bascule, par suite duquel son grand axe vertical se trouve couché plus ou moins horizontalement dans le bassin, de manière que son fond reste un peu plus élevé, mais quelquefois descende beaucoup plus élevé que son col.



V

Présentation: En boîtes de 100 capsules.
50 Vitamines (vertes).
50 Minérales (blanches).

DOSE: Deux capsules par jour — une verte et une blanche — est la dose moyenne pour adultes ou pour enfants. Pour effet plus rapide deux capsules de chaque peuvent être données aux adultes.

I-MI CAPS

Vitamines Minérales Capsules

LITTÉRATURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

ANGLO-FRENCH DRUG CIE, - MONTREAL

Cet auteur, d'accord avec Chelius qui l'avait écrit avant lui, enseigne que la *réversion* est plus fréquente et beaucoup plus fâcheuse que l'*antéversion*. »

... Enfin je passe à un autre état pathologique. Tout le monde sait que l'ovaire peut devenir le siège d'une foule d'affections capables d'augmenter singulièrement son volume. Il arrive quelquefois que l'ovaire malade est resté dans la cavité abdominale au-dessus du détroit supérieur; il arrive aussi très souvent et presque toujours d'après ceux qui ont traité ce sujet, que ce corps affecté a été déplacé et est tombé dans l'excavation pelvienne, dans le cul-de-sac que forme le péritoine en se réfléchissant de la face postérieure du vagin sur la face antérieure du rectum. Des adhérences survenues entre l'ovaire et les tissus avoisinants rendent compte de sa présence dans le petit bassin.

... Après avoir reçu dans le calme de la méditation les conseils éclairés de ces différents auteurs de renom, je me crus plus à l'aise et presque prêt à baser mon diagnostic: j'avais hâte de revoir ma patiente. C'est ce qui ne tarda pas d'arriver. Je la vis les 22, 24, 25, 26 et 27 du même mois, et passai plusieurs heures auprès d'elle, à chaque fois.

Qu'il est pénible, qu'il est accablant de voir souffrir une malheureuse quand on est convaincu de l'inefficacité des secours de notre art!

Le vingt-deux, l'urine s'échappait de la vessie par regorgement *guttatim*; cela se conçoit. La femme était beaucoup changée; des vomissements répétés ajoutés à l'acuité et la continuité des douleurs l'avaient toute bouleversée et rendue méconnaissable. Le cathétérisme pratiqué tous les jours donna issue à une quantité d'urine épaissie par du pus, au point de boucher les yeux de l'instrument. Le doigt introduit derrière la symphise du pubis remplaçait à la fin la fonction de la sonde; au moyen de la compression sur la face antérieure de la tumeur et avec l'aide énergique des efforts involontaires d'expulsion qui allaient jusqu'à pousser cette tumeur sur le périnée, un pus épais et repoussant s'échappait de la vessie à chaque fois et coulait en nappe sur le dos de la main. Les matières fécales logées en haut de la tumeur défiaient, comme toujours, l'action de la canule d'une seringue.

J'avais toujours espéré pouvoir établir mon diagnostic, pour ma propre satisfaction; et l'espérance, malgré ses infidélités, ne m'en avait jamais imposé quant au pronostic; je m'attendais à une terminaison fatale. La mort vint en effet mettre un terme aux angoisses de cette malheureuse, me laissant encore avec le doute planant au-dessus de la conclusion que je devais tirer de l'ensemble de mes observations.

J'eus la bonne fortune d'obtenir l'ouverture du corps.

L'autopsie faite en présence du mari, de Jos. Tassé, instituteur du village, et de David Decœur, un des voisins, offrit ce qui suit:

En faisant l'incision des parois abdominales, il s'échappa une quantité notable de sérum; en écartant les lambeaux je découvris un épanchement considérable de sérum trouble, lactescent, remplissant toute la cavité que je souhaitais tant examiner.

Pas d'utérus!!! pas plus que dans l'antra d'Hyghmore! Mes maxillaires s'éloignèrent l'un de l'autre, et mes yeux se fixèrent sur le produit de l'inflammation dans cette cavité. Infection uniforme et générale du péritoine; adhérences des anses intestinales, adhérence de l'épiploon avec celles-ci, le tout formant une masse facile à diviser, car les adhérences cédaient librement à la plus légère traction. La vessie était envahie par la suppuration dans toute son étendue.

Convaincu que cette femme avait encore son organe de gestation, j'allai à la recherche de ce viscère dans le petit bassin — et je l'y trouvai bien blotti, mais *culbuté*! Je dis *culbuté*; le mot n'est pas scientifique, j'en conviens, mais il se présente avec empressement sous ma plume — je l'accepte de préférence aux mots renversé, rétroversé, lesquels, à mon sens, nous représentent un corps plus ou moins rapproché seulement de la ligne horizontale; je trouve qu'ils sont impuissants à nous donner une idée exacte du déplacement extraordinaire de l'organe ainsi surpris — car dans le cas qui nous occupe, le col occupait la place du fond et celui-ci reposait sur le plancher du petit bassin. Bien plus, je trouve qu'il y avait chute ou prolapsus, si vous le voulez, de la matrice, ainsi culbutée, dans l'espace recto-vaginal, le grand axe de ce viscère correspondant avec celui du canal pelvien.

Je retirai l'organe égaré sans trop de difficulté, malgré une vive opposition de sa part; un bruit quelque peu ressemblant à celui de ûf-fûl-flôûc- (pendant l'inspiration) précéda ou mieux annonça sa sortie du nid qu'il s'était clandestinement fait.

Contenant un foetus de quatre mois passés, l'utérus extrait ressemblait beaucoup à un gros melon, quant à la forme, bien entendu. Il n'y avait pas d'adhérence anormale pour s'opposer à sa sortie. Comme à son état normal dans la cavité abdominale l'utérus était recouvert par le péritoine sur ses faces antérieure et postérieure, de manière que la face postérieure du vagin et la face postérieure de la matrice (se trouvant antérieure) étaient recouvertes d'une même séreuse; de même pour la face antérieure du rectum et de la face antérieure de l'utérus (devenue postérieure). Ainsi, le péritoine en plongeant dans l'excavation pelvienne en suivant la concavité du sacrum, tapissait le fond de cette excavation pour remonter derrière le vagin jusqu'à l'insertion, à peu près, de celui-ci sur

ANALGÉSIQUE →

FÉBRIFUGE →

SÉDATIF →



● Les médecins qui exigent surtout l'efficacité savent qu'ils peuvent se fier entièrement aux préparations E.B.S. Et l'efficacité thérapeutique des préparations Shuttleworth marche de pair avec les progrès de la médecine.

Deux concentrations

1/4
GRAIN
Phos. de
Codéine

1/2
GRAIN
Phos. de
Codéine

Étant analgésique, fébrifuge et sédatif, le Codophen E.B.S. offre un soulagement symptomatique dans les cas de douleurs rhumatismales musculaires, névrites, névralgies, migraines et autres maux de ce genre, y compris certaines douleurs post-opératoires. Son utilité pour le médecin est accrue grâce à son adaptabilité... il se fait en deux concentrations qui se distinguent parfaitement l'une de l'autre par leur couleur différente. De plus, pour les patients qui avalent difficilement les comprimés, ceux-ci sont agréablement parfumés à l'orange. Voici la description des deux concentrations.

C. T. No 260 CODOPHEN, E.B.S.

Avec $\frac{1}{4}$ de grain de codéine. Indiqué dans les cas où il faut un médicament analgésique et sédatif doux. Les comprimés sont de teinte orange pâle et chacun contient:

<i>Ebsal E.B.S. (Acide Acétylsalicylique)</i>	3 grs
<i>Phénacétine</i>	2 grs
<i>Citrate de caféine</i>	$\frac{1}{4}$ gr.
<i>Phosphate de codéine</i>	$\frac{1}{4}$ gr.

En flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés.

C. T. No 260A CODOPHEN STRONGER, E.B.S. (plus puissant).

Avec $\frac{1}{2}$ grain de codéine. Indiqué dans les cas où il faut un médicament analgésique et sédatif plus puissant. Les comprimés sont de teinte orange foncé et chacun contient:

<i>Ebsal E.B.S. (Acide Acétylsalicylique)</i>	3 grs
<i>Phénacétine</i>	2 grs
<i>Citrate de caféine</i>	$\frac{1}{4}$ gr.
<i>Phosphate de codéine</i>	$\frac{1}{2}$ gr.

En flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés.



C. T. No 248 CODASAL, E.B.S.

Ce comprimé simplifié à base de codéine ne contient que deux ingrédients et se fait avec $\frac{1}{4}$ gr. ou $\frac{1}{2}$ gr. de phosphate de codéine. Tous les comprimés Codasal E.B.S. sont agréablement parfumés à la cannelle. Chaque comprimé Codasal No 248 contient:

Ebsal E.B.S. 5 grs
(Acide Acétylsalicylique)

Phosphate de codéine $\frac{1}{4}$ gr.
Les comprimés sont de teinte cannelle pâle, et présentés en flacons de 100, 500 et 1,000.

C. T. No 248A CODASAL, STRONGER, E.B.S. (plus puissant).

Chaque comprimé contient:
Ebsal E.B.S. 5 grs
(Acide Acétylsalicylique)

Phosphate de codéine $\frac{1}{2}$ gr.
Les comprimés sont de teinte cannelle foncé, et présentés en flacons de 100, 500 et 1,000.

EBS

POUR PLUS DE SÛRETÉ - Spécifiez les préparations E. B. S. sur vos ordonnances

THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LIMITED
TORONTO MANUFACTURING CHEMISTS CANADA

le col utérin, et redescendre ensuite sur le corps de la matrice *culbutée*, puis remonter de nouveau sur le même corps pour aller rejoindre le fond de la vessie, puis les parois abdominales.

Pendant le cours de la maladie, j'avais dit et répété à la famille et aux amis que la femme Séguin se disait enceinte et qu'elle portait une énorme tumeur qui s'était développée aux *sources de la vie*. Jugez de mon embarras quand on me demanda à montrer l'utérus et son contenu... Heureusement que l'anatomie pathologique, dans la circonstance, vint à mon secours pour cacher mon erreur. Après avoir affirmé avec assurance que la femme n'était pas enceinte et qu'il importait peu d'examiner la matrice qui était cachée dans la masse intestinale, je leur présentai l'utérus intact à leur examen, en leur disant: Tenez; tout le monde sait que la matrice a une ouverture; eh bien! voyez, cette tumeur n'en a pas: c'est un sac rempli d'eau — et en disant cela, un coup de scalpel donné dans le fond du viscère fit échapper les

eaux de l'amnios; peu s'en fallut qu'un des pieds du foetus engagé dans l'ouverture ne trahit ma supercherie.

Il ne me reste plus, maintenant, Messieurs, qu'à vous dire que je n'ai point avancé une fausseté en affirmant que ma tumeur utérine était sans ouverture: les deux extrémités de ce corps se ressemblaient beaucoup; l'une développée plus que l'autre étaient toutes deux arrondies et recouvertes par la même séreuse. Le museau de Tanche habitant le détroit supérieur et regardant l'ombilic de la mère se trouvait « de facto », recouvert par la portion antérieure de la tunique vaginale et par cette portion du péritoine remontant de la face postérieure de la matrice culbutée (ci-devant antérieure) pour aller rejoindre le fond de la vessie. Par continuité et par contiguité de tissu l'inflammation avait poursuivi son œuvre dans cet endroit et rendu l'orifice utérin méconnaissable.

Dr L.-A. FORTIER.

Saint-Clet.



EMULSION

TOUT DÉSIGNÉ POUR L'USAGE QUOTIDIEN

dans les RHUMES

la SINUSITE

la RHINITE

Les avantages bien connus du "Neo-Synephrin Hydrochloride" l'ont rendu particulièrement précieux comme vaso-constricteur nasal.

"NEO-SYNEPHRIN HYDROCHLORIDE"

(laevo-alpha-hydroxy-beta-methyl-amino-3 hydroxy ethylbenzene hydrochloride)

diminue rapidement la tuméfaction des membranes muqueuses... procure un soulagement prolongé... est moins toxique que l'éphédrine à dose thérapeutique... agit efficacement en applications répétées... non irritant.

Solution — ¼ % en solution saline pour le compte-gouttes et le vaporisateur (en flacons d'une once avec compte-gouttes)

1 % en solution saline dans les cas rebelles (en flacons d'une once avec compte-gouttes)

Émulsion — ¼ % (en flacons d'une once avec compte-gouttes)

Gelée — ½ % (en tube avec "applicateur" nasal.)

Échantillons et littérature aux médecins sur demande.

FREDERICK STEARNS & COMPANY OF CANADA, LTD.

Fabricants de Kasagra

Windsor

Ontario

LA VISITE *que vous n'avez pas faite*

3 H. DU MATIN. Vous veniez de vous endormir après une journée de travail fatigant. Le téléphone vous réveilla. C'était, la femme d'un de vos patients qui, toute surexcitée, vous demandait de venir immédiatement. Son mari avait des douleurs terribles dans l'estomac. Vous vous êtes creusé la cervelle, avez demandé quelques questions. Vous connaissiez votre patient. « Donnez-lui une cuillerée à thé de la poudre que je lui ai ordonnée la semaine dernière. Répétez la dose dans une heure, si c'est nécessaire. » Et, en toute confiance, vous avez essayé de vous rattraper sur votre sommeil. Vous saviez que Cal-Bis-Ma soulagerait le patient et vous permettrait de vous reposer un peu.

Vous vous épargnez peut-être bien des visites la nuit si vous ordonnez Cal-Bis-Ma pour les cas d'urgence aussi bien que pour usage ordinaire, lorsque la douleur nocturne causée par l'hyperacidité gastrique survient subitement. On peut compter sur Cal-Bis-Ma pour neutraliser promptement l'excès d'acidité, et aussi sur son effet prolongé. Il absorbe les gaz qui se produisent par suite de la réaction entre les substances acides et les substances alcalines; il ne provoque pas la réapparition secondaire de l'acide. Et Cal-Bis-Ma est très facile à prendre, parce qu'il a un goût agréable. Demandez-en un échantillon d'essai sur votre papier à en-tête.

CAL-BIS-MA



WILLIAM R. WARNER & Co. Ltd., 727 King St. W., Toronto

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. «Année Méd. — psychol.», 94: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

Herman L. KRETSCHMER et Ralph C. BROWN. — **Les alcalins employés dans le traitement de l'ulcère peptique causent-ils des calculs rénaux?** (Etude portant sur 1,940 cas.) "J. A. M. A.", 113: 16 (14 octobre) 1939.

On peut penser que l'apparition d'un calcul urinaire chez un patient traité pour un ulcère peptique par des alcalins soit due à l'emploi de ces alcalins. Les auteurs ont examiné les dossiers de 2,210 malades.

Après un court historique de la calculose urinaire, les A. rappellent que Randall a publié les résultats d'examen chimiques de calculs rénaux et urétéraux et que dans 54% des cas il s'agissait de calculs composés de phosphate calcio-magnésien pur. Ils rappellent les différentes théories sur l'origine de la lithiase. Il est prouvé expérimentalement que la déficience en vitamine «A» favorise la formation de calculs urinaires et depuis que les enfants suivent une diète bien faite la calculose vésicale de l'enfance n'existe plus. Depuis 10 ans, on a attribué à des troubles de la parathyroïde la formation des calculs; mais plusieurs auteurs sur 1,206 cas de lithiase urinaire, n'ont pu attribuer cet accident à l'hyperfonctionnement des parathyroïdes que dans moins de 0.2%. Dans ces cas, suivant Albright et Bloomberg, les calculs seraient dus à un excès de cristalloïdes dans les urines. Un trouble dans la balance colloïde-cristalloïde a été proposé depuis plusieurs années comme cause de la lithiase, mais on sait que bien des individus ont un excès de cristalloïdes dans leurs urines et que jamais ils ne développent de calculs; la théorie de la stase dans le système urinaire a été proposée depuis longtemps, mais très souvent dans la lithiase urinaire la stase est absente. Dans un grand nombre de cas l'infection joue un grand rôle. Enfin les récents travaux de Randall ont montré que la formation des calculs étaient sous la dépendance d'une lésion rénale préexistante et que le dépôt de calcium était un moyen de réparation d'une lésion tubulaire.

Les auteurs rappellent l'origine du traitement des ulcères gastro-duodénaux par les alcalins et certaines notions sur le traitement de ces ulcères. Chez les ulcéreux traités au «Presbyterian Hospital», on a employé le bicarbonate de sodium et le carbonate de calcium et depuis 10 ans le phosphate tribasique de calcium et de magnésium. La dose journalière de phosphate tribasique employée a varié de 25 à 30 grammes pour une période de 2 à 6 mois. On a surveillé l'équilibre acido-basique de même que l'apport suffisant en vitamines. Les auteurs ont reçu 680 réponses à un questionnaire envoyé à 950 malades traités de 1914 à 1937 au «Presbyterian Hospital» pour ulcère gastro-duodéal, par des alcalins.

21 de ces patients avaient présenté des symptômes de calculose avant tout traitement par les alcalins pour ulcère et 33 seulement ont présenté des signes de lithiase urinaire après le traitement de leur ulcère. Donc dans 3.1% des cas, la lithiase est apparue avant tout traitement par les alcalins et dans 4.9% elle est apparue après le traitement. Dans plusieurs de ces derniers cas, les symptômes de calcul urinaire sont apparus 10 ou 20 ans après la fin du traitement de l'ulcère.

Ils ont étudié 1,260 cas de lithiase urinaire; et ils n'ont relevé que 26 cas soit 2.06% avec une histoire d'ulcère. Sur ce groupe 15 ont été traités par les alcalins, 11 ont subi une intervention chirurgicale et les 4 autres n'ont eu aucun traitement pour leur ulcère. Sur ces 1,260 cas de lithiase urinaire, 15 cas soit 1.2% ont été traités pour ulcère gastro-duodéal par des alcalins.











Arthur BEDARD.

J. Ernest AYRE. — **Le traitement de choix dans la prévention des embolies pulmonaires.** "The Canadian Medical Association Journal", 45: 243 (septembre) 1941.


L'embolie pulmonaire est un accident trop fréquent. De nos jours on peut employer des moyens efficaces à sa prévention avant que ne se développe la thrombose. La stase est certes l'un des facteurs étiologiques les plus admis; il y a aussi le traumatisme chirurgical et les variations de la crase sanguine (anémie, hyperglycémie, déshydratation, les maladies du cœur).

L'auteur et nombre d'autres sont d'avis que la thrombo-phlébite avec ses embolies est plus fréquente que diagnostiquée. On donne à plusieurs de ces accidents le nom facile de défaillance cardiaque. Plus de 50 pour cent des embolies fatales sont secondaires à

R ^{*} Microcaps Squibb de Facteurs du Complexe B

MICROCAPS SQUIBB Pantothénate de Calcium  10 mg.	MICROCAPS SQUIBB Pyridoxine  1 mg.  10 mg.	MICROCAPS SQUIBB Chlorhydrate de Thiamine  1 mg.  3 mg.  5 mg.  10 mg.	MICROCAPS SQUIBB Riboflavine  1 mg.  5 mg.	MICROCAPS SQUIBB Nicotinamide  50 mg.
--	--	--	--	--

ET MAINTENANT - UN NOUVEAU MICROCAP QUE VOUS ATTENDEZ

MICROCAPS

SYNTHEPLEX-B^{*}

Les cinq facteurs synthétiques du Complexe B — à doses thérapeutiques — en une seule petite capsule facile à avaler.

Chaque Microcap Synthéplex-B contient 1 mg. de Chlorhydrate de Thiamine, 1 mg. de Riboflavine, 0.5 mg. de Pyridoxine, 0.5 mg. de Pantothénate de Calcium, et 10 mg. d'Acide Nicotinique.

N.B.: 1 mg. = 1000 microgrammes = 1000 gammas.

Lorsque vous prescrivez des produits à base de Complexe B, spécifiez SQUIBB.

Pour des notices sur le traitement par le Complexe B, s'adresser à:
 36, Caledonia Road, Toronto, Ontario.

* Microcaps et Synthéplex-B sont des marques déposées.

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.
 Fabricants de produits chimiques pour le corps médical depuis 1858.

des interventions sur le bassin, particulièrement en gynécologie.

On est allé jusqu'à faire des expériences pour connaître la vitesse du sang chez le même sujet, debout, couché, puis opéré. On injecte une substance colorante dans la saphène. Le trajet prend 5 à 30 secondes s'il n'est pas tenu au lit, tandis qu'au lit il prend 1 à 2 minutes. Après l'opération, on constate qu'il faut 3½ à 4 minutes. C'est entre le premier et le cinquième jour après l'opération que les changements dans la vitesse du sang sont plus marqués, ce qui est, en conséquence, la période la plus critique. C'est pourquoi, ces thromboses, ces embolies surviennent rarement à la suite de graves septicémies ou de l'hyperthyroïdie parce qu'alors la circulation du sang est très rapide. Les diabétiques sont des candidats à l'embolie. Après l'opération, on se doit de surveiller l'hyperglycémie. Les obèses sont aussi guettés parce que leur métabolisme basal est bas. Les anémiques peuvent alors bénéficier de la transfusion et des produits hématopoïétiques. La déshydratation favorise le pouvoir agglutinant du sang; il s'agit aussi de donner aux opérés des infusions salées. Les varices favorisent les stases localisées de sang: un élastoplast appliqué sur les veines dilatées empêche cette stagnation. Il est indiqué aussi de pratiquer des mouvements légers, statiques, des exercices aux membres soit après les opérations, soit après les accouchements; tous ces moyens sont mis à notre disposition pour prévenir des morts par embolie.

Paul-René ARCHAMBAULT.

A. J. PATEK, Jr. et J. POST. — **Traitement de la cirrhose du foie par le complexe de la vitamine B.** "Journal Clin. Invest." 20: 481 (septembre) 1941.

Il semblerait y avoir une relation entre l'apparition des déficiences nutritives vitaminiques et la cirrhose du foie. La cirrhose de même que le béri-béri et la pellagre, sont souvent associées à l'alcoolisme chronique. La déficience de certains facteurs alimentaires contenus dans la levure serait responsable de certaine dégénérescence graisseuse du foie avec atteinte fonctionnelle secondaire. Les études faites par ces auteurs indiquent une protection contre les hépatotoxines par l'alimentation riche en levure ou riche en protéine.

Cinquante-quatre cas souffrant de cirrhose furent traités par une diète riche en protéine et en levure et par des injections intramusculaires d'extrait hépatique concentré. L'évolution clinique de ces malades a semblé beaucoup plus favorable que celle remarquée chez 386 autres cas de cirrhose n'ayant pas subi ce traitement.

Les auteurs suggèrent l'hypothèse suivante: la déficience de certains facteurs alimentaires conduisant au développement de la cirrhose, ou encore le fait que le foie étant en état de malnutrition devienne plus vulnérable à certaines toxines dont il disposerait dans les conditions normales.

Yves CHAPUT.

PHTISIOLOGIE

Ralph ADAMS et Paul DUFAULT. — **La chirurgie en tuberculose pulmonaire.** "The Journal of Thoracic Surgery", 11: 43 (oct.) 1941.

Les auteurs étudient un groupe de 241 cas de thoracoplasties pratiquées de 1927 à 1939. Ces cas ont été choisis entre 4,388 admissions consécutives au Sanatorium d'Etat à Rutland, Mass. De ces admissions, il y en a eu 491, classifiées à la première période; 1,568, à la seconde et 2,075, à la troisième période. Des cas admis à la thoracoplastie, 4 étaient de la première période; 111 de la seconde et 126 de la troisième.

On a fait la sélection au cours de réunions conjointes de médecins et de chirurgiens où chaque cas a été étudié à tous points de vue. Comme ailleurs, on a considéré les cas de choix suivant la norme établie, mais on a aussi étendu l'indication à des cas moins favorables. En général on a tenté le pneumo artificiel avant l'intervention.

Les auteurs ont ainsi trouvé 209 lésions cavitaires; 11 tuberculoses pulmonaires avec empyèmes tuberculeux, 11 tuberculoses pulmonaires et empyèmes mixtes, 7 tuberculoses fibreuses sans cavité apparente et 3 tuberculoses endobronchiques.

L'anesthésique préféré a été l'éther combiné au protoxyde d'azote et à l'oxygène au besoin. Souvent une sonde intratrachéale est employée où il y a beaucoup de sécrétions. L'après-midi semble le meilleur moment pour opérer à cause de l'évacuation bronchique du matin.

Les auteurs ont pratiqué des thoracoplasties totales jusqu'en 1934. Depuis ils emploient le procédé de Semle: décollement du dôme. Ils se félicitent de ce choix de technique: deux ans après la dernière intervention de ce groupe, ils rapportent que 65% des cas sont bien, 59.8% apparemment guéris. La mortalité totale a été de 15.7%.

Pour Adams et Dufault, l'empyème dû au pneumo artificiel se rencontre dans 12.4% des pneumos effectifs et 31% des pneumos non effectifs. Ils ont traité 22 de ces cas. Ils en ont guéri 12 ou 54.6%; 7 ou 31.8% sont décédés.

Ici, si les troubles persistent plus de six mois, il y a peu de chance de les faire disparaître, disent-ils.

BIS KAM OIL

Hyperchlorhydrie — Affections de l'estomac.

1 à 3 cuillerées de poudre délayées dans de l'eau froide.

HEMOSTYL du Dr Roussel

Anémies. Convalescence. Allaitement.

1 à 2 ampoules dans $\frac{1}{4}$ de verre d'eau par jour ou
1 cuillère à soupe de sirop avant les repas.

TAXOL

Rééducateur physiologique de l'intestin.

2 à 4 comprimés avant le repas du soir. (Dose moy.,
2 comprimés.)

NEURINASE

Sédatif et hypnotique sans accoutumance.

1 à 2 tablettes au coucher.

ALEPSAL

Epilepsie. Convulsions (Non dépressif).

Comprimés dosés à 0 Gr. 015 et à 0 Gr. 10.

INOTYOL

Affections de la peau. Démangeaisons. Brûlures.

Applications journalières.

PLURIGLANDINE

Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

VEINATONE

Affections veineuses.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

ARTICHOBYL

Maladies du foie. (Action très douce.)

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

J. EDDE Limitée

Edifice New Birks,

MONTRÉAL

Avant 1934, les auteurs obtenaient par l'intervention chirurgicale 37% de négativation des sécrétions bronchiques. Aujourd'hui, ou plutôt en 1939, ils en obtenaient 54%. Autrefois la mortalité atteignait 40%; depuis 1934 elle s'est réduite à 16%.

L'apicolyse donne évidemment un peu plus de complications: anoxémie, pneumonie, atélectasie, etc. Par ailleurs, le virage de l'expectoration est plus rapide.

Les auteurs ne considèrent comme traitements classiques que le pneumo intrapleurale et la thoracoplastie. Toutes les autres interventions ne sont que des indications d'exception, même la phrénicectomie. Depuis l'ère de la collapsothérapie bien faite, l'indice de négativité s'est élevé graduellement de 27% en 1927 à 54% en 1939 et à 81% en 1940.

J.-P. PAQUETTE.

GASTRO-ENTEROLOGIE

G. C. ROBINSON. — **Les désordres de la personnalité, causes de troubles digestifs.** "Bull. Johns Hopkins Hosp.," 68: 203 (mars) 1941.

L'A. a étudié 50 malades à la clinique de gastro-entérologie de l'hôpital John Hopkins dans le but de rechercher le pourquoi de certains problèmes sociaux et de troubles émotifs, causes de troubles digestifs. 38 malades de la série présentaient des troubles de la personnalité dont les symptômes prédominants se montraient digestifs. Dans la plupart de ces cas, on n'a pas trouvé de lésions organiques. On traita ces malades par de la psychothérapie simple et 23 de ces malades s'en sont trouvés très améliorés. Ces malades avaient conscience de leurs problèmes moraux et connaissaient les relations qui les rattachaient à leurs troubles digestifs. Ils présentaient des névroses par ambiance déficiente et finissaient par obtenir une introspection suffisante pour pouvoir se guider et s'encourager par eux-mêmes, après un certain nombre d'entrevues. Cette réadaptation fit disparaître les troubles digestifs. Cette disparition des troubles digestifs de façon permanente servit de criterium pour étiqueter le résultat de « favorable ». On a obtenu des résultats favorables, chez ces malades accusant des réactions émotives, excessives ou des crises d'anxiété ou des crises hypochondriaques. Les malades étiquetés nerveux, hystériques ou déprimés montrèrent peu d'amélioration. Ce problème posé, la question de savoir vers qui ces malades doivent être dirigés: aux gastro-entérologues, aux médecins généraux ou aux psychiatres. Les psychiatres disent que la plupart des malades souffrant de dépression simple, d'anxiété ou d'hypochondrie peuvent être traités avec succès par

le gastro-entérologue, ou le médecin de famille. La psychothérapie doit être pratiquée davantage aux dispensaires.

Jean LeSAGE.

C. J. YUILE et W. B. HAWKINS. — **Les azotémies élevées dues à l'ingestion du sang à la suite des hémorragies gastro-duodénales.** "Am. Jr. M. Sc.," 201: 162 (février) 1941.

Plusieurs observations cliniques ont déjà exclu le shock, la déshydratation et la dénutrition comme cause possible d'azotémies élevées dans les hémorragies gastro-duodénales. Les études sur la perméabilité rénale dans les cas non compliqués, n'ont pu démontrer aucune atteinte fonctionnelle des reins.

L'introduction de sang citraté dans l'estomac, le jéjunum et l'iléon de l'homme prouve que la présence de sang dans les premiers segments du tube digestif amène une azotémie élevée. Les recherches de ces auteurs se sont appliquées à observer l'élévation de l'azotémie sanguine chez des chiens normaux après leur avoir fait ingérer, en plus de leur diète normale, des repas additionnels: soit du sang total, des globules rouges, du plasma, de la caséine ou de la viande maigre. Les résultats recueillis indiquent que l'élévation de l'azotémie sanguine se produit après l'ingestion de chacune des substances mentionnées, et que cette augmentation est en raison directe de la quantité de protides fournies aux animaux quel que soit le produit. Ceci indique que la globine de l'hémoglobine qui compte pour à peu près 70% de la protéine du sang total est complètement digérée.

On peut donc conclure que l'augmentation de l'urée sanguine à la suite d'hémorragies gastro-duodénales est dû avant tout aux protéines du sang digérées.

Jean LeSAGE.

P. SHIFFER et L. K. FERGUSON. — **Echec du traitement de la cœlite ulcéreuse par l'extrait de foie et la vitamine B₁.** "Am. Jour. Digest. Diseases," 8: 300 (août) 1941.

Depuis quelque temps déjà l'extrait hépatique a été utilisé comme traitement adjuvant de la cœlite ulcéreuse du type idiopathique. Récemment, dû à l'emploi réussi de la vitamine B₁ dans plusieurs types de diarrhée par insuffisance vitaminique, la combinaison d'extrait hépatique et de vitamine B₁ a été préconisée comme traitement de la cœlite ulcéreuse. Pour en éprouver l'efficacité, les auteurs ont traité douze patients représentant tous les stades de cette maladie avec une combinaison d'extrait hépatique et de vitamine B₁. De ces douze patients un seul bénéficia d'une amélioration qui aurait pu être due

LORSQU'ILS
SOUFFRENT D'UN

RHUME



Depuis 40 ans l'Aspirine est l'un des agents thérapeutiques le plus largement employé par le médecin — non seulement contre les rhumes, l'influenza ou la grippe, mais aussi contre la névralgie et les affections rhumatismales.

Antipyrétique énergique, l'Aspirine exerce une action analgésique beaucoup plus efficace que celle des salicylates. Le procédé spécial de Bayer pour la mise en comprimés de ce médicament et sa pureté ont pour effet sa désagrégation rapide dans l'estomac et l'absence presque complète d'acides salicylique et acétique libres.



Chaque comprimé d'Aspirine contient la dose complète du médicament.

Il nous fera plaisir de vous envoyer des échantillons d'Aspirine si vous nous en faites la demande.



ASPIRIN

Nom déposé au Canada.

THE BAYER COMPANY, LIMITED, 1019 Elliott Street West, Windsor, Ontario.

à ce traitement. Mais au cours d'une poussée sub-séquente le même malade soumis au même traitement n'obtint aucun résultat. Et les auteurs concluent en faisant remarquer que l'emploi de l'extrait hépatique en combinaison avec la vitamine B₁ n'apporte aucune contribution au traitement de cette maladie rebelle, et n'est par conséquent d'aucune utilité aux malades.

Yves CHAPUT.

ENDOCRINOLOGIE

Enrique CANTILLO. — **Heureux résultats obtenus dans le traitement du diabète sucré de la ménopause, par action antagoniste des hormones sexuelles sur le lobe antérieur de l'hypophyse.** "Endocrinology", 28: 21 (janvier) 1941.

L'auteur, se basant sur les travaux de Houssay, qui a démontré l'existence de l'hormone diabétogène du lobe antérieur de l'hypophyse et sur le principe d'antagonisme qui existe entre les stimulines hypophysaires et les hormones sexuelles, a tenté d'inhiber la sécrétion de l'hormone diabétogène par l'administration de fortes doses d'hormones sexuelles.

Il a traité quarante femmes d'âge ménopausique ou post-ménopausique qui souffraient de diabète sucré. Les unes présentaient, non seulement du sucre d'une manière permanente, mais des corps cétoxydés dans les urines. Il a employé la folliculine et la progestine. Les doses ont varié entre 50,000 et 100,000 unités internationales de folliculine, trois fois par semaine. La progestine a été employée à la dose de deux à dix unités, trois fois par semaine. Les résultats atteignent 100%. Ces patientes n'ont reçu ni diète spéciale, ni insuline.

Les résultats remarquables obtenus par ce traitement portent à élargir le champ d'action des hormones sexuelles. L'A. ne peut évidemment pas dire que la guérison est définitive.

Edouard SIMON.

Harry GUSMAN et Max A. GOLDZIEHER. — **Synergie des extraits pré-hypophysaires et des prolans.** "Endocrinology", 29: 931 (décembre) 1941.

Les expériences cliniques avec les prolans, dans le but de stimuler la fonction ovarienne et de corriger les troubles menstruels, n'ont pas donné les résultats qu'on avait d'abord espéré avoir avec ces produits. Depuis l'emploi de préparations plus puissantes, contenant 500 à 1000 U.I. par c.c., les résultats sont encore moins favorables que ceux qu'on avait obtenus avec les premières préparations. Cliniquement, on a obtenu de meilleurs résultats en employant conjointement les prolans et les extraits

entiers du lobe antérieur de l'hypophyse. La synergie de ces produits a été rapportée par Evans, Léonard, Fevold, Collip et leurs collaborateurs.

Les travaux de ces différents expérimentateurs ont montré que les bons effets obtenus en ajoutant des extraits pré-hypophysaires aux prolans, n'étaient pas dus au fait que les extraits pituitaires contenaient de l'hormone de croissance, ni au fait qu'ils contenaient des gonadotrophines A et B, car des extraits pré-pituitaires débarrassés de ces stimulines ont donné d'aussi bons résultats (combinés aux prolans) que les extraits entiers.

Ce qui a soulevé l'intérêt des auteurs pour ce problème a été le fait qu'ils ont obtenu de bons résultats cliniques en employant des extraits pré-hypophysaires entiers en combinaison avec de petites doses de prolans. Ces extraits contenaient de la thymo-stimuline, de la thyro-stimuline et l'hormone de la sécrétion lactée.

Trois groupes de souris en expérience ont prouvé ces résultats. Le premier groupe n'a reçu que des extraits entiers du L.A.H., le second groupe des prolans seuls et le troisième les deux ensemble. Le dernier groupe seul a montré des changements nets du côté des ovaires et de l'utérus. Il y eu formation de follicules et de corps jaunes et une augmentation de volume remarquable du corps de l'utérus.

Les auteurs ont répété les expériences de Collip, qui avait employé un extrait pré-hypophysaire débarrassé des gonadotrophines A et B. Collip appelle cet extrait: le principe métabolique spécifique. Ils ont obtenu des résultats à peu près identiques à ceux qu'ils avaient obtenus avec des extraits entiers.

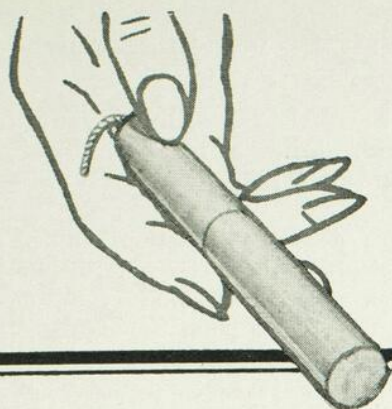
Ils discutent les résultats obtenus et tentent de les expliquer. Si l'on admet que les stimulines pré-hypophysaires ont une action stimulatrice sur les gonades et que les sécrétions ovariennes ont une action inhibitrice sur la sécrétion des gonadotrophines, ce point de vue semble trop limité; il serait logique d'admettre que les hormones ovariennes sont capables d'inhiber non seulement la sécrétion des gonado-stimulines mais aussi la sécrétion d'autres stimulines. Il serait pareillement logique d'admettre que la pré-hypophyse influence les ovaires, non seulement par ses gonado-stimulines mais aussi d'une façon générale. (At large.)

Edouard SIMON.

CHIRURGIE

○ IVANUSSEVICH et R. C. FERRARI. — **Cancer de l'oesophage. Opération de Thorek. Guérison.** "Surg. Gyn. and Obst.", 74: 47 (janvier) 1942.

Après 10 tentatives malheureuses, les A. sont parvenus à mettre au point, avec succès, la technique



Lorsque vous examinez
TAMPAX

veuillez remarquer...

troisième point: son contact parfait avec l'épithélium vaginal

Le tampon "Tampax" est fabriqué de fin coton chirurgical — celui qu'emploierait un chirurgien pour faire un pansement. Son contact avec la surface de couches molles et souples de l'épithélium vaginal — toujours protégée par l'humidité de son transudat et la sécrétion utérine — est doux et non irritant.

De plus, sa capacité d'absorption offre une marge de protection efficace exempte de bourrelets — la compression du tampon permettant son insertion facile et sa distension uniforme dans la cavité vaginale. En effet, "Tampax" est si confortable in situ, lorsqu'il est bien placé au sommet de la cavité vaginale, que sa présence ne se fait pas sentir.

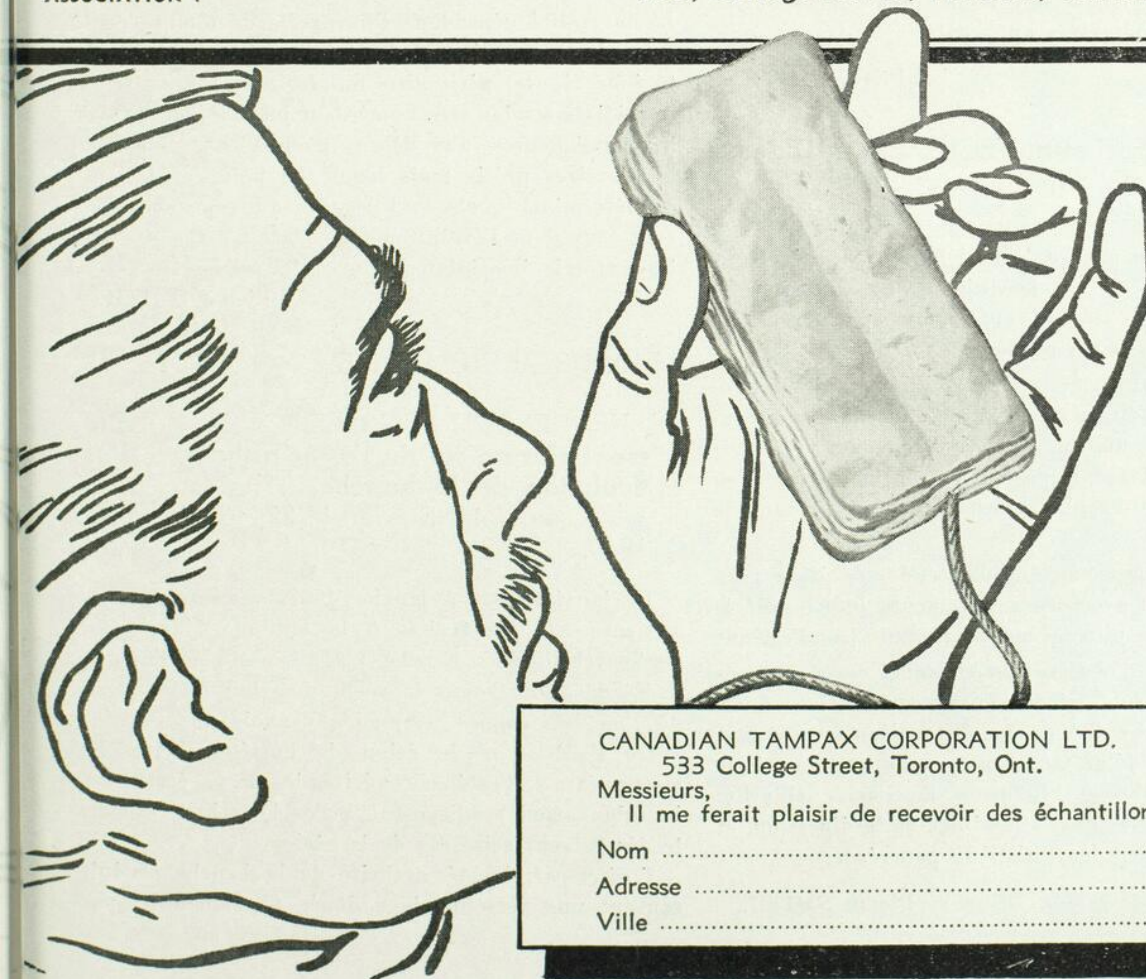
Imaginé par un médecin, le tampon "Tampax" est présenté en trois formats (super, régulier et junior) pour répondre à chaque besoin particulier. Les piqûres croisées empêchent sa désagrégation et son action capillaire empêche l'arrêt de l'écoulement.

Le confort, la commodité et la liberté qu'il offre à vos patientes vous fournissent la preuve de la supériorité hygiénique de cette méthode de protection interne menstruelle.

Avez-vous examiné "Tampax" récemment? Échantillons envoyés sur demande.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.
533, College Street, Toronto, Ontario.

BLICITÉ ACCEPTÉE PAR
LE JOURNAL OF THE
AMERICAN MEDICAL
ASSOCIATION".



Remarquez également -

1. Comment il est facile de s'en servir.
2. Sa distension uniforme s'adaptant à la cavité vaginale.
3. Son contact délicat avec l'épithélium vaginal.
4. Son action capillaire absorbant parfaitement l'écoulement.
5. La façon facile d'en disposer.
6. Son adaptation à tout besoin particulier.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.
533 College Street, Toronto, Ont.

Messieurs,
Il me ferait plaisir de recevoir des échantillons de Tampax.

Nom

Adresse

Ville

qu'ils exposent. La présente étude est basée sur l'exposé d'un cas.

Avant de subir l'opération de Thorek modifiée, le patient avait été auparavant œsophagostomisé, gastrostomisé, puis un pneumothorax avait été pratiqué.

Les A. lui administrèrent une rachi-anesthésie et 20 cgr. de métycaïne. Ils recommandent, en général, pour ce genre d'opération l'anesthésie rachidienne et le cyclopropane.

Les phases techniques de l'opération peuvent se définir ainsi: Incision tout le long et en regard de la septième côte en suivant l'espace inter-scapulo-vertébral; large résection costale; ouverture de la plèvre pariétale en suivant l'axe de l'incision thoracique; incision de la plèvre médiastinale, en face de l'aorte thoracique; mobilisation de l'œsophage et exploration de la tumeur; libération des adhérences et isolement de la tumeur du tissu cellulaire du médiastin; section et ligature de l'œsophage, invagination du tronçon inférieur derrière la suture en bourse faite au fond de l'estomac; dissection dans la région cervicale, au-dessus de l'isthme de la glande thyroïde et extériorisation de l'œsophage avec la tumeur par simple traction; excision de la tumeur. Un tunnel sous-cutané permet l'adaptation d'un tube en caoutchouc par où se fera le transit alimentaire.

Une radiographie prise 5 mois après l'opération ne décèle aucune métastase apparente.

Pierre SMITH.

Hans L. POPPER et H. NECHELES. — **Œdème du pancréas.** "Surg. Gyn. et Obst.", 74: 123 (janvier) 1942.

La cause et la nature de l'œdème du pancréas sont encore obscures. Il est produit par la diffusion du suc pancréatique dans le parenchyme pancréatique et dans les tissus périphériques.

On peut produire un œdème expérimental du pancréas assez étendu, par la ligature du canal pancréatique et la stimulation des sécrétions par la sécrétine, ou en activant le mécanisme de la sécrétion en introduisant de l'acide chlorhydrique dilué dans le duodénum.

Par contre, la même expérience de sécrétion pancréatique tentée avec des médicaments influençant le vague, comme la pilocarpine, ne produit pas d'œdème.

C'est un fait d'observation clinique, que les crises de pancréatite sont généralement consécutives à un repas copieux. Il suffit qu'une obstruction se produise, même pour un délai très court, pour que les sécrétions s'activent sous l'influence de l'acide chlorhydrique de l'estomac et des produits de la digestion, et que survienne un œdème aigu du pancréas.

Pierre SMITH.

Charles R. EDWARDS. — **Cholécystite aiguë avec perforation.** "Surg. Gyn. et Obst.", 74: 127 (janvier) 1942.

On distingue deux manifestations cliniques distinctes et typiques de la cholécystite aiguë: le cas d'une évolution progressive qui, tant au point de vue des symptômes qu'au point de vue pathologique est d'un processus lent, prend plusieurs jours avant l'atteinte péritonéale grave et requiert un traitement conservateur; la seconde, de caractère foudroyant, avec symptômes de courte durée, d'extrême gravité et, dès le début, complications de gangrène et de perforation.

Bien que dans le premier groupe, le processus inflammatoire soit plutôt lent, selon le degré d'occlusion de la vésicule, les abcès secondaires, l'ictère local ou généralisé, et d'autres complications n'en sont pas moins à craindre. L'A. recommande de fréquents examens abdominaux et l'administration de sérum glucosé par voie intraveineuse.

Le problème est tout différent pour les cas du second groupe. Un examen clinique attentif joint à l'observation de la température, des vomissements, de la défense musculaire, de la sensibilité exquise du péritoine à la pression, révèle dans 10.82% des cas de cholécystite aiguë, l'existence d'une perforation. La mortalité dépend de l'intervalle de temps écoulé entre la perforation et l'opération. Etant donnée la toxicité de la péritonite biliaire, une laparotomie immédiate semble être le meilleur moyen d'en enrayer les conséquences, aux dépens même des examens de laboratoires précis mais longs. Le point crucial est de déterminer quels sont les cas d'urgence et quels sont ceux dont l'évolution plus lente n'exige pas une laparotomie immédiate.

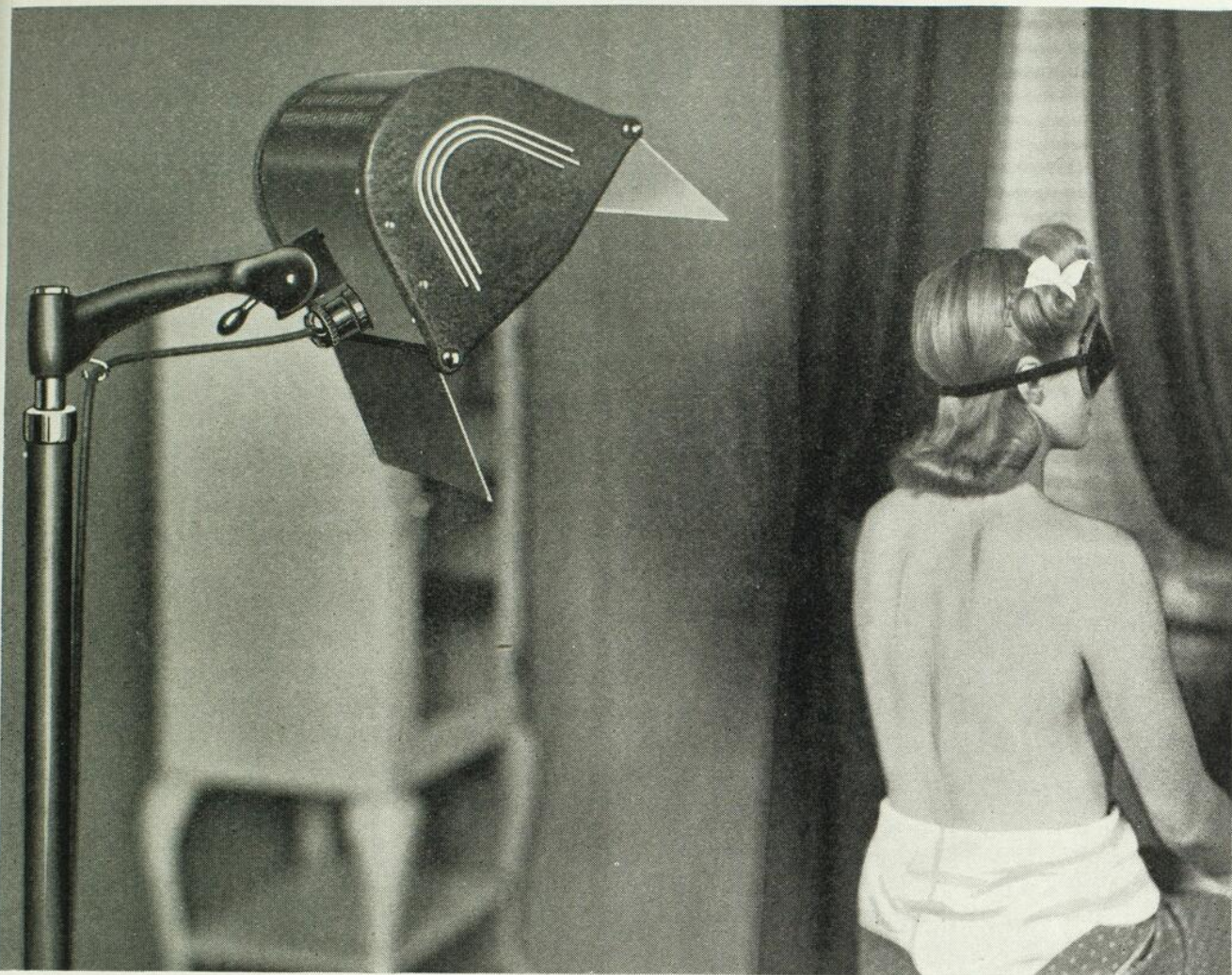
Pierre SMITH.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

M. HENDERSON et G. POLLOCK. — **Traitement chirurgical de l'ostéo-arthrite de l'articulation de la hanche.** "The Journal of Bone and Joint Surgery", 22: 923 (octobre) 1940.

De janvier 1926 à janvier 1937, soixante dix-sept patients ont été traités à la clinique Mayo pour ostéo-arthrite de la hanche. L'âge moyen chez l'homme a été de 52 ans pour le début des symptômes et de 45 chez les femmes. Il semble y avoir une relation entre l'obésité et le début de l'ostéo-arthrite. La « coxa vara », l'ostéo-chondrite, les corps étrangers, la subluxation prédisposent à l'ostéo-arthrite comme le démontrent seize cas de la série.

Traitement. L'ostéo-arthrite de la hanche conduit souvent une personne bien douée physiquement par



Les rayons bienfaisants du soleil toute l'année durant

La réelle valeur des rayons ultra-violet dans le traitement des affections survenant au cours de la vie humaine, et leur usage très répandu dans tous les climats, leur a créé une position solidement établie en médecine.

Les nombreux avantages cliniques et économiques des rayons ultra-violet dépendent, cependant, du générateur que vous employez. Pour plus d'efficacité thérapeutique, la lampe doit fournir des radiations intenses reconnues comme appartenant aux bandes les plus avantageuses du spectre. Et, pour vous assurer que cet appareil vaut réellement la peine d'une acquisition, voyez aussi à ce qu'il soit d'une grande sécurité d'opération et d'un prix raisonnable.

La lampe Quartz-Mercure G.-E. Modèle F possède ce générateur. Simple à opérer — commode, efficace, le modèle F, à bas prix, vous donnera entière satisfaction comme il l'a fait pour une multitude d'autres qui l'emploient. Renseignez-vous sur ce que l'acquisition de cette lampe moderne G.-E. signifierait pour vous et vos malades. Si vous désirez la brochure gratuite "Les rayons bienfaisants du soleil toute l'année durant" écrivez aujourd'hui à :

VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.

DISTRIBUTORS FOR GENERAL  ELECTRIC X-RAY CORPORATION

TORONTO: 30 Bloor St., W. • VANCOUVER: Motor Trans. Bldg., 570 Dunsmuir St.
MONTREAL: 600 Medical Arts Building • WINNIPEG: Medical Arts Building

ailleurs, à l'impotence quasi totale et à la dépendance d'institutions de charité. Ce sont souvent de ces patients, qui, désappointés des résultats obtenus dans les mains de tous médecins, encombrant les bureaux des chiropraticiens. Bien qu'il soit manifestement impossible de réparer une articulation, le traitement chirurgical offre un espoir d'amélioration. Nous ne pouvons malheureusement pas encore délimiter les divers stages de la maladie. Cependant nous avons tenté de diviser les 77 malades en 3 groupes correspondant à une forme diverse de la maladie.

Groupe « A ». Ce sont les cas, au début; raréfaction osseuse de la tête fémorale et de l'« acetabulum ». Dans ces cas, la manipulation seule ou associée avec des perforations de la tête a amélioré nombre de ces patients.

Groupe « B ». Il y a dans ce groupe, des ostéophytes sur la tête fémorale et sur l'« acetabulum ». Une plastie de la tête fémorale ou de l'« acetabulum » semble la méthode de choix, l'arthoplastie de Whitman ou de Colorma peut être envisagée également.

Groupe « C ». Le patient est souffrant et la thérapeutique n'a rien donné. La tête fémorale est très altérée. Dans ces cas, l'arthrodèse est conseillée. Cependant, peut-être devons-nous modifier ici notre thérapeutique si la nouvelle technique de Smith-Petersen donne des résultats.

La manipulation. Elle a été employée chez onze patients pour corriger la flexion et l'adduction; un plâtre allant des fausses côtes aux orteils a suivi ces manipulations ou encore une traction en hypercorrection. Quatre patients de ce groupe ont été améliorés, soit 44%.

Perforations osseuses. Ce sont de multiples perforations jusque dans le col et la tête, faites sous anesthésie générale ou locale, et sous écran fluoroscopique. Elles produisent une revascularisation et une sédation des douleurs. 28 sujets ont été traités de la sorte; le repos au lit a été de quatre jours. Alors du massage léger, de la chaleur sont appliqués et les patients commencent à marcher. Sur 25 patients, 9 ont été améliorés dont 4 d'une façon remarquable, 8 sont pires qu'auparavant, 5 dans le même état. Donc 36% ont bénéficié des perforations.

Modelage soit de la tête seule, soit de la tête et de l'« acetabulum ». Sept cas ont été traités ainsi par l'ablation des ostéophytes de la tête et de l'« acetabulum » avec immobilisation post-opératoire variant de 12 à 42 jours suivie de chaleur et massage doux; 50% ont été améliorés. Dans 3 cas, l'auteur a ajouté à cette intervention des perforations du col fémoral, un patient a été nettement amélioré. Chez un patient, H. et P. ont fait une ostéotomie sous-trochantérienne sans amélioration.

L'arthoplastie de Whitman, chez 13 sujets a donné une amélioration notable dans 6 cas. Cinq semblaient pires qu'auparavant selon leur rapport.

L'arthrodèse intra ou extra-articulaire a été faite chez 6 malades suivie d'immobilisation dans un double spica pour 6 à 8 mois. D'après les auteurs 4 patients seraient très améliorés, soit 80%.

En résumé, c'est l'arthrodèse qui semble la plus efficace des thérapeutiques pour l'ostéo-arthrite de la hanche. Elle est mal acceptée en Amérique d'une façon générale car les patients se résignent mal à une immobilisation aussi prolongée. Mais le nouveau procédé de Smith-Petersen sur lequel nous réservons notre jugement peut modifier beaucoup l'avenir de ces malades.

Louis-P. ROY.

PEDIATRIE

Bernard GUMBINER et Meyer M. CUTLER. — **Pneumo-médiastin spontané chez le nouveau-né.** "J. A. M. A.", 117: 2050 (13 décembre) 1941.

Voici quel serait le mécanisme du pneumo-médiastin chez le nouveau-né: Au moment de la naissance certaines zones du poumon resteraient atelectasiées; près de ces zones affaissées apparaîtrait un emphyseme alvéolaire compensateur. Ces alvéoles surdistendues peuvent éclater et l'air fait alors irruption dans le médiastin venant comprimer le cœur et les gros vaisseaux qui en partent.

Peu d'observations ont été publiées jusqu'à date au sujet du pneumo-médiastin ou emphyseme médiastinal du nouveau-né. Les quelques cas publiés n'ont pas retenu l'attention et on en a sous-estimé l'importance.

Le pneumo-médiastin est caractérisé par l'apparition soudaine d'une dyspnée très marquée accompagnée de cyanose plus ou moins prononcée. On peut noter aussi une dilatation des veines du cou et une voussure de la région précordiale. Les auteurs insistent sur la valeur pathognomonique d'une radiographie latérale du thorax; ils sont d'avis qu'on ferait beaucoup plus souvent le diagnostic de pneumo-médiastin si on avait le soin de demander une radiographie latérale du thorax chez tous les nouveau-nés qui présentent de la dyspnée et de la cyanose.

Le traitement sera conservateur: oxygène, stimulants. Mais si la dyspnée ou la cyanose augmentent, il y a indication d'aspirer l'air à l'aide d'une ponction. Devant un cas qui semblait désespéré les auteurs enfoncèrent une aiguille dans le troisième espace intercostal à 1 cm. du bord gauche du sternum: ils retirèrent 6 c.c. d'air sous pression. L'amélioration fut instantanée. 3 jours après l'enfant était très bien.

Norbert VEZINA.



LA MASSE LIQUIDE arrose parfaitement les vallées arides . . .

. . . Remédie efficacement
à la dessiccation intestinale.

Sal Hepatica, pris avec beaucoup d'eau, est particulièrement indiqué dans la constipation due à l'ingestion insuffisante d'eau. La solution de Sal Hepatica, par suite de l'équilibre osmotique, fournit à l'intestin desséché la masse liquide nécessaire à l'évacuation et stimule le péristaltisme. Légèrement alcalin, Sal Hepatica enraye souvent les troubles gastriques simples et augmente l'écoulement de la bile.

Sal Hepatica accompagné d'eau procure une boisson effervescente de saveur agréable.



SAL HEPATICA fournit la masse liquide
pour nettoyer le tractus intestinal.

BRISTOL - MYERS CO., 1241-F, rue Benoit, Montréal, Canada.

R. de Carvalho LOURES. — **Le vaccin B. C. G. contre la tuberculose.** "Revista Medica Brasileira", 11: 43 (juillet) 1941.

Loures, de 1938 à 1940 a donné le B.C.G. à 651 nouveau-nés. Il conclut que le B.C.G. est inoffensif, qu'il n'a pas de contre-indications et qu'il protège l'enfant contre la tuberculose. Le vaccin devrait être donné à tous les nouveau-nés, de préférence durant les dix premiers jours qui suivent la naissance. Il est nécessaire après la vaccination d'isoler les enfants pendant un certain temps mais l'impossibilité d'isoler l'enfant n'est pas une raison pour le priver du B.C.G. L'immunité contre la tuberculose est maintenue par de vaccinations répétées à certains intervalles.

Norbert VEZINA.

J. E. VIRASORO, F. J. ROCA et F. ROCA. — **Extrait de foie en injection comme traitement de la diarrhée chez les enfants.** "Annales de la Soc. de Puericultura", 7: 114 (avril-juin) 1941.

Virasoro et ses collaborateurs rapportent de bons résultats dans le traitement de la diarrhée banale des enfants par des injections d'extrait de foie. Une injection à tous les 2 jours pour arriver à un total de 5 à 8 injections. On nota une amélioration de l'appétit, de la digestion et de l'état général des petits malades. La diarrhée est rapidement contrôlée et les enfants ne tardent pas à gagner du poids. Les auteurs croient que la diarrhée bénigne des enfants est due à une insuffisance du foie. Cette insuffisance hépatique amène des troubles de la nutrition et des désordres gastro-intestinaux chroniques ou aigus qui peuvent avantageusement être traités par l'administration d'extrait de foie. Les auteurs rapportent 15 cas.

Norbert VEZINA.

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

M. F. JONES et J. M. CONVERSE. — **Le syndrome du sinus carotidien.** "The Annals of Otolaryngology and Rhinology", 50: 806 (septembre) 1941.

Anatomiquement, le sinus carotidien est un corpuscule situé à l'angle de bifurcation carotidienne, au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde; il est composé d'un ganglion et de cellules nerveuses intrapariétales. Il reçoit quatre pédicules constants des éléments suivants: le nerf glosso-pharyngien, le vague, le ganglion cervical supérieur, le bulbe carotidien. La physiologie du sinus carotidien est connue grâce aux travaux de Hering, Heymans et Hovelacque et Binet. Le sinus carotidien est le principal appareil régulateur de la pression artérielle.

Par voie réflexe, il agit sur le parasympathique, le sympathique, sur la glande surrénale et ainsi tend à prévenir les variations brusques de la pression artérielle; il est hypotenseur.

L'élévation de la tension vasculaire intranasale est marquée d'un ralentissement cardiaque instantané, d'une vaso-dilatation et d'une chute de la tension artérielle; tandis que la baisse de la pression vasculaire intranasale s'accompagne de tachycardie, de vaso-constriction et d'une débâcle de la sécrétion splénique et adrénaline.

Les terminaisons nerveuses du sinus carotidien sont de deux sortes: les unes, pressosensibles, situées dans la paroi du bulbe carotidien et influencées par les variations de la pression artérielle; les autres, chimico-sensibles, situées dans le corpuscule et sensibilisées au stimulus biochimique engendré par le manque d'oxygène et l'excès de CO₂. Encerclant l'artère nourricière du cerveau et par l'intermédiaire de ses fibres vaso-constrictives et vaso-dilatatrices, le sinus carotidien régit la circulation cérébrale.

La symptomatologie se compose de signes caractéristiques. Tout à coup, le patient se sent faiblir puis perd l'équilibre avec forte sensation de confusion des idées comme au cours des premières phases de l'anesthésie et une impression de vide dans la tête du côté affecté. Cette attaque peut être provoquée chez un patient assis, en exerçant une pression digitale progressive sur le bord antérieur du muscle sterno-clastoïdien au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde; les signes apparaissent de quelques secondes à quelques minutes après.

Soma Weiss considère comme types cliniques:

1. *Le type vagotonique.* Tachycardie essentielle paroxystique et hypotension vasculaire. L'atropine en diminuant la sensibilité du pneumogastrique et l'adrénaline en excitant le myocarde s'opposant à l'apparition des crises syncopales.

2. *Le type dépressif.* Chute de la pression artérielle sans modification du rythme cardiaque. C'est dû à l'action hypotensive du sinus carotidien produisant de la vaso-dilatation périphérique et une chute de la P. A. L'atropine n'a aucun effet. L'adrénaline agit par vasoconstriction et par son action hypertensive.

3. *Le type cérébral.* Mêmes scènes syncopales mais avec le pouls et la P. A. non modifiés. L'atropine et l'adrénaline n'ont aucune action. Étiologie confuse. Claude Bernard invoque l'ischémie cérébrale qui, selon Forbes et Cobb, serait le résultat de la transition subite de l'état normal à l'ischémie, produisant de l'anoxémie temporaire.

L'étiologie est inconnue. Les causes déclenchantes sont: une émotion vive, une compression par un faux-col trop serré ou une adénite ou une tumeur, un anévrysme de l'artère carotide; une hypertrophie du

**Pour pouvoir offrir et
maintenir les traits
désirables suivants**

Les LAMES "RIB-BACK" BARD-PARKER

*sont construites en vue d'obtenir une qualité
supérieure . . . et non pas un prix inférieur.*

**EXCELLENT TRANCHANT
RIGIDITÉ ADÉQUATE
MINIMUM DE REJETS
UNIFORMITÉ
PLUS DE RÉSTANCE
EFFICACITÉ TRANCHANTE PLUS DURABLE
ECONOMIE**

Chaque lame est inspectée individuellement après chaque étape importante de production. Les lames qui ne peuvent pas satisfaire nos spécifications rigides sont immédiatement rejetées. On ne permet pas leur arrivée à la Salle d'opérations pour leur éviter d'être repoussées par le Chirurgien. Ce soin contribue, jusqu'à un certain degré à l'économie de l'achat.

Demandez à votre Fournisseur.

BARD-PARKER COMPANY, INC.
DANBURY, CONNECTICUT

Investiguez ces nouvelles qualités distinctives du Manche B-P.

EXTREMITÉS DISTALES . . . réformées pour être employées dans la dissection par dilacération.

MANCHES ALLONGÉS . . . pour la chirurgie profonde.

A BARD-PARKER PRODUCT

muscle sterno-cl.-mastoïdien, certains médicaments dont la digitale, ont un effet identique; leur emploi préopératoire ou préanesthésique devrait être déconseillé, à cause des accidents mortels ainsi provoqués comme l'ont démontré Weiss, Revenstine et Cullen.

Le diagnostic se précise de deux façons: la pression digitale telle que décrite plus haut d'une part et d'autre part, le blocage à la novocaïne du bulbe carotidien au niveau de la bifurcation de la carotide primitive dont on perçoit la pulsation lorsque l'aiguille vient à son contact. L'injection d'environ 10 c.c. de la solution à 1% suffit. Le principal inconvénient est la paralysie partielle du nerf récurrent qui engendre de la dysphonie et de la toux.

Le traitement est tantôt médical, tantôt chirurgical. La thérapeutique se résume à ceci: repos au lit, tranquillité émotionnelle, éviter de porter un faux-col serré, médication appropriée (atropine, adrénaline, néso-synéphrine, benzédrine).

Si les attaques syncopales sont trop fréquentes malgré la cure médicale, on peut avoir recours à l'intervention chirurgicale qui consiste dans la résection du plexus carotidien, après avoir divisé l'adventice vasculaire.

L'A. rapporte un cas où l'acte opératoire a donné un résultat efficace.

V. LATRAVERSE.

Jean DESPONS. — **La trachéotomie en chirurgie de guerre.** "Paris Médical", 30: 360 (27 juillet) 1940.

L'A. insiste sur les indications multiples de la trachéotomie dans la chirurgie de guerre.

1^o Elle est un moyen de secours dans les accidents d'anesthésie par inhalation (éther ou chloroforme) très utilisée dans les formations de l'avant.

2^o Plaies du larynx: accidents d'obstruction laryngée. Plaies ouvertes avec ou sans perte de substance — plaies contuses ou transfixiantes avec lésion endoscopique apparente. Une complication très grave des fractures du larynx est l'emphysème qui peut fuser dans le médiastin. Dans tous ces cas, la trachéotomie doit être basse, c'est-à-dire au-dessus de la fourchette sternale, sous l'isthme thyroïdien; elle permettra soit d'éviter l'emphysème, soit de laisser un champ opératoire très libre, au-dessus de la canule, en vue de la laryngostomie.

3^o Lésions laryngées par les gaz toxiques, irritants ou vésicants: œdème ventriculaire ou brûlure de la muqueuse avec ulcération. L'examen laryngoscopique seul peut faire distinguer la sténose laryngée de la suffocation pulmonaire. Néanmoins on a intérêt à pratiquer la trachéotomie basse, car la brûlure expose toujours à un rétrécissement glottique tardif.

4^o Plaies du cou: Hématome ou emphysème du tissu cellulaire originant soit de la trachée, soit du médiastin. Trachéotomie basse: canule ou gros drain non fenêtré, descendant assez bas, si la fissure est profonde.

5^o Fracas de la mâchoire inférieure: L'asphyxie est due à la chute de la langue. Elle cesse sitôt qu'on exerce une traction par un fil de soie. Si cette traction suffit pour réduire la fracture et la contenir, mieux vaut éviter la trachéotomie; si, au contraire, la contension osseuse est difficile ou peu sûre, pratiquer une trachéotomie.

6^o Troubles moteurs du larynx. Spasme ou paralysie:

a) d'origine périphérique: blessures en séton sous la base du crâne ou de la partie inférieure du cou; compressions cervicales (hématome, emphysème, corps étranger);

b) d'origine centrale, bulbo-spinale en particulier: blessures hautes de la colonne cervicale; spasmes dans le cas d'irritation; paralysie des dilatateurs dans le syndrome de compression. Passer en revue le domaine des différentes paires crâniennes, apprécier le degré de mobilité de la glotte; si l'écartement des cordes diminue, ne pas attendre la crise de spasme ou l'installation de la paralysie complète des dilatateurs. Ici encore, la trachéotomie basse.

7^o Anesthésie trachéale pour les blessés maxillo-faciaux: à considérer d'une part, les fractures du maxillaire supérieur et d'autre part, les fractures mandibulaires. Les restaurations et appareillages du maxillaire supérieur exigent souvent l'anesthésie générale: les dégâts sont importants, les temps opératoires hémorragiques. On doit donc prévoir l'isolement des voies respiratoires et le tamponnement de l'hypopharynx, en pratiquant la trachéotomie qui permettra une anesthésie plus facile.

L'indication s'impose davantage pour les interventions sur le maxillaire inférieur, car les suites opératoires risquent d'être plus dramatiques en raison des accidents mécaniques dus à la chute de la langue ou aux processus inflammatoires du côté du plancher buccal.

Enfin, la canule intralaryngée n'est pas conseillée et la laryngotomie intercrico-thyroïdienne reste l'exception en chirurgie de guerre.

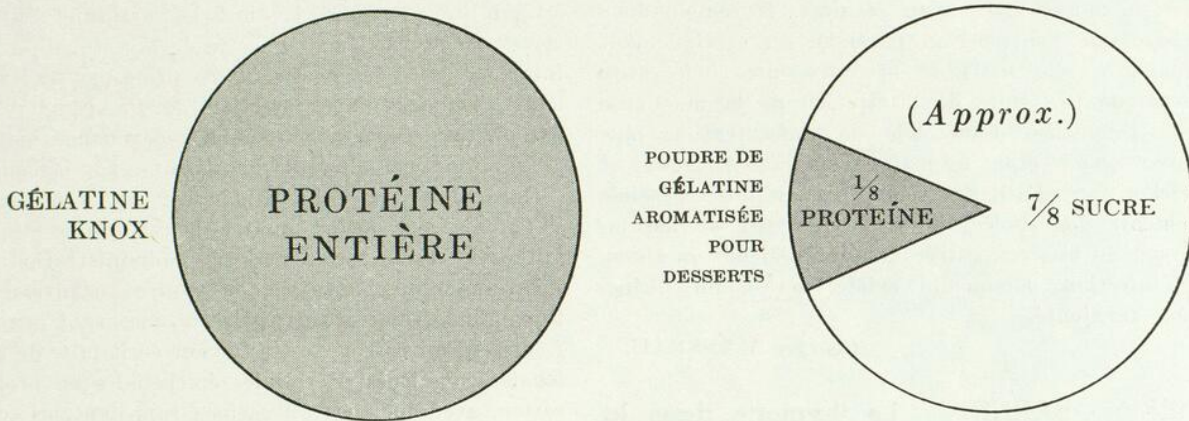
V. LATRAVERSE.

LABORATOIRE

W. H. COLE, N. V. NOVAK et E. O. HUGUES.
— **Cholécystite chronique expérimentale par lésion obstructive du canal cystique.** "Annals of Surgery", 114: 682 (octobre) 1941.

Il est reconnu que l'obstruction complète du canal cystique amène un hydrocyste suivi d'emphyème. Dans

*Vos malades connaissent-ils
la différence qui existe entre la poudre de gélatine pour desserts
et la Gélatine Knox?*



Les médecins reconnaissent que la Gélatine Knox (U.S.P.) est une excellente source de supplément de protéine. Peut-être la prescrivez-vous déjà à vos malades.

Si oui, assurez-vous qu'ils comprennent la différence entre la Gélatine Knox ordinaire, non aromatisée, et les poudres de gélatine aromatisées pour desserts.

Les poudres de gélatine pour desserts contiennent environ 85% de sucre et seulement 10% de gélatine. La Gélatine Knox est de protéine entière. Elle ne contient pas de sucre ou autres substances pouvant causer des gaz ou de la fermentation. Elle est fabriquée sous un contrôle

bactériologique sévère afin de maintenir sa pureté et sa qualité.

Si vous spécifiez le nom de Knox, votre hôpital se la procurera pour vos malades. Pour l'analyse amino-acide et des renseignements concernant la valeur protéique de la Gélatine Knox, utilisez le coupon ci-dessous.

L A G É L A T I N E
K N O X
(U. S. P.)
*est une gélatine ordinaire non aromatisée —
Protéine entière, ne contient pas de sucre.*

L'envoi de ce coupon vous procurera des brochures utiles sur la diététique.

- L'alimentation des diabétiques. L'alimentation des enfants. L'ulcère peptique. La valeur protéique de la gélatine ordinaire non aromatisée. Régimes et recettes pour maigrir.

KNOX GELATINE, Johnstown, N. Y., U. S. A., Dept. 472.

Il me ferait plaisir de recevoir les brochures gratuites à la profession médicale, telles qu'indiquées ci-dessus.

NOM.....

ADRESSE.....



l'espérance d'obtenir des cholécystites chroniques analogues à celles qui surviennent chez l'homme, les auteurs ont produit chez plusieurs chiens des obstructions partielles du cystique.

Il est très intéressant de noter que, s'étant servi de trois techniques différentes, ils n'ont obtenu de lésions vésiculaires que lorsque le procédé employé a réussi à créer une obstruction partielle, mais permanente à l'écolement de la bile. Ces lésions, apparues dès le troisième mois après l'opération, se manifestent d'une part par une fibrose musculaire et adventitielle et d'autre part par une infiltration chronique de la sous-muqueuse. La ligature de l'artère cystique n'a donné aucun résultat. Il semble donc prouvé que l'obstruction partielle du cystique soit capable à elle seule de produire une cholécystite chronique par suite de l'irritation de la muqueuse sous l'influence d'une bile de concentration plus élevée qu'à l'état normal. Womack, Andrews et Bricker font d'ailleurs remarquer qu'il est possible d'obtenir des cholécystites aiguës par simple injection de bile concentrée dans la vésicule du chien.

L'infection, lorsqu'elle existe, serait un phénomène surajouté.

Georges MANSEAU.

Gillespie BARNES .— **Le thymone dans la myasthénie grave.** "Arch. Path.", 32: 659 (octobre) 1941.

On sait que la myasthénie grave est une affection chronique de l'adolescence ou de l'âge adulte, caractérisée par une adynamie plus ou moins accusée des muscles volontaires, spécialement des muscles de la mâchoire et du pharynx. Cette asthénie varie de jour en jour. Elle peut disparaître durant des mois ou même des années, mais il est de règle que la maladie se termine d'une façon soudaine et inopinée, par défaillance respiratoire. Le diagnostic repose:

1) sur l'amélioration de la motricité que procure l'administration de Prostigmine; 2) sur la constatation d'une infiltration lymphoïde périvasculaire dans les biopsies du muscle strié (lymphorragie).

On a trouvé une tumeur du thymus dans 50% des cas de myasthénie grave où l'examen nécroscopique a été fait. Il s'agissait toujours d'une tumeur bénigne, à structure surtout épithéliale.

Le cas rapporté par l'auteur est le 59e. Il s'agit d'un patient de 50 ans qui, à son arrivée à l'hôpital, souffrait depuis quinze mois de troubles de la mastication, de la déglutition et de la phonation. Ces troubles étaient caractérisés par une faiblesse et une fatigabilité extrêmes des muscles assurant ces diverses fonctions. Un diagnostic de myasthénie grave fut porté et ce diagnostic fut confirmé par les excellents résultats d'une injection de Prostigmine. Le patient est congédié avec la recommandation de prendre des comprimés de Prostigmine par la bouche.

Onze mois après, le malade est admis d'urgence à l'hôpital, et meurt quatre heures après de défaillance respiratoire, malgré l'administration de Prostigmine. A l'autopsie, on trouve au niveau du thymus une tumeur dure, grisâtre, mesurant 5 x 5 x 2 cms. Au microscope, cette tumeur était faite de gros lobules constitués de cellules épithéliales en prolifération, avec quelques formations rappelant les corps de Hassal.

Dans les muscles striés, on retrouve les infiltrations périvasculaires de cellules rondes qui ont été signalées précédemment.

On peut se demander si les cellules épithéliales du thymome ne sécrèteraient pas une hormone ayant pour effet une destruction rapide de l'acétylcholine au niveau des synapses neuro-musculaires, c'est-à-dire possédant une action antagoniste de celle de la Prostigmine.

J.-L. RIOPELLE.

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis
4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

Trop grande pour les purées?

Les 14 Aliments Heinz pour Enfants sont appuyés par la même tradition de qualité qui a fait la réputation exceptionnelle des purées Heinz

LES médecins ont depuis longtemps reconnu que les aliments pour adultes ne convenaient pas aux bébés et aux jeunes enfants. C'est pourquoi les Aliments Heinz pour Jeunes Enfants furent bien accueillis par le corps médical et par les mères des bébés canadiens qui ont passé l'âge des purées!

Enrichis de Substances Nutritives

Coupés en dés ou hachés en morceaux assez gros pour encourager la mastication—et enrichis, dans certains cas, de substances très nutritives telles que le germe de blé, la farine de soya, la levure de bière et la poudre de petit lait—ces aliments transitoires sont cuits scientifiquement et mis dans des boîtes émaillées à l'intérieur. Et ils sont préparés d'après des recettes spécialement créées par les experts Heinz.

Quand les enfants qui sont sous votre surveillance ont passé l'âge des purées, recommandez les Aliments Heinz pour Jeunes Enfants—qui sont appuyés par une réputation de qualité.

H. J. Heinz Company of Canada, Ltd.



57

Aliments
pour Enfants

HEINZ

14 SORTES DELICIEUSES

laitue verte, asperges vertes, petits pois, lait et crème.

LÉGUMES EN DÉS À LA CRÈME. Lait, riz, et légumes de choix en dés ou hachés, avec concentré de levure.

AGNEAU ET FOIE AVEC LÉGUMES. Cet aliment comprend de la viande et du foie d'agneau et du foie de poulet avec des légumes de choix—et est donc très utile pour prévenir l'anémie ou y remédier.

POULET, LÉGUMES ET FARINE. Préparé avec de la viande et du bouillon de poulets sélectionnés, des légumes savoureux, de la farine de blé dur, du germe de blé et du lait.

CAROTTES. Des carottes sucrées, mûres, hachées assez grossièrement pour demander à être mastiquées.

LÉGUMES MÉLANGÉS. Comprenant des pommes de terre, patates sucrées,

carottes, céleri, haricots verts et oignons.

ÉPINARDS. Les épinards sont coupés en morceaux de grosseur qui ne demande qu'une mastication moyenne.

POUDING AU RIZ À L'ANANAS. Préparé avec des ananas de Hawaï de qualité supérieure dans une bonne cossetarde avec du riz. Grâce à sa teneur élevée en hydrates de carbone, c'est un aliment énergétique.

POUDING AUX PRUNEAUX. Des pruneaux de choix et de la farine sont cuits avec du lait et des oeufs. Ce mets est moins laxatif que des pruneaux seuls.

DESSERT AUX POMMES, FIGES ET DATTES. Des pommes mûres sont mélangées avec des figes blanches à graines fines et des dattes sélectionnées.

HARICOTS VERTS.

BOEUF ET LÉGUMES. Un plat copieux comprenant des légumes de premier choix, du boeuf maigre haché, avec du bouillon et de l'orge.

TOMATE ET RIZ À LA CRÈME. Légumes de choix, poudre de petit lait et farine de soya y sont ajoutés pour fournir une alimentation mieux équilibrée.

POMMES DE TERRE EN DÉS À LA CRÈME. Du lait, de la crème, du beurre et de la levure de bière rendent cet aliment plus énergétique et plus nutritif.

LÉGUMES VERTS À LA CRÈME. C'est un mélange succulent de chou frisé,

NOUVELLES

NOUVEL EXECUTIF DE L'UNION MEDICALE DU CANADA

A la dernière réunion générale des directeurs de l'Union, ces derniers ont constitué le comité exécutif pour 1941, formé des membres suivants:

Président: Dr L.-J. Petitelere.

Vice-présidents: Drs D. Marion, C.-A. Gauthier.

Secrétaire-trésorier: Dr J.-A. Vidal.

Rédacteur en chef: Dr A. LeSage.

Le docteur L. Gérin-Lajoie a été maintenu au poste de secrétaire de la rédaction. Les docteurs Roma Amyot et C.-A. Gauthier ont gardé leurs fonctions respectives de secrétaire-adjoint de la rédaction à Montréal et à Québec.

ELECTION A LA SOCIETE MEDICALE DE QUEBEC

Le nouveau bureau de la Société Médicale de Québec se compose comme suit:

Président: Dr C.-A. Gauthier; 1er Vice-Président: Dr H. Lapointe; 2ème Vice-Président: Dr E. Gaumond; Trésorier: Dr J. Tremblay; Secrétaire: Dr de la Broquerie Fortier; Directeurs: Drs R. Rainville et Bissonnette.

Nous offrons nos sincères félicitations au Dr C.-A. Gauthier, secrétaire-adjoint de la rédaction de l'Union Médicale du Canada, à Québec, de sa récente nomination.

COMITE PROVINCIAL DE DEFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE

Le docteur J.-A. Couillard, surintendant du Sanatorium de Mont-Joli et le docteur J.-A. Vidal, chef de service à l'hôpital du Sacré-Cœur, secrétaire-trésorier de l'Union Médi-

cale, viennent d'être nommés respectivement président et vice-président du Comité provincial de défense contre la tuberculose.

MEDECINE MILITAIRE

Le lieutenant-colonel Louis-P. Robert a été nommé récemment commandant de l'Ambulance Canadienne de Campagne No 20, unité canadienne française.

Le docteur Jude Thibault qui pratiquait à Danville avant la guerre, et qui fait partie maintenant du corps médical de l'Association Royale Canadienne, vient d'être élevé au rang de capitaine.

CONGRES DE MEDECINE INDUSTRIELLE

L'Association Américaine de Médecine et de Chirurgie Industrielle et l'Association Américaine d'Hygiène Industrielle tiendront conjointement leur Congrès annuel dans la ville de Cincinnati, du 13 au 17.

On pourra obtenir de plus amples informations concernant cet important Congrès en s'adressant à A. D. Cloud, administrateur de « Industrial Medicine », 540 North Michigan Avenue, Chicago.

CONGRES AMERICAIN D'OBSTETRIQUE ET DE GYNECOLOGIE

Le second congrès américain d'obstétrique et de gynécologie sera tenu à Saint-Louis (Missouri) du 6 au 10 avril 1942. On pourra se procurer des renseignements complets concernant ce congrès en s'adressant à:

Central Office of the American Congress on Obstetrics and Gynecology, 650 Rush Street, Chicago.

DAGENANAGENT THÉRAPEUTIQUE
D'UNE PUISSANCE**INCONTESTÉE**
DANS LE TRAITEMENT DE LA
PNEUMONIE
PNEUMOCOCCIQUE

Les résultats favorables qui ont été obtenus par l'emploi du Dagenan dans le traitement de la pneumonie d'origine pneumococcique durant les trois derniers hivers démontrent clairement son efficacité dans cette affection.

La multitude des cas qui ont été publiés à date permet de conclure que le Dagenan est le plus puissant agent thérapeutique dans le traitement de la pneumonie d'origine pneumococcique et que c'est le médicament auquel on doit avoir recours au début du traitement.

Dans les cas où la voie orale ne permet pas l'absorption complète du médicament ou dans les cas « in extremis » (méningites, septicémies, etc.), le Soludagenan, qui est une solution stable de Dagenan, prête pour l'injection, fournit le moyen d'une thérapeutique intense.

Le Dagenan est offert en comprimés dosés à 0 gr. 50 (7½ grains) en tubes de 20, flacons de 100, boîtes de 500 et 1000 comprimés.

Le Soludagenan est présenté en ampoules de 3 c.c., chacune contenant 1 gramme de Dagenan. Boîtes de 10 et de 50 ampoules.

Pionniers au Canada

Comme PIONNIERS dans la fourniture au Corps Médical Canadien des composés sulfamidés antibactériens, nous vous engageons à vous prévaloir de la protection et des garanties que vous offrent les produits suivants de marque "Poulenc":

DAGENAN La marque d'origine de la sulapyridine et l'arme la plus puissante dans le traitement des infections causées par le pneumocoque; médicament de choix des infections gonococciques; indiqué aussi dans les infections méningococciques.

SOLUDAGENAN Solution stable de Dagenan, prête pour l'injection par voie parentérale — un produit original de "Poulenc".

THIAZAMIDE Sulfathiazole "Poulenc" indiqué dans les infections staphylococciques, gonococciques et pneumococciques.

SOLUTHIAZAMIDE Solution stable de Thiazamide, prête pour l'injection par voie parentérale — un récent produit original de "Poulenc".

SEPTAZINE Sulfamidé antistreptococcique d'une grande activité et d'une faible toxicité — "Le sulfamidé de tout repos".

SOLUSEPTAZINE Un sulfamidé non-toxique d'une grande efficacité pour le traitement d'urgence des infections méningococciques et gonococciques — un autre produit original de "Poulenc".

EXIGEZ CES MARQUES POUR VOTRE PROTECTION

Vous recevrez avec plaisir, à MM. les Médecins, toute information supplémentaire qu'ils désireront obtenir sur ces produits.

frères Poulenc Frères
MONTREAL

Laboratoires Poulenc Frères

DU CANADA LIMITÉE — MONTREAL

PRENONS SOIN DE NOS DENTS ET DE NOTRE ALIMENTATION

« Des milliers et des milliers de recrues, aux Etats-Unis comme au Canada, ont été déclarées inaptes au service militaire parce que leurs dents n'étaient pas dans un état satisfaisant, ce qui a incité nombre d'hommes et de femmes à se rendre compte que l'on ne saurait avoir une bonne santé avec de mauvaises dents. » L'honorable Henri Groulx, ministre de la santé et du bien-être social de la province de Québec, rappelait hier cette constatation des médecins militaires au cours d'une entrevue avec les membres de la tribune des journalistes.

Le ministre profitait de ceci pour insister sur l'importance essentielle et indispensable de la propagande en faveur de l'hygiène et de la médecine préventive: « C'est en répétant périodiquement les notions d'hygiène que l'on apprendra au peuple à prendre soin de son organisme. Il faut que l'on accorde autant de soins à la machine humaine qu'aux engins de guerre toujours si méticuleusement entretenus. »

Les hygiénistes du département de la santé affirment que le soin intelligent et régulier des dents protège la santé plus que bien d'autres mesures de précaution. Ils conseillent de surveiller la dentition du bébé dès l'apparition de la première incisive, soit vers l'âge de six mois; toutes les dents doivent demeurer dans la bouche au moins jusqu'à six ans. Les molaires qui poussent au cours de la première et de la seconde année tombent normalement entre la huitième et la dixième. « Si éphémères que soient les premières dents, il ne faut pas oublier disent les hygiénistes, qu'elles sont importantes et que par conséquent, il faut absolument en prendre soin. Toute négligence sérieuse peut se traduire par une infection grave pour la santé. Une bonne alimentation contenant des produits laitiers, des légumes verts, des fruits, de la viande, des œufs, du pain et des céréales de grains entiers, sans oublier la vitamine « D », est indispensable à la diète de l'enfant à qui il faut enseigner à mastiquer judicieusement sa nourriture. Que l'enfant ap-

prenne, sitôt qu'il en est capable, à se brosser les dents. »

Tels sont les conseils des hygiénistes touchant l'entretien des dents. Par ailleurs, ils conseillent au public de bien surveiller l'alimentation quotidienne, et l'honorable M. Henri Groulx a souligné à cette occasion les révélations effarantes faites par les médecins militaires à la suite de l'examen des recrues. « Ces constatations, dit-il, démontrent mieux que les plus longs commentaires les avantages de l'hygiène et de la médecine préventive. Chaque année, dit le ministre, à l'occasion des fêtes, les hygiénistes invitent le public à prendre garde aux abus si fréquents durant cette période, abus qui troublent à l'excès les organes de la nutrition et de la digestion. Au cours de toute l'année on devrait suivre ces conseils: chacun devrait éviter de manger trop, de consommer certains aliments en trop grande quantité. Que l'on n'oublie pas que les aliments gras rendent la digestion plus pénible et provoquent des troubles digestifs. »

Soucieux de voir grandir des générations saines et robustes, les techniciens du ministère de la santé et du bien-être social conseillent au public de surveiller particulièrement l'alimentation et de ne pas négliger les exercices physiques. Quiconque apprécie les avantages d'une bonne santé se conforme toujours aux prescriptions de l'hygiène.

Une alimentation saine et rationnelle a une répercussion des plus heureuses sur la santé des individus et le bien-être de toute la société. En face des conséquences si graves d'une alimentation défectueuse, ne serait-il pas sage, même à l'époque des fêtes, d'éviter les abus signalés plus haut et de mettre immédiatement en pratique les suggestions des experts en nutrition?

Il est non moins important d'éviter les excès dans le boire, particulièrement dans cette période. Si les boissons engourdissent la grippe, elles ne la guérissent pas: soyons sobres dans le boire et le manger et nous éviterons bien des ennuis et souvent même des catastrophes.

HARTZ

UN ANTISPASMODIQUE ET SÉDATIF PUISSANT ET SÛR
 "Pulvets"

BUTYLONE

La marque Hartz de "*Sodium Butyl-Ethyl-Methyl Barbiturate*"

Le Butylone de Hartz exerce une action hypnotique rapide quoique relativement brève et, par conséquent, s'avère très avantageux comme sédatif pré-anesthésique. Son administration n'est suivie d'aucun effet désagréable.

Le Butylone de Hartz est l'un des composés barbituriques agissant le plus rapidement. On peut donc l'administrer à des doses assez élevées avec le minimum de danger pour le malade. Le Butylone de Hartz est un analgésique efficace en obstétrique et peut être associé à l'hyoscine ou à la morphine.

POSOLOGIE:

Comme hypnotique: Un "Pullet"

Comme sédatif pré-anesthésique: 2 "Pullets"

Présenté sous forme de "Pullets" de 1 grain et demi et sous forme de "Caplets" de trois-quarts de grain ou un grain et demi.

The J. F. HARTZ Co., Limited

Fabricants de produits pharmaceutiques

TORONTO

MONTRÉAL

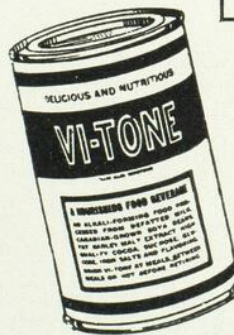


KAOMAGMA

POUR LA

DIARRHÉE

EXACTEMENT CE
 QUE LE MÉDECIN A PRESCRIT



La valeur reconnue de chaque ingrédient contenu dans Vi-Tone... son équilibre alimentaire scientifique et sa parfaite digestibilité lui ont mérité la plus entière approbation de la profession médicale. Il est délicieux servi chaud ou froid.

À BASE DE
 FÈVES SOYA

VI-TONE

Aliment liquide

**MINISTÈRE DES TRANSPORTS
DIVISION DE LA RADIO**

Je vous remets, sous ce pli, un exemplaire de la circulaire S11-13-25, concernant le contrôle du brouillage de la réception radiophonique causé par les appareils électro-médicaux, ainsi qu'un exemplaire de la circulaire S11-13-15, qui a trait au brouillage causé par les appareils à éclateur.

Le ministère des transports étudie, depuis quelques années, la question de la suppression et du contrôle de l'interférence produite par les appareils électro-médicaux, et diverses associations médicales et de radio du Canada, de la Grande-Bretagne et des Etats-Unis, ont été consultées, dans le but de trouver une solution à ce problème basée sur une technique judicieuse et économique. Au nombre des associations qui ont collaboré avec le ministère et ont rendu de précieux services dans cette étude, se trouvent

- (1) « The Canadian Engineering Standards Association », dont le comité, sous la présidence du Dr J. E. Gendreau, était formé de représentants de l'Association Médicale Canadienne, du Conseil National de Recherche, de la « Radio Manufacturers Association », d'architectes, de fabricants et d'importateurs d'appareils électro-médicaux, de naturistes et du ministère des transports;
- (2) « The General Post Office », Londres, qui est chargé du contrôle des communications en Grande-Bretagne, et
- (3) « The Federal Communications Commission », Washington, qui a fait une étude semblable avec la collaboration du « Council on Physical Therapy of the American Medical Association », du « Bureau of Standards » et du « Committee on Radio Interference of the Physical Therapy Manufacturers Group of the American Surgical Trade Association ».

La Convention inter-américaine de radio-communications, adoptée en janvier 1940, à Santiago, Chili, comporte les grandes lignes d'une méthode d'application générale pour

résoudre ce problème compliqué. Des travaux de recherches effectués dans le but de trouver une solution à ce problème ont permis au ministère de fixer les détails de la procédure à suivre, en ce qui concerne l'application des règlements au Canada, comme il est dit dans la circulaire ci-incluse. Cette procédure a été établie avec l'idée de diminuer autant que possible les inconvénients auxquels les praticiens sont exposés, tout en obtenant une réduction satisfaisante du brouillage.

Durant ces dernières années un grand intérêt s'est manifesté au cours des différentes conférences et enquêtes qui ont eu lieu et, naturellement, des rumeurs non fondées ont circulé au sujet d'une législation restrictive qui était censée devoir être adoptée. Nous croyons donc que la circulaire ci-incluse, qui rétablit les faits, saura intéresser vos abonnés et, pour cette raison, nous vous suggérons de la publier le plus tôt possible.

Walter A. RUSH,
Contrôleur de la Radio.

*
* *

**Suppression de l'interférence inductive
causée par les appareils électro-
médicaux de toutes catégories**

1. Cette circulaire explique, en détails, de quelle manière les règlements concernant le contrôle du brouillage radiophonique causé par les appareils électro-médicaux à éclateur, dont il est question dans la circulaire S11-13-15, seront appliqués, et comporte aussi la méthode que l'on se propose d'employer pour contrôler le brouillage causé par les appareils électro-médicaux d'autres catégories, y compris les générateurs thérapeutiques à lampes.

2. Les règlements seront appliqués selon des principes judicieux, tant au point de vue technique qu'au point de vue économique. Nos inspecteurs se feront un plaisir de donner des conseils au sujet des moyens de suppression satisfaisants et économiques à employer et tous les cas où il semble que des mesures particulières pourraient amener la découverte de moyens de suppression à la fois satisfaisants et plus économiques seront étudiés individuellement.

**3. BROUILLAGE DES COMMUNICATIONS D'IMPORTANCE
VITALE.**

On s'occupera immédiatement de toutes les sources de brouillage des radio-communications de l'ar-

Un superbe Brandy à l'usage de la profession médicale

Le Brandy Sud-Africain a reçu l'approbation de la profession médicale britannique à cause de sa haute teneur en esters. Ces esters sont le résultat du grand soin apporté à la fabrication de ce produit, ainsi qu'au soleil et au terrain de l'Afrique du Sud. Ce Brandy est largement employé dans les hôpitaux de Grande-Bretagne. Il est renommé pour ses procédés de fabrication perpétués traditionnellement depuis près de 300 ans.

LE BRANDY SUD-AFRICAIN

a remporté la Médaille d'Or dans le concours de tous les produits similaires de l'Empire au "Royal Agricultural Hall", Londres, Angleterre, en 1937... Garanti quant à l'âge et la pureté par le Gouvernement Sud-Africain.

D'autres superbes vins de l'Afrique du Sud se vendent au Canada:

PAARL SEC BLANC;
PAARL WITZENBERG;
PAARL SEC ROUGE (Type Bourgogne);
PAARL BOURGOGNE MOUSSEUX;
PAARL WINTERHOEK MOUSSEUX;
(Type Champagne);
PAARL SAUTERNES;
PAARL VERMOUTHS (sec ou doux);
PAARL MUSCATEL;
OLD LIQUEUR BRANDY.

Vous pouvez les recommander en toute confiance.

Composés d'hydrates de carbone sous leur forme la plus facilement assimilable — les sirops de Maïs, "CROWN BRAND" et "LILY WHITE" servis avec le lait, constituent la nourriture la plus substantielle et la plus économique pour les bébés. Leur coût modique, leur qualité qui ne le cède en rien aux préparations d'hydrates de carbone les plus dispendieuses, en font la nourriture d'enfants la plus économique dont vous puissiez vous servir ou que vous puissiez recommander.

Nombre de médecins réputés recommandent depuis des années ces deux célèbres marques, sachant qu'elles sont fabriquées dans les conditions les plus hygiéniques.



SIROPS de MAÏS EDWARDSBURG "CROWN BRAND" et "LILY WHITE"

Manufacturés par THE CANADA STARCH COMPANY, Limited

Une étude de l'emploi et des avantages de ces sains produits vous récompensera amplement. Nous avons à votre disposition, sans aucun frais:

1. un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants;
2. un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants;
3. des tablettes de prescriptions;
4. un intéressant petit livre sur les soins prénataux;
5. un livret sur le produit "Dextrosol".

Veillez nous adresser le coupon ci-dessous et ces choses utiles vous seront adressées immédiatement.

The CANADA STARCH CO., Ltd.
Montréal

Veillez m'envoyer

- CALCULATEUR
 Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
 TABLETTES DE PRESCRIPTIONS
 La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
 La brochure: "DEXTROSOL"

Nom

Adresse

mée ainsi que des stations commerciales et gouvernementales. Tous les cas de cette nature feront l'objet d'une étude spéciale et seront traités selon leur mérite.

4. APPAREILS ÉLECTRO-MÉDICAUX À ÉCLATEUR.

Le brouillage causé par les appareils électro-médicaux à éclateur, y compris les appareils de diathermie, les redresseurs mécaniques d'installations de rayons X et les appareils à rayons ultra-violet, sera contrôlé à partir du 1er janvier 1942, d'après les indications de la circulaire S11-13-15.

5. GÉNÉRATEURS THÉRAPEUTIQUES À LAMPES.

Le brouillage causé par les générateurs à haute fréquence qui ne sont pas employés pour les communications, y compris les appareils de diathermie à lampes, les fours d'induction, etc., sera placé sous contrôle, après le 1er janvier 1944, aussitôt qu'il sera possible d'obtenir le métal nécessaire pour le blindage sans nuire aux besoins plus urgents de l'effort de guerre. La date exacte à laquelle ce contrôle deviendra en vigueur ne peut être fixée dès maintenant, mais toutes les mesures possibles seront prises pour donner un avis raisonnable avant que les règlements soient appliqués aux appareils de ce genre. Tous les détails de ces règlements n'ont pas encore été fixés, mais il a été convenu de contrôler le brouillage d'après les données générales suivantes:

Lorsque les restrictions additionnelles seront mises en vigueur, toutes les radiations émanant de générateurs non affectés aux communications (sauf les exceptions mentionnées au paragraphe 6) seront prohibées, excepté sur une ou plusieurs fréquences qui pourront probablement leur être attribuées.

On étudie actuellement la possibilité d'attribuer les fréquences suivantes à cette fin:

Fréq. fond. kc/s	Limite de fréq. sup. kc/s
Tol. ou 0.05%	
13,660	13,666.8
27,320	27,333.7
40,980	41,000.5
Limite de fréq. inf. kc/s	Longueur d'onde équivalente à la fréq. fond. (mètres)
13,653.2	21.96
27,306.3	10.98
40,959.5	7.32

Il est impossible de modifier, d'une manière économique, le type actuel de générateurs de diathermie pour qu'ils puissent fonctionner de façon satisfaisante sur la fréquence désirée en deçà de la tolérance permise de plus ou moins de 0.05%.

Un certain nombre de fabricants des États-Unis ont déjà soumis des modèles de générateurs thérapeutiques construits pour fonctionner en deçà des limites étroites de la tolérance de fréquence fixée. Ces

modèles sont actuellement à l'essai, tant au point de vue des exigences thérapeutiques qu'au point de vue de la stabilité de la fréquence. On peut obtenir, sur demande, les détails de l'épreuve à laquelle ils ont été soumis en ce qui concerne la stabilité de la fréquence.

Des générateurs thérapeutiques possédant la stabilité de fréquence désirée ne seront probablement pas mis sur le marché avant un an. On prévoit que le coût de ces générateurs pourra être considérablement plus élevé que celui des appareils actuellement en usage. Il semble donc probable que la manière la plus économique et la plus satisfaisante de supprimer le brouillage causé par les générateurs thérapeutiques est de les mettre en service dans une chambre convenablement blindée, après avoir installé des filtres sur les lignes d'alimentation. Une chambre blindée avec filtres installés sur les lignes d'alimentation pour supprimer l'interférence causée par les appareils à éclateur pourvoira à la suppression du brouillage causé par les générateurs à lampes. Il est admis, cependant, que les générateurs thérapeutiques doivent être employés dans certains cas où le patient ne peut pas être placé dans une chambre blindée; dans de tels cas, le nouveau modèle de générateur ayant la stabilité de fréquence désirée devra être employé.

6. CAS SPÉCIAUX.

Une attention toute particulière devra être apportée aux cas dans lesquels des conditions exceptionnelles existent et où l'abandon de la procédure généralement suivie peut être à la fois plus économique et satisfaisante. Les cas suivants peuvent faire l'objet d'une attention spéciale:

(a) *Hôpitaux et autres institutions médicales où aucun brouillage n'est entendu en dehors de l'établissement.*

Plusieurs immeubles modernes sont construits de telle façon qu'ils procurent un blindage naturel et les lignes d'alimentation souterraines constituent un filtre efficace, de sorte que les appareils qui fonctionnent à l'intérieur de ces bâtisses ne causent aucun brouillage appréciable dans les récepteurs qui en sont éloignés. Lorsqu'un récepteur installé dans ces bâtisses est affecté, tous les intéressés devraient prendre les moyens de réduire le brouillage de la manière la plus économique et la plus satisfaisante. Ces moyens peuvent être appliqués soit à l'installation réceptrice, soit à l'appareil perturbateur. Des antennes qui réduisent le bruit sont fréquemment utiles dans de tels cas.

(b) *Endroits où il n'y a pas de récepteurs à portée de l'interférence.*

Des exceptions temporaires peuvent être faites quand un appareil fonctionne dans un endroit où il est probable qu'aucun brouillage excédant les limites tolérables n'affecte les récepteurs, mais, si une plainte est formulée plus tard, la situation devra être immédiatement examinée.

UROPRAZINE

GRANULÉ EFFERVESCENT

ELIMINE L'ACIDE URIQUE

Composants principaux:

PIPÉRAZINE

HEXAMÉTHYLENETÉTRAMINE

SOUFRE COLLOÏDAL

FORMIATE DE LITHINE

GOUTTE ♦ RHUMATISME ♦ SCIATIQUE

LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, FRANCE

Distributeurs: M.M. HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE MCGILL COLLEGE - MONTRÉAL



A Messieurs les Médecins

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES

37 ANNEES
D'EXPERIENCE
COMME PHAR-
MACIE PRO-
FESSIONNELLE.

NOUS N'EM-
PLOYONS QUE
LES PRODUITS
CHIMIQUES
SUPERIEURS.

ARTHUR HIRBOUR
.. est tout indiquée ..
pour la préparation
de vos ordonnances

▼
ANGLE SAINT-DENIS ET DE MONTIGNY
Téléphone: LAncaster 7356 — MONTREAL

La réduction partielle du brouillage par l'installation de filtres sur la ligne d'alimentation, sans blindage, peut être suffisante pour le supprimer entièrement dans les récepteurs éloignés de la source. Plusieurs hôpitaux sont entourés d'une étendue de terrain assez considérable pour que des moyens raisonnablement économiques puissent être employés pour réduire l'interférence à un niveau tel qu'elle ne dépassera pas les limites tolérables aux endroits où des récepteurs sont installés. Il existe plusieurs autres moyens de supprimer le brouillage causé par les installations de rayons X. Un de ces moyens consiste dans le blindage de la chambre et dans l'installation de filtres sur les lignes d'alimentation. Toutefois, dans le cas d'installations de grande envergure, ce moyen est généralement très dispendieux.

Une méthode qui est très économique dans plusieurs cas consiste dans l'installation de bobines de choc de haute fréquence sur les quatre conducteurs de haute tension du redresseur et d'un filtre sur les lignes d'alimentation. Nous ne pouvons garantir cette méthode, étant donné que son efficacité varie avec les différentes sortes d'installations, mais, dans plusieurs cas, il a été constaté qu'elle réduit le brouillage d'une manière satisfaisante.

(c) *Districts industriels.*

Lorsque des appareils électro-médicaux perturbateurs sont employés dans des districts où le niveau du bruit émanant de sources indépendantes est exceptionnellement élevé, il n'est pas nécessaire, pour le moment, de réduire l'interférence causée par ces appareils à un niveau plus bas que celui auquel toute réduction supplémentaire n'améliorerait pas la réception dans les récepteurs affectés. Cependant, si des appareils électro-médicaux à éclateur brouillent la réception à des heures où l'interférence émanant de sources indépendantes est à un bas niveau, il sera alors nécessaire de prendre les moyens de supprimer ce brouillage.

(d) *Cas d'urgence.*

L'interférence causée par l'emploi d'appareils perturbateurs dans des cas d'urgence est traitée à l'article 4 des règlements concernant le contrôle du brouillage radiophonique. On ne doit pas abuser du privilège ainsi accordé. Les cas qui requièrent l'emploi d'appareils électro-médicaux pour le traitement de patients qui ne peuvent pas être transportés dans une chambre blindée, ou qui ne peuvent pas bénéficier autrement de ce traitement sans que du brouillage soit causé, doivent être considérés comme cas d'urgence. L'usage d'appareils de diathermie ou de rayons violets dans les maisons privées, les salles ordinaires d'hôpitaux, les salons de beauté et de barbier, et leur emploi dans les cas où le patient peut, en toute sécurité, être transporté dans une chambre blindée, ne doivent pas être considérés comme cas d'urgence. Dans les hôpitaux où il est d'usage courant de se servir d'appareils perturbateurs dans les salles ordinaires, on

devra pourvoir à l'installation d'une chambre blindée ou prendre d'autres mesures pour la suppression du brouillage, pour qu'aucune interférence ne soit causée par le traitement de patients qui peuvent être transportés sans danger.

(e) *Sources intermittentes de brouillage.*

Il n'est pas nécessaire, pour le moment, de pourvoir à la suppression du brouillage causé par les redresseurs d'appareils de rayons X employés exclusivement pour la radiographie et par les appareils de chirurgie perturbateurs occasionnellement employés durant des périodes de quelques secondes, pourvu qu'ils ne brouillent pas les communications d'importance vitale.

7. MATÉRIEL DE BLINDAGE.

Des cabines blindées préfabriquées peuvent être obtenues de quelques fabricants qui font une spécialité de ce mode de suppression.

Un matériel connu sous le nom de « Copper Armoured Fibreen », composé de feuilles de cuivre rouge montées sur papier fort armé de fibre, peut être installé sur les murs et relié électriquement tel que décrit dans la circulaire S11-10-35.

Les autres matériaux dont il est question dans les circulaires traitant du blindage (S11-10-32 et S11-10-35) peuvent probablement être obtenus des marchands. Si l'on a des difficultés à se procurer ces matériaux, les inspecteurs de radio du ministère des transports se feront un plaisir de faire connaître les endroits où ils peuvent être obtenus ou de recommander des substituts satisfaisants.

8. FILTRES ET TRANSFORMATEURS BLINDÉS.

Il est difficile de se procurer, à l'heure actuelle, les transformateurs blindés dont l'emploi était antérieurement recommandé pour la suppression du brouillage. Le ministère collabore avec les fabricants dans le but de mettre au point des suppresseurs appropriés et l'on s'attend à ce que plusieurs nouveaux genres soient mis sur le marché très prochainement.

L'installation de filtres et l'exécution de tout travail d'électricité doivent se faire conformément aux exigences des règlements d'inspection électrique municipaux ou provinciaux.

9. EXTENSION DE TEMPS APRÈS LE 1ER JANVIER 1942.

Il peut se produire des retards inévitables dans la suppression du brouillage avant le 1er janvier 1942, en raison des difficultés qu'il y a à se procurer le matériel nécessaire, de la rareté de la main d'œuvre spécialisée ou d'autres causes indépendantes. Les usagers d'appareils perturbateurs du type à éclateur peuvent s'adresser à l'inspecteur de radio du ministère des transports le plus près, pour obtenir la permission de se servir de leurs appareils jusqu'à ce que le brouillage qu'ils causent puisse être supprimé, pourvu qu'ils fournissent la preuve, avec leur demande d'autorisation, qu'ils ont fait de leur mieux pour le supprimer et qu'il le sera aussitôt que possible. Cette preuve

populaires



● Les Sweet Caps sont de la meilleure compagnie. Elles sont si douces, si rafraîchissantes parce qu'elles rendent plus agréable encore chaque moment de plaisir. Comme elles sont faites de tabacs virginien du meilleur choix, il n'est que naturel que ce soient les cigarettes les plus populaires au Canada.

CIGARETTES



sweet caporal

"La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fumé"

La

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est la banque du public aussi bien
que la banque des hommes
d'affaires.

Le gérant de succursale se tient à votre entière disposition, qu'il s'agisse de dépôts, d'emprunts personnels, de remises, de recouvrements ou de toute question d'ordre financier au sujet de laquelle vous désiriez le consulter.

Actif, plus de \$170,000,000
534 bureaux au Canada

KAOMAGMA

POUR LA

DIARRHÉE

doit comporter des détails suffisants pour permettre ainsi que le besoin d'un circuit bouchon intercepteur aux inspecteurs de radio d'aider à la suppression complète du brouillage, en faisant savoir aux intéressés où ils peuvent se procurer le matériel nécessaire ou en recommandant des substituts appropriés.

(S II-13-25-F.)

Suppression de l'interférence inductive causée par les appareils électro-médicaux à éclateur

La nécessité de protéger les radio-communications, y compris celles de l'armée aussi bien que la réception radiophonique, a obligé le ministère des transports à faire adopter des règlements prohibant, après le 1er janvier 1942, l'emploi d'appareils de diathermie à éclateur et de redresseurs mécaniques d'appareils de rayons X, à moins que ces appareils ne soient adéquatement blindés, confinant ainsi leur rayonnement dans des limites raisonnables, ou que l'interférence dont ils sont la cause soit supprimée d'une autre manière.

L'intensité de l'interférence causée par les décharges d'un éclateur est bien connue de ceux qui se servent d'appareils pourvus d'un tel dispositif. Ces appareils sont susceptibles de brouiller sérieusement la réception normale dans de grandes étendues sur les fréquences attribuées à la radiodiffusion, et leur effet nuisible sur les communications commerciales et militaires sur ondes courtes est également prononcé, même à de plus grandes distances.

En 1925, les ingénieurs du ministère ont commencé l'étude de ce problème pour trouver un moyen économique de supprimer cette interférence et, au cours des quinze dernières années, de nombreux types de supprimeurs ont été construits et mis à l'essai sous différentes conditions, toutes les recherches possibles ayant été effectuées dans le but de résoudre le problème par l'installation d'un filtre peu coûteux mais efficace. La quantité considérable de données accumulées a démontré clairement que l'emploi de filtres seulement ne peut que rarement donner satisfaction. La nécessité d'un blindage complet de la salle ou des salles où les appareils perturbateurs sont installés,

ont été clairement établis. Les principaux fabricants d'appareils électro-médicaux en sont arrivés à la même conclusion, après avoir dépensé des sommes d'argent considérables durant un certain nombre d'années, dans le but de trouver des mesures économiques pour supprimer le brouillage causé par leurs appareils particuliers. Les recherches les plus étendues dans cette sphère sont peut-être celles qui ont été effectuées par les techniciens du gouvernement britannique et, ici encore, les rapports publiés indiquent qu'un blindage complet est essentiel pour la suppression de ce type d'interférence et son emploi est maintenant de rigueur en Grande-Bretagne.

Pour le moment, les règlements adoptés au Canada ne s'appliquent pas aux installations thérapeutiques à ondes courtes, à moins qu'elles n'affectent sérieusement quelque radio-communication d'une importance vitale. Il n'est pas improbable, cependant, qu'ils ne soient plus tard étendus de façon à s'appliquer aussi à ces installations. Il a été suggéré que des appareils de ce type, spécialement conçus, soient autorisés à fonctionner dans une bande de fréquence restreinte, pour supprimer la nécessité d'employer un blindage, mais tout semble indiquer que, si cela est possible, un tel appareil ne pourra être fabriqué avant plusieurs années. Il a aussi été signalé qu'au cas où il serait techniquement possible de fabriquer un tel appareil, son coût serait vraisemblablement beaucoup plus élevé que la moyenne de celui des appareils actuels, la différence pouvant être supérieure au coût du blindage d'un local d'une grandeur ordinaire.

Il est évident, d'après ce qui précède, que la nécessité de prendre les mesures appropriées pour supprimer l'interférence qui affecte des moyens de communication d'une importance vitale s'impose, et le département s'attend à ce que les médecins agissent en conséquence sans délai. Cependant, afin que les intéressés n'aient à subir aucun inconvénient sérieux, le ministère des transports a fixé au 1er janvier 1942 la date à laquelle il deviendra obligatoire de supprimer l'interférence dont il s'agit.

(S II-13-15.)

Une thérapeutique efficace pour... *l'Otite Moyenne*
DOIT ÊTRE ANALGÉSIQUE - BACTÉRICIDE et PRODUIRE la DÉSHYDRATATION des TISSUS

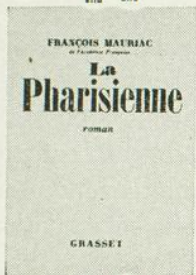
Auralgan

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.

Montréal — New-York — London

3

LIVRES A SUCCÈS:



La Pharisienne

Roman

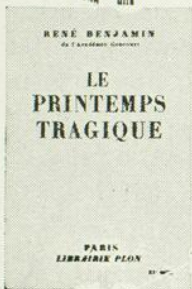
par **François Mauriac**,
de l'Académie française.

Ouvrage paru à Paris le 15 juin 1941.
(Édition Grasset.)

UN ROMAN PASSIONNANT ET QUI FAIT RÉFLÉCHIR.

PRIX: franco, **\$1.35**

— • —



Le Printemps tragique

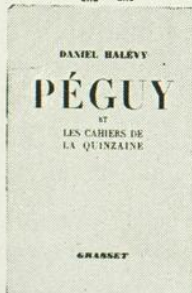
Roman

par **René Benjamin**,
de l'Académie Goncourt.

La crise française trouve ici un interprète dont l'opinion
fera réfléchir.

PRIX: franco, **\$1.35**

— • —



PARAÎTRA PROCHAINEMENT

PEGUY

et les Cahiers de la Quinzaine

par **Daniel Halévy**

Un fort volume de 400 pages, dont la 2e édition a été
publiée à Paris le 11 avril 1941.

PRIX: franco, **\$1.85**

3

ÉDITIONS BEAUCHEMIN

REVUE DES LIVRES

Louis ROY. — **Contribution à l'étude de la tuberculose en Haïti.** Thèse présentée à l'Institut Forlanini en juillet 1939.

Volume composé de sept chapitres où l'auteur étudie le sujet depuis la tuberculisation de la population haïtienne. De nombreux tableaux et graphiques accompagnent le travail.

Un résumé de ce livre ne donnera qu'une faible idée du travail imposé par cette thèse. L'auteur n'a pas craint d'envisager le problème tel qu'il est et de l'exposer. La lutte contre la tuberculose en Haïti est encore dans l'œuf et M. Roy tente de briser la coquille.

Actuellement, toute véritable tentative de « chiffrer » sur la tuberculose en Haïti est impossible: il n'y a pas de statistiques générales. L'enregistrement des naissances n'est pas obligatoire. Celui des décès existe mais on ne peut s'y fier en dehors des hôpitaux: les véritables causes de décès étant cachées très souvent. M. Roy explique pourquoi on ne peut se fier aux statistiques de son pays en faisant la comparaison avec d'autres pays. Ainsi l'indice de mortalité général total y est de 4.34% alors qu'ailleurs, en des conditions hygiéniques sociales et économiques meilleures, cet indice varie de 8.737 à 16%. La léthalité globale par tuberculose n'atteint que 0.18 ‰ alors qu'ailleurs elle varie de 0.50 ‰ à 3 ‰. Ailleurs le rapport entre la mortalité par tuberculose et la mortalité générale est de 20 à 25%, tandis qu'en Haïti il n'est que de 1/16. Autre fait important, ce même rapport, en Haïti, dans les hôpitaux, apparaît normal.

Un chapitre, sans commentaires, est peut-être plus révélateur que toute littérature pour

prouver l'assertion de M. Roy à l'effet que la morbidité et la léthalité tuberculeuses déclarées sont inférieures à la vérité. C'est le tableau des causes de décès. La tuberculose y entre pour 16.5%; les causes indéterminées pour 69.9%. Les autres items sont: malaria, syphilis, helminthiase, néphrite, entérite.

En Haïti, la moyenne des jours d'hospitalisation pour tuberculose est de 37 jours. Dans la grande majorité des cas, les formes anatomopathologiques trouvées à l'autopsie sont malignes. Les mouvements entrepris en Haïti, dernièrement, vont certainement contribuer à améliorer le sort de la population: assainissement de certains logements, construction d'une cité ouvrière, colonies agricoles.

C'est un beau commencement. Cette amélioration sociale est peut-être le premier pas à faire dans l'œuvre sociale de la défense contre la tuberculose. L'auteur est heureux d'en féliciter les officiels de son pays. Il termine sa thèse par l'exposé d'un plan de lutte antituberculeuse qu'il faudrait joindre au mouvement du logement sain et de l'éducation des masses en hygiène. Ce plan proposé par M. Roy semble complet, et bien au point. Il est basé sur l'organisation analogue des pays où la lutte antituberculeuse est bien organisée et a porté ses fruits. L'auteur va jusqu'à indiquer les sources où puiser les deniers nécessaires à réaliser le projet.

Nous formulons le vœu que M. Roy ait le bonheur de voir son pays adopter les législations visant un meilleur contrôle des statistiques et une organisation antituberculeuse satisfaisante.

J.-P. PAQUETTE.

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

COQUELUCHE

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR ELZEAR SABOURIN

Le docteur E. Sabourin est décédé tout récemment à l'âge de 76 ans. Le défunt avait été député provincial, maire de la paroisse de Rigaud pendant 43 ans, président des syndicats pendant 15 ans, fondateur et président de l'Assurance Mutuelle de Rigaud.

LE DOCTEUR JOSAPHAT ISABELLE

Le docteur J. Isabelle est décédé le 13 janvier à l'âge de 64 ans. Le défunt avait obtenu son doctorat en médecine de l'Université Laval de Montréal en 1903. Il remplissait les fonctions de coroner du district de Hull et était officier de santé de la municipalité.

LE DOCTEUR J.-ROMÉO CÔTÉ

Le docteur J.-Roméo Côté est décédé le 13 janvier à l'âge de 47 ans. Le défunt avait terminé ses études médicales à l'Université de Montréal en 1921. Il avait été attaché au servi-

ce de l'hygiène de l'enfance de la ville de Montréal.

LE DOCTEUR ARTHUR MATHIEU

Le docteur A. Mathieu est décédé le 19 janvier à l'âge respectable de 93 ans. Le défunt avait pratiqué la médecine à Montréal pendant 62 ans; il était un des médecins les plus âgés de la Province.

LE DOCTEUR WILFRID GAUDET

Le docteur W. Gaudet vient de mourir à l'âge de 58 ans. Le défunt avait reçu son doctorat de l'Université Laval de Montréal, en 1909.

LE DOCTEUR ARTHUR VERNIER

Le docteur A. Vernier est décédé le 27 janvier à l'âge de 39 ans. Le docteur Vernier était un diplômé de l'Université de Montréal.

TABLE DES ANNONCEURS

	Pages	Pages	
Abbott Laboratoires Ltée (Pentothal Sodi- que)	36	Johnson & Johnson, Ltd. (Pour la défense du Canada)	33
American Can Co. (Conserves alimentai- res et santé publique) 2e p. de couverture		Knox Gelatine (La Gélatine Knox)	207
Anglo-French Drug Cie (Vi-Mi-Caps)	187	Laboratoires DesBergers-BisMol (B-Totum) 4e page de la couverture	
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Al- phamette" liquide)	1	Laboratoires Jean Olive (Lantol) — (Iodone Robin)	28
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Al- phamin")	2	Laboratoire Nadeau (Primicol "Sherman")	7
Baker Company Ltd. The (Aspirin)	197	Libby, McNeill & Libby of Canada, Limited (Aliments pour bébé)	31
Banque Canadienne Nationale. La	219	Librairie Beauchemin Ltée	221
Bard-Parker Product (Les lames "Rid-Back")	205	Mead Johnson & Co. Ltd. ("Oleum Perco- morphum")	23
Brandy Sud-Africain	215	Merck & Co., Ltd. (Tryparsamide Merck)	5
Bristol-Myers Company (Sal Hepatica)	203	Merck & Co., Ltd. (Pyridium)	11
British Drug Houses (Canada) Ltd. (Oestro- form)	4	Millet, Roux & Cie, Ltée (Scillitrine) — (Le Total Magnésien)	21
Canada Drug Co., Ltd. (Paveral)	222	Monty, Gagnon & Monty	208
Canada Starch Co., Ltd. (Syrops de Maïs Edwardsburg "Crown Brand" et "Lily White")	215	Parke, Davis & Company (Mapharsen)	30
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tam- pax)	199	Pharmacie d'ordonnances, Arthur Hirbour	217
Carnation Company Ltd. (Lait Carnation irradié).	32	Poulenc Frères (Dagenan) — (Soludage- nan) — (Thiazamide) — (Soluthiazami- de) — (Septazine) — (Soluseptazine)	211
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Levure Fer & Vitamine) — (Micrigène) — (Cé- crinyl "adultes") — (Cécrinyl "en- fants") — (Décrigène) — (Germinol)	25	Rougier Frères (Ouabaïne Arnaud)	3
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Ferro-Cri- ne No 34) — (Elixir Bécrinol) — (Com- primés Bécrinol) — (Quinitone et Vita- mine B)	27	Rougier Frères (Dyspné Inhal)	3
Compagnie Ciba Ltée (Privine "Ciba")	24	Rougier Frères (Lortanal) — (Sulfochol)	185
Dohow Chemical Company, Ltd. The (Au- ralgan)	220	Sanatorium Prévost Inc.	26
Eddé, J., Ltée (Bis Kam Oil) — (Hémostyl du Dr Roussel) — (Taxol) — (Neurina- se) — (Alepsal) — (Inotyol) — (Pluri- glandine) — (Veinatone) — (Articho- byl)	195	Shuttleworth, E. B. Chemical Co. Ltd. (C. T. No 260 Codophen E. B. S.) — (C. T. No 248 Codasal E. B. S.)	189
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. 1ère page de la couverture		Squibb & Sons of Canada, Ltd., E. R. (Sy- théplex-B)	193
Frederic Stearns & Company of Canada, Ltd. (Neo-Synephrin Hydrochloride)	190	Sweet Caporal.	219
Frosst, Charles E., & Co.	17	Upjohn Co. (Vitamine Unicap)	9
Frosst, Charles E., & Co.	18	Usines Chimiques du Canada Inc. (Valdine Valor — Pancréaval Valor) 3e page de la couverture	213
Frosst, Charles E., & Co.	19	Vi-Tone	213
Frosst, Charles E., & Co.	20	Victor X-Ray Corporation of Canada, Ltd. (Les rayons bienfaisants du soleil toute l'année durant)	201
Hartz J. F. Co. Ltd. The (Butylone)	213	Vinant Limitée (Pulmo-Bailly)	13
Heinz, H. J. & Company of Canada, Ltd.	209	Vinant Limitée (La solution de salicylate de soude du Docteur Clin) — (Liqueur Laville)	15
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine)	217	William R. Warner & Co., Ltd (Cal-Bis-Ma)	191
		Winthrop Chemical Company, Inc. (Néo- prontosil)	29
		Wyeth & Bro., Canada Ltd., John (Kao- magna pour la diarrhée)	213-219
		Wyeth & Bro., Canada, Ltd., John (Am- phojel)	34-35

A VENDRE

CHAISE ROULANTE pour malade, ayant 3 mois d'usure seulement, en bonne condition. S'adresser à Mlle Laurette Vincent, 4257 rue Marquette, Montréal. Tél.: AMherst 1073.