21-2-47

Tome 76 — Numéro 2

MONTRÉAL, FÉVRIER 1947

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

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

SECRÉTARIAT
128, rue Sainte-Anne
Québec

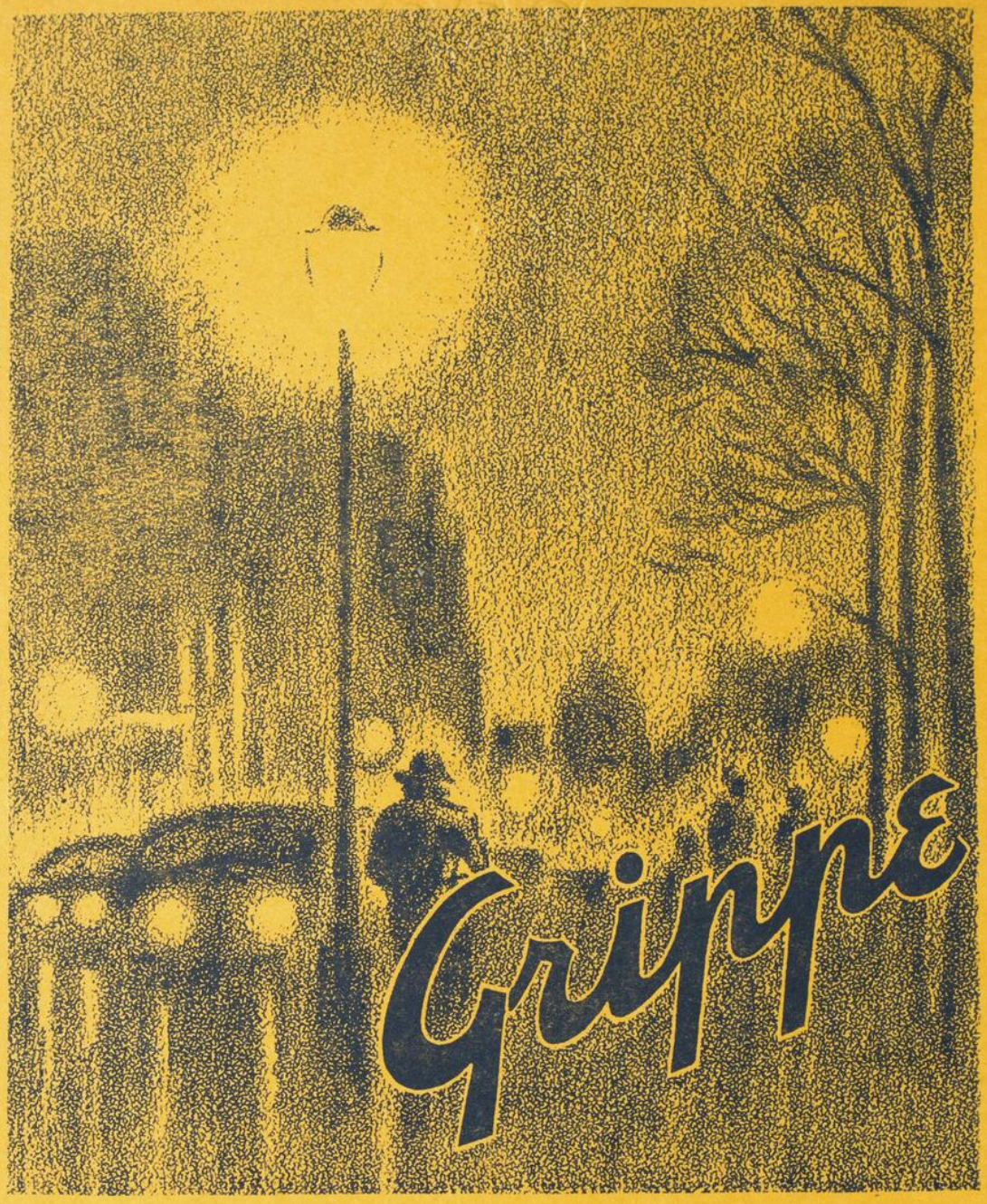
La Médecine et la Distribution des Eaux

Brillant sur la cime des arbres, étincelant au soleil d'été, ou descendant du ciel pour former des rivières, des lacs et des mers, l'eau pure est un des éléments les plus essentiels. Mais lorsque l'eau est contaminée, elle peut semer la mort, la maladie et la destruction. Ce n'est que grâce à la science que l'eau peut être purifiée et c'est l'application de procédés de purification reconnus qui rend possible la fondation et la survivance des grands centres. Lorsque l'eau est pure, l'incidence de nombreuses maladies est relativement faible. La purification de l'eau figure parmi les nombreux progrès sociaux et économiques auxquels la science médicale a su contribuer.

Depuis plus de soixante-dix ans, Eli Lilly and Company s'est toujours efforcée à contribuer à l'avancement de la science médicale, en préparant des agents thérapeutiques d'une qualité incontestable et en développant des nouvelles et meilleures méthodes pour le contrôle et la prévention des maladies.

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

Lilly



PASTILLES GONACRINE

A base d'un antiseptique puissant mais non irritant, un dérivé de l'acridine, les Pastilles Gonacrine assurent une désinfection prolongée de la bouche et du pharynx.

Laboratoires Poulenc Frères

DU CANADA LIMITÉE — MONTRÉAL

TRAITEMENT
DE TOUTES LES
Anémies secondaires
"THIRONEX"
FER
FOIE
ET
FACTEURS DE LA
VITAMINE B

Ayerst
—COMPRIMÉS—
—SIROP—

430F

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE
Biologistes et Pharmaciens
MONTRÉAL CANADA

SOMMAIRE

•

BULLETIN

Roma AMYOT
La santé et le monde 121

• • •

Maurice GIROUX
Etat actuel du traitement chimique et biologique de la tuberculose . . 126

Jean-M. LEMIEUX
Le traitement du choc dans les brûlures 132

J.-Louis LA ROCHELLE
Le traitement local des brûlures 140

J.-Antonio LECOURS
La chimiothérapie des plaies 144

1 Suppositoire par jour est la médication — unique et suffisante — à employer dans les...
AMYGDALITES aiguës
PHARYNGITES

SUPPOSITOIRES
LARYNGOBIS

PRESENTATION:
Boites de 2 suppositoires (enfants et adultes)

LARYNGOBIS a définitivement rendu désuets et rejeté dans l'ombre les anciennes médications symptomatiques des infections aiguës de la gorge. Dorénavant, il suffit d'un seul suppositoire par jour durant deux jours — exceptionnellement durant trois jours — pour amener une guérison plus rapide, tout en simplifiant les soins donnés au malade.

POSOLOGIE:

Adultes: 1 Suppositoire pour adultes par 24 heures.
Enfants de 6 à 13 ans: 1 Suppositoire pour ENFANTS par 24 heures.
Enfants de 1 à 6 ans: ½ Suppositoire pour ENFANTS par 24 heures.

LABORATOIRES **Lafayette** LTÉE
Agents Exclusifs: GRAVET LTÉE, 1410-Wolfe, Montréal

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

Chaque comprimé contient:

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

Flacons de 100

XANTOPHEN

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

SOMMAIRE
(Suite)

EXAMEN MÉDICAL DES GENS BIEN PORTANTS

Adélard GROULX
L'examen de l'écolier et de l'étudiant 152

J.-E. DESROCHERS
L'examen des futurs mariés 157

Yvon LAURIER
L'examen des aspirants à l'assurance 161

Paul ROBERT
L'examen médical des recrues dans l'armée 168

Léopold MORISSETTE
L'examen médical de l'adulte en bonne santé 173

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

Avis concernant les examens en 1947

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

Le titre d'associé (Fellow) peut être conféré en MÉDECINE et dans les spécialités MÉDICALES suivantes:

Dermatologie et syphiligraphie
Neurologie et psychiatrie
Pédiatrie
Radiologie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

Le titre d'associé (Fellow) peut être conféré en CHIRURGIE et dans les spécialités CHIRURGICALES suivantes:

Neuro-chirurgie
Obstétrique et/ou gynécologie
Chirurgie orthopédique
Urologie

CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

Les Spécialités approuvées pour le certificat sont les suivantes:

Anesthésie
Dermatologie et syphiligraphie
Chirurgie générale
Médecine interne
Neurologie et/ou psychiatrie
Neuro-chirurgie
Obstétrique et/ou gynécologie
Ophtalmologie
Chirurgie orthopédique
Otolaryngologie
Pédiatrie
Pathologie et/ou bactériologie
Médecine physique
Chirurgie plastique
Radiologie: Diagnostique et/ou thérapeutique
Chirurgie thoracique
Urologie

Les applications pour les examens qui auront lieu en octobre et novembre 1947 devront être reçues avant le 30 juin.

On peut obtenir des renseignements concernant les dates pour l'obtention du titre d'Associé et le Certificat pour examens, copies des règlements et formules d'application en s'adressant à:

John E. PLUNKETT, M.D., F.R.C.P. (C),
Secrétaire Honoraire,
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada,
150, rue Metcalfe,
Ottawa, Canada.

pour une analgésie génito-urinaire efficace

L'administration du Pyridium est suivie d'une analgésie bien déterminée. Cette action apporte un soulagement rapide et efficace si réconfortant pour le malade souffrant de symptômes urinaires pénibles.

L'effet primordial du Pyridium est essentiellement local, puisqu'il agit directement sur la muqueuse génito-urinaire. Il n'est pas associé ou dû à une sédation de l'organisme ou à l'action d'un narcotique.

Les doses thérapeutiques du Pyridium peuvent être administrées avec une sécurité quasi complète pendant toute la durée de la cystite, de la pyélo-néphrite, de la prostatite et de l'urétrite. Documentation sur demande.

PYRIDIUM

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

MERCK & CO. LIMITED

Fabricants chimistes

MONTRÉAL – TORONTO – VALLEYFIELD

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

SOMMAIRE

(Suite)

RECUEIL DE FAITS

J.-L. PILON
Adénome bronchique. Complications. Traitements 177

REVUE GÉNÉRALE

Jean GRIGNON
L'hyperparathyroïdie 185

ÉDITORIAL

Roma AMYOT
Un antithyroïdien de synthèse: l'aminothiazol 193

VARIÉTÉS

Alphonse BERNIER
Les médecins et la politique 195

Louis-Philippe BELISLE
Le congrès interaméricain de radiologie à la Havane 200

LETTRE DE PARIS

André Plichet 203

MÉDECINE PRATIQUE

Albert LeSAGE
Les bronchites 206

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1878 208

ANALYSES 211

PHTISIOLOGIE

Tuberculose traumatique (211).

CARDIOLOGIE

L'onde T de l'électrocardiogramme précordial et l'âge (211). **Le cœur dans l'amyloïdose systémique primitive** (211). **Base pharmacologique de la thérapeutique cardiaque** (212). **L'influence de l'âge sur la pression artérielle; une étude sur 5,331 personnes mâles de race blanche** (213). **Anévrisme disséquant de l'aorte** (213).

PÉDIATRIE

L'hypertélorisme oculaire (214).

SOCIÉTÉS 215

Société Médicale de Montréal: allocution d'adieu (215); rapport des activités pour 1946 (218).

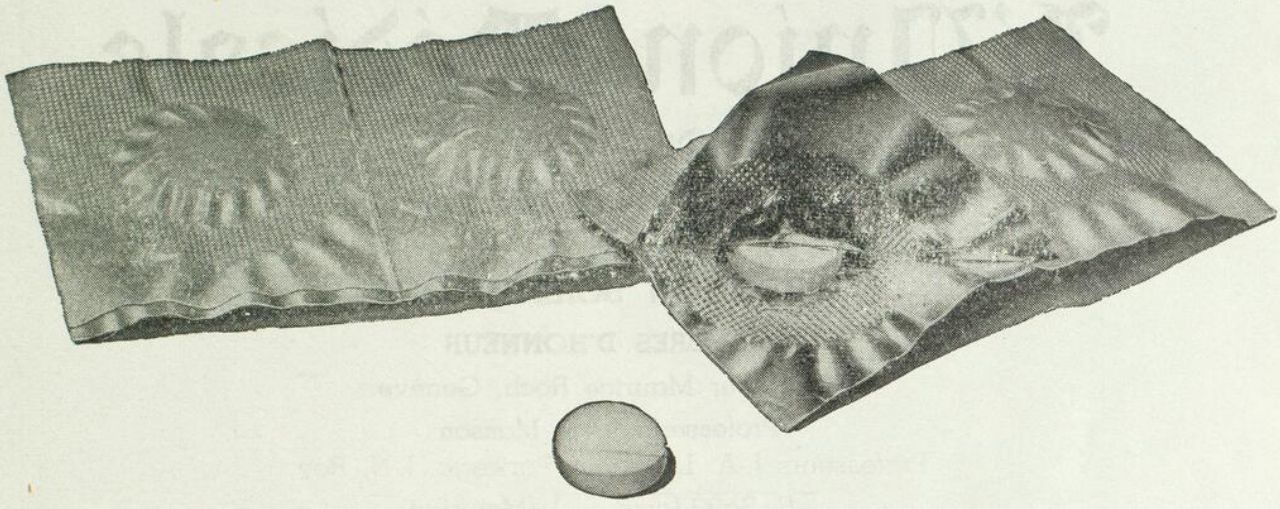
REVUE DES LIVRES 222

NÉCROLOGIE 227

NOUVELLES 228

Pour le dosage élevé essentiel par voie orale

Squibb annonce



UN NOUVEAU COMPRIMÉ DE 50,000 UNITÉS
DE PÉNICILLINE CALCIQUE

« POURVU qu'on en donne suffisamment . . . l'administration de la pénicilline par voie buccale constitue un moyen efficace de traiter les infections . . . nécessitant en moyenne au moins cinq fois plus . . . »[1] On devrait utiliser la voie parentérale dans les phases initiales des infections aiguës cependant, et les Comprimés de Pénicilline Calcique pourraient être employés avec efficacité au cours de la convalescence à la suite de la rémission de la fièvre.

Les nouveaux Comprimés de Pénicilline Calcique de Squibb simplifient le traitement oral en fournissant en un seul comprimé 50,000 unités de sel calcique de pénicilline associées à 0.5 gm. de citrate trisodique pour en augmenter l'absorption, de même que pour régulariser, élever et prolonger la concentration. »[2]

Vous pouvez prescrire la quantité précise de comprimés nécessaires, sans crainte d'altérer l'activité. *Chaque comprimé* de Pénicilline Calcique de Squibb est hermétiquement scellé *individuellement* entre deux feuilles d'aluminium. Economiques et commodes. Boîtes de 12 et de 100.

1. Bunn, P. A.: *in* Conferences on Therapy: New York State J. Med. 46:527 (1er mars) 1946. 2. György, P.; Evans, K. W.; Rose, E. K.; Perlingiero, J. G., et Elias, W. F.: Pennsylvania M. J. 49:409 (janvier) 1946.

COMPRIMÉS DE *Pénicilline* CALCIQUE DE SQUIBB
(SOLUTION TAMPON)

Pour documentation, écrire à:

E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA LIMITED

36-48 CALEDONIA ROAD **TORONTO**
187 AF

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Fondée en 1872

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Maurice Roch, Genève.

Professeur Pierre Masson

Professeurs J.-A. Leduc, T. Parizeau, J.-N. Roy,

E. Saint-Jacques (Montréal).

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE.

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

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

Secrétaire de la Rédaction
Pierre Smith

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

BUREAU DE COLLABORATION

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

"PINOCODEINE"

Traitement

DES RHUMES CHRONIQUES OU RÉCENTS, DE LA BRONCHITE AIGUË OU CHRONIQUE, ET DES AFFECTIONS ANALOGUES DES VOIES RESPIRATOIRES,

En bouteille de 16 onces, d'un demi gallon Impérial et en cruches d'un gallon impérial.

L'expérience démontre que cette préparation est une combinaison de substances d'une haute efficacité dans le traitement des rhumes récents ou chroniques, de la bronchite aiguë ou chronique, et des affections analogues des voies respiratoires. La Pinocodéine ne diminue pas l'appétit, ne dérange pas l'estomac, et ne constipe pas.

Chaque once (liq.) représente:

Pinus Strobus	32 grains
Prunus Virginiana	32 grains
Sanguinaire canadienne	4 grains
Populus Balsamifera	4 grains
Chloroforme	1 minime
Phosphate de codéine	1 grain

DOSE: de 1 à 2 cuillerées à thé.

Selon l'indication, cette préparation se prête facilement aux modifications suivantes:

BRONCHITE (aux premiers stades:)

℞

Citrate de potassium	6 dr.
Vin d'ipécacuanha	4 dr.
Pinocodéine - q. s.	6 onces

DOSE: de 1 à 2 drachmes.

BRONCHITE:

℞

Chlorure d'ammonium	4 dr.
Pinocodéine - q. s.	6 onces

DOSE: de 1 à 2 drachmes.

POUR ENRAYER UN RHUME:

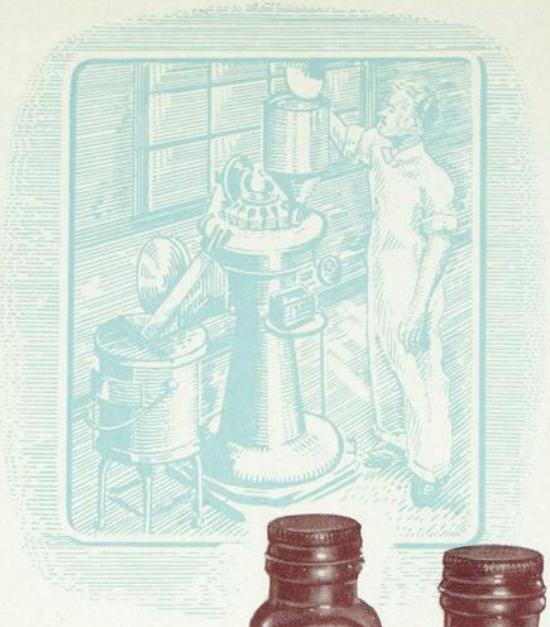
℞

Sulfate d'atrophine	1/16 once
Pinocodéine - q. s.	6 onces

DOSE: de 1 à 2 drachmes.

Frosst
DEPUIS 1899
SYMBOLE DE PROGRESSION DANS LA PHARMACEUTIQUE

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA



ACÉTOPHEN
COMPOSÉ
AVEC CODÉINE

Contre la
DOULEUR.

La formule du composé d' "Acetophen" offre un exemple singulier de l'action synergique de plusieurs médicaments employés conjointement. L' "Acetophen", (marque de l'acide acétylesalicylique "Frosst"), en combinaison avec la phénacétine, accroît l'efficacité de l'une et de l'autre de ces substances. La caféine, qui figure dans la formule, a deux propriétés distinctes: associée à l' "Acetophen" et à la phénacétine, il semble qu'elle accentue leur effet antalgique, et elle agit de plus comme diurétique et comme stimulant de la circulation — or, nul n'ignore que l'activation de l'élimination rénale est désirable en présence d'un agent infectieux, quel qu'il soit.

Ingéré seul, le phosphate de codéine n'est pas un puissant sédatif nerveux, mais il sera fort efficace si on l'unit à l' "Acetophen", à la phénacétine et au citrate de caféine. Combinés, ces médicaments agissent synergiquement contre le microrganisme infectieux, cause première de la douleur. Ils sont, en outre, analgésiques, par suite de leur action décongestive sur les muscles et le cerveau.

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DE PROGRESSION
DANS LA PHARMACEUTIQUE

L'UNION MÉDICALE DU CANADA
Bulletin A.M.L.F.A.N.
Montréal, février 1947

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

GRIPPE

RHUMES ORDINAIRES

LUMBAGO

SCIATIQUE

CÉPHALALGIE

DOULEURS DE L'ARTHRITE

DYSMÉNORRHÉE

DOULEURS consécutives au TRAUMA ou à une INTERVENTION CHIRURGICALE

FORMULES

"Comprimés No. 222", *(Blanc)*

COMPOSÉ D' "ACETOPHEN" et de CODÉINE

Acetophen	3½ grains (0.22 G.)
Phénacétine	2½ grains (0.16 G.)
Citrate de caféine	½ grain (32 mg.)
Phosphate de codéine	1/8 grain (8 mg.)

C. T. No. 262, "Frosst"

Même formule que celle des comprimés No. 222 (Roses)

C. T. No. 282, "Frosst" *(Jaunes)*

COMPOSÉ D' "ACETOPHEN" et de CODÉINE ℞2

Acetophen	3½ grains (0.22 G.)
Phénacétine	2½ grains (0.16 G.)
Citrate de caféine	½ grain (32 mg.)
Phosphate de codéine	¼ grain (16 mg.)

C. T. No. 292, "Frosst" *(Roses)*

COMPOSÉ D' "ACETOPHEN" et de CODÉINE ℞3

Acetophen	3½ grains (0.22 G.)
Phénacétine	2½ grains (0.16 G.)
Citrate de caféine	½ grain (32 mg.)
Phosphate de codéine	½ grain (32 mg.)

DOSE: 1 comprimé, avec de l'eau, 2 ou 3 fois par jour.

C. T. No. 273, "Frosst" *(Roses)*

COMPOSÉ D' "ACETOPHEN" et de CODÉINE ℞c

POUR LES ENFANTS

Acetophen	⅞ grain (56 mg.)
Phénacétine	⅝ grain (40 mg.)
Citrate de caféine	1/8 grain (8 mg.)
Phosphate de codéine	1/32 grain (2 mg.)

DOSE: de 1 à 3 comprimés, selon l'ordonnance.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

"NOCTINAL"

(Sodium éthyl secondaire-butyl barbiturate "Frosst")

provoque un

SOMMEIL NATUREL

SANS SUITES FÂCHEUSES

FLACONS DE 100 ET 500 COMPRIMÉS ENROBÉS SUCRE;
FLACONS DE 16 ONCES (LIQ.); BOUTEILLES DE 1/2 GALLON; BONBONNES DE 1 GALLON (IMP.).

Idéal contre l'insomnie, le Noctinal agit avant qu'une demi-heure ne s'écoule, et son effet persiste de quatre à six heures. Le sujet s'éveille reposé et restauré, comme après un sommeil naturel, sans dépression nerveuse ni torpeur intellectuelle.

La sédation qu'il procure est légère, mais continue; il est donc particulièrement indiqué chez le fébrile, l'anxieux, l'agité. On y aura aussi recours en présence du syndrome de la ménopause, pour calmer l'irritabilité excessive. Il accentue l'action des antalgiques et agit comme pallatif des vomissements incoercibles de la grossesse. Le Noctinal n'offre aucun risque. Même les doses thérapeutiques maximums n'auront aucun effet toxique sur le coeur, la pression sanguine, la respiration ou le rein.

Comprimés de "NOCTINAL"

S.C.T. No 352 "Frosst"	1/2 grain
S.C.T. No 419 "Frosst"	3/4 grain
S.C.T. No 353 "Frosst"	1 1/2 grain

Sédation légère et continue: de 1/2 à 1 grain, 2 ou 3 fois par jour.
Insomnie: 1 1/2 grain, une demi-heure environ avant le coucher
Excitation nerveuse: de 1 1/2 à 3 grains, 2 ou 3 fois par jour.

L'ÉLIXIR DE "NOCTINAL" BROMURÉ procure une sédation générale, mais modérée.

Bon nombre de médecins ont recours à un bromure et à un barbiturate combinés pour obtenir une sédation générale, mais modérée. Une mixture de ce genre permet, en effet, d'obtenir les avantages de l'un et de l'autre de ces médicaments, tout en n'administrant qu'une dose minimum de chacun d'eux. On diminue ainsi singulièrement l'aléa des phénomènes consécutifs fâcheux, surtout en ce qui concerne le bromisme (éruptions cutanées, dyspepsie, bronchite, céphalalgie, troubles cérébraux, hypothermie).

L'Elixir de bromure et de Noctinal procurera tous les avantages d'une telle combinaison, outre qu'il évite le risque d'effets cumulatifs, le Noctinal étant un barbiturate qui agit pendant quatre à six heures.

Elixir de "NOCTINAL" bromuré
Elixir No 603 "Frosst"

Chaque once (liq.) contient:

Bromure de sodium	20 grains
Noctinal	2 grains

DOSE: de 1 à 2 cuillerées à thé, 3 fois par jour, à 6 heures d'intervalle.

Elixir de "NOCTINAL"
Elixir No 601 "Frosst"

Chaque once (liq.) contient 4 grains de Noctinal. *Dose moyenne (adultes)*: de 2 à 3 drachmes (liq.) (de 8 à 12 cc) dans un verre d'eau (se servir d'un verre à porto).

Dose quotidienne maximum (*adultes*): 2 onces (liq.) (57 cc).

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DE PROGRESSION
DANS LA PHARMACEUTIQUE

Charles E. Frosst & Co
MONTREAL CANADA

Le film de la vie est triste pour ceux qui souffrent...

Le NEO-SPASMYL

SÉDATIF PUISSANT ET INNOFFENSIF

Calme pendant la journée, et fait dormir pendant la nuit. Fidèle dans son action, toujours parfaitement toléré, il ne provoque jamais de réveil pénible et n'a aucune contre-indication.

NEO-SPASMYL

DEUX FORMES

PILULES à 5 ctgr. de barbiturique (soluble) — COMPRIMÉS à 1 ctgr. de barbiturique (soluble)

Laboratoires "National" Limitée

AGENTS GÉNÉRAUX AU CANADA

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE
MONTRÉAL, P.Q.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: A. Bertrand
Vice-présidents: Richard Gaudet et Jean Saucier
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

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

Publicité : Jacques D. Clerk, 326 est, blvd Saint-Joseph. LAncaster 6888.

SOULAGEMENT RAPIDE ET PROLONGÉ DE

L'HYPERACIDITÉ GASTRIQUE

Le Creamalin corrige rapidement l'acidité gastrique. L'effet du Creamalin est durable, et son administration n'occasionne aucune réaction compensatrice au niveau de la muqueuse gastrique; en outre, le Creamalin ne provoque aucune hypersécrétion rationnelle de l'acide chlorhydrique, ni la présence d'alcalose. Le Creamalin amène souvent la guérison de l'ulcère peptique lorsqu'on l'associe au régime préconisé dans cette affection.

PRÉSENTÉ EN FLACONS DE 8 ET DE 12 ONCES
ET D'UNE CHOPINE

WINTHROP

CREAMALIN

Marque de commerce enregistrée

Marque du GEL D'HYDROXYDE D'ALUMINIUM

MÉDICATION NON ALCALINE ET ANTIACIDE

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques de qualité pour le médecin

Succursale au service de
MM. les médecins du Québec:
Immeuble "Dominion Square"
Montréal.

Administration et laboratoires:
1019 ouest, rue Elliott
Windsor, Ontario.

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

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

COMITÉ DU XIXe CONGRÈS

L.-A. RICHARD, président.

J.-A. VIDAL,	1er Vice-président.	**A. FONTAINE,**	5e Vice-président
Richard GAUDET,	2e "	**G. LACASSE, sén.,**	6e "
L.-A. DENONCOURT,	3e "	**J.-A. LECOURS,**	Secrétaire.
J.-B. JOBIN,	4e "	**J.-E. PERRAS,**	Trésorier.

ANCIENS PRÉSIDENTS

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

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal . . . 1950
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q. 1948
BAILLY, Roland, St-Pie de Bagot, P. Q. 1948
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta 1950
BELIVEAU, P., Méthégan, N.-E. 1948
BIBAUD, B., Valleyfield, P. Q. 1948
BLAIN, Emile, 3464, St-Denis, Montréal 1948
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec 1948
BOHEMIER, Anatole, 3425, rue St-Hubert, Montréal . 1948
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal 1950
BROUSSEAU, L.-P., Malartic, P. Q. 1950
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec 1948
CHOLETTE, A. M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal . 1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1950
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1950
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec 1948
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. 1948
DUBE, Edmond, 6055, St-Denis, Montréal 1950
GAUTHIER, C.-A., 531½, St-Louis, Québec 1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. 1950
JOANNETTE, Albert, Ste-Agathe-des-Monts, P. Q. . . . 1948
LACHANCE, Wilfrid, Chicoutimi, P. Q. 1948
LACHARITE, Vilmer, St-Célestin, P. Q. 1948
LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa 1950
LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H. 1948
LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal 1948
LEMIEUX, J.-R., 17, Ste-Ursule, Québec 1948
MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville St-Laurent, P. Q. 1948
MICHAUD, R., Moose Jaw, Saskatchewan 1950
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River 1948
MORRISSETTE, Pierre, St-Georges, Beauce, P. Q. . . . 1948
PELLETIER, A., Winchendon, Mass. 1950
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1950
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1950
POWERS, A., 11, Front, Hull, P. Q. 1950
RIOUX, J.-Emile, Ste-Anne-des-Monts, P. Q. 1950
SMITH, Pierre, 300, carré St-Louis, Montréal 1948
SORMANY, Albert, Edmunston, N.-B. 1950
TANGUAY, R., Sudbury, Ont. 1950
TETRAULT, Adélard, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. 1950
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. . 1950
VIAU, Horace, 467, Rideau, Ottawa 1950

"LA CHALEUR HUMIDE"

DANS LES TROUBLES RESPIRATOIRES

- RHUMES DE POITRINE
- BRONCHITES
- PLEURÉSIE
- PNEUMONIES

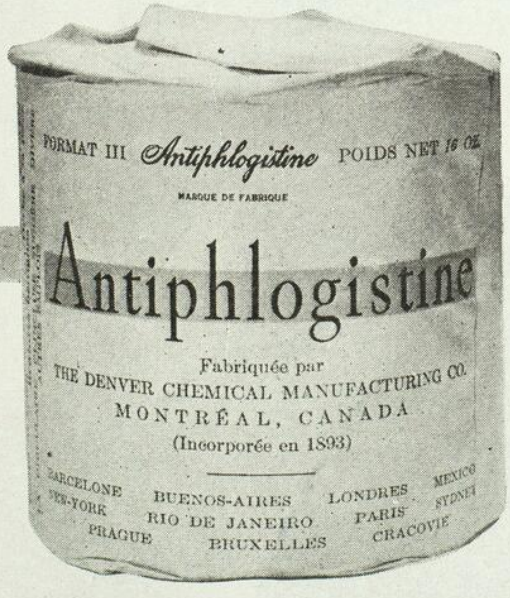
LA chaleur humide d'un enveloppement d'ANTIPHLOGISTINE est d'une valeur réelle pour soulager les symptômes pénibles qui accompagnent ces affections des voies respiratoires.

Toux — Douleur musculaire et pleurétique — Constriction rétrosternale — Douleurs de poitrine.

L'ANTIPHLOGISTINE est un cataplasme médicamenté prêt à l'usage — il maintient une chaleur humide bienfaisante durant plusieurs heures.

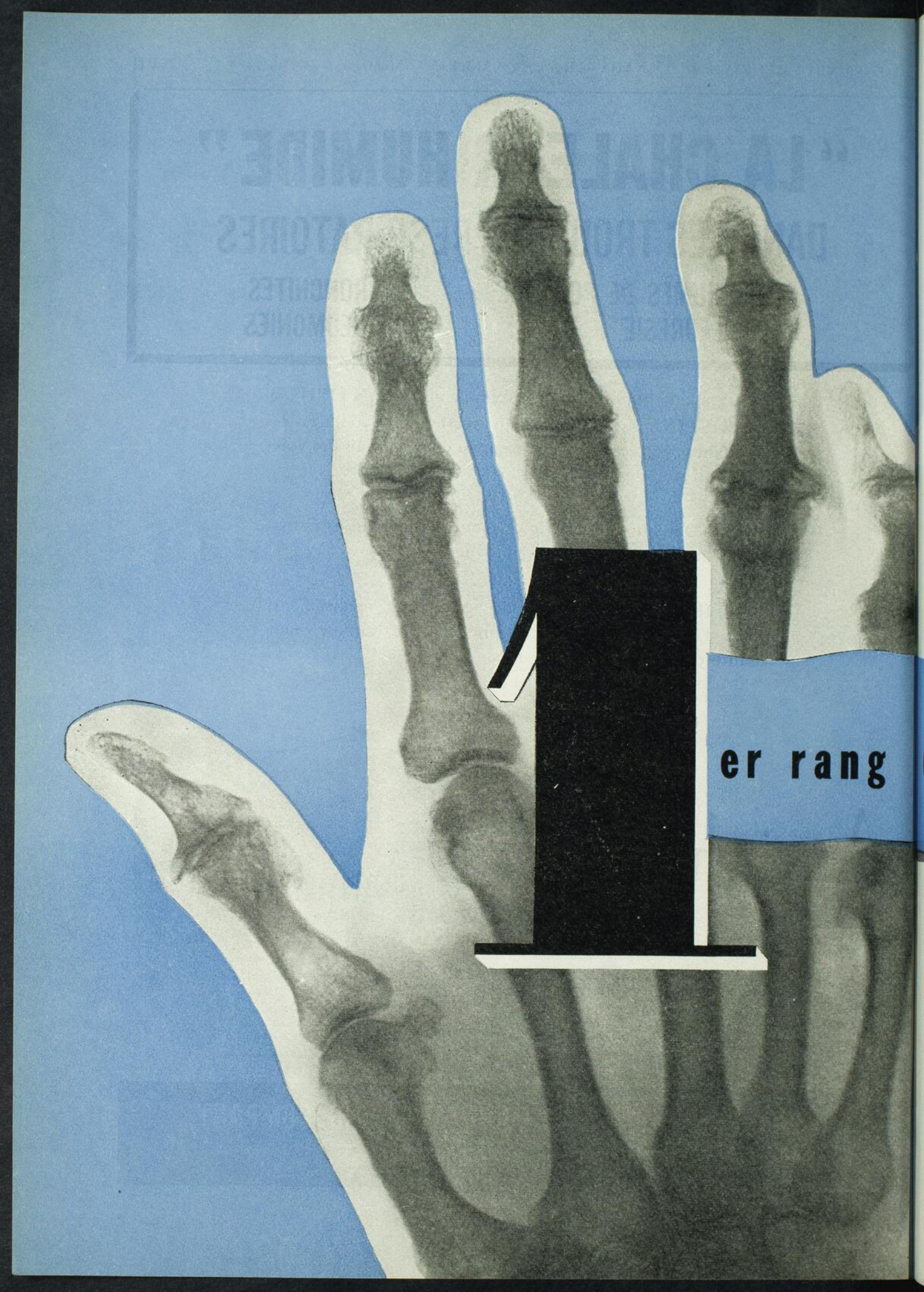
Antiphlogistine

Littérature sur demande



THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

286 ouest, rue St. Paul, Montréal


1
er rang

Stéroidothérapie par l'Ertron — Complexe Stéroïde, Whittier

L'Ertron — Complexe Stéroïde, Whittier, est aujourd'hui au premier rang dans le traitement de l'arthrite.

Des résultats soigneusement évalués ont démontré son efficacité clinique.

Les résultats cliniques obtenus au cours des douze dernières années englobent plusieurs centaines de cas.

Les effets thérapeutiques distinctifs de l'Ertron sont dus à sa composition chimique unique.

Ertron est différent de tous les autres produits employés dans le traitement de l'arthrite: Ertron contient des stéroïdes jusqu'alors non identifiés. L'isolement de ces substances a établi les caractères chimiques de l'Ertron et ses caractéristiques de complexe stéroïde.

Ertron est spécifié sur ordonnance plus que tout autre produit dans le traitement de l'arthrite. Publicité exclusivement médicale.

Ertronisez l'arthritique — Spécifiez Ertron — Complexe Stéroïde, Whittier — dans le traitement de l'arthrite.

dans le traitement de l'arthrite

Présenté en flacons de 50, 100 et 500 capsules.
Chaque capsule contient 5 mgm. de produits activés dont l'activité antirachitique correspond à 50,000 unités internationales. Aussi pour injection intramusculaire complémentaire, Ertron Injectable en boîtes de 6 ampoules de 1 cc.
Ertron est le nom déposé d'un produit fabriqué par les Nutrition Research Laboratories, Chicago, U.S.A.

Concessionnaires pour le Canada:

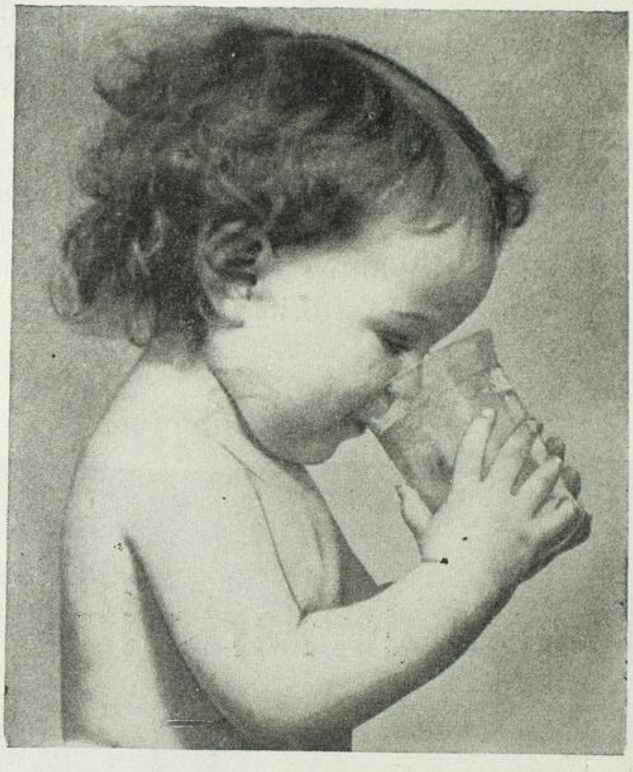
LAURENTIAN AGENCIES, REG'D.
MONTRÉAL 1, P. Q.

Supplément diététique

POLYVITAMINÉ

B-B-CRINE

ÉMULSION HOMOGÉNÉISÉE DE VITAMINES A – B_1 – B_2 – C – D – NIACINE



dans un véhicule glucosé agréablement aromatisé

B-B-CRINE est préparé sous la surveillance et le contrôle immédiat de:

Charles Laurin, B.A., B.Ph.,
Léopold Bergeron, B.A., B.Ph.,
Assistant bactériologiste,
Marcel Daoust, B.A., B.Ph.,
Jean-E. Perras, L.Sc., M.C.I.C.,
Pharmaciens, Chimistes, Analystes,
et Biochimistes.
Tous diplômés de l'Université de Montréal.

Présentation:
3 oz. - 8 oz. - 16 oz. - 80 oz. - 160 oz.

•

Echantillons sur demande à Messieurs les Médecins seulement.

•

Spécialité du Laboratoire

ASGRAIN & HARBONNEAU Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL

"Prémarine"

...à la ménopause

Très efficace

Active par voie buccale *

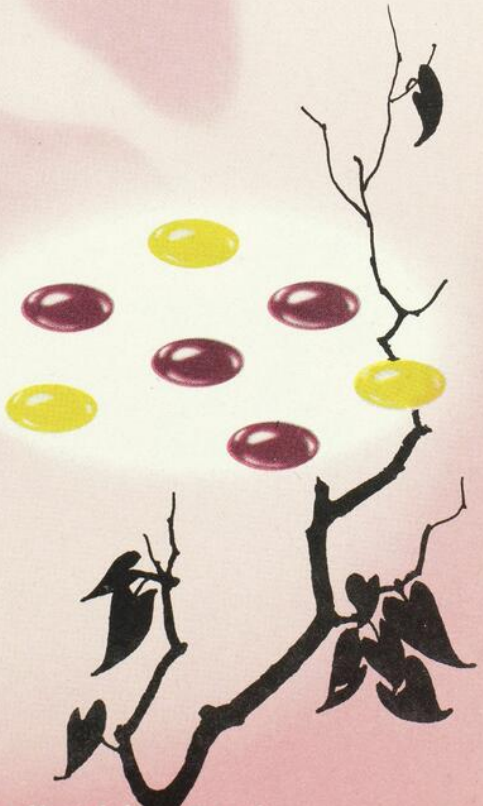
De provenance naturelle

D'une parfaite innocuité

Hydrosoluble

Bien tolérée

Procure une sensation d'euphorie



*"...l'effet soutenu et bienfaisant de la thérapeutique continue par voie buccale sur les symptômes ménopausiques semble indiquer qu'on doive utiliser à l'avenir cette méthode de traitement."** L'emploi de la "Prémarine" par la bouche assure une dose quotidienne qui peut être graduellement réduite à mesure que les troubles disparaissent et que les besoins d'oestrine sont moins grands. De plus, elle fait gagner du temps à la patiente et au médecin en obviant au besoin de fréquentes injections.

Gray, L. A.: J. Clin. Endocrinol. **3:92 (fév.) 1943.

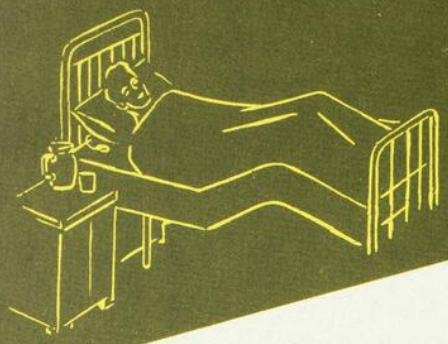
"Prémarine"

substances oestrogènes conjuguées (équines); préparée en deux teneurs:

No 866—1.25 mg. au comprimé
No 867—0.625 mg. au comprimé

Ces deux teneurs sont présentées en bouteilles de 20 et de 100 comprimés.

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



Dans les carences polyvitaminiques

"THÉRAVITE"

pour l'usage thérapeutique

Doses massives de neuf différents facteurs vitaminiques pour le traitement des carences aiguës, telles que les carences causées par des lésions gastro-intestinales étendues, une insuffisance alimentaire prolongée ou l'intervention chirurgicale.

No 238 — Chaque capsule contient:

Vitamine A	25,000 unités int.	Chlorure de thiamine	5 mg.
Vitamine D	1,500 unités int.	Riboflavine	5 mg.
Vitamine E (alpha-tocophérol)	10 mg.	Niacinamide	30 mg.
Acide ascorbique	100 mg.	Pyridoxine	1 mg.
		Acide pantothénique	3 mg.

Présentation — Bouteilles de 30 et de 100 capsules

"SUPPLAVITE"

pour compléter le régime

Doses prophylactiques de six différents facteurs vitaminiques indiqués dans les déficiences légères ou lorsque les besoins augmentent, comme dans l'adolescence, la grossesse, la lactation ou la convalescence.

No 833 — Chaque comprimé contient:

Vitamine A	5,000 unités int.
Vitamine D	500 unités int.
Acide ascorbique	35 mg.
Chlorure de thiamine	1 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacinamide	10 mg.

Présentation — Bouteilles de 36, 100 et 500 comprimés

No 950 (Liquide) — Chaque cuillerée à thé contient:

Vitamine A	5,000 unités int.
Vitamine D	1,000 unités int.
Acide ascorbique	70 mg.
Chlorure de thiamine	1 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacinamide	10 mg.

Présentation — Bouteilles de 2 et 8 onces

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTRÉAL, CANADA

LA FAÇON WELLCOME DE RÉGLER UN

PROBLÈME SAISONNIER

Chaque automne et chaque hiver, les rigueurs du climat canadien font payer la rançon au citoyen moyen sous forme de rhumes de cerveaux, sinusites et coryza.

Le problème de soulager la congestion nasale associée aux conditions ci-dessus peut se régler efficacement en prescrivant la Solution aqueuse isotonique d'Éphédrine Marque 'Wellcome'. Elle contient 1% d'éphédrine dans une solution Locke modifiée et possède quatre avantages distinctifs qui la font préférer aux médecins judicieux:

1. *Elle a un* ***effet immédiat et prolongé.***
2. *Contrairement aux préparations huileuses ou contenant différents antiseptiques,* ***elle ne nuit nullement à la fonction ciliaire.***
3. *Elle* ***n'est pas irritante*** *et*
4. ***N'est pas suivie de congestion subséquente.***

Flacons de 1 once et 16 onces fl.
Litterature sur demande.

SOLUTION AQUEUSE ISOTONIQUE D'ÉPHÉDRINE Marque 'WELLCOME'

BURROUGHS WELLCOME & CO. (The Wellcome Foundation Limited) **Montréal**

TRAITEMENT DES TROUBLES DU FOIE PAR LES DRAGÉES ENTÉRIQUES

ENTERYDINE

(Autrefois Entero-Boldine)

Recommandées contre les hépatites aiguës ou chroniques, et toute insuffisance biliaire, cause éventuelle de la constipation et de la jaunisse.

Effectuent une dérivation nécessaire aux engorgements du foie, prévenant ainsi la lithiase biliaire qui en découle.

CHAQUE DRAGÉE CONTIENT:

Sels biliaires	.130 gm.	Cascara Sagrada	0.65 gm.
Eukinase	.065 gm.	Artichaut	0.65 gm.
Pancréatine	.065 gm.	Phénolphtaléine	.030 gm.
	Boldine pure .001 gm.		

Mode d'emploi:

Une ou deux dragées entre les repas ou deux dragées au coucher, suivant l'avis du médecin.

DRAGÉES GLUTINISÉES

PYÉLOSE

DIURÉTIQUE ACIDIFIANT MICROBICIDE

Indications: *Pyélites, pyélonéphrites, lithiases, cystites, cholécystites.*

Réalise la désinfection des voies biliaires et urinaires.

CHAQUE DRAGÉE CONTIENT:

Mandalate de Calcium	.06 gm.	Phosphate d'Ammonium	.06 gm.
Hydrate de Terpine	.03 gm.	Acide Nicotinique	.03 gm.
	Benzométhyloxyquinoléine .04 gm.		

Posologie: Deux dragées trois fois par jour suivant l'avis du médecin.

CIRCULAIRES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE.

LABORATOIRES DESAUTELS LIMITÉE LABORATORIES MONTREAL CANADA LIMITED

Au travail . . .
et l'accomplissant avec compétence

La Néo-Synéphrine soulage les symptômes douloureux affectant les voies nasales au cours du rhume banal . . . elle permet au malade de s'acquitter de sa tâche avec moins de malaises, elle procure un sommeil plus reposant — même pendant les phases aiguës du coryza.

Neo-Synephrine

HYDROCHLORIDE

Laevo - α - Hydroxy - β - Methylamino - 3 - Hydroxy - Ethylbenzène hydrochloride

Pour la décongestion nasale

Valeur thérapeutique: Action rapide et prolongée . . . décongestion nasale sans réflexe, absence presque complète de stimulation cardiaque et du système nerveux central; efficacité non diminuée par des applications prolongées; activité ciliaire pratiquement non affectée par son emploi; isotonique pour empêcher l'irritation.

Indications: Dans le traitement symptomatique du rhume banal, de la sinusite et des manifestations allergiques nasales.

Echantillons sur demande.

Mode d'emploi: Dans la plupart des cas on peut employer la solution saline à ¼% au moyen du compte-gouttes, du vaporisateur ou du tampon, ou en émulsion — si une solution plus concentrée est indiquée on emploiera la solution à 1%. La gelée à 2% en tubes est commode pour le malade qui désire la garder sur lui.

Présentation: Solution isotonique saline à ¼% et 1%, émulsion à ¼%, en flacons de 1 once liquide; gelée à ½%, en tubes de ⅝ d'once, avec applicateur.

Frederick Stearns & Company

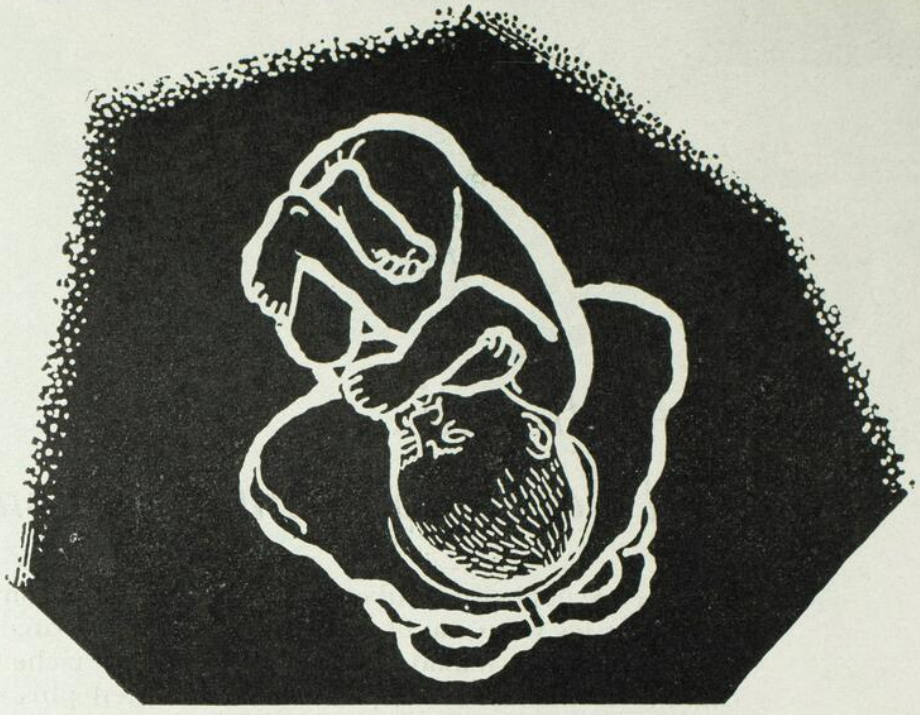
of Canada, Ltd.

WINDSOR • ONTARIO

NEW YORK KANSAS CITY SAN FRANCISCO DÉTROIT, MICH. SYDNEY, AUSTRALIE AUCKLAND, N.-ZÉLANDE

S-37B

Néo-Synéphrine—Marque enregistrée.



L'ANALGÉSIE EN OBSTÉTRIQUE

SÛR • Quatre années de recherches médicales intensives, comportant plus de 1,400 cas rapportés, ont démontré que l'analgésie par le Demerol, en obstétrique, offrait un procédé sûr. L'analgésie par le Demerol est sans danger pour la mère et l'enfant. Elle n'affaiblit pas les contractions utérines et ne prolonge pas le travail. Le médicament ne provoque aucune complication du post-partum.

SIMPLE ET EFFICACE • Le chlorhydrate de Demerol s'administre *per os* ou en injection intramusculaire. Dose moyenne: 100 mg., lorsque les douleurs deviennent régulières, puis on répète la dose trois ou quatre fois à des intervalles de 1 à 4 heures. L'effet analgésique du chlorhydrate de Demerol se situe entre celui de la morphine et celui de la codéine; l'action antispasmodique du Demerol est semblable à celle de l'atropine. Il est doué d'un léger effet sédatif. Cette préparation peut être employée associée à la scopolamine ou à des barbituriques pour l'amnésie.

LITTÉRATURE DOCUMENTAIRE SUR DEMANDE

DEMEROL

Marque de commerce enregistrée au Canada et aux Etats-Unis

C H L O R H Y D R A T E

Marque du CHLORHYDRATE DE MEPERIDINE
(Isonipécaïne)

SUJET AUX LOIS CANADIENNES SUR LES STUPÉFIANTS

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques de qualité pour le médecin

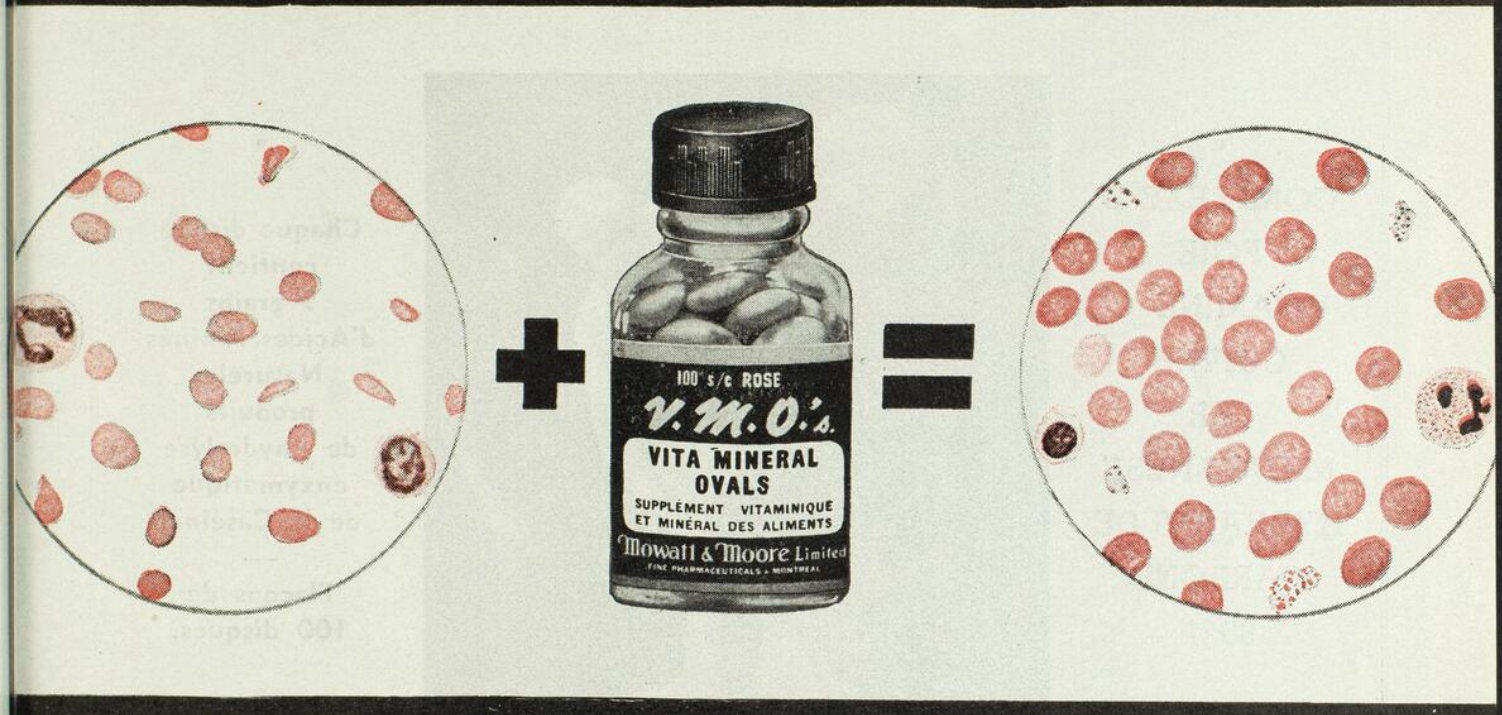
Succursale au service de
MM. les médecins du Québec:
Immeuble "Dominion Square"
Montréal.

Administration et laboratoires:
1019 ouest, rue Elliott
Windsor, Ontario.

V.M.O.'s

(VITA MINERAL OVALS)

AUGMENTATION RAPIDE DE L'HEMOGLOBINE



anémie due à une nutrition défectueuse, aux
émorragies, à la convalescence, à la grossesse ou à
croissance donne toujours lieu à une demande
oissante de fer. Très souvent, une faible absorption
fer accompagne une carence des Vitamines
sentielles.

Les "V.M.O.'s" offrent tous les suppléments de fer
de vitamines nécessaires pour aider à accroître la
uantité d'hémoglobine et les globules rouges du sang

Indications

Anémie Physiologique de la grossesse.
Anémie Hypochrome Idiopathique.
Anémie par Hémorragie Chronique.
Anémie de la Nutrition.
Convalescence.
Chlorose.

Formule

DEUX TABLETTES PRISES MATINS ET SOIR DONNENT EN:

Vitamine A	5000 Unités (Int.)
Vitamine D	500 Unités (Int.)
Vitamine B_1	1000 Unités (Int.)
Riboflavine	400 Unités Sherman, 1 Mg.
Vitamine B_6 (Pyridoxine)	100 Gammas
Niacinamide	10 Mg.
Pantothénate de Calcium	200 Gammas
Sulfate Ferreux	12 Grains
Phosphate de Calcium	6 Grains

M&M Pharmaceuticals

Mowatt & Moore Ltd
FINE PHARMACEUTICALS
MONTREAL

Équilibre parfait

DISCAMIN

Acides Aminés 33 1/3 %

•

COMPLEXE B
FOIE
VITAMINE C
CUIVRE
FER
MANGANÈSE
HYDRATES DE CARBONE
60%

•

LE DISCOBOLE
(Le Louvre)
Paris

•

Chaque disque contient 9 grains d'Acides Aminés Naturels, produits de l'hydrolyse enzymatique de la Caséine.

—

Flacons de 100 disques.

•

DISCAMIN est préparé sous la surveillance et le contrôle immédiat de:

Charles Laurin, B.A., B.Ph.,
Léopold Bergeron, B.A., B.Ph.,
Assistant bactériologiste,
Marcel Daoust, B.A., B.Ph.,
Jean-E. Perras, L.Sc., M.C.I.C.,
Pharmaciens, Chimistes, Analystes,
et Biochimistes.

Tous diplômés de l'Université de Montréal.

•

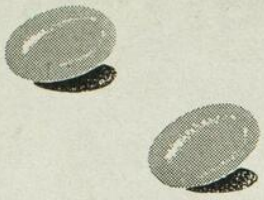
Echantillons sur demande à Messieurs les Médecins seulement.

•

Spécialité du Laboratoire

ASGRAIN & HARBONNEAU Limitée

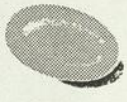
UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL



SENNOSIDES **A & B**

GLYSENNID

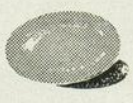
DANS LA CONSTIPATION ATONIQUE



ADULTES: 2 à 4 comprimés par jour

ENFANTS: 1 à 2 comprimés par jour

Echantillons et documentation sur demande



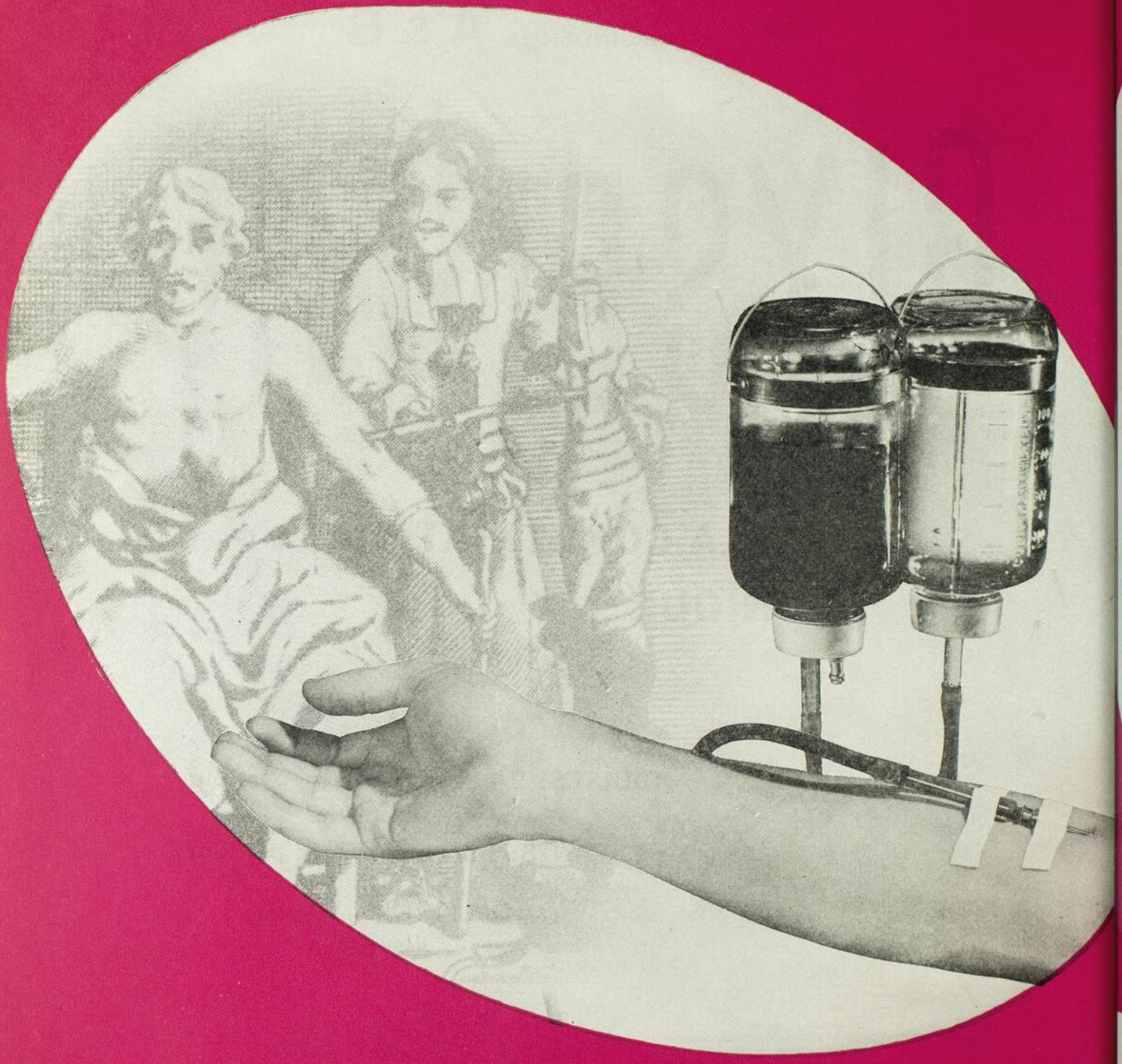
SANDOZ

DIVISION PHARMACEUTIQUE

THE WINGATE CHEMICAL COMPANY LTD.

MONTREAL

manifestement supérieur



White

White's

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

r molybdénisé dans les anémies hypochromes

Les recherches ininterrompues en vue d'améliorer les techniques ont transformé la pratique rudimentaire dangereuse de la transfusion en une méthode scientifique. Dans le traitement médical de l'anémie hypochrome, un grand progrès a aussi été accompli...

Des résultats cliniques démontrent la supériorité thérapeutique du sulfate ferreux molybdénisé (Mol-Iron) sur des doses correspondantes de sulfate ferreux seul:

ACTION PLUS RAPIDE . . . Les valeurs globulaires normales sont rétablies plus rapidement, et chez les malades observés la vitesse de formation de l'hémoglobine augmente de 100 pour cent ou plus.

PLUS COMPLÈTE . . . L'utilisation du fer est aussi plus complète.

MIEUX TOLÉRÉ . . . La tolérance gastro-intestinale est excellente — même chez les malades ayant auparavant manifesté des réactions gastro-intestinales marquées à la suite de l'administration orale d'autres préparations à base de fer *.

Le Mol-Iron est un complexe coprécipité de 3 mg. (environ 1/20 de grain) d'oxyde de molybdène et de 195 mg. (3 grains) de sulfate ferreux *fabriqué par un procédé spécial.*

En flacons de 100 et de 1000 comprimés.

* Healy, J. C.: Hypochromic Anemia, Treatment with Molybdenum-Iron Complex, Journal-Lancet 66:218 (juillet) 1946.

Mol-iron *Tablets*

STREPTOMYCINE

Pour enrayer rapidement les infections dues aux Gram-négatifs

ACTION

Bactériostatique et bactéricide contre un grand nombre de micro-organismes Gram-négatifs.
Pour enrayer rapidement l'infection, des doses maxima doivent être administrées.
La chimiothérapie peut être associée à l'administration de la streptomycine.
L'alcalisation des urines rendra plus efficace le traitement des voies urinaires.

POSOLOGIE

Pour l'obtention d'un effet général, on doit administrer par voie intramusculaire, 0.2 à 0.5 gm. toutes les quatre heures.
Pour diminuer l'action des bactéries sur la flore gastro-intestinale, 0.2 gm. à 0.5 gm. toutes les quatre heures, par voie orale.
Pour usage local, 0.05 gm. par 100 cc. d'eau ou de solution saline (tamponnée à un pH de 7.5 à 8.5 pour le maximum d'efficacité).

INDICATIONS

Pour usage de courte durée (environ 2 à 14 jours):

Infections des voies urinaires dues aux micro-organismes Gram-négatifs.

Infections dues aux souches susceptibles des organismes suivants: **Escherichia coli, Proteus vulgaris, Aerobacter aerogens, Salmonella.**

Traitement pré et post-opératoire des interventions abdominales.

Traitement des plaies chirurgicales infectées par des organismes Gram-négatifs.

Infections dues au **Klebsiella pneumoniae (bacille de Friedlander).**
Infections dues à **H. influenzae.**
Tularémie.

Pour usage prolongé (1 à 6 mois):

Tuberculose, cas choisis.
Bactériémie et endocardite dues aux organismes susceptibles à la streptomycine.

Mode d'emploi inclus dans chaque boîte de streptomycine Merck.

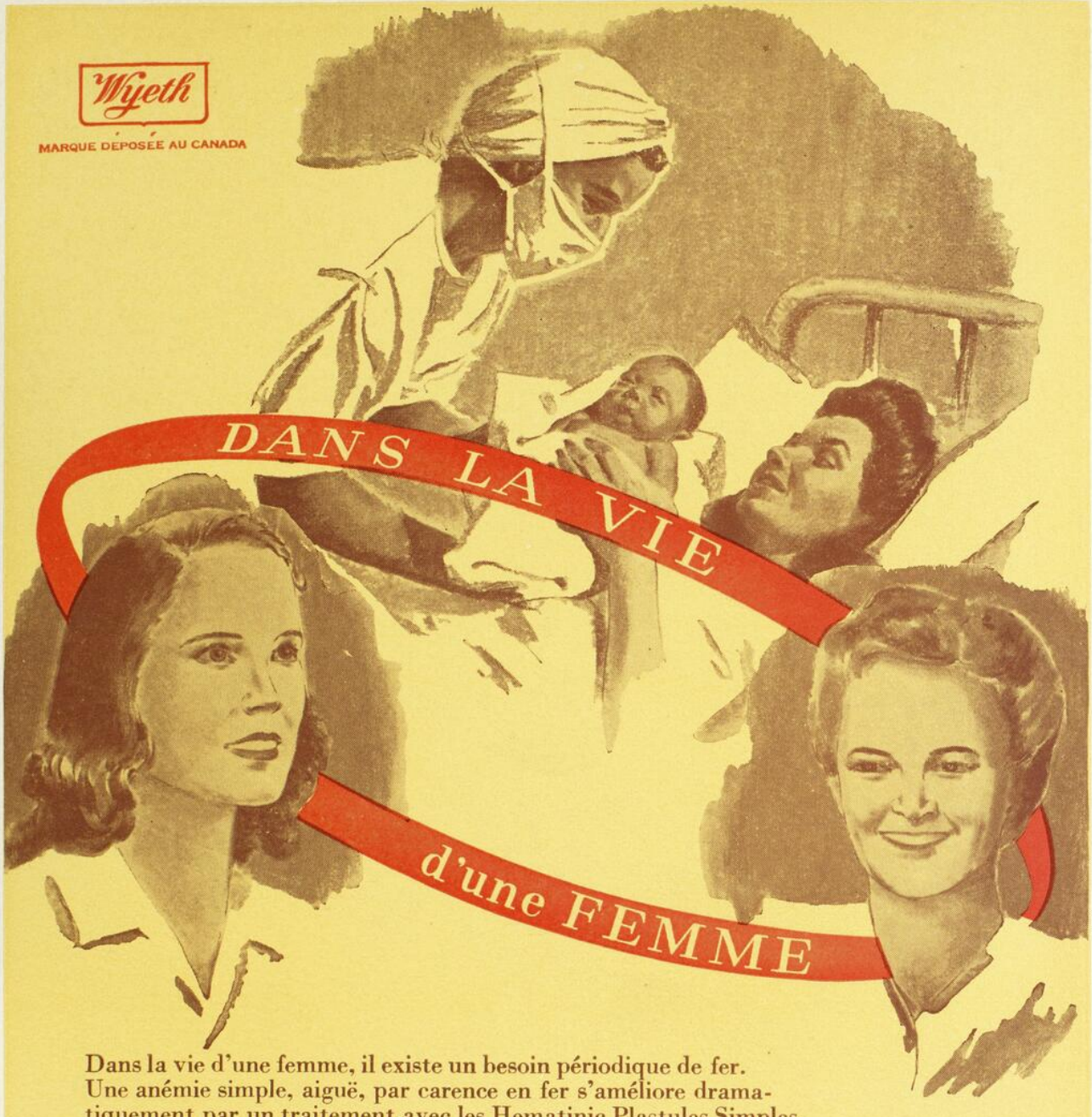
STREPTOMYCINE MERCK
(Chlorhydrate)

FABRIQUÉE AU CANADA
MERCK & CO. LIMITED
Fabricants Chimistes

MONTRÉAL - TORONTO - VALLEYFIELD

Wyeth

MARQUE DÉPOSÉE AU CANADA



Dans la vie d'une femme, il existe un besoin périodique de fer. Une anémie simple, aiguë, par carence en fer s'améliore dramatiquement par un traitement avec les Hematinic Plastules Simples. Lorsque l'anémie est chronique ou d'origine nutritive, nombre de cliniciens trouvent utile l'association du foie et du fer.[1-2]

1. WHIPPLE, G.H., F. S. ROBSCHEIT-ROBBINS et G. B. WALDEN, La valeur du foie dans l'anémie due à l'hémorragie. Am. J. Med. Sc. 179:628-643 (Mai) 1930.

2. MOORE, C.V., Le fer et ses éléments essentiels dans Whol, M.G. Dietotherapy, Philadelphia et London, W. B. Saunders Co., 1945 pp. 98-107.

Hematinic Plastules

Nom déposé au Canada

SIMPLES

BOUTEILLES DE 75

DOSE: une plastule trois fois par jour

Une ordonnance de 75 assure au moins 25 jours de médication.

AVEC FOIE

BOUTEILLES DE 50 et de 150

DOSE: deux plastules trois fois par jour

Une ordonnance de 150 assure au moins 25 jours de médication.

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

double indemnité

CONTRE LA CARENCE EN VITAMINES

Vitules

NOM DÉPOSÉ AU CANADA

UNE CAPSULE MULTIVITAMINIQUE QUI CONTIENT DE LA CAROTÈNE (PROVITAMINE A)

Vérifiez la formule

PUISSANCE PROTÉGÉE, à la fois la carotène et la vitamine A sont protégées et stabilisées par les tocophérols mixtes qui assurent à votre patient la dose indiquée de vitamine A. Les Vitules fournissent aussi des quantités adéquates des autres vitamines reconnues essentielles pour la nutrition humaine.

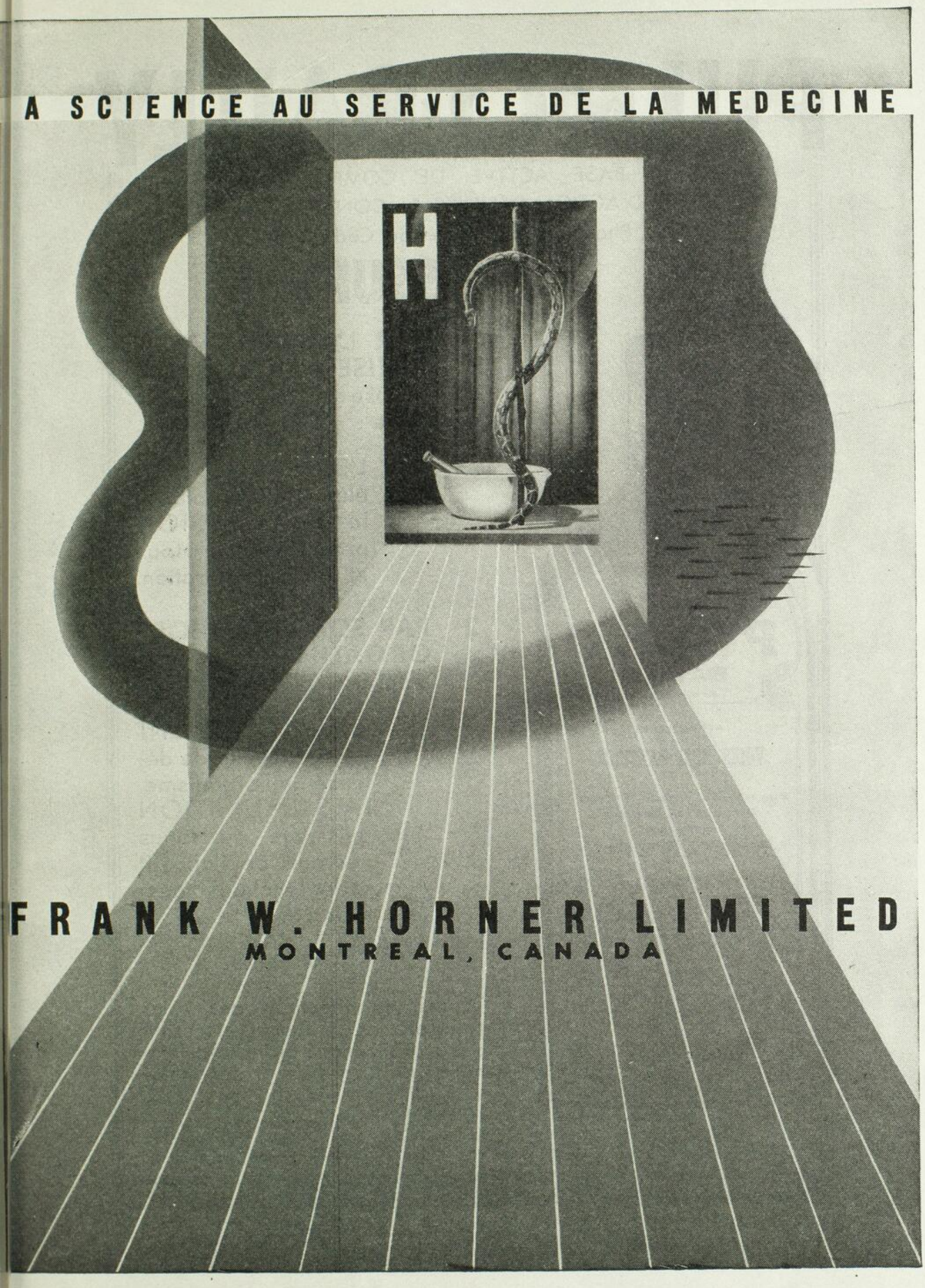
Conditionnement: Bouteilles de 30 et de 100

Chaque capsule contient:

Activité de la vitamine A*..	5000 U.I. √	Acide ascorbique.....	30.0 mg. √
Chlorhydrate de thiamine....	1.0 mg. √	Vitamine D.....	500 U.I. √
Riboflavine	2.0 mg. √	Tocophérols mixtes.....	3.0 mg. √
Pyridoxine	1.0 mg. √	Concentré de foie (extrait de	
Niacinamide	10.0 mg. √	2.5 gm. de foie total)	125.0 mg. √
Pantothénate de calcium....	10.0 mg. √	Levure des brasseries	125.0 mg. √

*1000 unités de la carotène; 4000 unités d'huiles de foie de poissons.

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


A SCIENCE AU SERVICE DE LA MEDECINE
H
FRANK W. HORNER LIMITED
MONTREAL, CANADA

PULMO-BAILLY

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

ASSURE :

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

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

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

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

●

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

●

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

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

C'est un traitement nouveau non seulement par son emploi des acides Aminés mais aussi par son action protectrice de l'ulcère le mettant à l'abri des sucs gastriques tout en hâtant la cicatrisation.

La THÉRAPEUTIQUE ULCAPS apporte une application entièrement nouvelle à certains principes fondamentaux, d'usage courant en médecine depuis nombre d'années, régissant le traitement de l'Ulcère peptique.

Les rapports cliniques sur l'emploi d'ULCAPS ont intéressé la profession médicale à un degré très significatif.

Vous recevrez sur demande le pamphlet documentaire — Nouveau Traitement Ambulatoire des Ulcères Gastriques.

100 PER CENT ETHICAL — 100 PER CENT CANADIAN

Anglo-CANADIAN DRUG anca Company LIMITED

OSHAWA CANADA

Un format d'essai vous parviendra sur demande.

Distributeurs pour la province de Québec:

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE
MONTRÉAL - P. Q.

PROVEINASE

MIDY

"RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE"

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

2 à 6 comprimés par jour.

LABORATOIRES MIDY - PARIS

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

GÉNATROPINE Paralysant du vague

POLONOVSKI et NITZBERG.

Propriétés: Sédatif de l'hypersécrétion et de l'hypermotricité digestive. Toxicité d'environ 200 fois plus faible que celle de l'Atropine.

Indications: Hyperchlorhydrie, Spasmes digestifs, Vomissements, Aérophagie, Coliques, Diarrhées.

Posologie: La dose moyenne est de 4 à 6 granules par jour. Si l'on prescrit les gouttes, on en donnera 10 à 30, deux ou trois fois par jour, deux heures après les repas. Les injections sous-cutanées se donnent à raison d'une à trois ampoules par jour.

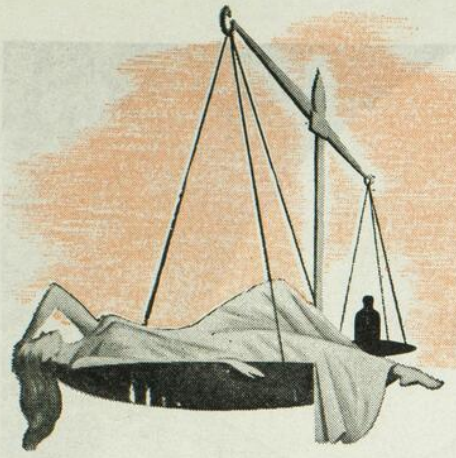
Présentation: Granules au ½ mgr. flacon de 60 granules.

Gouttes, solution à 1.5 p. 1000, flacon de 20 c.c.

Ampoules dosées à 2 mgr. boîte de 10 amp. de 1 c.c.

Laboratoires AMIDO — PARIS

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



Quand une vie reste en balance...

. . . et que la dénutrition progressive augmente la gravité du pronostic, la déplétion des réserves de protéines dans l'organisme peut être évitée. Parenamine — administré par voie parentérale — offre la source d'acides aminés indispensables — cette préparation renferme les éléments protéiques nutritifs . . . elle maintient le processus de récupération essentiel à la guérison.

Parenamine

Acides aminés de Stearns

PARENTERAL

Dans les carences de protéines

Parenamine est une solution stérile à 15% de tous les acides aminés reconnus essentiels dans l'alimentation humaine, et provenant de l'hydrolyse acide de la caséine et fortifiés par l'addition de *dl*-tryptophane pur.

Indications: Dans les cas où l'apport de substances protéiques est insuffisant, quand l'absorption est déficiente, lorsqu'il y a un besoin accru ou perte excessive de protéines, tel que dans le traitement pré et post-opératoire, les brûlures graves, la cicatrisation lente, les troubles gastro-intestinaux, etc.

Mode d'emploi: Voies intraveineuse, intrasternale ou sous-cutanée.

Présentation: Solution stérile à 15%, en flacons de 100 cc. avec bouchon de caoutchouc.

Extraits et données cliniques envoyés sur demande.

Frederick Stearns & Company
of Canada, Ltd.
WINDSOR ONTARIO

NEW YORK KANSAS CITY SAN FRANCISCO DÉTROIT, MICH. SYDNEY, AUSTRALIE AUCKLAND, N.-ZELANDE

S-27B

Parenamine—Marque enregistrée

Signal D'Alarme

Albumine dans l'urine—globules rouges—cylindres: signes de danger!

Pour un pronostic plus encourageant dans la glomérulo-néphrite chronique, on devrait ajouter au mode de traitement déjà en cours, au repos et au régime, l'administration orale de Nephritin, agent organothérapique rénal, provenant de substance de rein frais, préparé selon un procédé spécial.

Le Nephritin s'est montré très efficace pour augmenter la diurèse, influencer favorablement la production de l'urée et des élements solides, diminuer l'oedème et soulager les symptômes subjectifis.

Posologie: Dans la glomérulo-néphrite chronique on devrait administrer 4 comprimés de Nephritin quatre à six fois par jour; dans les cas aigus, 4 comprimés six à huit fois par jour *Il est important d'administrer de fortes doses de Nephritin.*

Présentation: Flacons de 80, 500 et 1000 comprimés.

REED & CARNRICK (CANADA) LTD.
TORONTO, ONTARIO, CANADA

NEPHRITIN

Alerte à 4.11 Heures

La nervosité préo-pératoire est intensifiée par une nuit sans sommeil. Parce qu'ils s'en rendent compte, beaucoup de chirurgiens soigneux ont pris l'habitude de prescrire, comme mesure de routine, 1½ grain de Nembutal la veille, en plus de la dose d'une ou deux capsules de 1½ grain couramment administrée environ une heure avant l'opération. Les hommes de l'art savent que le patient est préparé ainsi, sa crainte et sa nervosité sont en grande partie calmées au moment où il arrive à la salle d'opération, ce qui permet une induction plus douce de l'anesthésie et facilite le travail chirurgical. Ils connaissent la *sécurité clinique* bien établie du Nembutal, caractéristique due en partie à la brièveté d'action de la drogue qui permet un réveil rapide, et en partie à la dose environ moitié moindre que pour la plupart des barbituriques qui diminue considérablement la quantité de drogue à éliminer. Bénéficiez-vous déjà, ainsi que vos malades, de ces avantages? Sinon, votre pharmacien ou votre hôpital sera heureux de coopérer en vous les procurant . . .

DES AUJOURD'HUI.

Laboratoires Abbott Limitée - Montréal 8.

NEMBUTAL

NOM DEPOSE

(Ethyl - (1-Méthylbutyl) - Barbiturate de Sodium, Abbott)

JUSQU'A QUEL POINT LE SOL NOURRICIER EST-IL VRAIMENT NOURRICIER?

D'après le rapport d'une étude récente très importante, la teneur en vitamines des céréales et des fruits peut varier de 100 jusqu'à 600 pour cent selon la variété et le sol où ils sont cultivés. On y signale que de tels écarts peuvent faire toute la différence entre un apport optimum ou déficitaire de vitamines. On ne peut s'attendre que les denrées soient accompagnées d'une carte d'origine et d'identité. En outre, il y a tant de cas où un apport journalier insuffisant des vitamines importantes provient du caprice, du manque d'appétit, ou tout simplement de la négligence ou de l'indifférence, qu'il est parfois nécessaire de prescrire des appoints vitaminiques pour parer aux variations, tant évitables qu'inévitables, dans la teneur du régime en vitamines. Pour les insuffisances subcritiques, reconnues ou soupçonnées, un grand nombre de médecins prescrivent un produit vitaminique sûr. Pourquoi ne pas spécifier des produits Abbott afin d'assurer à vos malades des produits portant une garantie de pureté et d'activité. LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE, MONTREAL 8.

CAPSULES DAYAMINE ABBOTT

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 75:

MM. Allard (Eugène) ; Amyot (Roma) ; Arcand (Arthur) ; Archambault (Jules) ; Archambault (Paul-René) ; Badeaux (François) ; Beaudoin (Hervé) ; Beaudry (Maurice) ; Beaulieu (Roger) ; Beauregard (Jean-Marie) ; Béclère (Claude) ; Bélisle (Maurice) ; Bélisle (Philippe) ; Bertrand (Albert) ; Bisson (Christophe) ; Blain (Emile) ; Blanchard (G.-A.) ; Boisvert (Raymond) ; Bombardier (J.-P.) ; Bonnier (Maurice) ; Boucher (Roméo) ; Boudreau (Marcel-A.) ; Bourgeois (Paul) ; Bousquet (Jean-Paul) ; Brodeur (Paul) ; Brun (José F.) ; Bruneau (Jacques) ; Cantero (Antonio) ; Cauchon (Roland) ; Cayer (Lomer) ; Champeau (Jean) ; Charbonneau (J.-H.) ; Charest (F.) ; Charest (G.) ; Charpy (J.) ; Chicoine (Paul) ; Clermont (Moïse) ; Côté (G.-Léo) ; Courchesne (Georges-H.) ; Cousineau (Georges) ; Couture (Ernest) ; Dandurand (René) ; David (Paul) ; Demers (F.-X.) ; Desjardins (Edouard) ; Doré (Réal) ; Duberger (R.-L.) Dufresne (Origène) ; Dufresne (Roger-R.) ; Dumas (Paul) ; Dussault (Roland); Fauteux (Mercier) ; Finland (Maxwell) ; Fortier (de la Broquerie) ; Frappier (Armand) ; Frégault (Guy) ; Gagnon (Arthur) ; Gagnon (Jacques) ; Gariépy (J.-U.) ; Gariépy (L.-Henri) ; Gauthier (Fernand) ; Gauthier (P.) ; Gélinas (Henri) ; Gérin-Lajoie (Léon) ; Gilbert (Jules) ; Gratton (Armand) ; Grégoire (Fernand) ; Grégoire (Georges) ; Groleau (Lionel) ; Groulx (Adélard) ; Houot (A.) ; Jobin (Pierre) ; Julien (P.-E.) ; Jutras (Albert) ; Laberge (Lasalle) ; Lacasse (Gustave) ; Lachance (Roger) ; Lacharité (Hervé) ; Laliberté (Henri) ; Lambert (Adrien) ; Laperrière (Vincent) ; Lapierre (Gaston) ; Larichellière (Raymond) ; Laroche (A.-G.) ; Latraverse (V.) ; Laurier (Yvon) ; Lauzer (Rosaire) ; Leblond (Sylvio) ; Leblond (Wilfrid) ; Lefrançois (Charles) ; Legault (Jean-Paul) ; Léger (Jean-Louis) ; Lépine (Edgar) ; LeSage (Albert) ; LeSage (Jean) ; L'Espérance (A.) ; Lessard (Richard) ; Letendre (Paul); Letondal (Paul); Longpré (Daniel); Longtin (Léon); P. L.; Maranda (E.); Marin (Albéric); Marion (Donatien); Marion (Pierre); Morin (Eustace); Morissette (Léopold); Noël (Victor); Panisset (Maurice); Paquet (Adrien); Paquette (J.-Philippe); Paré (Louis) ; Pesant (Laurent) ; Pettigrew (Ant.) ; Pichette (Henri) ; Pinsonneault (G.) ; Plamondon (Marcel) ; Plichet (André) ; Plouffe (Adrien) ; Poliquin (Paul-A.) ; Pouliot (Ant.) ; Prévost (Jules) ; Riopelle (Joseph-Luc); Rioux (Armand); Rochette (Roméo) ; Roy (Louis-Philippe) ; Saint-Martin (Maurice) ; Samson (J.-Ed.) ; Sanche Hector) ; Saucier (Jean) ; Selye (Hans) ; Simard (Raymond); Simonnet (Henri); Sirois (Jean); Smith (Henri) ; Smith (Pierre) ; St-Onge (Gérard) ; Sylvestre (J.-Ernest) ; Sylvestre (Lucien) ; Tagnon (Henri-J.) ; Tétreault (Adélard) ; Têtu (Félix) ; Thébaud (Jules) ; Thibault (Eugène) ; Tourangeau (F.-J.) ; Tremblay (Jean) ; Turcotte (M.) ; Vachon (Malcolm) ; Vallée (Louis-Yvan) ; Valois (Antoine) ; Vézina (Norbert) ; Vidal (J.-A.) ; Voyer (Victorin) ; Wallis (Robert).

Les origines du virus tuberculeux sont probablement contemporaines des temps très reculés où les hommes commencèrent à vivre en groupes sociaux compacts. Elliott Smith et Armand Ruffer, Fouquet, Woodjones et Derry, étudiant de nos jours les momies d'Egypte, ont pu déceler les effets des ravages qu'il exerçait sur les sujets des Rhamsès et des Pharaons. Dans les temps anciens, les Védas de l'Inde, le Zend-Avesta, livre sacré des Parsis, les écrits d'Hippocrate, ceux de Celse, d'Arétée de Cappadoce (70 ans après Jésus-Christ) et d'Avicenne abondent en documents relatifs à l'histoire de la phtisie.

Mais la maladie humaine à laquelle ce nom devait rester définitivement attaché ne fut réellement caractérisée qu'à la fin du XVIIIe siècle avec les travaux des médecins anglais Th. Reid (1785), puis Baillie (1793), qui attirèrent les premiers l'attention sur les granulations et les tubercules dont le volume s'accroît et dont le centre devient purulent jusqu'à former de vastes abcès dans la masse du poumon.

Un peu plus tard (1810), G. L. Bayle crut pouvoir différencier le tubercule miliaire, qu'il rencontrait chez certains phtisiques, d'autres formes granuleuses ressemblant à du cartilage et qui produisaient, selon lui, la phtisie tuberculeuse. Il eut le grand mérite de montrer le premier que la tuberculose miliaire n'est point une lésion locale, circonscrite au poumon, mais une maladie générale, « probablement identifiable avec la scrofule ».

Il appartenait à Laënnec (1781-1826) d'établir les bases vraiment précises de nos connaissances anatomo-pathologiques sur la tuberculose. Ce médecin de génie, qui devait succomber à l'âge de 45 ans aux atteintes du terrible mal dont l'étude l'avait illustré, fit la claire démonstration de l'unicité de la matière tuberculeuse, d'abord grise et semi-transparente (granulation grise), ensuite jaune et opaque, puis purulente.

« La matière tuberculeuse peut se développer, disait-il, dans les poumons et dans les autres organes sous deux formes principales : celle de corps isolés (granulation, tubercule miliaire, tubercule cru, tubercule caséeux, ulcéreux ou caverne) et d'infiltration ». Il individualisait ainsi les deux types anatomiques principaux de la tuberculose, que nous dénommons aujourd'hui type folliculaire et type non folliculaire. Grâce à la méthode d'auscultation médiate dont il fut le prestigieux inventeur, il apprit à dépister sur le vivant la germination des tubercules. L'humanité devra lui être éternellement reconnaissante d'avoir créé ainsi le premier procédé scientifique de diagnostic de la phtisie.

« Il n'est peut-être aucun organe, écrivait Laënnec, qui soit exempt du développement des tubercules. J'indiquerai ici ceux dans lesquels j'en ai trouvé, et à peu près dans l'ordre de fréquence : les glandes bronchiques et médiastines, les glandes cervicales, les glandes mésentériques, celles de toutes les parties du corps..., la surface du péritoine et des plèvres, où les tubercules petits et très nombreux se rencontrent ordinairement dans l'état gris et demi-transparent, ou de crudité..., la rate..., le cerveau..., le corps des vertèbres ou l'intervalle de leurs appareils ligamenteux; l'épaisseur des côtes; tous les autres os... Les tubercules se développent plus rarement dans les muscles du mouvement volontaire que dans aucune autre partie... Quelquefois, mais très rarement, la production des tubercules commence dans les organes que nous venons de nommer, et surtout dans les membranes muqueuses intestinales ou les glandes lymphatiques, et le développement des tubercules dans les poumons est le produit d'une éruption secondaire. »

La nature infectieuse de la maladie lui apparaissait donc évidente. Il croyait aussi à la parenté étroite des tubercules pulmonaires avec les tubercules des glandes auxquels on donne le nom de scrofules « et dont le ramollissement est, comme on sait, suivi très souvent d'une guérison parfaite ».

A. CALMETTE.

BULLETIN

LA SANTÉ ET LE MONDE

Des deux guerres mondiales, les hommes ont fait surgir deux institutions qui pourraient être jugées comme deux bienfaits pour l'humanité.

La première fut la Société des Nations. Elle avait pour mission de régler les litiges entre les nations et de sauvegarder la paix. En plus, elle centralisa et groupa de multiples contrôles sur des activités, entreprises et initiatives qui intéressaient le travail, la santé, etc.

Les intrigues politiques, les compromis, les jeux de coulisse des politiciens, la rapacité de certaines nations, ont ruiné le rôle pacificateur de la Société des Nations. Mais dans le domaine où les intérêts matériels des pays et la cupidité des groupes financiers n'étaient pas intéressés, elle accomplit une œuvre vraiment utile. Et pour l'hygiène, pour la santé, elle apporta incontestablement une contribution sérieuse et profitable.

La seconde guerre fit périr définitivement la Société des Nations qui agonisait déjà depuis plusieurs années.

Sur les ruines du dernier conflit s'édifie maintenant l' « Organisation des Nations Unies ». Sa fin est la paix et ses moyens devraient prendre source dans les principes de la Charte de l'Atlantique. Et, comme son aînée, elle s'intéresse aussi à la santé des peuples.

L'O.N.U. par l'intermédiaire de son « Conseil économique et social » désire exercer une action mondiale sur la santé publique.

Il s'agit en définitive d'un contrôle mondial des moyens à mettre en œuvre en regard de la médecine préventive, de la médecine sociale et de la médecine psychologique.

Déjà, et dans le but de préparer un projet, une Commission de seize membres appartenant à autant de pays, formée par le Conseil économique, s'est réunie à Paris en mars et avril 1946.

Le docteur G. B. Chisholm [1], du Canada, en était le rapporteur général.

---

1. Le docteur Chisholm était, avant d'être délégué à la Commission, sous-ministre de la Santé à Ottawa. Certaines de ses conférences ont éveillé l'opinion publique. il y a quelques mois.

Cette Commission rédigea un projet de constitution pour l'Organisation mondiale de la Santé et un projet d'ordre du jour pour la Conférence mondiale de la Santé. Elle vota huit résolutions.

La Conférence mondiale de la Santé fut convoquée par le Conseil économique et social de l'O.N.U. et se tint à New-York en juillet 1946. Elle réunit deux cents délégués sanitaires et juridiques représentant la plupart des nations du monde, et les organismes suivants: le Bureau sanitaire panaméricain; l'Office international d'hygiène, l'U.N.R.R.A., l'U.N.E.S.C.O., l'Organisation de l'alimentation et de l'agriculture, l'Organisation internationale de l'aviation civile, le Bureau international du travail, la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, la Fondation Rockefeller, la Fédération syndicale internationale.

On accepta, après modification, le projet de la Commission de Paris; on adopta les quatre conclusions suivantes:

La constitution de l'Organisation mondiale de la Santé;

l'arrangement pour l'établissement d'une commission intérimaire de cette organisation;

le protocole relatif à la dissolution de l'Office international d'hygiène publique;

l'Acte final de la conférence.

Ces conclusions furent signées par les délégués de 51 nations, dont l'U.R.S.S. Cette « Organisation de la Santé » remplacera l'Office International d'Hygiène Publique, l'Organisation d'Hygiène de la S.D.N. (déjà disparue) et la Division d'Hygiène de l'U.N.R.R.A. (temporairement établie).

Le préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé constitue en quelque sorte le programme qu'elle se destine. Il constitue sa charte et les fins qu'elle tendra à satisfaire. En voici les différents articles:

Préambule: « Les Etats parties à cette Constitution déclarent, en accord avec la Charte des Nations Unies, que les principes suivants sont à la base du bonheur des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité:

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

« La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des Etats.

« Les résultats atteints par chaque Etat dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous.

« L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.

« Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.

« L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé.

« Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.

« Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

« ACCEPTENT CES PRINCIPES, dans le but de coopérer entre elles et avec tous autres pour améliorer et protéger la santé de tous les peuples, les Hautes Parties contractantes acquiescent à ladite Constitution et établissent par les présentes l'Organisation mondiale de la santé comme une institution spécialisée des Nations Unies. »

L'article premier proclame: « Le but de l'Organisation mondiale de la santé est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. »

L'article 2 est ainsi conçu:

« L'Organisation, pour atteindre son but, assure les fonctions suivantes:

a) agir en tant qu'autorité directrice et coordinatrice des travaux ayant un caractère international dans le domaine de la santé;

b) établir et maintenir une collaboration effective avec les Nations Unies, les institutions spécialisées, les administrations gouvernementales de la santé, les groupes professionnels, ainsi que telles autres organisations qui paraîtront indiquées;

c) aider les gouvernements, sur leur demande, à renforcer leurs services de santé;

d) fournir l'assistance technique appropriée, et, dans les cas d'urgence, l'aide nécessaire, à la requête des gouvernements ou sur leur acceptation;

e) fournir ou aider à fournir, à la requête des Nations Unies, des services sanitaires et des secours à des groupements spéciaux, tels que les populations des territoires sous mandat;

f) établir et entretenir tels services administratifs et techniques jugés nécessaires, y compris des services d'épidémiologie et de statistique;

g) stimuler et faire progresser l'action tendant à la suppression des maladies épidémiques, endémiques et autres;

h) stimuler, en coopérant au besoin avec d'autres institutions spécialisées, l'adoption de mesures propres à prévenir les dommages dus aux accidents;

i) favoriser, en coopérant au besoin avec d'autres institutions spécialisées, l'amélioration de la nutrition, du logement, de l'assainissement, des loisirs, des conditions économiques et de travail, ainsi que de tous autres facteurs de l'hygiène du milieu;

j) favoriser la coopération entre les groupes scientifiques et professionnels qui contribuent au progrès de la santé;

k) proposer des conventions, accords et règlements, faire des recommandations concernant les questions internationales de santé et exécuter telles tâches pouvant être assignées de ce fait à l'Organisation et répondant à son but;

l) faire progresser l'action en faveur de la santé et du bien-être de la mère et de l'enfant et favoriser leur aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation;

m) favoriser toutes activités dans le domaine de l'hygiène mentale, notamment celles se rapportant à l'établissement de relations harmonieuses entre les hommes;

n) stimuler et guider la recherche dans le domaine de la santé;

o) favoriser l'amélioration des normes de l'enseignement et celles de la formation du personnel sanitaire, médical et apparenté;

p) étudier et faire connaître, en coopération au besoin avec d'autres institutions spécialisées, les techniques administratives et sociales concernant l'hygiène publique et les soins médicaux préventifs et curatifs, y compris les services hospitaliers et la sécurité sociale;

q) fournir toutes informations, donner tous conseils et toute assistance dans le domaine de la santé;

r) aider à former, parmi les peuples, une opinion publique éclairée en ce qui concerne la santé;

s) établir et reviser, selon les besoins, la nomenclature internationale des maladies, des causes de décès et des méthodes d'hygiène publique;

t) standardiser, dans la mesure où cela est nécessaire, les méthodes de diagnostic;

u) développer, établir et encourager l'adoption de normes internationales en ce qui concerne les aliments, les produits biologiques, pharmaceutiques et similaires;

v) d'une manière générale, prendre toute mesure nécessaire pour atteindre le but assigné à l'Organisation. »

Il est indéniable qu'un tel organisme de l'O.N.U. contribuera grandement à la santé des humains. Les méthodes les plus éprouvées, les moyens les plus modernes et les plus efficaces seront conseillés aux nations. Les études et les constatations seront centralisées vers un corps formé d'experts qui pourront, sans intermédiaires et sans « accrochage » ni retardement, donner suite, vers les destinataires, à leurs recherches et à leurs décisions ultimes.

L' « Organisation des Nations Unies » arrivera-t-elle à éloigner la guerre du monde? Nos espérances, si elles devaient lui procurer cette efficience, la rendraient immédiatement et radicalement opérante à cette fin.

Elle saura sûrement améliorer nos modes d'action pour l'obtention d'une meilleure médecine préventive et sociale.

A tout événement, que le sort de la Société des Nations ne lui soit pas réservé.

Les nobles aspirations de l'homme, ses généreuses cogitations, sont le produit de l'esprit et du cœur opérant dans le silence des cabinets de travail ou dans l'enthousiasme collectif des assemblées d'experts; la réalisation de ces aspirations et de ces cogitations rencontre malheureusement les appétits des hommes animés par des idéologies extrémistes ou entraînés par des intérêts de groupes. Il en résulte un choc et l'élan des appétits est trop souvent d'une force qui arrête la marche des idées fécondes et humanitaires. Les œuvres de santé habituellement n'éprouvent pas ces malheureuses entraves. Mais, en la contre-partie, leurs bienfaisants résultats sont annihilés par des tueries en masse et des malheurs inconcevables qui résultent des échecs de la politique de conciliation entre les nations [1].

ROMA AMYOT.

---

1. L'article des docteurs Maurice De Laet et René Sand: *Bruxelles Médical*, **26**: 1231 (20 octobre) 1946, nous a servi pour la rédaction de ce Bulletin.

ÉTAT ACTUEL DU TRAITEMENT CHIMIQUE ET BIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE [1]

Maurice GIROUX,
Chef des Laboratoires de l'hôpital Laval (Québec).

La chimiothérapie des diverses infections est basée sur l'activité bactériostatique du produit chimique employé, et également, pour une très large part, sur son degré de toxicité pour les organismes qui en sont imprégnés.

On sait qu'il y a une foule de substances ayant une action inhibitrice marquée *in vitro* sur de multiples souches bactériennes, mais quand on veut leur faire jouer le même rôle chez l'animal, et plus chez l'humain, leur emploi est prohibé par de nombreuses réactions toxiques, rendant leur présence dans ces organismes plus dommageable qu'utile. Les expériences chez l'animal avec les divers sulfamidés, de même qu'avec tous les antibiotes actuellement connus, relèvent donc de ces deux principes thérapeutiques.

C'est également pourquoi la sulfadiazine semble, à priori, susceptible d'avoir une action favorable sur l'évolution de la tuberculose du cobaye, sans lui causer trop de troubles toxiques.

C'est la raison qui a incité C. R. Smith et F. W. Oechsli (1) à employer ce sulfamidé dans la tuberculose du cobaye, avec des résultats assez bons que ces auteurs ont rapportés en juillet 1945. Par ailleurs M. I. Smith, E. W. Emmart et B. B. Westfall (2) ont constaté que la sulfadiazine a une action inhibitrice complète sur la culture du bacille de Koch, *in vitro*, à une concentration de 10 milligrammes %.

L'expérience rapportée ici, et effectuée à l'hôpital Laval, concernant l'étude de l'action de la sulfadiazine sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye, fut commencée en avril 1945.

1. Communication au XVIIIe Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, juin 1946.

Marche de l'expérience

Cet essai comprend vingt-quatre (24) cobayes d'un poids moyen de 521 grammes, choisis depuis quelque temps auparavant dans un élévage indemne de tuberculose spontanée, et soumis depuis leur naissance à des conditions connues d'alimentation et de température ambiante. Ces cobayes sont inoculés le 11 avril 1945, dans la cuisse gauche, avec ½ cc. d'une suspension homogène de bacille de Koch, contenant 0.1 de milligramme d'une souche humaine (souche A. R.) de bacilles cultivés depuis environ 40 jours, sur milieu de Loewenstein, après avoir été isolé d'un cobaye mort de tuberculose de Villemin.

Cette même souche est en même temps inoculée au lapin, par injection intraveineuse dans la veine marginale de l'oreille, et après deux mois se révèle être une souche humaine, avec cependant une virulence assez marquée.

Les 24 cobayes sont divisés en quatre groupes de 6 animaux chacun, soit...

Groupe T: comprenant 6 cobayes témoins inoculés, mais non traités.

Groupe A: soit 6 cobayes traités le jour même de l'inoculation par 300 milligrammes de sulfadiazine par jour.

Groupe B: soit 6 cobayes traités une semaine après l'inoculation par la même quantité du sulfamidé.

Groupe C: comprenant 6 cobayes traités trois semaines après l'inoculation par la sulfadiazine.

La sulfadiazine est, suivant l'habitude adoptée ici, donnée en ingestion dans du sirop simple, à raison de deux portions de 150 milligrammes chacune, l'avant-midi et l'après-midi, afin de maintenir un taux raisonnable dans le sang.

La durée de l'expérience est fixée à quatre

mois, ce laps de temps permettant, comme l'ont d'ailleurs suggéré W. H. Feldman et H. C. Hinshaw (3), de juger de la valeur thérapeutique d'un agent chimique antituberculeux.

De plus, la subdivision en trois groupes permet de juger de l'action du médicament non seulement sur la bacillémie du cobaye, mais également, ce qui est beaucoup plus important, sur des lésions tuberculeuses bien constituées, comme par exemple après trois semaines d'une tuberculose évolutive due à une injection d'une quantité assez forte de bacilles de Koch.

Les cobayes sont sacrifiés théoriquement à raison d'un animal de chaque groupe, soit T., A., B., C., après 15 jours, 1 mois, 1½, 2, 3 mois, et après 4 mois de traitement.

Après l'autopsie soignée de chaque animal, les organes sont tous fixés au Bouin pour examen histologique, le foie et la rate étant fixés et conservés au Jorès pour montage ultérieur.

Les examens sanguins comprennent le dosage de la sulfadiazine dans le sang, et devaient également comprendre des examens hématologiques répétés, que le manque de temps ne nous a malheureusement pas permis d'effectuer au complet.

Le poids des animaux en expérience est aussi noté régulièrement, et une surveillance journalière permet de suivre l'effet du produit chimique: c'est ce qui révèle un certain degré d'intoxication générale avec perte anormale de poids, après environ un mois et demi du traitement.

Pour remédier à cet état de chose, la dose ingérée est diminuée pendant une semaine à 100 milligrammes, pour être remontée à 200 mgrms, par jour, jusqu'à la fin de l'expérience.

Résultats obtenus

Voici les résultats obtenus en groupant toujours un animal de chaque groupe, mais en tenant compte des décès prématurés, suivant le laps de temps fixé.

Après 15 jours.

Cobaye 101: témoin; poids 422 grammes. Ganglions inguinaux et lombaires de la taille d'une fève; rate hypertrophiée et granuleuse; les autres organes sont macroscopiquement normaux. L'histologie révèle cependant la présence de follicules tuberculeux dans le foie.

Cobaye 107: groupe A; poids 472 grammes. Tout petit ganglion lombaire, mais rien aux autres organes, ni macroscopiquement, ni microscopiquement.

Cobaye 113: groupe B; poids 453 grammes. Petits ganglions caséeux dans l'aine et la région lombaire; rate, foie et poumons sont macroscopiquement normaux; mais l'histologie révèle que les ganglions sont caséeux, et qu'il y a quelques follicules tuberculeux dans la rate.

Le cobaye 115, groupe B, meurt deux jours après le précédent, avec de multiples hémorragies, mais des lésions tuberculeuses superposables.

Aucun cobaye du groupe C n'est sacrifié, le traitement n'étant pas encore commencé.

Après un mois.

Cobaye 102: témoin; poids 418 grammes. Ganglions caséeux de la taille d'un gros haricot, avec abcès ulcéré de l'aine; rate et foie gros et caséeux; poumons parsemés de granulations.

Cobaye 108: groupe A; poids 350 grammes. Petits ganglions lombaires et inguinaux; rate et foie et poumons indemnes de lésions tuberculeuses.

Le cobaye 109, du même groupe, meurt d'hémorragies intestinales avec dilatation marquée du côlon.

Cobaye 114: groupe B; poids 405 grammes. Ganglions caséeux inguinaux et lombaires; rate: foyers caséeux minimes; foie: petits nodules caséeux; poumons normaux.

Cobaye 123: groupe C; poids 287 grammes. Ganglions petits, mais nombreux; rate et foie sont gros et caséeux; poumons parsemés de fines granulations.

Les cobayes 124 et 125, du même groupe, meurent à la même date, avec des lésions identiques.

Après 1½ mois.

Cobaye 105: témoin; poids 370 grammes. Ganglions multiples, caséeux; rate, foie et poumons sont parsemés de foyers caséeux; ganglions trachéo-bronchiques. Tuberculose de Villemin.

Le cobaye 110 du même groupe meurt, sans plus de lésions tuberculeuses, mais avec une dilatation marquée de l'intestin.

Cobaye 116: groupe B; poids 304 grammes. Ganglions petits; la rate présente quelques foyers caséeux; le foie et les poumons sont

Tableau I

Dates	Témoins	Groupe A	Groupe B	Groupe C
15 jours	101	107	113 115	
1 mois	102	108 109	114	123 124 125
1½ mois	105 106	111 110	116	121 122
2 mois	104	112	118	119
3 mois	103		117	
4 mois				

Le cobaye 106, témoin, meurt un mois et demi également après l'inoculation d'une tuberculose de Villemin.

Cobaye 111: groupe A; poids 345 grammes. Ganglions petits; rate petite, sans granulations; foie normal; poumons congestionnés, ce qui est la cause de la mort de l'animal.

normaux.

Cobaye 121: groupe C; poids 280 grammes. Ganglions petits, mais nombreux; la rate et le foie présentent quelques foyers caséeux; les poumons sont infiltrés de foyers miliaires.

Le cobaye 122 du même groupe meurt avec des lésions tuberculeuses du même type.

Après 2 *mois.*

Cobaye 104: témoin; poids 300 grammes. L'animal, cachectique, meurt de tuberculose de Villemin.

Cobaye 112: groupe A; poids 308 grammes. Ganglions petits caséeux; la rate et le foie montrent quelques placards caséeux; les poumons ont quelques granulations tuberculeuses.

Cobaye 118: groupe B; poids 365 grammes. Ganglions, petits, mais caséeux; la rate et le foie sont gros, caséeux; les poumons présentent de petits nodules caséeux.

Cobaye 119: groupe C; poids 382 grammes. Ganglions minimes; la rate, le foie et les poumons sont caséeux.

Après 3 *mois.*

Cobaye 103: témoin; poids 277 grammes. Animal cachectique. Tuberculose de Villemin.

Cobaye 117: groupe B; poids 351 grammes. Tuberculose de Villemin.

Après 4 *mois.*

Il ne reste aucun cobaye, ni témoin, ni d'aucun groupe. Après cette analyse résultant de l'étude des lésions de chaque animal de l'expérience, voici une vue d'ensemble synthétisée en un tableau, basé sur la suggestion de W. H. Feldman et H. C. Hinshaw, permettant de mieux juger les résultats par comparaison.

Considérations sur ces résultats

Tout d'abord, le dosage du sulfamidé dans le sang des cobayes traités a donné un chiffre moyen de 9.5 milligrammes pour cent.

Il est évident qu'une concentration sanguine plus élevée aurait pu agir plus favorablement, mais les troubles toxiques, avec perte marquée de poids du début, ont forcément maintenu la dose journalière ingérée à 200 milligrammes de sulfadiazine.

Il est à remarquer que plusieurs animaux traités sont morts d'hémorragies multiples, surtout intestinales, et de dilatations de l'intestin; de plus, quelques-uns ont succombé à des congestions pulmonaires.

Cependant l'examen histologique régulier du rein n'a jamais révélé de néphrite, ni de calculs rénaux.

Quant à l'action bactériostatique de la sulfadiazine sur la tuberculose du cobaye, voici comment on peut la résumer:

1° Action favorable dans le groupe A, sur la bacillémie du cobaye, et inhibition prolongée pour quelques semaines sur la propagation du bacille de Koch dans tous les organes.

2° Alors que les lésions tuberculeuses des animaux du groupe B sont déjà en voie de formation depuis une semaine, la médication se montre moins efficace, quoiqu'il y ait une inhibition temporaire sur l'activité du bacille de Koch.

3° Dans le dernier groupe C, la sulfadiazine semble plutôt accélérer la caséification, non pas par action directe, mais en affaiblissant l'animal, déjà largement tuberculeux depuis trois semaines.

Il est donc permis de conclure de cette expérience que la sulfadiazine a une action inhibitrice réelle sur la bacillémie du cobaye, qu'elle empêche jusqu'à un certain point le bacille de Koch de se propager dans cet organisme, mais qu'elle est sans action sur les lésions tuberculeuses déjà formées et évolutives.

Etat actuel de la chimiothérapie de la tuberculose du cobaye

Après les multiples expériences de ce genre effectuées, tant ailleurs qu'à l'hôpital Laval, il est peut-être utile de faire le point sur la valeur de la sulfamidothérapie de la tuberculose du cobaye.

Quelles sont les conclusions générales qu'il est possible de tirer après cinq ans de travaux, dans l'espérance de trouver un agent réellement inhibiteur de la tuberculose de l'animal?

Il est évidemment difficile de juger sur un même pied les résultats obtenus par divers expérimentateurs, pour cette raison que la technique employée n'a pas toujours été la même.

Cependant, en ne tenant compte que du traitement de la tuberculose aiguë, de la primo-infection du cobaye, il est possible d'avoir une vue d'ensemble de la question.

a) La sulfanilamide employée au début de l'ère des sulfamidés par quelques auteurs, A. R. Rich et R. H. Follis (4), G. A. H. Buttle et H. J. Parish (5), M. Giroux (6), a donné des résultats réels, faisant espérer que des produits chimiques de même lignée, mais ayant un pouvoir toxique moindre, pouvant être utilisés avec chance de succès.

b) La sulfapyridine utilisée dans des essais du même genre [M. Giroux (7), W. H. Feldman et H. C. Hinshaw (8)] s'est montrée beaucoup plus active, donnant une inhibition de l'extension des lésions tuberculeuses chez l'animal, mais celles-ci continuent tout de même à évoluer, en particulier dans le poumon, finissant par faire mourir le cobaye après quelques mois d'inoculation et de traitement.

c) Le sulfathiazole et la sulfadiazine [H. C. Ballon, A. Guernon et A. Simon (9), M. Giroux (10), C. R. Smith et F. W. Oechsli (11)] n'ont qu'une action inhibitrice peu marquée, et ne méritent aucune place spéciale dans la chimiothérapie antituberculeuse.

d) Puis survinrent d'autres sulfones comme la promine utilisée surtout par W. H. Feldman et H. C. Hinshaw (12), A. Barach, N. Molomut et M. Soroka (13), le promizole par W. H. Feldman, H. C. Hinshaw et F. C. Mann (14), et enfin la diasone expérimentée par F. F. T. Callomon (15), et M. Giroux (16).

La promine peut se classer parmi les produits les plus effectifs, puisqu'elle a une action bactériostatique allant jusqu'à l'inhibition complète de la tuberculose de l'animal.

Le promizole exerce une action légèrement inférieure à la précédente, mais cause une hyperplasie parenchymateuse diffuse de la glande thyroïde. Quant à la diasone, son action se rapproche beaucoup de celle des deux précédents, tant pour son activité antituberculeuse que pour son peu de toxicité pour l'animal.

Voici résumée en un tableau, en un pourcentage empirique, la valeur comparée des divers sulfamidés sur l'infection bacillaire du cobaye.

Etat actuel de l'antibiothérapie de la tuberculose du cobaye

La venue des antibiotes a fait naître de nouveaux espoirs dans le domaine qui nous intéresse ici.

Tableau II

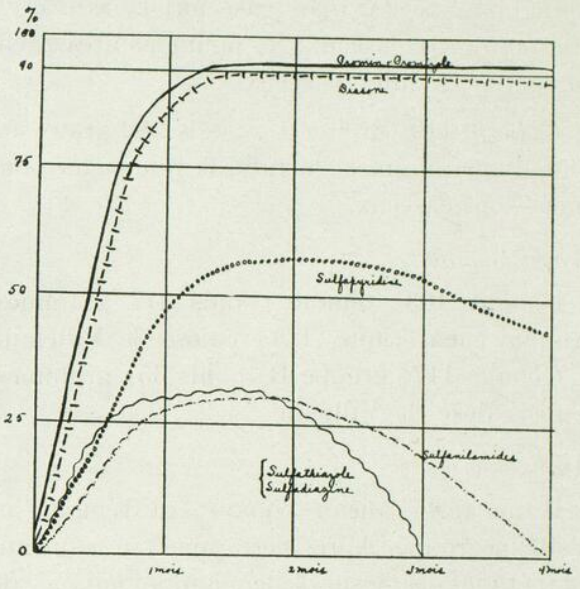


Fig. 2 Graphique donnant en pourcentage la valeur comparée des divers sulfamidés sur la tuberculose des cobayes.

1° La pénicilline, si utile dans la majeure partie des infections à pyogènes ordinaires, n'a aucune action contre le bacille de Koch, sauf qu'elle permet de se débarrasser des infections secondaires dans les plaies et fistules tuberculeuses.

2° La streptothricine provenant de l'actinomyces lavendulæ (Waksman et Woodruff) et employée par W. H. Feldman et H. C. Hinshaw (18) dans la tuberculose expérimentale du cobaye, s'est révélée être un antibiote relativement toxique, et de peu d'effet inhibiteur sur la tuberculose de l'animal.

3° La streptomycine isolée de l'actinomyces griseus (Schatz, Bugie et Waksman) possède un pouvoir bactériostatique et même bactéricide sur le bacille de Koch *in vitro*.

W. H. Feldman, H. C. Hinshaw et F. C. Mann (19) ont obtenu des résultats remar-

quables en utilisant cet antibiote dans la tuberculose expérimentale du cobaye.

Dans un travail très élaboré et d'une grande précision technique, ces auteurs ont démontré que la streptomycine supprime la tuberculose du cobaye, action allant même jusqu'à la suppression de l'état allergique, sans causer de troubles toxiques, même à 6,000 unités par jour.

De même, G. P. Youmans et J. C. McCarter (20), expérimentant sur la souris blanche, ont constaté un effet inhibiteur marqué sur la tuberculose pulmonaire par la streptomycine.

Résumé des essais de traitement de la tuberculose humaine par ces substances

Après tous ces essais, on a tenté d'appliquer des traitements analogues contre la tuberculose clinique.

a) L'emploi des premiers sulfamidés, comme la sulfanilamide et la sulfapyridine, n'a donné aucun résultat, leur toxicité rendant l'effet bactériostatique inutile contre une maladie chronique.

La promine, le promizole et la diasone (nous avons, avec les Drs Desmeules, Rousseau et Richard, traité 30 patients avec ce dernier sulfone) n'ont donné que peu de résultats, malgré leur pouvoir toxique moindre, qui nécessitait tout de même une surveillance technique des plus rigoureuses.

b) Quant à la streptomycine, son emploi clinique doit être limité par cette opinion terminant un essai clinique de H. C. Hinshaw et W. H. Feldman (21), de la Clinique Mayo: « Personne actuellement ne peut porter de jugement final sur l'effet de la streptomycine dans la tuberculose clinique. »

Conclusions générales:

Les divers sulfamidés, même ceux qui exercent une réelle action inhibitrice sur le développement *in vitro* du bacille de Koch, ne réalisent pas encore l'agent thérapeutique parfait antituberculeux. De plus, il ne faut pas oublier que, comme l'ont bien spécifié W. H. Feldman et H. C. Hinshaw (17), si on suspend le traitement du cobaye tuberculisé, la tuberculose peut fort bien reprendre son évolution, et tuer l'animal.

BIBLIOGRAPHIE

1. C. R. SMITH et F. W. OECHSLI: « Sulfadiazine in experimental tuberculosis. » *Am. Rev. of Tub.*, **52**: 83 (juillet) 1945.
2. M. I. SMITH, E. W. EMMART et B. B. WESTFALL: « The action of certain sulfonamides, sulfones and related phosphorus compounds in experimental tuberculosis. » *J. Pharm. and Exp. Therap.*, **74**: 163, 1942.
3. W. H. FELDMAN et H. C. HINSHAW: « Chemotherapeutic testing in experimental tuberculosis. » *Am. Rev. of Tub.*, **51**: 582 (juin) 1945.
4. A. R. RICH et R. H. FOLLIS: « The inhibitory effect of sulfanilamide on development of experimental tuberculosis in guinea-pig. » *John Hopkins Hosp. Bull.*, **62**: 77, 1938.
5. G. A. H. BUTTLE et H. J. PARISH: « Treatment of tuberculosis in guinea-pig with sulphanilamide. » *British Med. Journ.*, **2**: 776, 1938.
6. M. GIROUX: « L'action des sulfamidés sur la tuberculose expérimentale du cobaye. » *Laval Médical*, **15**: 69 (fév.) 1940.
7. M. GIROUX: « Traitement de la tuberculose de réinfection du cobaye par la sulfapyridine et le sulfathiazole. » *Laval Médical*, **7**: 473 (nov.) 1942.
8. W. H. FELDMAN et H. C. HINSHAW: « Sulphapyridine in experimental tuberculosis. » *Am. Rev. of Tub.*, **41**: 623 (juin) 1940.
9. H. C. BALLON, A. GUERNON et A. SIMON: « Sulfathiazo'e in experimental tuberculosis of the guinea-pig. » *Am. Rev. of Tub.*, **45**: 217 (fév.) 1942.
10. M. GIROUX: « Traitement de la tuberculose de réinfection du cobaye par la sulfapyridine et le sulfathiazole. » *Laval Médical*, **7**: 473, 1942.
11. C. R. SMITH et F. W. OECHSLI: *Loc. citato* (1).
12. W. H. FELDMAN et H. C. HINSHAW: « Promin in experimental tuberculosis. » *Am. Rev. of Tub.*, **51**: 268 (mars) 1945.
13. A. BARACH, N. B. MOLOMUT et M. SOROKA: « Inhalation of nebulized Promin in experimental tuberculosis. » *Am. Rev. of Tub.*, **46**: 269 (sept.) 1942.
14. W. H. FELDMAN, H. C. HINSHAW et F. C. MANN: « Promizo'e in Tuberculosis. » *Am. Rev. of Tub.*, **50**: 418 (nov.) 1944.
15. F. F. T. CALLOMON: « New derivatives of Diaminodinophenysulfone. » *Am. Rev. of Tub.*, **47**: 97 (janv.) 1943.

16. M. GIROUX: « Traitement de la tuberculose expérimentale du cobaye par la diazone. » *Laval Médical*, **9**: (déc.) 1944.
17. W. H. FELDMAN et H. C. HINSHAW: *Loc. citato* (3).
18. W. H. FELDMAN et H. C. HINSHAW: « Streptothricin in experimental tuberculosis. » *Am. R. of Tub.*, **52**: 299 (oct.) 1945.
19. W. H. FELDMAN et H. C. HINSHAW: « Streptomycin in experimental tuberculosis. » *Am. R. of Tub.*, **52**: 269 (oct.) 1945.
20. G. P. YOUMANS et J. C. McCARTER: « Streptomycin in experimental tuberculosis. » *Am. R. of Tub.*, **52**: 432 (nov.) 1945.
21. H. C. HINSHAW et W. H. FELDMAN: « Streptomycin in treatment of clinical tuberculosis. » *In. Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, **20**: 313 (sept.) 1945.

LE TRAITEMENT DU CHOC DANS LES BRÛLURES [1]

Jean-M. LEMIEUX (Québec).

Pendant de longues années le traitement des brûlures fut plus ou moins un traitement local; et ceci malgré que les phénomènes généraux de haute gravité qui se développent à la suite des brûlures aient été décrits depuis bien longtemps; et malgré même que l'attention ait été attirée à plusieurs reprises sur les changements qui survenaient dans la composition du sang. Déjà, en 1881, Tappeiner avait affirmé que les brûlés mouraient d'hémoconcentration par perte de plasma, mais aucune application pratique n'en fut tirée. On se contentait d'expliquer tous les symptômes par la résorption de produits toxiques, au niveau de la région brûlée, et tous les efforts étaient dirigés vers la recherche de substances qui, par leur réaction chimique avec les tissus et leur pouvoir antiseptique, diminueraient cette résorption.

Ce ne fut qu'en 1921, avec les travaux de Hunderhill et ses associés, qu'un courant ramena les esprits vers l'étude des déperditions humorales, et depuis lors, de nombreux travaux, tant sur le traitement général que sur le traitement local, n'ont cessé d'améliorer le sort des brûlés et de diminuer le taux de la mortalité. Et, aujourd'hui, en plus du traitement local, le traitement du choc est considéré comme de première importance.

Un bon traitement suppose d'abord une compréhension parfaite de l'affection. C'est pourquoi, avant de considérer le traitement du choc dans les brûlures, nous allons d'abord essayer de comprendre ce qu'est le choc en général et ce que présente de particulier le choc des brûlés.

Définition et variété de choc

Le choc est une énigme qui a tourmenté les médecins depuis bien longtemps et a suscité bien des recherches qui n'ont souvent servi qu'à augmenter la confusion. Ce terme a été appliqué aux conditions les plus disparates. Pris dans son sens le plus large, il peut consister dans un état de défaillance circulatoire caractérisé par un pouls faible et rapide, une chute de la tension artérielle, des extrémités moites, légèrement cyanosées, et un facies où se lisent la prostration, l'apathie et la stupeur.

Cette définition trop générale du choc couvre une multitude d'états: syncope, peur, épuisement, anesthésie, hémorragie, traumatisme, brûlure, intervention chirurgicale, maladie suraiguë. Si on essaie de grouper ces différents états, on peut établir la classification suivante et considérer:

1. Le choc qui est dû à une réaction vasomotrice provoquée par la vue du sang, la douleur, la peur, ou une grande émotion. Ce choc peut être entièrement assimilé à la lipothymie ou à la syncope;
2. le choc qui se produit à la suite des hémorragies;

1. Communication au XVIIIe Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, juin 1946.

3. le choc qui se développe à la suite des traumatismes, des brûlures, des interventions chirurgicales graves, les formes suraiguës de certaines maladies et quelques-unes des urgences abdominales. Le choc habituellement appelé choc traumatique est le choc vrai, celui des brûlures, celui qui va nous intéresser.

L'hémoconcentration en est pathognomonique et le différencie des deux autres. En effet, dans le choc des lipothymies, il n'existe pas d'hémoconcentration et, dans les hémorragies, on trouve l'effet contraire, c'est-à-dire une hémodilution.

Causes du choc

L'étude de la pathogénie du choc traumatique a suscité bien des recherches expérimentales et toutes les causes possibles ont été tour à tour étudiées, à savoir:

le facteur hémorragique;
le facteur nerveux;
le facteur infectieux;
le facteur toxique;
enfin, plus récemment, la perte locale de liquide plasmatique.

On peut produire par des hémorragies un choc grave qui ressemble au choc traumatique, mais, comme nous venons de le voir, il n'existe pas alors d'hémoconcentration.

Pendant un certain temps, on a cru au facteur nerveux et on a essayé par des excitations nerveuses de produire des chocs vrais. Expérimentalement, D. B. Phemister a réussi à montrer que l'on peut maintenir la pression artérielle basse par une irritation continuelle des nerfs cardio-aortiques. Mais la grande objection contre cette théorie neurogène est le manque de preuves basées sur des cas cliniques et expérimentaux où les autres facteurs comme la perte de liquide et l'anesthésie peuvent être exclus. Et en conclusion, on peut dire que si le choc neurogène peut être produit expérimentalement par une stimulation électrique des nerfs cardio-aortiques, le facteur nerveux n'est probablement jamais la cause primitive du choc et, tout au plus, peut-il contribuer à son développement.

La théorie toxique explique le choc par des résorptions de substances au niveau de l'endroit traumatisé qui agiraient comme de véritables poisons capillaires. On sait que l'endothélium de ces petits vaisseaux est délicatement sensible à certains produits nocifs comme les extraits de tissus autolysés, protéines étrangères, toxines, acides aminés, etc.

Malgré les preuves sérieuses de cette théorie toxique, certains auteurs tendent, actuellement, à la rejeter et ils prétendent que la perte locale de plasma dans le choc traumatique est le facteur dominant et le point de départ de toutes les autres manifestations pathologiques. Leur principal argument est que le pansement compressif diminue le choc. Quant à la théorie infectieuse, il est bien difficile de la juger, car, règle générale, l'infection ne survient qu'après un certain temps et alors l'action des toxines microbiennes ne fait que s'ajouter aux autres facteurs. De toutes ces théories, aucune jusqu'ici n'a remporté la victoire, et il est probable que chacune a un rôle à jouer.

Mécanisme d'apparition du choc

Si la cause du choc traumatique est une question qui prête à controverse, l'accord est aujourd'hui généralement fait sur le facteur essentiel dans le mécanisme d'apparition du choc, et ce facteur essentiel est un trouble de la circulation capillaire auquel aboutissent toutes les causes que nous venons de voir.

Il se produit donc un trouble de la circulation capillaire caractérisé par une perméabilité anormale de l'endothélium, ce qui permet au plasma de transsuder à travers les parois causant de l'œdème et des effusions séreuses. Le nombre des cellules du sang restant le même, on observe une hémoconcentration avec viscosité sanguine. La circulation capillaire engorgée devient déficiente et l'oxygénation des tissus ne se fait plus normalement. C'est ce qui explique la coloration légèrement bleutée des malades en état de choc. Cette anoxie à

son tour augmente à nouveau la perméabilité capillaire et l'organisme tombe dans un cercle vicieux qu'il aura bien de la difficulté à briser, à moins qu'on ne lui vienne en aide. Ceci veut dire que le courant des déplacements humoraux se fait en sens inverse et que l'individu ne peut absorber les liquides tissulaires, ou les liquides gastro-intestinaux, d'où œdème irréductible, vomissements et diarrhée.

Ces modifications sanguines ont aussi leur répercussion sur les électrolytes du sang. Normalement, les proportions de potassium et de sodium diffèrent grandement dans les cellules et les liquides extra-cellulaires. Dans l'état de choc, le protoplasme n'est plus capable de maintenir les différences de ces concentrations ioniques et, immédiatement, il se fait des mouvements d'ions qui ont tendance à égaliser les teneurs et on observe une augmentation du potassium plasmatique et une diminution du sodium. La concentration des autres ions, tant basiques qu'acides, est affectée d'une façon similaire. Toutes ces modifications ioniques peuvent être observées par des examens de laboratoire.

Enfin, pour peu que l'état de choc se prolonge, il se fait des lésions parenchymateuses du foie et des reins qui peuvent rendre le choc irréductible et causer la mort du patient. On observe alors de l'oligurie, de l'anurie, de l'albuminurie, un teint sub-ictérique. Les constatations autopsiques confirment ces données en montrant des effusions séreuses tissulaires, des congestions capillaires, des pétéchies et des nécroses parenchymateuses.

Caractères du choc dans les brûlures

Le choc qui arrive dans les brûlures est de même nature que celui dont nous venons d'esquisser la description, mais il présente quelques caractères physico-chimiques qui lui sont propres. Le phénomène le plus frappant est une perte énorme de plasma dans la zone brûlée. Cette perte humorale a été bien étudiée par Davidson, Underhill, Kapsinow, Fisk, Blalock, McIver, Harkins et plusieurs autres. Leur expérience et leurs observations cliniques ont mis en évidence le mécanisme intime de ce phénomène humoral.

La brûlure produit une stase capillaire avec altération de la perméabilité et de la pression osmotique, ce qui permet le passage des protéines plasmatiques dans la région brûlée. Cette perte débute de bonne heure, dans les quelques minutes qui suivent la brûlure. Quoiqu'une partie soit drainée par les lymphatiques, la plus grande quantité reste dans les vésicules et les tissus. Cet exode du plasma amène une diminution du volume plasmatique sanguin et il se produit une hémoconcentration avec toutes les conséquences que nous avons vues tout à l'heure.

Comme autre caractère du choc dans les brûlures, on observe une baisse des protéines plasmatiques. A mesure que le sang se concentre, il se produit une hypoprotéinémie qui apparaît quelques heures après la brûlure. Cette hypoprotéinémie est à suivre par des dosages répétés, non seulement à la période de choc mais même plus tard, car, vers le cinquième jour, elle peut devenir très sévère au point de donner des œdèmes et une dénutrition généralisée. Cette hypoprotéinémie est due d'abord à la quantité de protéines perdues dans les tissus; deuxièmement, à l'élimination abondante par les urines de débris azotés; enfin à une forte demande de l'organisme pour les tissus nouveaux en formation.

Dans les premiers jours, au moment du choc, l'hypoprotéinémie sera combattue en même temps que le choc par les injections de plasma. Par la suite, il faudra utiliser des régimes riches en protéines et les composés d'acides aminés qui se trouvent dans le commerce.

Traitement du choc

Le choc des brûlés est donc une entité bien établie et il doit être traité le plus tôt possible. Le médecin qui voit un brûlé à domicile doit l'envelopper dans des draps propres, lui donner une injection de morphine et le conduire à l'hôpital. Habituellement, les lésions attirent surtout l'attention et le trai-

tement local passe souvent au premier plan, mais il n'est plus permis, avec les connaissances modernes, de perdre des heures précieuses dans le traitement local sans s'occuper du traitement général, car, après un certain temps, le choc devient irréversible. Le traitement du choc dans les brûlures est de la plus grande importance et de la plus grande urgence.

Les enfants sont particulièrement sensibles et devraient être traités même s'il n'existe pas de signes cliniques.

La connaissance de la physio-pathologie des brûlures conduit à deux grandes indications dans la thérapeutique du choc:

1. lutter contre l'hémoconcentration;
2. redonner à l'individu les protéines qu'il a perdues.

Moyens de laboratoire.

Pour bien suivre un brûlé et éviter les surdosages de plasma qui ne sont pas sans inconvénients, il convient d'être constamment au courant des modifications sanguines qui se produisent.

Dès l'entrée du patient à l'hôpital, il faut immédiatement pratiquer tous les examens de laboratoire qui sont à notre portée. Il est utile d'avoir une feuille d'inscription spéciale pour les brûlés, avec des espaces pour inscrire de deux heures en deux heures les dosages de laboratoire, les quantités de sérum et de plasma administrées. Plusieurs modèles ont déjà été suggérés; on peut donner en spécimen celui qui a été publié par le « National Research Council of Canada ».

Lorsqu'on voit un brûlé, il faut se souvenir que la perte de plasma et l'hémoconcentration ne sont pas proportionnelles au degré de la brûlure, mais à son étendue; que le patient qui tombera par la suite dans un état de choc grave peut montrer dans les premières heures peu ou pas de signes cliniques. C'est pourquoi, le plus tôt possible, il faut par des examens de laboratoire déceler précocement l'hémoconcentration qui est en train de se produire. Ces examens seront répétés toutes les deux où quatre heures pour suivre la marche du choc, estimer les besoins de l'organisme en plasma et en protéines et observer les résultats du traitement.

La première recherche qui s'impose est celle des modifications du volume plasmatique. Les moyens de laboratoire dont on dispose à cette fin sont l'hématocrite et le pourcentage de l'hémoglobine. L'hématocrite donne le rapport entre le volume des cellules rouges et blanches et le volume du sang total pour une unité donnée. Le chiffre normal est de 45% et, chaque fois qu'il y a hémoconcentration, ce chiffre s'élève.

Voici, brièvement, la technique de cet examen tel que donné pour l'hématocrite capillaire.

Un petit tube capillaire est rempli de sang hépariné, scellé et ensuite centrifugé jusqu'à ce que le paquetage des cellules soit constant. Les colonnes de cellules et de plasma sont alors mesurées avec un microscope équipé en conséquence. Avec les chiffres obtenus on calcule le rapport entre le volume des cellules totales blanches et rouges et celui du sang total. L'avantage de l'hématocrite capillaire est que cette méthode est rapide, économique de sang, que l'anticoagulant employé n'affecte pas le volume des cellules, que le volume des cellules blanches et rouges peut être mesuré séparément avec facilité. L'hématocrite est la méthode de choix pour suivre les patients.

L'autre méthode dont la valeur vient après est la détermination du taux de l'hémoglobine par le colorimètre photo-électrique. Le chiffre obtenu est alors de 14 à 15 grammes. Si la méthode ordinaire est utilisée, la normale est de 85% à 90%.

2. Il faut aussi connaître les modifications qui surviennent dans le taux des protéines plasmatiques. Ce taux est normalement de 7%. Ce simple dosage comporte de nombreuses causes d'erreur étant donné que le volume du sang diminue à mesure que l'hémoconcentration s'installe, et il vaut mieux comparer d'heure en heure le volume total des protéines plasmatiques. La méthode pour con-

naître ce chiffre suppose la connaissance du poids du corps, de l'hématocrite et du volume de protéines totales à l'état normal, puis de l'hématocrite et du pourcentage des protéines observées.

Voici une courte explication de la méthode.

En se basant sur la notion physiologique que le plasma est environ 5% du poids du corps et que les protéines se chiffrent à 70 grammes au litre, on peut ainsi obtenir le total normal des protéines plasmatiques. Pour trouver le total des protéines à un moment donné chez le brûlé, on se sert d'une formule simplifiée donnée par Elkinton, Wolff et Lee:

$$\frac{(100\ Ho)\ Hn}{(100\ Hn)\ Ho}$$ X volume plasmatique normal: égale le volume total observé.

On multiplie ensuite par le taux de pourcentage des protéines dans le sang et on obtient le total des protéines plasmatiques. La différence entre ce chiffre et le chiffre normal donne le déficit en protéines. En multipliant par 14, on obtient la quantité équivalente de plasma.

3. Enfin il faut chercher le taux du chlore, du sodium et du potassium plastique et faire chaque jour le bilan de la circulation des liquides.

Moyens thérapeutiques.

Avec toutes ces données en main, il est facile de conduire le traitement du choc. Ce traitement suppose d'abord le traitement du choc primaire causé par la peur ou la douleur qui peut être parfois sévère, mais qui cède habituellement à une injection de morphine. Le traitement du choc vrai comprend: des médicaments; des moyens physiques; des moyens physiologiques, sous forme de sérum et de plasma; et des moyens locaux dont le plus efficace est le pansement compressif.

Les médicaments.

Rien ne prouve que la morphine soit utile; au contraire, à hautes doses, elle est dangereuse parce qu'elle inhibe la respiration et accroît l'anoxie. Il ne faut employer que la quantité nécessaire pour soulager la douleur. De même, les stimulants et les toni-cardiaques comme la digitale, la strychnine et l'adrénaline sont non seulement inutiles, mais souvent nocifs. La défaillance cardiaque n'entre pas en cause dans la production du choc et le cœur a déjà répondu par un mécanisme d'adaptation qui se produit spontanément.

Les médicaments qui se montrent utiles sont ceux qui tendent à faire disparaître les éléments qui ont déclenché le choc ou qui le font progresser, c'est-à-dire ceux qui influencent l'anoxie, la perméabilité capillaire et la réduction du volume du sang.

Le manque d'oxygène accélère le développement et le progrès du choc. L'inhalation d'oxygène est donc très recommandable, car elle supprime cette anoxie qui a tendance à créer un cercle vicieux et elle prévient la formation de dommages tissulaires irréparables.

L'administration de cortico-surrénale est également à conseiller. Une des fonctions de cette hormone est de maintenir l'imperméabilité normale de l'endothélium, ce qui a été démontré par des expériences et la clinique. Et il n'y a aucun doute sur son utilité dans la prévention et le traitement du choc.

Moyens physiques.

Quant à la chaleur, il est naturel que le médecin qui constate un abaissement de la température périphérique essaie d'y remédier artificiellement par l'application de la chaleur; mais cet acte est contraire au mécanisme de défense de l'organisme qui, pour compenser la diminution du volume du sang, essaie de ramasser tout le sang dans les régions vitales. L'application de chaleur produit une vaso-dilatation qui augmente la déficience circulatoire. Il faut s'en abstenir et simplement garder l'individu dans les limites de la température physiologique.

L'eau et les sérums.

Les besoins en eau chez le brûlé sont modérés parce que l'excès d'eau qui se trouve

dans les tissus pourra être récupéré lorsque la pression osmotique sera rétablie; il n'y a pas intérêt à surhydrater les brûlés et à leur donner de l'eau seule en large quantité: on peut ainsi amener un abaissement dangereux de la concentration des électrolytes et une intoxication aqueuse.

Pour ce qui est des solutions salines physiologiques, Minot et Blalock ont montré que l'administration de ces solutions chez les animaux en état de choc augmente la perte de plasma et produit un véritable lavage des protéines hors du sang. Ils augmentent le volume sanguin, mais de nouvelles quantités de plasma et de protéines sont perdues et la circulation capillaire n'est nullement améliorée. Lorsqu'on ne peut avoir de plasma, il faut donner des solutions concentrées, par exemple du sérum glucosé à 5% en solution saline. Les effets produits par les injections de sérum concentré sont supérieurs à ceux des sérums dilués. On obtient une augmentation dans le volume plasmatique plus grande que le volume donné, ce qui indique un rappel de fluide venant des tissus par un mécanisme inverse du choc.

Substituts du plasma.

Plusieurs substances macro-cellulaires comme la gomme acacia, la gélatine et la pectine ont été recommandées comme substitut du plasma dans le traitement du choc. La gomme acacia a été spécialement utilisée durant la grande guerre, mais elle fut rejetée à cause de dépôts qui se formaient dans le foie. Quant à la gélatine, des expériences faites chez les chiens ont montré qu'ils tolèrent de larges doses de gélatine sans aucune réaction sérieuse. Cette substance semble pleine de promesses, mais aucune publication importante n'a encore été faite quant à son utilisation chez les humains. Enfin, récemment, on a utilisé la pectine. Les solutions de pectine produisent des hémodilutions chez les patients en état de choc et aucun effet non désirable n'a été noté sauf une augmentation de la sédimentation.

Le sang.

Le sang total dans le choc n'est pas indiqué, sauf dans les brûlures avec hémorragie, car il ne diminue pas l'hémoconcentration et même l'aggrave. Ce dont le brûlé a besoin, ce n'est pas des cellules, mais un liquide qui redonnera à son sang son volume et sa composition normale.

Le plasma.

Pour que le traitement soit efficace, il faut que le liquide qui a été perdu soit remplacé par un autre liquide dont la composition s'en rapproche le plus. Ce liquide, c'est le plasma et tout le monde s'accorde maintenant pour dire que le plasma est spécifique du traitement du choc du brûlé. Il augmente le volume du sang, diminue l'hémoconcentration et la viscosité, relève l'hypoprotéinémie Si on le donne concentré, son effet est encore plus marqué et il élève davantage la pression osmotique colloïdale et draine les épanchements tissulaires. Dans l'administration du plasma, trois points sont à considérer:

1. La quantité de plasma que l'organisme peut perdre;
2. le temps que peut durer cette déperdition plasmatique;
3. les doses requises pour le traitement.

On estime qu'au delà de la moitié du plasma peut être perdue en dedans d'une heure après la brûlure. La perte commence presque immédiatement et, dans les brûlures de moyenne sévérité, on peut avoir de 40% à 50%, ce qui représente 1,200 à 1,700 c.c. chez un individu de poids moyen. Quant à la durée de cette perte plasmatique, elle se continue un certain temps. D'après certains auteurs, elle se continue jusqu'à la trentième ou quarantième heure.

Dans une publication, Elkinton, Wolff et Lee décrivent la courbe du volume plasmatique de quatre brûlés et indiquent les effets produits par de larges doses de plasma à différentes heures après les brûlures et ils ont montré que les quantités données après la

quatorzième heure étaient gardées tandis que celles données avant étaient largement perdues.

Ces faits montrent que la perméabilité capillaire dure un certain temps et que l'administration de larges quantités de plasma dans les premières heures n'est pas à conseiller et aboutit à une perte de plasma plus considérable que celle qui aurait eu lieu autrement. C'est pourquoi, jusqu'à ce qu'on ait trouvé un moyen pour restaurer la perméabilité capillaire rapidement, il semble mieux d'administrer le plasma graduellement plutôt que par de larges quantités. En aucun moment, dans le cours du traitement, il n'est sage de donner une grande transfusion de plasma. Le plasma doit être donné en doses divisées d'approximativement 500 c.c. à la fois. Les administrations subséquentes de plasma sont basées sur les examens de laboratoire, mais, règle générale, de larges quantités de plasma sont essentielles pour traiter le choc des brûlés; et de trois à quatre litres de plasma doivent être sous la main. Plusieurs méthodes ont été suggérées pour évaluer les doses à donner. En voici trois préconisées par Harkins:

1. donner 100 c.c. de plasma pour chaque point de l'hématocrite qui dépasse 100;
2. donner 40 c.c. de plasma pour chaque point de l'hémoglobine au-dessus de 100;
3. donner 40 c.c. de plasma pour chaque centième partie de la surface du corps brûlé profondément calculé d'après la méthode de Berchow.

Ces règles sont excellentes, mais le meilleur guide est encore l'effet produit chez le patient, effet que l'on peut suivre par les résultats de laboratoire répétés à intervalles rapprochés.

Complément

Il nous reste à vous dire, pour être complet, un mot des autres périodes qui sont décrites dans l'évolution de l'état général du brûlé.

En effet, on distingue trois périodes.

D'abord la période de choc dont nous venons de voir le traitement.

Puis, faisant suite à cet état, on observe, le troisième ou le quatrième jour, un état clinique connu sous le nom de syndrome toxémique.

Cet état est différent, du moins au point de vue clinique, du choc, mais le plus souvent il est assez difficile de noter une séparation nette et les deux se suivent et s'imbriquent. Cet état se manifeste d'abord par des vomissements, puis s'ajoutent des troubles mentaux: le malade devient apathique, se plaint constamment de douleur, de soif, il délire et ses membres sont secoués par de petites convulsions; la température s'élève, le pouls s'accélère, la langue devient sèche. On observe une leucocytose de 25,000 et plus. Les urines se font plus rares, de l'albuminurie et de l'acidose peuvent apparaître. Si le malade meurt, on trouve de nombreuses lésions viscérales, notamment dans le rein et le foie. Il n'existe pas à l'heure actuelle d'accord quant à la cause de ce syndrome. Pour les uns, il s'agit d'une toxémie par résorption au niveau des tissus en nécrose, mais ce facteur toxique n'a pas été prouvé définitivement.

Pour les autres, ce serait la résultante des troubles de la circulation capillaire qui, en se prolongeant, auraient créé des lésions parenchymateuses irréductibles.

Durant cette période de toxémie le traitement consistera à favoriser les émonctoires et à traiter l'hypoprotéinémie. Les moyens utilisés seront: le plasma, les sérums isotoniques, glucosés ou salés, le sérum hypertonique sucré, la pénicilline, une diète riche en glucose et en protéines.

Les complications à prévenir alors sont la septicémie, la pneumonie, la néphrite, la suppuration grave des surfaces brûlées.

La troisième période est caractérisée par un état d'anémie et de dénutrition. C'est alors le moment d'utiliser les transfusions de sang total. On luttera contre la dénutrition par des diètes spéciales auxquelles on ajoutera des

vitamines et du fer, des acides aminés; on prescrira en outre des bains salés, du soleil et des ultra-violets.

Les grands brûlés meurent donc de trois façons: en dedans de 48 heures, à cause du choc; du 4e au 5e jour, à cause de lésions dans les parenchymes et, plus tardivement, à cause d'infection et dénutrition.

Mais le choc a peut-être été jusqu'ici la plus grande cause de mort, et comme on dispose pour le traiter d'un moyen d'action puissant qui donne des résultats vraiment merveilleux, il importe de bien connaître cet état et la façon de le traiter.

En terminant, permettez-nous de vous répéter:

1. que le choc dans les brûlures est dû à une perte de liquide plasmatique dans les tissus de la région brûlée et que l'hémoconcentration en est la traduction;
2. que la transfusion de plasma est le moyen par excellence de redonner à l'organisme les substances perdues et de faire disparaître le choc.

BIBLIOGRAPHIE

Alma Dea MORANI: « Burn Therapy. » *American Journal of Surgery*, **64**: 361, 1944.

Hans MAY: « Treatment of burns. » *Am. Journal of Surgery*, **63**: 34, 1944.

Wallace MARSHALL et Elena GREENFIELD: « Modified non-adherent gauze pressure treatment for burns. » *Am. Journal of Sur.*, **63**: 324, 1944.

« Treatment of thermal burns. » National Research Council of Canada. 1944.

« Diagnostic précoce et traitement du choc. » National Research Council of Canada. 1943.

H. MOON: « The dynamics of shock and its clinical complications. » *Int. Abstract of Surg.*, **79**: (juillet) 1944.

Harry C. HULL: « Treatment of burns of thermal origin. » *Arch. of Surgery*, **45**: 235, 1942.

ELKINTON, WOLFF et LEE: « Plasma transfusion in the treatment of fluid shift in severe burns. » *Ann. of Surgery*, **112**: 1940.

WOLFF et LEE: « A simple method for estimating plasma protein deficit after severe burns. » *Ann. of Surgery*, **115**: 1942.

LEE, WOLFF, SALTONSTALL et THOADS: « Recent trends in the therapy of burns. » *Ann. of Surgery*, **115**: 1942.

Fram ROSE et BROWNE: « Studies on the blood histamine in cases of burns. » *Ann. of Surgery*, **115**: 1942.

F. H. L. TAYLOR, S. M. LEVENSON, C. S. DAVIDSON, H. C. BROWDER et C. C. LUND: « Problems of protein nutrition in burned patients. » *Ann. Surg.*, **118**: 215, 1943.

PRINZMETAL, O. HECHTER, C. MORGOLES et G. FEIGEN: « A principle from lever which is effective against shock due to burns. » *J. A. M. A.*, **172**: 720, 1943.

D. L. PRESMAN, M. JONATA, R. E. WESTON, S. O. LEVINSON et H. NECHELES: « Intensive human serum treatment of burn shock, and a modified formula for calculating the amount of infusion. » *J. A. M. A.*, **172**: 924, 1943.

F. M. ALLEN: « The theory and therapy of shock. Excessive fluid administration. » *Am. J. Surg.*, **61**: 79, 1943.

J. FINE et A. M. SELIGMAN: « Traumatic shock. » *Ann. Surg.*, **118**: 328, 1943.

D. B. PHEMISTER: « Role of the nervous system in shock. » *Ann. Surg.*, **118**: 256, 1943.

W. M. PARKINS, C. E. KOOP, D. RIEGEL, H. M. VANS et J. S. LOCK WOOD: « Gelatin as a plasma substitute with particular references to experimental hemorrhage and burn shock. » *Ann. Surg.*, **118**: 193, 1943.

E. E. MUIRHEAD, C. T. ASHWORTH, L. A. KROGEL et J. M. HILL: « The therapy of shock in experimental animals with serum. Protein solution Fate in the body of concentrated and dilute serum and aline solutions. » *Surgery*, **14**: 171, 1943.

Karl A. MEYER, Donald D. TOZOL, HANS et Frederick STEIGMANN: « Pectin solutions in the treatment of shock. »

National Research Council: « Medical progress; the treatment of thermal burns. » *N. England J. M.*, **229**: 817, 1943.

F. M. ALLEN: « Physical and toxic factors in shock. » *Arch. Surg.*, **38**: 155 (janv.) 1939.

C. H. BEST et D. V. SOLANDT: « Studies on experimental shock, Canada. » *C. M. A. J.*, **43**: 206 (sept.) 1940.

M. PRINZMETAL, S. C. FREED et H. E. KRUGER: « Pathogenesis and treatment of shock resulting from crushing muscle. » *War Medicine*, **5**: (fév.) 1944.

A. BLAKOCH: « Experimental shock: the cause of the low blood pressure produced by muscular injury. » *Arch. Surg.*, **20**: 259 (juin) 1930.

C. L. FOX, Jr.: « Oral Sodium lactate in the treatment of burn shock. » *J. A. M. A.*, **124**: 207 (22 janv.) 1944.

H. N. HARKINS: « The treatment of burns. » Springfield, Illinois, 1942. (Charles E. Thomas).

LE TRAITEMENT LOCAL DES BRÛLURES[1]

J.-Louis LA ROCHELLE (Québec).

Je sais, messieurs, que vous n'êtes pas ici pour entendre un exposé classique sur l'historique et la bibliographie du traitement des brûlures, et c'est pourquoi nous allons voir ensemble les divers traitements usuellement employés et essayer d'en tirer des conclusions pratiques.

La guerre qui vient de se terminer nous a donné l'occasion d'améliorer et de perfectionner nos techniques chirurgicales et personnellement, au cours de mon stage avec l'aviation canadienne, j'ai eu l'occasion de traiter des brûlés avec divers agents thérapeutiques et ainsi de juger de leur valeur respective.

Nous allons voir tout d'abord quel est le but du traitement local et ensuite je vous énumérerai les avantages et les désavantages de chacun des médicaments employés, en vous donnant sur chacun d'eux mon opinion personnelle, mais sans vous imposer quoi que ce soit.

Tout traitement local d'une brûlure doit remplir les conditions suivantes:

Eviter toute infection immédiate et secondaire de la surface brûlée.

Calmer les douleurs.

Aider à la régénération de l'épithélium détruit.

Eviter toute cicatrice vicieuse tant au point de vue fonctionnel qu'esthétique.

Eviter toute intoxication générale pouvant résulter de l'absorption du médicament employé.

Utiliser le moyen le plus simple et le plus rapide afin de ne pas faire de manipulation inutile.

Employer un médicament approprié aux circonstances dans lesquelles vous travaillez.

---

1. Communication au XVIIIe Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, juin 1946.

QUELLE EST LA MANIÈRE DE PROCÉDER POUR TRAITER UNE BRÛLURE ET REMPLIR LES CONDITIONS QUE JE VIENS D'ÉNUMÉRER?

Avec la plupart des agents thérapeutiques employés, voici la procédure usuelle:

1. Il faut d'abord nettoyer la surface brûlée en enlevant par un lavage à l'eau et au savon tous les corps étrangers qui la recouvrent, et s'il s'agit d'une brûlure par un corps gras il faut nettoyer avec une solution huileuse douce.

2. Faire un bon débridement en enlevant tous les tissus morts et en drainant les vésicules.

3. Nettoyer avec un antiseptique quelconque toute la peau sur la périphérie de la surface brûlée.

Ce débridement et ce nettoyage de la surface brûlée constituent une opération longue et douloureuse qui doit être faite sous anesthésie générale. De plus, elle doit se faire rapidement, dans une chambre chaude, afin d'éviter d'augmenter l'état de choc du brûlé par refroidissement. Toute cette opération doit être faite avec la même asepsie employée en chirurgie générale, soit gants stériles, couvre-bouche, etc.; lorsque ce débridement est terminé. la surface brûlée est prête à recevoir le médicament employé.

ACIDE TANNIQUE

Mode d'emploi.

a) En solution aqueuse à 5% ou 10% seule ou avec une solution de nitrate d'argent à 10%.

b) En gelée sous le nom de « Tangel », « Tannafax » ou en gelée combinée avec des sulfamidés ou du violet de gentiane.

Avantages.

1. C'est un médicament facile à employer, même pour quelqu'un sans aucune expérience, car il s'agit de vaporiser la brûlure

jusqu'au moment où il se forme une escarre solide.

2. Vu son application rapide, il protège contre la trop grande perte de liquide et soulage la douleur, prévenant ainsi l'état de choc.
3. L'escarre est solide et assez régulière, protégeant très bien contre toute contamination extérieure.
4. S'il est combiné avec un agent anti-microbien quelconque, soit le violet de gentiane, soit un sulfamidé, il aide à lutter contre l'infection.

Désavantages: cependant il y a de gros désavantages:

En formant ainsi une escarre solide et contractile, il peut donner lieu à des cicatrices vicieuses et rétractiles, surtout s'il est employé sur les organes génitaux, la face, les pieds et les mains.

Sur l'extrémité d'un membre, l'escarre peut donner une constriction très forte et occasionner de la gangrène.

S'il y a infection de la surface brûlée, il est impossible de le constater et de plus, en empêchant le pus de s'éliminer, il se fait une résorption de produits toxiques.

L'absorption de l'acide tannique entraînerait des lésions hépatiques, mais ceci n'est pas encore prouvé d'une façon définitive, car nous retrouvons les mêmes lésions chez des grands brûlés non traités par l'acide tannique.

L'escarre formée par l'acide tannique prend environ 2 à 3 semaines à s'éliminer, retardant ainsi la greffe cutanée lorsqu'elle est nécessaire.

Doit-on, pour toutes ces raisons, éliminer définitivement l'acide tannique comme traitement local des brûlures?

Non, mais il s'agit d'éviter tous ses inconvénients en ne l'employant pas sur les organes génitaux, les mains, la face, les pieds et les plis de flexion. De plus, ne pas l'employer lorsque la surface brûlée semble infectée.

Mais, cependant, il n'y a aucun doute que l'on peut trouver mieux que l'acide tannique.

Les colorants.

Soit le vert brillant, violet de gentiane, acriflavine, urantoïde violet.

Leurs avantages se résument à leur action anti-microbienne sur les microbes gram-positifs et gram-négatifs. Ils sont faciles d'application sous forme de gelée ou de vaporisation.

Ils forment une escarre très solide, très flexib'e, recouvrant bien la surface brûlée et lui donnant ainsi une bonne protection contre toute contamination extérieure et contre la perte de liquide.

Quant à leurs inconvénients, ils sont à peu près les mêmes que ceux de l'acide tannique, mais ils sont en plus très malpropres dans leur application et l'escarre, quoi qu'en disent certains auteurs, est très difficile à enlever s'il y a infection secondaire. Cependant, l'urantoïde violet forme une escarre moins dure que les autres colorants et s'enlevant plus facilement.

Les solutions hypertoniques salées.

Elles s'emploient sous forme de bain ou de pansements. Cette méthode donne des résultats aussi excellents que les autres, mais elle occasionne de fréquentes manipulations entraînant infailliblement l'infection secondaire de la surface brûlée; de plus le patient n'est pas très confortable avec de grands pansements humides et, enfin, cette méthode n'est pas applicable par le médecin praticien.

Sulfadiazine.

Il s'emploie en vaporisation. Il a la propriété de former une escarre translucide, élastique et très flexible qui ne retarde pas la guérison locale, car, au lieu de donner une escarre par précipitations des protéines de surface comme le fait l'acide tannique, cette escarre est formée par la solidification du triéthanolamine, préparation qui entre dans sa formule. Vu qu'il forme un film translucide, l'infection se décèle très facilement. S'il y a infection secondaire, l'escarre s'enlève très bien avec des compresses salées. Le sulfadiazine agit très

bien sur les microbes gram-positifs et gram-négatifs. Il diminue la douleur dès la première application. Il est de plus sans danger pour les tissus oculaires. Quant à sa toxicité comme sulfamidé, nous en reparlerons en traitant des agents thérapeutiques à base de sulfamidé.

Cette méthode, cependant, n'est pas pratique pour le médecin, car la formation de l'escarre est très lente et nécessite des vaporisations répétées pendant 2 à 3 jours. Enfin, comme tous les produits qui forment une escarre, il retarde la greffe cutanée.

Les pansements compressifs.

Depuis la guerre les pansements compressifs connaissent une popularité sans cesse grandissante, laquelle d'ailleurs semble justifiée.

Lors du désastre du « Cocoanut Grove » à Boston, en 1942, tous les brûlés furent traités avec des pansements compressifs imprégnés d'un onguent à l'acide borique et les résultats furent épatants.

Ces pansements compressifs présentent de nombreux avantages et semblent les seuls à remplir toutes les conditions exigées d'un bon traitement local des brûlures.

La technique d'application est très simple et elle consiste à faire un lavage à grande eau pour enlever les corps étrangers et les principales saletés sans faire aucun débridement ni aucun drainage des vésicules. Vous appliquez ces pansements d'une manière légèrement compressive et votre traitement local est terminé. Je sais que ce traitement semble contredire toutes les anciennes techniques usuellement employées, mais quelques mots d'explication seront suffisants pour vous démontrer que le traitement est logique et d'ailleurs il a fait ses preuves.

Ces pansements s'appliquent très facilement et peuvent être manipulés même par quelqu'un qui n'a aucune expérience. Vu qu'ils sont imprégnés d'une substance grasse sous forme d'onguent ou d'émulsion, ils protègent très bien la surface brûlée contre toute infection extérieure. Ne formant pas d'escarre, il n'y a aucun danger à craindre pour une cicatrice rétractile et ils peuvent être appliqués dans les plis de flexion, les organes génitaux, la face, les mains et les pieds; pour la même raison, ils ne retardent en rien la régénération de l'épithélium détruit et, si une greffe cutanée est nécessaire, elle peut se faire au bout d'environ 15 jours.

S'il y a infection secondaire, elle est très facile à déceler et à contrôler, car on n'a qu'à changer les pansements. Vu leur application très rapide, car il n'y a pas de débridement à faire, mais tout simplement un lavage de la surface brûlée, afin d'enlever les corps étrangers, ils diminuent ainsi toute cette longue procédure de lavage et de débridement, laquelle, en règle générale, augmente l'état de choc du brûlé.

Un des gros arguments invoqués contre ce traitement, c'est celui d'affirmer que le fait de ne pas drainer les vésicules entraîne infailliblement l'infection de la surface brûlée. Il est aujourd'hui prouvé que les sulfamidés que reçoit le patient, soit localement, soit en injections, soit par la bouche, peuvent être retrouvés dans le liquide des vésicules et au même taux que dans le sang du patient. Ces pansements, étant compressifs, empêchent dans une certaine mesure la trop grande perte de plasma.

Lors du désastre de Boston, on avait employé des pansements compressifs imprégnés d'un onguent à l'acide borique, car on craignait l'intoxication générale, résultant d'une trop grande absorption locale des sulfamidés, mais il est démontré aujourd'hui que cette absorption, qui est très rapide dans les premières heures, diminue dans les heures suivantes pour devenir à peu près nulle quelques heures après leur application. Ceci fut prouvé par des dosages des sulfamidés dans le sang. Avant l'ère de la pénicilline, on préférait les pansements compressifs imprégnés d'une émulsion de sulfathiazole à 5%, car les sulfamidés en émulsion auraient la propriété de s'absorber

plus facilement et alors ces pansements sont supérieurs aux pansements imprégnés de vaseline ou d'acide borique à cause de l'action locale anti-microbienne du sulfathiazole.

Mais, depuis que nous pouvons employer très facilement les injections de pénicilline, je crois qu'indifféremment la vaseline, l'onguent à l'acide borique ainsi que l'onguent à la pénicilline peuvent être employés avec ces pansements compressifs.

Vous êtes sans doute au courant du traitement local des brûlures par les pansements compressifs et l'immobilisation plâtrée. Ce traitement fut très en vogue durant la guerre et, personnellement, je crois qu'il est excellent. Cette immobilisation plâtrée est surtout employée dans les brûlures au niveau des membres. Il s'agit d'appliquer les pansements compressifs sur lesquels on fait un plâtre circulaire et fermé.

Cette immobilisation totale du membre a pour but de faire diminuer le gonflement, d'éviter la perte de plasma et d'aider à la régénération de l'épithélium détruit. Quant à l'infection locale, elle n'est pas plus à craindre car il s'agit de donner de hautes doses de pénicilline et vous constaterez au bout de 15 jours, lorsque vous changez vos pansements, que vous avez une belle plaie prête à recevoir la greffe cutanée si elle est nécessaire.

Conclusion pratique.

Comme conclusion pratique, voici ce que personnellement je recommande comme traitement local des brûlures, quelles qu'elles soient et quelle que soit leur situation:

1. Lavage de la surface brûlée afin d'enlever les corps étrangers et les principales saletés; aucun drainage des vésicules; aucun débridement.
2. Pansements compressifs avec de la gaze ayant une texture assez lâche et imprégnée soit de vaseline, soit d'onguent à l'acide borique, soit d'une émulsion de sulfathiazole à 5%, soit d'un onguent à la pénicilline.
3. Pénicilline en injections à la dose de 150,000 à 200,000 unités par jour jusqu'à ce que la température redevienne normale, mais en ayant soin de donner une dose minimum de 500,000 unités.
4. Si la brûlure est située sur un membre et est assez étendue, il faut recouvrir les pansements compressifs d'un plâtre fermé et circulaire.
5. Enlever le pansement au bout de 10 à 15 jours et le refaire si nécessaire.
6. Ne jamais oublier d'immobiliser les membres dans leur position de fonction afin de vous éviter des ennuis si par hasard il se formait une cicatrice rétractile.

Le traitement que je viens de vous recommander, je n'ai pas la moindre intention de vous l'imposer, mais vous pouvez être assurés que ce fut le traitement qui donna les meilleurs résultats au cours de la guerre et, depuis que nous pouvons employer la pénicilline, les résultats sont encore meilleurs.

Je ne voudrais pas terminer ce travail sans insister sur la nécessité, pour tout médecin praticien, d'avoir à sa disposition et d'adopter un traitement pour les brûlures, car, si jamais il y a un désastre quelconque dans votre localité, vous aurez ainsi la chance de sauver bien des vies.

BIBLIOGRAPHIE

1. COPE: « Treatment of surface burns. » *Annals of Surgery*. **117**: 885 (juin) 1945.
2. COLOVIRAS, WEST et ARMOUR: « The local treatment of burns with sulfadiazine spray. » *Can. Med. Ass. J.*, **47**: 505 (déc.) 1942.
3. COPE: « Management of the Cocoanut Grove Burns. » *Annals of Surgery*, **117**: 801 (juin) 1943.
4. Faxon CHURCHILL: « Cocoanut Grove Disaster in Boston. » *J.A.M.A.*, **120**: 1385 (déc.) 1942.
5. Ackman GURD et al.: « A practical concept for the treatment of major and minor burns. » *Ann. of Surgery*, **116**: 641 (nov.) 1942.
6. HARRIS: « Memorandum on the treatment of burns in U. S. A. and Canada at the date December 1942. » *R. C. A. F. Med. Bull.*, mai 1943.
7. S. D. GORDON et R. A. GORDON: « Thermal Burns. » *C. M. A. J.*, **48**: 302 (avril) 1943.

8. Janota PRESMAN et al.: « Intensive serum tr. of burn shock and a modified formula for calculating the amount of infusion. » *J.A.M.A.*, **122**: 924 (31 juillet) 1943.

9. ROTHMAN, TAMERIN et BULLOWA: « Treatment of burns. » *J.A.M.A.*, **120**: 803 (14 nov.) 1942.

10. « The Early Recognition and tr. of Shock. » The subcommittee on shock and blood substitutes. National Research Council of Canada. *Can. Med. Ass. Journ.*, **48**: 196 (mars) 1943.

11. WEST: « The local tr. of burns with sulfadiazine. » *R. C. A. F. Med. Bull.*, mai 1943.

LA CHIMIOTHÉRAPIE DES PLAIES[1]

J.-Antonio LECOURS, F.A.C.S.,
Médecin de l'Hôpital Général (Ottawa).

La chimiothérapie des plaies est entièrement subordonnée à celle de l'infection, puisqu'en l'absence de celle-ci toute plaie superficielle laissée à elle-même guérit dans un temps optimum, toujours le même, tel que démontré par le docteur Carrel, et que tout traitement subséquent n'a pour but que d'accélérer la granulation et partant la cicatrisation complète des tissus.

C'est dire que ces prémices ont pour corollaire le *primo non nocere* des plaies, et que les substances chimiques nocives pour les cellules doivent être oubliées et ne conserver qu'un intérêt historique.

Nous aurons donc connu trois périodes dans le traitement des plaies, dont chacune aura apporté une amélioration sur la précédente: la période antiseptique jusqu'à Pasteur, la période aseptique de Pasteur aux sulfamidés de 1935, et la période actuelle de la chimiothérapie que nous vivons dans un esprit assez incertain et assez instable.

Car, bien que les sulfamidés aient été acclamés il y a dix ans comme la plus grande découverte depuis Pasteur, il semble déjà désuet d'en parler devant les succès retentissants de la pénicilline, et celle-ci sera peut-être bientôt délaissée en faveur de la tyrothricine, de la streptomycine et autres antibiotes.

Il semble donc opportun, en ce qui concerne les plaies, de reprendre toute la question et de faire le point sur un mode de traitement bien populaire en clientèle parce qu'à la portée de tous et facile d'emploi, mais qui reste très discutable du point de vue scientifique et encore plus discuté quant aux résultats.

Ce travail, par ailleurs, entre bien dans l'esprit de ce Congrès de médecine préventive, puisqu'il traite en grande partie de la prophylaxie de l'infection des plaies.

Pour bien situer la question, il peut être utile de procéder d'abord à certaines définitions. C'est ainsi que:

a) *La chimiothérapie des plaies* comprendra au cours de cette étude le traitement des plaies par les sulfamidés et les antibiotes, etc., en application non seulement locale, mais systémique.

b) Une *plaie contaminée* est celle où les bactéries n'ont pas encore commencé à se multiplier et à produire des toxines.

c) Une *plaie infectée* est celle où il y a multiplication bactérienne et production de toxines avec destruction cellulaire.

d) Par *sulfa-inhibiteurs* on entend les substances qui empêchent l'action bactériologique des sulfamidés: nécrose, pus, exsudats, acides aminés, peptones.

e) En parlant de *débridement général* des plaies, nous aurons à l'esprit l'ablation des corps étrangers et des tissus de nécrose; et le rétablissement de la couleur normale des tissus, du saignement, de la contraction musculaire et de l'hémostase parfaite.

1. Communication au XVIIIe Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, juin 1946.

f) Enfin, le *but* qu'on poursuit par la chimiothérapie, c'est la guérison rapide et définitive des plaies, dont le principal facteur est l'absence d'infection; les autres étant: l'absence de corps étrangers, une bonne circulation, l'immobilisation complète, le pansement compressif, la protéinémie normale, un apport suffisant de vitamine C, et l'absence de maladie débilitante et de blessure des nerfs.

Bactériologie.

Puisque la plupart des produits chimiques employés à l'heure actuelle ont une action sélective sur les organismes des diverses infections, il est indispensable d'établir un diagnostic bactériologique, mais là où le diagnostic bactériologique est impossible à réaliser, il faut se familiariser avec les caractères cliniques respectifs de celles-ci pour utiliser ceux-là à meilleur escient.

C'est ainsi qu'on peut reconnaître l'action du *staphylocoque* à ces suppurations plus ou moins localisées, bientôt profuses et généralement prolongées, de pus épais et crémeux, mais qui se compliquent rarement de lymphangite et de septicémie.

Les infections à grand fracas, de pus clair, sale, brunâtre ou rougeâtre, sont plutôt le fait du *streptocoque hémolytique*. La suppuration est ici modérée, mais c'est cette infection qui, avant l'apparition des sulfamidés, causait ces cellulites et lymphangites fulminantes et amenait parfois la mort en deux ou trois jours par septicémie.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen et les plaies où la suppuration reste localisée sont ordinairement infectées par le *streptocoque non hémolytique* et le *colibacille*, ce dernier donnant au pus une odeur nauséabonde.

Enfin, c'est au *bacille pyocyanique* qu'il faut attribuer ces suppurations superficielles de pus bleu-verdâtre, tachant en vert linges et pansements, et qui n'ont d'autre signification pathologique que de retarder la cicatrisation et de compromettre les greffes cutanées.

Les plaies à traiter.

En clientèle aussi bien qu'en clinique externe, la grande majorité des infections susceptibles de laisser une incapacité fonctionnelle sérieuse sont celles des plaies de la main, des brûlures et des fractures composées. Il ne faut donc pas traiter à la légère, par exemple, la moindre blessure à un doigt, ou une brûlure limitée à l'aisselle ou aux plis cutanés, et ne pas dégager sa responsabilité des retards ou défauts de consolidation des fractures dus à l'infection, en les considérant seulement comme des incidents malheureux.

Rappelons également cette série de 140 cas de plaies traumatiques provenant d'une région forestière, que nous rapportions dans *L'Union Médicale* de juillet 1940, et dont l'incidence de l'infection était de 30% au moment du premier contact avec le médecin, bien que 18 cas aient été vus dans les six premières heures.

Principes de la chimiothérapie des plaies.

On avait accoutumé de croire qu'à une infection localisée devait correspondre nécessairement et simplement un traitement local, surtout si celui-ci devait assurer une plus grande concentration du produit chimique à ce niveau. Nous verrons qu'en pratique il n'en va pas toujours ainsi et que, en matière de chimiothérapie des plaies, le plus court et le meilleur chemin d'un point à un autre n'est pas toujours la ligne droite.

Le principal avantage de la chimiothérapie locale est d'obtenir une concentration locale élevée sur une petite surface, et cela beaucoup plus rapidement que par l'ingestion ou l'injection. On sait en effet qu'il faut ingérer en moyenne 15 à 20 grains de sulfanilamide toutes les 4 heures pour maintenir une concentration sanguine de 6 à 10 mg. %. Or, l'application locale de sulfanilamide peut donner une concentration tissulaire de 500 mg. et plus %.

Cette action locale est cependant conditionnée par plusieurs facteurs: le choix du composé, la concentration du produit dans les liquides tissulaires, la solubilité du médicament,

le degré d'ionisation du composé en solution, l'espèce et le nombre des bactéries en contact avec le médicament, la présence de substances sulfa-inhibitrices sur la surface donnée.

C'est donc un problème complexe de nature physico-bactério-bio-chimique.

La prophylaxie de l'infection des plaies.

La prophylaxie de l'infection des plaies doit remonter aux sources de la contamination. Le temps ne nous permet pas de les étudier individuellement, mais on peut ériger en principe que la plupart des plaies ne sont pas tant contaminées par l'agent qui les a produites que par leurs contacts subséquents avec des bactéries virulentes. C'est ainsi que l'importance et la fréquence de ces sources de contamination suivent une progression ascendante à partir de l'agent causal de la plaie, en passant par les surfaces cutanées environnantes, les corps étrangers apportés au moment du traumatisme, pour atteindre leur point culminant par les organismes venant du nez, de la gorge et des mains du patient et de son entourage.

Le dépistage et l'éloignement de ces sources de contamination auront fait plus pour la prophylaxie de l'infection des plaies que la chimiothérapie la plus tapageuse. A tel point qu'on peut se demander aujourd'hui si le relâchement dans l'asepsie ne va pas compromettre les effets des sulfamidés et des antibiotes, et s'il n'y aurait pas lieu de revenir en arrière pour renforcer les principes pasteuriens, au lieu de chercher de nouveaux composés chimiques anti-infectieux.

C'est dans cet esprit que, devant l'impossibilité de réduire à moins de 30% l'infection secondaire des brûlures par le streptocoque à l'Infirmerie Royale de Glasgow, le Conseil des Recherches Médicales en Angleterre a établi un dispositif spécial de ventilation et d'insulation des chambres de pansement, qui, joint à une technique sans-attouchement des pansements, au huilage des planchers et à l'emploi de la crème de pénicilline, a abaissé l'incidence de l'infection à moins de 1%.

Il faudrait mentionner deux autres mesures qui ont fait leur preuve, c'est-à-dire l'*immobilisation* plâtrée ou autre de la région affectée, qui limite la diffusion de l'infection par les lymphatiques et le pansement *compressif*, qui oblitère les espaces morts et les cavités laissés par le traumatisme ou la suture des plans superficiels, et active la granulation en rapprochant les tissus.

Le fait reste acquis cependant que, du point de vue prophylactique, la chimiothérapie ne le cède qu'à l'asepsie. Employés localement dans les plaies fraîches superficielles, les sulfamidés et les antibiotes suffisent à prévenir la plupart des infections dues au streptocoque hémolytique et au staphylocoque, qui constituent la grande majorité des infections pyogènes graves.

Le cas échéant, on peut toujours y associer l'injection ou l'ingestion du produit.

Pour ce qui est de l'implantation du sulfathiazole dans les plaies opératoires à titre prophylactique de l'infection, les observations d'un groupe de Détroit semblent lui avoir donné le coup de grâce. Les recherches de O'Donnell, Posch et Hirshfeld ont porté sur quelque 576 plaies opératoires tant stériles que contaminées. Ils ont ainsi établi que le sulfathiazole employé seul et localement ne prévient pas l'infection, et ils expliquent le fait: *a*) par la résistance au sulfathiazole des organismes pyogènes des plaies, *b*) par la présence des sulfa-inhibiteurs que sont les tissus de nécrose et les corps étrangers, *c*) et par la formation et l'infection d'hématomes causés par l'irritation du sulfathiazole.

Traitement de l'infection établie.

Quant au traitement de l'infection établie dans les plaies, les sulfamidés et la pénicilline ont, sur les antiseptiques de la dernière décade, l'avantage de ne pas causer de destruction cellulaire, même s'ils provoquent une certaine irritation tissulaire.

La supériorité de l'action locale de ces produits sur leur emploi systémique reste discutable, bien que la plupart des expériences bien conduites sur l'animal aient démontré la néga-

tive, du fait sans doute, dans le cas des sulfamidés, de ces sulfa-inhibiteurs que sont le pus, les tissus de nécrose et les produits de la protéolyse.

Mais le fait est maintenant établi, sans l'ombre d'un doute, que, grâce à l'action bactériostatique des sulfamidés et à l'action bactéricide de la pénicilline, ces produits ont le pouvoir, dans les conditions favorables, de prévenir l'invasion des tissus avec lesquels ils viennent en contact par les organismes sensibles à leur action.

a) *Les sulfamidés.*

C'est en 1936 que, sur la recommandation du docteur Long, du *Johns Hopkins Hospital,* débuta l'emploi local du sulfanilamide dans les plaies. On avait déjà reconnu que le sulfanilamide a une action spécifique sur le streptocoque hémolytique; qu'à un degré moindre, le staphylocoque est atteint par le sulfathiazole, le sulfadiazine et aussi de hautes concentrations de sulfanilamide; et que même le streptocoque non hémolytique et le colibacille semblent inhibés jusqu'à un certain point par ces mêmes concentrations élevées.

Théoriquement, le sulfanilamide serait mieux adapté à l'application locale, à cause de son irritation minime, de sa moindre tendance à s'agglomérer *in situ,* et de sa grande solubilité et de son absorption rapide qui font qu'on peut obtenir, avec des quantités moindres, de hautes et rapides concentrations dans les tissus. Par ailleurs, on sait aujourd'hui que le sulfathiazole, après avoir longtemps rendu plusieurs de ces points au sulfanilamide, peut maintenant prétendre aux mêmes avantages par ses micro-cristaux.

En pratique, il est fort probable qu'il n'y a que peu de différence entre ces deux produits employés localement, ou entre leur emploi local et leur administration systémique, et qu'ils sont aussi efficaces l'un que l'autre.

Complications. A notre sens, ce sont surtout les complications possibles qui doivent régler leur emploi local. Et c'est surtout dans les plaies fraîches causées par brûlure, dans les cavités abdominale et pleurale, qu'il faut user de plus grandes précautions. C'est dans ces cas, en effet, que l'absorption est le plus rapide et que la concentration sanguine peut s'élever très tôt au point toxique. C'est ainsi que, pour chaque gramme de sulfanilamide introduit dans la cavité péritonéale, la concentration sanguine en sulfanilamide s'élève à 1 mg. pour 100 cc., d'où l'avantage qu'il y a de recourir à un sulfamidé dont l'absorption est moins rapide, comme le sulfathiazole, par exemple, afin de ne pas risquer une intoxication.

Le même danger n'existe pas dans les plaies ordinaires et sur les surfaces de granulation, où l'absorption est beaucoup plus lente.

Mais, même ici, les sulfamidés employés localement peuvent toujours sensibiliser les patients à leur usage subséquent. Il faut donc estimer la valeur de l'emploi systémique des sulfamidés dans les coupures et les brûlures mineures, par exemple, à la lumière de cette possibilité.

Enfin, puisque les effets des sulfamidés, employés localement, sont neutralisés par les sulfa-inhibiteurs comme le pus, les peptones et les substances protéolytiques, il faut y joindre les procédés fondamentaux de la chirurgie des plaies auxquels ils ne sauraient se substituer, c'est-à-dire le débridement, l'hémostase, le drainage des abcès, des hématomes et des collections de pus et de sérum, et aussi cette acquisition récente, la neutralisation des substances protéolytiques par l'azochloramide; celle-ci, en effet, rend possible et renforce l'action des sulfamidés en leur permettant d'atteindre les tissus.

b) *La pénicilline.*

Contre les mêmes organismes de l'infection, la pénicilline s'est montrée encore plus efficace. En d'autres termes, l'avènement de la pénicilline n'a pas étendu le champ de la chimiothérapie des plaies, elle l'a rendu plus fertile.

Ainsi, après les résultats souvent décevants avec les sulfamidés employés localement ou systémiquement dans les plaies infectées étendues, par exemple, il semblait trop beau d'es-

pérer que la pénicilline apporterait enfin la solution. Mais les expériences très encourageantes des derniers mois de la guerre ont pu être répétées avec le même succès en pratique civile. Fractures composées et autres lacérations sont maintenant suturées même deux ou trois jours après le traumatisme, avec guérison par première intention pour règle générale, pourvu que la pénicilline soit administrée en injection pendant 4 ou 5 jours.

On a réduit ainsi le risque d'infection secondaire, en fermant précocement les plaies, et on restitue beaucoup plus tôt la fonction du membre.

Ici encore le streptocoque hémolytique est le plus sensible à l'action de la pénicilline; puis viennent le staphylocoque et enfin le streptocoque non hémolytique et le colibacille. Tout comme les sulfamidés, la pénicilline peut être employée localement; et les résultats sont parfois dramatiques; mais quant à savoir si l'action locale est supérieure au traitement systémique, il manque encore l'épreuve du temps et des statistiques suffisantes.

Localement, on peut employer la pénicilline: a) sous forme de *solution* composée de 25,000 unités dans 100 cc. d'eau qu'on peut instiller dans les cavités infectées ou appliquer en compresses saturées ou en vaporisations (3 à 6 par 24 hrs), sur les surfaces purulentes. Cette solution doit être fraîche et préparée à mesure chaque jour du traitement. Dans les infections graves ou résistantes, on peut augmenter la concentration de cette solution jusqu'à 50,000 unités par 100 cc.; b) sous forme d'*onguent* stable à base de cire d'abeille, d'huile d'arachide, de vaseline et de lanoline renfermant 1,000 unités de pénicilline par gramme. Cet onguent est suffisamment stable pour garder son activité à la température du frigidaire; mais, à des températures supérieures à celle du corps, sa stabilité décroît rapidement; c) enfin la *poudre sèche* de pénicilline est douloureuse, trop irritante pour les tissus, est très coûteuse et ne doit pas être employée localement, sauf peut-être en mélange avec le sulfathiazole en poudre.

D'où l'on voit que ces véhicules mêmes de la pénicilline, de par leur nature, rendent son emploi prophylactique local très difficile dans la suture primitive des plaies fraîches, et encore plus, à titre curatif de l'infection, dans les plaies vieilles et infectées, où le traitement doit se prolonger plusieurs jours après la suture. La pénicilline, en effet, est absorbée rapidement et doit être appliquée beaucoup plus souvent et beaucoup plus abondamment qu'il serait nécessaire à la bactériostase de surface, si on veut atteindre les bactéries en profondeur et même les déloger de poches purulentes. Ces considérations, plus la nécessité d'assurer à la pénicilline un contact immédiat avec les surfaces infectées, ont remis en valeur les principes de chirurgie appliqués au cours de la première grande guerre mondiale, à savoir le débridement des plaies, et l'emploi des tubes de Carrel, et l'immobilisation avec cette différence que les débridements ne sont plus aussi étendus et que les tubes véhiculent une solution de pénicilline au lieu d'une solution de Dakin.

C'est que la pénicilline ne connaît pas les inhibiteurs des sulfamidés et que son activité s'accommode bien de la présence du pus et des produits de la protéolyse. Il est donc raisonnable d'affirmer que si, en présence d'une infection dont l'organisme est reconnu sensible à la pénicilline, des résultats satisfaisants ne sont pas obtenus, c'est que les principes élémentaires de la chirurgie et de l'application de la pénicilline ont été mal appliqués.

Il faut bien admettre cependant que le courant sanguin reste, dans la plupart des cas, le meilleur véhicule de la pénicilline puisqu'il l'apporte sûrement et uniformément dans l'intimité de tous les tissus vivants, et que le traitement systémique doit être associé ou employé seul dans les plaies anfractueuses et les fractures composées, où le traitement local risque de demeurer insuffisant.

Et même, puisque la pénicilline est maintenant disponible en quantités suffisantes et que sa toxicité est extrêmement réduite, il n'y a pas de raison pour ne pas l'employer sys-

tématiquement par cette voie, chaque fois que le patient peut recevoir ses injections aux intervalles requis, et que l'importance de l'infection le justifie.

Ce principe, toutefois, est et restera d'application pratique difficile tant qu'on n'aura pas trouvé le moyen de réduire le coût et le nombre des injections à donner aux patients ambulants dans les 24 heures, on qu'on n'aura pas atteint une modicité et une efficacité égales par administration orale.

L'essentiel dans le traitement de l'infection des plaies par la pénicilline, est d'atteindre et de maintenir une concentration sanguine suffisante; on y arrive par des doses adéquates et une élimination aussi ralentie que possible, comme au cours de l'injection intramusculaire et de l'emploi de véhicules à la cire d'abeille, de préférence à la voie intraveineuse où l'absorption est rapide et l'élimination proportionnelle, et à l'administration intraveineuse continue qui exige l'hospitalisation.

La pénicilline dans les brûlures.

C'est dans les cas de brûlures infectées du 1er ou du 2ème degré que les résultats du traitement local à la pénicilline sont le plus satisfaisants. En Angleterre, Clark et ses associés ont ainsi traité environ 150 cas à la pénicilline sous forme de solution ou de crème et pas un seul cas d'infection à staphylocoque ou à streptocoque n'a résisté. De plus, la granulation s'en est trouvée accélérée et les greffes ont pu être réalisées plus tôt.

Dans une autre série, 41 cas sur 54 cas traités ont vu leur infection à streptocoque hémolytique disparaître complètement en cinq jours. Le staphylocoque s'est montré un peu plus tenace, mais cède finalement à des concentrations de pénicilline plus élevées.

Bien que notre expérience personnelle se limite à quelques dizaines de cas dans notre service à l'Hôpital Général d'Ottawa, nous avons observé des résultats analogues. A tel point que la stérilisation des brûlures infectées n'est plus le problème morbide, esthétique et économique que nous avons connu.

En effet, la cicatrisation se fait en moyenne en dix jours, ou, si elle n'est pas terminée, la greffe est déjà possible avant que les granulations soient devenues exubérantes ou qu'on ait laissé des chéloïdes et des cicatrices disgracieuses se former et même limiter les mouvements. Le temps et les frais d'hospitalisation s'en trouvent ainsi réduits au minimum. Enfin, chez les enfants surtout, les pansements indolores ne sont pas le moindre avantage de ce traitement.

Nous n'avons pas observé de réaction dans les cas traités. Voici comment les choses se passent à l'admission du malade: qu'il s'agisse d'une brûlure du 1er, du 2ème ou du 3ème degré, que la brûlure soit encore apparemment seulement contaminée ou évidemment infectée, nous employons localement la crème à la pénicilline. En effet, bien que les brûlures du 1er degré ne nécessitent pas le traitement, il n'est pas toujours facile de classifier à l'admission une brûlure récente, et on a souvent la désagréable surprise de constater le lendemain la formation de vésicules, avec rupture de plusieurs de celles-ci, exposition du derme et début d'infection. D'autre part, si la brûlure est infectée, le traitement sera curatif; si elle n'est que contaminée, il est encore indiqué à titre prophylactique.

Il faut toutefois assurer le contact de la pénicilline avec la surface à traiter. C'est ainsi qu'il faut enlever d'abord corps étrangers, agents chimiques et lambaux d'épiderme, tout en ne faisant que rupturer aseptiquement les vésicules intactes afin de permettre à l'épiderme en ces points de réaliser des auto-greffes immédiates, les meilleures qui soient. La crème est alors étendue en couche d'un demi-centimètre sur la brûlure et jusqu'à 2 ou 3 centimètres sur son pourtour, recouverte d'une gaze à plusieurs épaisseurs et entourée d'un bandage compressif. Crème, gaze et bandages sont remplacés toutes les 24 heures.

Limites et complications de la pénicilline

Il ne faut pas croire que l'action de la pénicilline est illimitée. Ainsi, bien que la

pénicilline puisse contrôler promptement et complètement la cellulite et la lymphangite dues au streptocoque hémolytique et au staphylocoque, elle n'a que peu d'action sur la flore mixte des plaies, aussi bien que sur environ 1 cas sur 10 des infections à staphylocoques.

Il faut de plus se rappeler que, tout comme les sulfamidés, la pénicilline en application locale, sous forme de poudre, solution, crème ou vaporisation, sur une peau lésée, peut amener une sensibilisation précoce naturelle ou tardive acquise qui peut conduire à une dermatite généralisée lors de l'administration parentérale subséquente de cette substance, surtout quand on sait que la pénicilline commerciale contient encore 30% d'impuretés.

C'est ainsi qu'un médecin et trois infirmières d'un hôpital d'Angleterre, qui avaient participé à la préparation et à l'administration de la pénicilline, ont vu une éruption apparaître sur eux-mêmes quelques semaines après.

Parmi 2,000 soldats américains traités à la pénicilline, 0.5% ont présenté des réactions assez sérieuses pour faire cesser le traitement.

Assez souvent, la réaction peut apparaître, comme dans la séro-réaction, après la cessation du traitement. Ainsi, Cormia, dans le *Lancet* du 2 mars 1946, rapporte un cas d'urticaire et d'œdème angioneurotique suivi d'un œdème pulmonaire, 24 heures après l'application locale d'un onguent à la pénicilline chez un soldat qui avait reçu deux séries d'injections de pénicilline le mois précédent.

Disons, en passant, que dans les cas de réactions sérieuses, de bons résultats sont obtenus avec une injection intraveineuse de 50 cc. de solution de dextrose à 50%.

Doses systémiques de la pénicilline.

La dose quotidienne de pénicilline dans les infections de gravité moyenne des plaies causées par le streptocoque hémolytique ou le staphylocoque est de 15,000 aux 4 heures jour et nuit.

Si l'infection est susceptible de contrôle par la pénicilline, une amélioration évidente devra apparaître dans les 12 à 48 heures. Si aucun changement ne s'est produit après 3 jours, il est probablement inutile de continuer le traitement.

La durée moyenne du traitement systémique des plaies par la pénicilline est de 4 jours. Il peut y avoir des rechutes, tout comme avec les sulfamidés, si le traitement est discontinué trop tôt. Il est donc utile, dans les infections sérieuses, de prolonger le traitement pour quelques jours en petites doses quotidiennes de 30,000 unités.

Bien que, dans les infections fulminantes et celles causées par les organismes qui ne sont pas particulièrement sensibles à la pénicilline, on puisse donner avec plus de profit des doses quotidiennes allant jusqu'à 600,000 unités, on peut dire que, dans la majorité des cas, la dose de 100,000 unités est suffisante et qu'il n'y a pas intérêt à la dépasser.

c) *La tyrothricine.*

La chimiothérapie s'est enrichie en 1939 d'un autre antibiote des microbes gram-positifs, la tyrothricine. Ce nouvel agent bactéricide sécrété naturellement par le *bacillus brevis* nous intéresse particulièrement, puisque son emploi est devenu exclusivement local, et par conséquent bien adapté au traitement des plaies.

Les seuls modes d'administration de la tyrothricine sont l'instillation ou l'irrigation des cavités et les compresses humides des surfaces. On se sert d'une suspension à 33 mgs pour 100 cc. d'eau stérile distillée, c'est-à-dire que chaque centimètre cube de la tyrothricine du commerce est dilué dans 60 cc. A la température du réfrigérateur, les suspensions fraîches gardent leur activité pour plusieurs jours.

C'est surtout dans les plaies et ulcères atones, indolents, trophiques et secondairement infectés par le streptocoque que la tyrothricine est effective, tel dans le cas de Madame C., porteuse d'un ulcère variqueux depuis 2 ans, traité antérieurement par le repos, le support élastique, l'huile de foie de

morue, la botte de Unna, et guérie enfin en 10 jours par des applications constantes de tyrothricine.

Nous avons encore l'expérience d'un sinus secondaire au drainage d'un abcès périnéphrétique, irrigué pendant des semaines et sans succès à la pénicilline, et tari en 15 jours par la tyrothricine.

Nous ne croyons pas cependant qu'il y ait lieu de comparer et même d'opposer l'action de ces deux antibiotes, mais plutôt de chercher à expliquer ces différences par la résistance des bactéries à l'un ou à l'autre. On comprendra ainsi que la tyrothricine est venue prendre sa place dans l'arsenal thérapeutique pour y servir d'alternatif à la pénicilline.

d) *La streptomycine.*

De la streptomycine, découverte en 1944, nous ne dirons qu'un mot, et ce pour trois raisons: a) l'expérience clinique importante manque encore; b) cet antibiote n'est pas encore disponible pour usage courant; c) toute la littérature à son sujet met en garde contre un enthousiasme excessif.

Deux faits ont contribué à sa popularité excessive et soudaine: c'était le premier antibiote découvert contre les bactéries gram-négatives; d'autre part, son action marquée *in vitro* sur le bacille de Koch a fait crier victoire sur la tuberculose à la presse laïque.

Au point de vue de la chimiothérapie des plaies, ses principaux avantages sur la pénicilline seraient: 1) son absorption plus lente, telle que démontrée par une élimination urinaire plus prolongée, et par conséquent la possibilité de maintenir une concentration sanguine suffisante avec des injections aux quatre ou six heures; 2) son action plus marquée sur le colibacille; 3) son efficacité sur le *proteus vulgaris.*

Les expériences *in vitro* ont démontré une sensibilité encore plus grande des microbes gram-positifs vis-à-vis la streptomycine; quant à savoir jusqu'à quel point celle-ci pourra remplacer la pénicilline, il faudra attendre encore quelques mois d'épreuve clinique.

Au sujet de l'emploi local de la streptomycine, tout ce qu'on peut affirmer à l'heure actuelle, c'est qu'elle s'est montrée surtout effective dans les abcès et les infections où le drainage était particulièrement difficile, comme les sinus et les fistules. Sous ce rapport, elle semble devoir être tout au moins un complément utile de la pénicilline.

Conclusions.

En conclusion nous pouvons dire que:

1° Dans les plaies traumatiques ou opératoires, les principes chirurgicaux sont de beaucoup plus importants que la chimiothérapie dans la prévention de l'infection.

2° Dans les plaies superficielles et fraîches, l'application locale des sulfamidés et antibiotes suffit à prévenir la plupart des infections; mais, dans les plaies anfractueuses et vieilles de plus de 12 heures, la pénicilline par voie systémique reste la méthode prophylactique la plus sûre.

3° Les sulfamidés ne sont d'aucune utilité en application locale en présence de pus et autres sulfa-inhibiteurs; et ils peuvent en plus amener les mêmes complications que par voie systémique.

4° Dans le traitement de l'infection établie, le diagnostic bactériologique est nécessaire à une chimiothérapie intelligente, et on verra alors, sauf exceptions, les bactéries gram-positives des plaies superficielles répondre à l'application locale de pénicilline ou de tyrothricine, et celles des plaies profondes au traitement systémique par la pénicilline donnée à doses suffisantes.

5° La streptomycine semble devoir devenir un auxiliaire précieux de la pénicilline dans les infections pénicillino-résistantes et son complément dans les infections mixtes.

6° Enfin, la prophylaxie et le traitement de la gangrène gazeuse et du tétanos requièrent toujours les antitoxines associées à une chirurgie adéquate.

EXAMEN MÉDICAL DES GENS BIEN PORTANTS[1]

L'EXAMEN DE L'ÉCOLIER ET DE L'ÉTUDIANT

Ad. GROULX, M.P.H.,
Directeur du service de santé de la Ville de Montréal,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal.

Avant de parler de l'examen médical de l'écolier, je dois souligner qu'entre l'hygiène prénatale, dont on vient de nous faire un magistral exposé, et l'hygiène de l'écolier, il y a une période de vie importante à surveiller, qui s'étend de la naissance de l'enfant à son entrée à l'école, et qui présente les problèmes de l'hygiène infantile et préscolaire.

La surveillance médicale du nouveau-né est essentielle. Il faut assurer son alimentation par le lait naturel — ceci est fondamental — et à son défaut lui procurer une alimentation artificielle bien balancée et appropriée; faire l'éducation des mères dans ce domaine et en ce qui concerne les soins généraux que requiert l'enfant dans la première et la deuxième années de sa vie.

Je dois dire ici qu'avec les progrès de l'enseignement de la pédiatrie dans les universités et les hôpitaux, le développement des services hospitaliers pour enfants et l'expansion prise par les services de puériculture dans les consultations de nourrissons officielles et volontaires, les bébés, d'une façon générale, sont bien suivis.

C'est à partir de 2½ ans et jusqu'à 5 ou 6 ans qu'on semble porter le moins d'attention à l'enfant. La proportion des enfants suivis par un médecin ou dans une consultation, à cet âge, me paraît infime. Résultat: au moment de leur examen médical d'entrée à l'école, 50 à 60% des élèves sont porteurs de défauts physiques. Les principaux malaises constatés, qui peuvent se corriger au cours de ces années et qui ont une répercussion considérable sur la santé et la croissance de l'enfant, sont d'abord les déficiences de l'état général, la malnutrition, les végétations adénoïdes, les amygdales hypertrophiées, la carie dentaire, etc.

Le praticien, à qui nous désirons voir conserver son rôle de médecin de famille et, bien plus, d'« aviseur médical de la famille », se doit de continuer à surveiller l'enfant à la naissance de qui il a présidé: surveillance médicale périodique fréquente dans les deux premières années et examen au moins annuel ou bi-annuel jusqu'à son entrée à l'école.

Ceci permettrait de prévenir et de corriger les défauts physiques que nous trouvons à l'âge de 6 ans et qui ont peut-être déjà pris à ce moment un certain caractère de chronicité.

L'examen médical des écoliers est probablement le premier type d'examen médical périodique institué ayant en vue la surveillance médicale d'une catégorie déterminée d'individus et ceci tout d'abord dans le but de découvrir les maladies contagieuses et de surveiller la santé des enfants.

Le premier essai pour assurer ainsi la surveillance des enfants remonte à 1833, en France. Des systèmes analogues ont été institués par la suite en Allemagne et en Belgique.

En Angleterre l'examen médical des volontaires durant la guerre du Transvaal en 1898-1899 a révélé un grand nombre de défauts physiques parmi les conscrits, à un tel point que 50 à 60% étaient trouvés inaptes et refusés pour le service militaire. C'est à la

1. Série de travaux communiqués aux « Journées Médicales » de la *Société Médicale de Montréal*, mai 1946.

suite de ces constatations qu'est né le premier système d'inspection médicale dans les écoles, assurant l'examen médical de chaque élève à son entrée et, par la suite, à des périodes définies durant son stage scolaire.

Aux Etats-Unis, des systèmes analogues ont été institués: à New-York (1897), à Boston (1894), à Philadelphie (1895), à l'occasion de l'éclosion de certaines épidémies telles celle de la diphtérie.

Au Canada, les premiers systèmes d'inspection médicale ont été institués à Montréal en 1906 et à Toronto en 1907; ils se sont développés graduellement depuis ce temps.

Beaucoup a été fait dans ce domaine, mais ici comme aux Etats-Unis, l'organisation des services d'hygiène scolaire varie d'une localité à l'autre. Dans le but de présenter un programme et une procédure uniformes, adaptables suivant les localités, les institutions, les caractères ethniques et religieux des populations, deux associations intéressées, l'une à l'instruction, l'autre à l'hygiène publique, ont conduit récemment une enquête sur l'hygiène scolaire au Canada, son organisation et ses résultats. Il me semble qu'il est possible d'en arriver à une formule et à une procédure telles qu'elles puissent être utilisées dans tout système scolaire par les services intéressés et permettant d'établir des barèmes et des comparaisons.

A côté de la surveillance du développement physique de l'enfant dont on s'est plus particulièrement occupé, une attention plus grande et bien orientée devra être accordée à la santé mentale et au développement psychologique de l'élève — allant même à l'orientation de leurs activités futures, et ceci par une action bien coordonnée.

Les services d'hygiène scolaire sont l'objet d'un programme assez vaste d'après les données actuelles de l'hygiène et de l'expérience et comprennent plusieurs activités qui relèvent des services de l'éducation et de l'enseignement, des services d'hygiène publique et de la famille. Nous en retrouvons un énoncé sommaire dans les conclusions d'une étude récente publiée sous le titre « Suggested School Health Policies » — « A Charter for School Health — 1945 », où sont données certaines directives pour améliorer le programme de santé à l'école.

L'hygiène scolaire a pour objet essentiel de protéger et d'assurer la bonne santé de l'écolier, afin qu'il puisse mieux bénéficier de l'enseignement qu'il reçoit et pour qu'il soit en mesure de rendre les plus grands services à la société.

Les expériences faites jusqu'à maintenant par les services d'hygiène scolaire organisés chez nous, les recherches auxquelles on a procédé au sein de la population écolière, le rendement obtenu jusqu'à date dans la correction des défauts physiques, quelle qu'en soit la proportion, les mesures prises pour prévenir la propagation des maladies infectieuses dans les écoles, la vaccination et l'immunisation contre certaines d'entre elles des enfants qui n'avaient pas été protégés durant la période préscolaire, suffiraient à démontrer la nécessité de la surveillance médicale de l'écolier au cours de sa vie scolaire et, j'ajouterai, universitaire.

L'examen médical des élèves dans les écoles de Montréal révèle, pour l'année scolaire 1944-1945, que 42.5% sont porteurs de défauts physiques. Ce taux représente une amélioration sur les chiffres antérieurs; en effet, la proportion des cinq années antérieures était de 47.3% contre 54.2% pour la période des cinq années scolaires 1929-30 à 1933-34.

L'examen des dents d'environ 86,000 élèves au cours d'une campagne spéciale poursuivie dans 194 écoles de Montréal, de janvier 1943 à juin 1945, a révélé que sur ce nombre plus de 65,000, soit 75%, avaient des défectuosités dentaires, en particulier la carie.

Les caractéristiques les plus frappantes de l'enfant à cet âge sont la croissance et la puberté; il est soumis, en même temps qu'il fréquente les écoles, à des conditions et facteurs variés, d'ordre physique, nerveux, psy-

chologique et physiologique, l'hérédité et certains facteurs extrinsèques: ses habitudes, l'habitation, le travail, le climat, etc., qui ont une influence considérable sur son développement physique et mental.

Il représente par ailleurs un actif précieux et une proportion suffisamment grande de notre population pour justifier l'importance que l'on y attache.

Son succès à l'école et à l'université, comme plus tard dans la vie, dépendra grandement de son état de santé physique et mentale.

* * *

Je suis appelé à vous parler plus particulièrement de l'examen médical de l'écolier et de l'étudiant.

Cet examen a pour but de prévenir la propagation des maladies contagieuses épidémiques au sein de la population écolière et de surveiller le développement physique normal de l'enfant par la recherche et la correction des défauts physiques et la prévention de la maladie. Il y a là aussi un excellent moyen d'éducation pour les écoliers.

Pour atteindre ce but, l'hygiène scolaire constituant un problème d'éducation, une grande attention doit être portée à l'enseignement de l'hygiène à l'école; à cette fin, on doit instituer d'abord un programme pratique d'enseignement de l'hygiène où le personnel enseignant, comme le personnel inspecteur, ferait sa part. Ceci a été l'objet d'une étude spéciale par un sous-comité du Département de l'Instruction publique chargé de préparer un projet qui serait mis en application l'automne prochain.

Dans les écoles, les élèves doivent être soumis à une surveillance ou inspection médicale complète, de façon que l'élève soit examiné périodiquement, à date fixe, et surveillé par une inspection attentive et continue — de telle sorte qu'il soit suivi depuis son entrée à l'école primaire jusqu'à sa sortie et, de là, à l'école primaire supérieure et même à l'université.

Ces deux mesures essentielles sont parties d'un programme complet et adéquat d'hygiène scolaire, dont les éléments divers comportent l'organisation des « services d'hygiène scolaire » avec la surveillance sanitaire des écoles, le contrôle des maladies contagieuses, l'examen médical des instituteurs, l'examen dentaire, les tests mentaux, les examens spécialisés, tels le test de la vision, de l'audition, etc., et les visites à domicile par les infirmières.

A Montréal comme ailleurs, à la suite de certaines expériences et études faites dans un district sanitaire de New-York connues sous le nom de « The Astoria Study », nous serons entraînés très probablement à modifier la procédure actuelle, surtout en ce qui concerne la périodicité de l'examen médical proprement dit. Je ne suis pas prêt cependant à tout bouleverser pour que, à la suite de l'examen complet initial de l'élève au cours de sa première année de vie collégiale, l'écolier ne soit pas revu pour examen analogue à périodes définies — périodes qui pourraient être espacées. Toutefois nous devrons nous occuper davantage de l'enfant trouvé porteur de défauts physiques.

L'inspection médicale des écoles se poursuit à Montréal au cours de la présente année scolaire 1945-1946 auprès de 135,000 enfants, dans 315 écoles, dont 216 sont dirigées par la Commission des écoles catholiques, 46 par la Commission des écoles protestantes; les 53 autres sont des écoles et institutions privées, dont les collèges, pensionnats, etc. Ce travail, dont la direction est confiée à la division de l'hygiène de l'enfance, est effectué par 35 médecins et 4 psychiatres, 13 dentistes et 140 infirmières.

Dans notre organisation locale, elle comprend l'examen médical périodique et l'inspection générale on de routine.

I. L'inspection générale et l'examen spécial

Une inspection générale de tous les élèves est faite au début de chaque année scolaire

durant le mois de septembre en vue d'éliminer immédiatement tous les cas suspects de maladies contagieuses et parasitaires et de contrôler la vaccination contre la variole et l'immunisation contre la diphtérie et la coqueluche.

Cette inspection se continue au cours de l'année dans les classes par l'infirmière pour la même raison et aussi pour rechercher les enfants souffrant de défauts physiques apparents; ces enfants sont par la suite référés au médecin inspecteur pour subir un examen médical spécial. Cet examen spécial permet également de tenir sous surveillance et observation les enfants trouvés porteurs de défauts à l'examen physique et aussi d'assurer le contrôle des traitements et des corrections obtenues.

De cette façon, les élèves sont revus entre chaque examen périodique et référés au médecin si quelques troubles surviennent dans leur organisme. Dans notre organisation, ici à Montréal, durant la dernière année scolaire 1944-1945, les infirmières ont fait ainsi dans les classes 592,000 examens: c'est dire que les élèves ont été vus environ 5 fois; 12,338 enfants ont été examinés spécialement sur référence de l'instituteur ou de l'infirmière.

C'est aussi par l'inspection des élèves dans les classes que le contrôle des maladies contagieuses — l'un des principaux buts et l'une des mesures les plus importantes de l'examen médical de l'écolier — est assuré par le dépistage des cas, leur exclusion de l'école, le réexamen d'admission, la déclaration, la recherche des contacts familiaux par la visite à domicile et la vaccination et l'immunisation.

Par l'examen annuel des instituteurs et l'examen de leurs poumons aux rayons X au moment de leur engagement et chaque fois que requis, nous atteignons un objet essentiel: prévenir les contacts dangereux entre instituteurs et élèves dans les cas de contagion et surtout de tuberculose pulmonaire.

II. L'examen médical périodique

L'examen médical périodique consiste, lui, dans l'examen complet que chaque élève doit subir à des périodes définies de sa vie scolaire.

1. D'abord, *à l'école primaire,* l'écolier subit quatre examens par le médecin: à l'entrée à l'école, tous les nouveaux élèves doivent être examinés sans délai, si cela n'a pas été fait durant l'année précédente; l'écolier subira trois autres examens au cours de son stage à l'école primaire: en 3e, en 5e et avant de quitter, en 7 ou 8e année, selon le cas. De cette façon, environ 40% des écoliers sont examinés annuellement à Montréal.

L'examen doit être complet, comprendre l'histoire familiale, les antécédents personnels — particulièrement en ce qui regarde les maladies contagieuses — le contrôle de la vaccination antivariolique, la pesée, la mensuration, l'examen de la vue par réfraction avec l'échelle de Snellen, porter sur tous les systèmes et organes: la peau, la bouche, les dents, la gorge, le nez, les oreilles, les ganglions, le cœur, les poumons, apprécier la condition mentale et nerveuse, l'état général et l'état de nutrition de l'enfant, etc.

La responsabilité du médecin examinateur consiste dans la recherche des défauts physiques comme tels; l'examen ne doit pas prendre l'allure d'une consultation médicale, qui est laissée au médecin traitant. C'est à celui-ci qu'il appartient d'établir le diagnostic et d'instituer le traitement.

Lors du premier examen, il est désirable — même important — que les parents soient présents. Ceci permet au médecin de leur indiquer les défauts décelés et de leur démontrer l'importance d'un traitement immédiat. De plus, chaque fois qu'un défaut physique est dépisté, une formule d'« Avis aux parents » est remise à l'enfant, ou aux parents s'ils assistent à l'examen; sur cette formule on signale les défauts trouvés et qu'il y a lieu de faire corriger.

Tous les renseignements obtenus au cours de l'examen ou lors d'une inspection générale, d'une inspection spéciale ou d'une visite à domicile, doivent être inscrits sur une « fiche médicale individuelle » qui accompagne l'en-

fant depuis l'école primaire jusqu'à sa sortie de l'école supérieure.

A la fin de chaque année scolaire, un réexamen des enfants à qui un avis a été remis permet de contrôler les résultats atteints dans la correction des défauts. Nous pouvons noter qu'environ 45 à 50% ont été soumis à un traitement; dans de nombreux cas même, les défauts ont été corrigés.

L'examen médical périodique est complété dans l'organisation des services d'hygiène scolaire à Montréal par l'examen des dents, fait par des dentistes inspecteurs, de l'audition, au moyen de l'audiomètre, et par le test mental, fait par des psychiatres et des psychologues afin de classifier les élèves selon leur quotient intellectuel et reconnaître les cas de mésadaptation en suggérant les mesures à prendre à leur égard.

2. Au système que je viens de décrire brièvement s'ajoute l'examen du jeune homme à son entrée à l'école primaire supérieure ou High School. Alors, le médecin examinateur porte une attention plus particulière à l'examen des poumons et du cœur et à la recherche de certains défauts physiques pour s'assurer que l'élève est en mesure de suivre l'entraînement physique qui s'intensifie dans ces écoles.

Je dois ajouter que les collèges (sauf 2) et la plupart des grands pensionnats sont visités par le personnel du service de santé.

Au cours de l'année scolaire 1944-1945, 52,509 écoliers ont été examinés dans les écoles de Montréal; 22,359, soit 42.5%, ont été trouvés porteurs de défauts physiques.

Les principaux défauts trouvés lors de cet examen médical sont: la carie dentaire (75%), les végétations adénoïdes et l'hypertrophie des amygdales (14%) associées à l'obstruction nasale, la dénutrition (10%), l'hypertrophie des ganglions cervicaux (14%), la vision défectueuse (environ 7%), les défauts orthopédiques (1.4%), les troubles du cœur (3%), etc.

3. Cette année, pour la première fois, le service de santé a fait bénéficier de l'examen périodique 749 étudiants de première année des différentes facultés de l'Université de Montréal. Cet examen des étudiants a été plus complet et s'est accompli dans des conditions plus favorables.

En plus de l'examen médical décrit ci-dessus, la tension artérielle a été prise et des analyses de laboratoires: B. W., urines, ont été faites. Un examen radiographique des poumons de tous les étudiants de l'université avait été fait antérieurement par la Ligue antituberculeuse de Montréal, Inc.

Cet examen a révélé que 44.7% des étudiants de première année à l'université sont porteurs de défauts physiques.

Ce système d'examen médical périodique permet de surveiller l'état de santé et le développement physique de l'écolier et de l'étudiant. On doit se rappeler qu'entre ces examens successifs, l'écolier et le jeune homme sont vus fréquemment, l'écolier surtout dans les classes primaires par l'infirmière hygiéniste au cours de visites dans les classes.

Pour obtenir de bons résultats, il est nécessaire de continuer cet examen par la visite de contrôle à domicile; celle-ci est de la plus haute importance et constitue le travail essentiel de l'infirmière hygiéniste.

Le but des visites à domicile est de faire l'éducation des parents en ce qui concerne la santé de leurs enfants, de vérifier l'état sanitaire des foyers, etc. C'est également au cours de sa visite à domicile que l'infirmière pourra convaincre les parents de faire traiter leurs enfants, s'il y a lieu, puis de se rendre compte de la santé des autres membres de la famille, leur donner les conseils appropriés, s'enquérir de la cause des absences de l'école, qu'elles soient ou non attribuables à des maladies contagieuses.

Conclusions

Les gouvernements ont reconnu la nécessité d'organiser l'examen médical à l'école; toutefois les parents ont le devoir de s'occuper de la santé de leurs enfants et ils doivent assurer leur plus entier appui à l'organisme officiel

qui prend la charge de cet examen. Ceci, ils peuvent le réaliser, entre autres, en se joignant aux associations dites « de parents et d'instituteurs », groupées ici sous le nom de « Service d'éducation familiale » ou de « Home and School Association ».

L'instituteur, par son contact quotidien avec l'enfant, peut déceler certains défauts physiques apparents et les signaler ensuite au médecin ou à l'infirmière, aidant ainsi grandement à l'éducation des jeunes en matière d'hygiène.

Le médecin praticien peut et doit coopérer par l'attention qu'il est appelé à donner aux enfants dans les familles et spécialement à ceux qui lui sont soumis comme porteurs d'un « Avis de défaut physique ». C'est à lui que revient la responsabilité de compléter l'examen et d'établir le diagnostic précis puis d'instituer le traitement approprié; ce traitement doit comprendre non seulement l'élément thérapeutique mais viser à améliorer les conditions de vie et de régime alimentaire, s'il y a lieu. Les enfants souffrant de dénutrition, de ganglions cervicaux, etc., doivent recevoir de la part de leur médecin un soin tout particulier.

C'est, en somme, par l'action conjointe des parents, des services organisés, de l'instituteur et du médecin de famille que l'examen médical de l'écolier et de l'étudiant atteindra son but, donnera les résultats qu'on en attend: assurer le bon état de santé des jeunes et contribuer à former la génération forte et vigoureuse dont notre pays a grandement besoin.

L'EXAMEN DES FUTURS MARIÉS

J.-E. DESROCHERS

Lorsqu'on m'a demandé de parler de l'examen des aspirants au mariage, on croyait, sans doute, qu'il est possible d'étendre le champ de l'étude faite antérieurement par la *Société Médicale de Montréal,* et publié l'an dernier. En effet, la lecture de ces travaux nous démontre que le sujet a été abordé sous un angle exclusivement naturaliste. On a surtout cherché à aider le médecin dans une tâche délicate et pleine de responsabilité: celle de donner aux futurs époux le témoignage de leur aptitude aux devoirs mutuels et aux fonctions de la vie conjugale. Nous nous rendrions ainsi au désir de l'Eglise de cette province, qui est soucieuse de la santé physique et du bien-être spirituel de ses fidèles, avisait aux meilleurs moyens d'éviter les unions frauduleuses et injustes en sollicitant le concours du médecin probe et consciencieux.

Mais la technique d'un examen, la recherche des tares héréditaires, la découverte des infections contagieuses sont insuffisantes à donner à l'examen prénuptial toute sa valeur. Les relations du physique et du moral sont des notions classiques et banales. Leur observation se répète à l'occasion de chacun de nos actes. Mais trop souvent le comportement du médecin à l'égard de l'individu se limite à rechercher les réactions de la sensibilité. Il voit entre la physiologie animale et la physiologie humaine une identité là où il n'y a cependant qu'analogie. Nous le répétons, il ne faut pas chercher uniquement, dans la personne examinée, la présence des lésions mais fixer l'attention sur tout ce qui la caractérise individuellement et sur ce qui est en elle humain: vie du cœur, vie de l'âme.

Le jeune homme et la jeune fille qui se présentent dans le cabinet du médecin, veulent d'abord une attestation qui leur permettra de satisfaire à ce qu'ils considèrent une simple formalité. Mais ce fait matériel lui-même ne peut manquer, à cause des circonstances dans lesquelles il se produit, d'être accompagné du désir de savoir tout ce qu'il faut pour le bon départ pour la vie nouvelle. C'est pourquoi

le médecin n'est plus alors un simple technicien, mais il assume un rôle actif de conseiller. C'est même une des circonstances dans sa vie où il lui sera donné d'agir pleinement par son art et par son âme. Ce serait nier l'évidence que de refuser toute influence à l'action désintéressée du médecin au moment où deux vies vont s'unir pour réaliser leur destin. Ceux qui se drapent dans leur scepticisme en invoquant l'inutilité de l'apostolat, en niant la possibilité d'une action profonde de l'homme sur l'homme sont dupes de leur paresse et de leur égoïsme. A vrai dire, aucune parole, aucun geste du médecin ne sont insignifiants.

Dans le monde des âmes, la moindre vibration spirituelle se répercute à l'infini. Ceux qui ont lu *André Cornelis*, de Bourget, savent que ce roman, qui démontre la responsabilité de l'écrivain, a donné naissance à toute une littérature d'éducation morale. Si nous réfléchissions à l'influence que chacun de nous exerce inconsciemment sur le prochain, nous serions épouvantés de notre responsabilité. A ce sujet, permettez-moi de vous rapporter un trait à propos d'un confrère aujourd'hui décédé. Ce médecin avait pris l'habitude d'émailler ses examens médicaux des réflexions morales que lui suggérait sa bonté. Ces réflexions jaillissaient souvent avec une telle conviction que le souvenir en restait longtemps gravé dans la mémoire.

Au hasard d'une rencontre, un ancien client lui dit un jour: « Docteur, je vous dois toute l'orientation de ma vie! Vous souvenez-vous? J'étais jeune homme et assez dissipé. Au cours d'un examen, vous me dites une parole qui m'a tellement frappé qu'elle en a illuminé toute ma volonté.

« Vous me parliez de sagesse et de bonne conduite. Je vous écoutais et peut-être vous ai-je paru un peu sceptique, car, après un silence, avec un regard pénétrant, vous avez fait cette réflexion: « Après tout, il n'y a que cela qui compte dans la vie. » Cette parole n'a jamais cessé de sonner à mes oreilles et c'est elle qui toujours m'empêche de quitter le droit chemin. »

L'art de procréer des enfants sains fait partie des préoccupations des futurs époux. Ils subissent en cela le courant d'idées qui se généralise et est devenu la religion moderne par excellence: l'anthropolatrie.

Veut-on savoir jusqu'où, par exemple aux Etats-Unis, l'engénique est réellement devenue ce que son fondateur Darwin avait prévu? Ecoutons Tristan d'Athayade et l'Académie brésilienne: pour eux, dit-il, l'avenir non seulement de la race américaine mais encore de l'humanité et de la religion est lié à la rationalisation sexuelle. Voici ce qu'écrit, à ce sujet, un des écrivains nord-américains les plus caractéristiques dans cet ordre d'idées, Albert Edward Wiggan: « Le contrôle direct des naissances peut être l'agent décisif qui déterminera la destinée terrestre de l'homme ainsi que son rôle et qui façonnera l'avenir de la civilisation. » Il termine son livre en évoquant saint Paul et en disant: « Je ne vois pas pour quel motif les hommes ne chériraient pas une foi solidement basée et constructive, qui les ferait, grâce à leur propre science, avancer le front haut, chantant la gloire du Seigneur, faisant un usage intelligent de ses lois pour guider leur propre évolution de gloire en gloire; se dirigeant, grâce à leur propre intelligence, vers une image divine qui est la plus belle et la plus lumineuse vision existant en eux. Dans ce sens l'engénique est aussi grande que la capacité de l'homme à espérer et à rêver, aussi profonde que sa capacité à pénétrer et à diriger les lois de sa propre nature, et aussi large que sa capacité à organiser ses efforts sociaux vers des fins de plus en plus fécondes. »

« On voit éloquemment », ajoute notre académicien, « dans ce texte, la confusion que l'auteur fait entre l'engénique et la religion, en considérant le « birth control » comme la Bonne Nouvelle, l'Evangile du vingtième siècle. »

« Les progrès de l'engénique ont été si rapides et si étendus », nous dit encore Athaya-

de, « ses ambitions sont si grandes, qu'il n'y a aucune exagération à voir, dans cette science mêlée de religion, du fait du fanatisme qu'elle éveille, un des fondements de l'assaut violent lancé par la mentalité révolutionnaire matérialiste contre les valeurs spirituelles humaines et chrétiennes. »

Nous avons chez nous aussi des gens qui considèrent comme un préjugé à déraciner, la protection du domaine le plus sacré, le plus fermé, le plus inviolable de notre vie intime. Nous admettons que l'interdépendance de l'esprit et du corps impose des devoirs envers la chair, dont l'intégrité est indispensable au bon fonctionnement de l'esprit. Mais de là à admettre sans distinction des doctrines qui renferment, sous le couvert de la science, de l'utilisable et du condamnable, c'est faire abdiquer sa conscience pour l'intégrer dans une philosophie d'absolutisme matérialiste. Revenons à notre académicien brésilien et voyons comment il envisage le problème chez lui. « Nous non plus, nous ne sommes pas satisfaits de ce qui se passe ici. Nous avons aussi beaucoup à régénérer. Nous cherchons aussi une voie d'évolution et de sélection. Mais non par les mêmes procédés. Ou plutôt, nous nous opposons fermement à quelques-uns de ceux qui sont, soit les plus recommandés, soit imposés par la nouvelle religion engénique. Pour nous, l'engénique véritable se fait dans une alliance entre la raison véritable et la foi véritable. Nous ne sommes pas à la recherche d'une religion nouvelle. Nous ne consentirons pas à ce qu'une science, quelle qu'elle soit, ou un pouvoir civil, quel qu'il soit, envahissent des domaines qui ressortissent à un autre genre de science et à un autre genre de pouvoir. Nous ne sommes ni anarchistes ni étatistes. Nous n'estimons pas que la vie sexuelle soit entièrement libre. Mais nous n'acceptons pas pour cela l'ingérence de l'Etat là où il n'a que faire. Car il y a des réduits où seule la loi naturelle ou la loi révélée, et non la loi positive, peuvent exercer une réglementation.

« Par conséquent, il n'y a pas, à vrai dire, d'opposition à faire contre l'eugénésie, mais bien contre l'engénique qui est l'eugénésie illimitée purement naturaliste et étatiste. »

Je crois avoir suffisamment démontré comment une profession composée dans sa très grande majorité de médecins catholiques doit envisager le problème de l'eugénésie. Dans plusieurs provinces canadiennes on a introduit des lois qui violent le droit naturel et primordial au mariage. Droit qui appartient si étroitement à la personne humaine qu'aucune loi, aucune puissance terrestre ne saurait jamais le lui enlever, ni restreindre; c'est pourquoi le mandement des évêques qui demande l'examen médical prénuptial déclare péremptoirement ne pas vouloir imposer la moindre contrainte.

Il résulte, pour le médecin, de la liberté inaliénable de la personne et de son devoir de collaboration au perfectionnement des corps, une responsabilité élargie. C'est pourquoi l'examen des futurs époux doit être tel qu'il ne satisfasse pas seulement à une formalité, mais qu'il soit recherché des futurs conjoints pour son utilité propre et pour les heureux fruits qui peuvent en résulter. C'est ainsi que l'on aidera à sa généralisation qui est le meilleur moyen d'éviter les interventions de l'Etat qui voudrait se faire policier d'alcôves.

Les conditions sociales actuelles, la crainte des lourdes charges de famille, et peut-être de plus en plus, maintenant, une certaine répugnance à procréer de la chair à canon peuvent inciter les futurs époux à recourir aux ruses contre la vie. Les unes sont condamnables tant au point de vue hygiénique que moral, d'autres sont acceptées pourvu qu'elles soient utilisées avec prudence.

Les précautions contraceptives sont dénoncées de plus en plus fermement par les médecins, depuis que la physiologie nous a révélé que, par des mécanismes chimiques et nerveux, la frustration des effets de l'absorption spermatique et l'insatisfaction de l'élan amoureux accompagné d'une inquiétude persistante, entraînent, aussi bien chez l'homme que chez la femme, des perturbations dans le caractère, dans la sensibilité, dans le psychisme. Le

médecin devra donc mettre en garde contre les suites funestes de l'onanisme et prémunir contre l'habitude de cette pratique déprimante et égoïste.

La méthode d'Ogino-Knauss demeure dans les limites de l'honnêteté conjugale. C'est une sorte de technique médicale qui peut être employée sans danger moral. Mais, comme dit le Dr Biot, à la généraliser, on risque de s'installer progressivement dans une attitude qui mènerait à priver l'amour de la spontanéité et de la générosité qui lui sont essentielles. C'est donc une méthode d'exception qui ne doit être utilisée qu'avec prudence et j'entends ici le mot « prudence » aussi bien dans son sens de vertu morale que de précaution physiologique. Le médecin, en effet, doit savoir que même dans les cas où l'on fait les calculs mathématiques les plus rigoureux, l'expérience démontre que la méthode comporte un pourcentage de vingt pour cent d'erreurs. Dans ces choses il ne faut pas promettre plus de beurre que de pain.

Beaucoup d'autres conseils pratiques devraient faire l'objet de la sollicitude du médecin. Aussi l'on sait que, des premiers abords des époux, peut dépendre le bonheur de deux vies. L'instinct ne saurait être le seul guide là où il y a interaction du moral et du physique. La timidité ou la violence peuvent être la cause d'échecs graves là où se mêlent des questions de prestige ou de sensibilité.

Et puis, comme il peut arriver que c'est dans le voyage de noces que se donne la commande d'un enfant, commande trop fréquemment faite après une journée de fatigue, un repas trop copieux ou sous l'influence de l'alcool, les enfants du samedi soir, comme disent les Français, il faut prévenir les futurs époux des dangers que ces conditions entraînent.

Il peut arriver que l'on demande conseil sur le moment favorable de la procréation. A cela on peut répondre logiquement qu'il y a toutes chances que l'enfant soit robuste s'il est conçu après une nuit de repos plutôt qu'après la fatigue de la journée.

Le Dr Régnault nous rapporte qu'un confrère a relaté en de jolis vers une consultation sur le moment propice:

« Jeanne voulait savoir du médecin
Lequel vaut mieux le soir ou le matin
Au jeu d'amour. Il dit que le plus plaisant
Etait le soir, le matin plus duisant
Pour la santé. « Lors, dit Jeanne en riant,
Je le ferai d'un appétit friand,
Doncques au soir pour la grand'volupté,
Et le matin pour la santé. »

D'où l'on peut voir que ceux qui demandent des conseils, même dans les moments où ils possèdent encore tout leur sang-froid, ne les utilisent le plus souvent que dans la mesure où ils correspondent à leurs secrets désirs.

Il faudra aussi rappeler, quelque contrariant que cela puisse être, à ceux qui ont un passé tuberculeux ou encore à ceux qui ne jouissent pas d'une plénitude physiologique, la prudence et la modération là où l'on pourrait croire que l'effervescence passionnelle est sans danger ou que toute licence peut être impunément permise.

Enfin, l'on pourrait aussi envisager le sujet de la détermination des sexes. De tout temps on s'est préoccupé de la procréation à volonté de filles ou de garçons. Il y avait intérêt à cela, plus particulièrement dans l'antiquité, et dans les vieilles civilisations chez lesquelles les deux sexes ne jouissaient pas des mêmes privilèges. L'avènement de la civilisation chrétienne a réhabilité la femme dans sa dignité de personne humaine et, l'égalité des privilèges s'établissant avec le progrès de la civilisation, il devint de moins en moins utile de faire une distinction entre les sexes.

Cependant, la préoccupation, au temps des monarchies, des successeurs de trône, et les préférences individuelles ont continué d'aviver la curiosité sur le problème de la procréation sélective. Bien des théories ont été émises. On rapporte qu'en 1865, un nommé Drelincourt évaluait à 262 les hypothèses, sans fondement, émises sur la détermination des sexes. Ce nombre s'est accru considérablement depuis. Les méthodes empiriques cédant le pas

aux recherches de plus en plus scientifiques, peut-être pourra-t-on reprendre toute une série d'observations anciennes afin d'essayer de rattacher tous les faits à une loi générale. En attendant, aucune formule n'a une valeur définitive. Ceux que la question intéresse pourraient consulter avec agrément le livre du Dr Jukes Régnault: *Fille ou Garçon.*

Messieurs, on trouvera peut-être que la majeure partie de ces notes sur l'examen des futurs mariés a une tournure plutôt déontologique. J'en conviens et c'est à dessein que j'ai cru devoir rappeler qu'une des tâches les plus urgentes actuellement, c'est l'action sociale du médecin. Si nous ne voulons pas que l'Etat, quel qu'il soit, nous impose, comme il le fait ailleurs, ses volontés pour ce qu'il croira être le bien public, n'attendons pas, passivement, que la clameur des mécontents l'emporte.

L'EXAMEN DES ASPIRANTS À L'ASSURANCE

Yvon LAURIER, †
Chef de service à l'hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

Cette étude est très délicate, je le comprends, mais tellement importante et pratique, surtout de nos jours, alors qu'on parle tant de médecine préventive, que je remercie, bien sincèrement, les organisateurs de cette réunion d'avoir fourni, à un médecin reviseur d'une compagnie d'assurance-vie, l'occasion d'éclaircir plusieurs points, je ne dirai pas noirs, mais plutôt subtils, mal compris ou mal interprétés, en général, par les médecins.

Mon travail sera divisé en trois parties:

1. Considérations générales.
2. Exigences des compagnies d'assurance-vie.
3. Devoir et obligations des médecins examinateurs en retour des honoraires qu'ils reçoivent.

Les considérations générales sont presque illimitées, mais j'ai cru bon de ne préciser que certains points, les plus pratiques, à mon sens, ceux que je crois utile, nécessaire de porter à votre attention. Des précisions illustreront mieux ma pensée, je le crois du moins, et vous feront mieux comprendre le rôle du médecin examinateur et celui du médecin reviseur.

Les compagnies d'assurance-vie émettent des polices d'assurance sur la vie des individus après que certaines conditions sont remplies; en d'autres mots, les corporations passent un contrat avec un individu; par ce contrat, elles s'engagent à payer un montant de... à l'échéance du contrat moyennant le paiement, par l'assuré, d'une prime mensuelle, trimestrielle, semi-annuelle ou annuelle. Puisqu'il y a contrat, il s'ensuit, nécessairement, que les personnes intéressées à passer ce contrat s'engagent mutuellement à remplir certaines conditions.

Les obligations de l'assuré sont les suivantes:

Répondre correctement, clairement, véridiquement à la satisfaction de l'assureur aux questions que ce dernier jugera à propos de lui poser.

Subir un examen médical devant un médecin licencié (ici, le corps médical est protégé), si cet examen est jugé nécessaire ou requis.

Payer la prime requise pour maintenir la police en vigueur.

Sur réception du document exigé, les compagnies d'assurance devront prendre une attitude quelconque. La police pourra être émise telle que demandée, ou modifiée par une sur-

† Décédé.

prime, ou une retenue sur le capital assuré, ou une majoration d'âge, différée pour un certain temps, ou refusée, selon que le risque à assumer est régulier, normal, ou taré, ou mauvais.

Pour classifier un risque normal ou taré, ou mauvais, le médecin reviseur se base sur un ensemble de statistiques établies. Ces statistiques démontrent le pourcentage de mortalité et la probabilité de vie que représente tel ou tel demandeur d'assurance selon les faits concernant son histoire de famille, son histoire personnelle, son état actuel de santé, ses habitudes, son genre de travail. Ces faits connus permettront aux techniciens, aux actuaires d'établir la probabilité de vie et ensuite de déterminer la prime nécessaire pour le genre de police offerte ou émise. Disons, toutefois, que ce travail ne se fait pas chaque fois qu'une personne veut s'assurer. Des tables de taux sont faites à l'avance et sont à la disposition du médecin reviseur ou du technicien. Ces tables de taux pourront être modifiées dans l'avenir, pour les nouveaux assurés seulement, selon que le temps aura prouvé leur stabilité ou leur instabilité, suivant que le taux de l'intérêt rapporté sera plus haut ou plus bas que celui exigé pour la capitalisation ou que l'expectative de mortalité sera modifiée en bien ou en mal. Autrement dit, chaque assuré, en considération des faits relatés dans son dossier, est catalogué dans un groupe quelconque. Vous comprendrez comme moi que tous ne peuvent faire partie du même groupe; chaque groupe est sujet à une prime différente.

Il est nécessaire et légitime qu'il en soit ainsi, car les compagnies s'engagent irrévocablement à payer tel montant; il leur faudra donc avoir des fonds accumulés suffisamment: d'où la nécessité d'une prime juste, raisonnable et judicieuse.

Pour illustrer davantage ma pensée, j'ai cru intéressant de donner quelques exemples concernant soit les cas dits réguliers, normaux, soit les cas tarés ou mauvais.

Monsieur X, commis de bureau, est âgé de 20 ans, sa stature est normale. Tous les membres de sa famille sont vivants et en bonne santé; son histoire personnelle ne révèle rien. Ce monsieur est donc un cas régulier ou normal. Une prime régulière sera exigée, quel que soit le genre de police demandée et émise.

Prenons, maintenant, la même personne, mais avec une histoire de famille différente. Sa mère serait morte de tuberculose pulmonaire, il y a 10 ans. Selon les tables de probabilité de mortalité, une retenue sur le capital assuré de 30% sera exigée pour un certain nombre d'années, s'éteignant en 10 ou 12 ans. Quelques assureurs préféreront demander une surprime payable annuellement.

Prenons encore la même personne. Sa mère et une sœur seraient mortes de tuberculose pulmonaire, alors qu'il vivait avec elles. La retenue sur le capital assuré sera de 60%, s'il n'y a pas eu de contact depuis un an; s'il y a eu contact durant l'année, la retenue sera plus considérable ou l'émission de la police sera différée.

Monsieur A est en parfaite santé mais il a souffert de pleurésie avec épanchement pour une durée de 6 mois, il y a 10 ans. Cette personne présente un taux de mortalité de 190, alors que 100 est considéré comme le chiffre normal. La retenue sera plus élevée et s'éteindra durant un laps de temps plus long, ou la surprime sera plus élevée.

Voici, maintenant, une personne qui présente une stature ou un poids normal. Il n'y a rien de particulier à noter, sauf qu'elle a souffert de rhumatisme articulaire aigu et que l'auscultation cardiaque révèle un souffle systolique mitral constant qui se transmet à gauche; la maladie est survenue il y a moins de six ans: la police sera refusée quel que soit l'âge de la personne. Si la personne est âgée de 30 ans et que la lésion soit survenue il y a moins de dix ans, la police sera également refusée ou différée; si elle est âgée de plus de trente ans et que la lésion existe depuis moins de six ans, la police sera également refusée, mais, si la maladie est survenue il y a 8, 9 ou 10 ans, le taux de mortalité sera de 300; une police pourra être émise mais avec un

terme court et une surprime. Il va sans dire que, si le cœur est hypertrophié, même peu ou modérément, le risque n'est pas acceptable.

Prenons, maintenant, une personne de poids normal pour la grandeur, mais dont la pression artérielle est hypertensive, les urines, cependant, sont normales, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'albumine ni cylindres; si la personne a 40 ans, si la pression systolique est 150 et la diastolique 90 ou 100, son taux de mortalité est de 150; s'il y a trace constante d'albumine .02 à .05, le taux de mortalité peut varier entre 190 et 205; si, de plus, le poids est plus élevé que normalement, disons 225 livres, grandeur 5 pieds et 8 pouces, le taux est de 300 et même plus.

Voici un cas de glycosurie permanente, sans régime spécial: s'il y a ½ à 1% de sucre dans l'urine, ce cas n'est pas assurable.

Monsieur X a déjà été opéré pour des calculs rénaux, la radiographie décèle encore la présence de calculs, il est un mauvais risque; même s'il n'y avait pas de calculs et que l'opération fût survenue il y a moins de deux ans, le risque ne serait pas acceptable.

Madame Z ne présente rien de particulier, sauf qu'elle a subi deux césariennes, son taux de mortalité est de 150 et même plus, en autant qu'elle n'a pas eu d'accouchement normal depuis sa dernière opération. Si elle a accouché depuis, le taux de mortalité sera plus bas, mais une surprime ou une retenue devra être exigée.

Comme vous pouvez le constater, les états pathologiques passés ou présents jouent un rôle plus ou moins considérable dans l'établissement du taux de mortalité et de la probabilité de vie. Il en est de même quand l'histoire de famille révèle que des proches parents sont morts de tuberculose, de folie ou de maladies dégénératives.

Mais, me direz-vous, quel est le taux de mortalité ou quel est le nombre considéré comme normal? Quelques compagnies vont à 120, d'autres à 125, rarement plus. Quand le chiffre est plus élevé, on parle de cas taré; alors, un système court, ou une surprime, ou une majoration d'âge doit être imposée. La surprime ou la majoration d'âge sera d'autant plus élevée que le taux de mortalité sera plus ou moins haut. C'est ce taux de mortalité qui est la base de surprime à charger, puisqu'elle exprime la durée probable de vie de celui qui veut s'assurer.

A quel pourcentage les assureurs s'arrêtent-ils? Quelques-uns à 250, d'autres à 300 ou 400.

Ces considérations générales me paraissaient utiles et nécessaires, car elles fournissent l'explication aux exigences des compagnies d'assurance-vie. Vous comprendrez comme moi pourquoi, conséquemment, toutes les précautions doivent être prises avant d'émettre une police d'assurance.

Une des premières précautions réside dans le choix des médecins examinateurs puisque ceux-ci serviront d'intermédiaires entre l'assuré et l'assureur et permettront par leur rapport le refus ou l'émission de la police telle que demandée ou modifiée, rendant ainsi justice aux deux intéressés. L'assuré désire une police d'assurance-vie, mais cette dernière ne sera émise par l'assureur qu'en autant qu'il aura tous les renseignements voulus comportant l'exact portrait, j'oserais dire, du demandeur, pour lui permettre de prendre une décision définitive, claire et nette. Le manque de renseignements pourra causer un préjudice à celui qui veut protéger sa famille en cas de mort prématurée ou à l'assureur en émettant une police à perte. En effet, si les renseignements ne sont pas assez complets, la demande sera refusée ou différée, peut-être injustement, par la faute du médecin examinateur; par contre, si la demande est acceptée, elle causera un préjudice à la compagnie; bien plus, ce sera préjudiciable à tout le monde puisque, pour continuer à opérer, les assureurs devront augmenter leurs primes dans l'avenir. Qui paiera les pots cassés? « Les assurés ».

Comme vous le réalisez, les compagnies d'assurance-vie sont en droit d'exiger de leurs médecins examinateurs certaines qualités essentielles, puisque le rôle que joue le médecin

examinateur est d'une telle importance qu'il est bon que celui qui en exerce les fonctions sache ce que l'on attend de lui et connaisse à fond les devoirs de la charge qu'il est appelé à remplir. L'intérêt des assurés et la sécurité des assureurs sont entre ses mains. Combien de centaines de millions de dollars sont à sa merci. Il est la pierre angulaire sur laquelle repose le succès de notre économie future. On pourrait lui pardonner quelques oublis, mais la recommandation d'un assuré qui ne remplit pas toutes les conditions d'un bon risque, ou le silence sur certains faits connus de lui ne peut être justifiable.

Un mauvais sujet accepté constitue une obligation onéreuse pour la compagnie qui l'a assuré et diminue par le fait même la réserve qui doit être constituée par les assurés qui ont les qualités requises pour atteindre la probabilité de vie. Si la chose se répète trop souvent, la solvabilité est en jeu et les assurés sont exposés à des pertes.

Je considère donc qu'à moins d'une collaboration consciencieuse, honnête et intelligente, aucune compagnie ne peut s'attendre à transiger d'une manière équitable, sûre et judicieuse. Il s'ensuit que les assureurs ne doivent accepter que des médecins soucieux de leurs devoirs, courageux lorsqu'il s'agit de remplir les obligations de leur charge et compréhensifs, c'est-à-dire saisissant bien ce que l'on exige d'eux.

Les intérêts en jeu sont trop importants pour être laissés entre des mains incompétentes ou indifférentes. Des médecins m'ont déclaré qu'ils ne pouvaient faire refuser un risque. Ce genre d'affaires, pourtant, n'a rien de sentimental; ces médecins rendent de mauvais services à la société, bien plus, ils nuisent aux intérêts économiques d'une nation.

Il est donc de toute importance que les médecins examinateurs possèdent plusieurs qualités; je ne parlerai, cependant, que des principales.

La première et la plus importante des qualités du médecin examinateur, selon moi, c'est d'être instruit et de posséder un bon entraînement médical; rien, alors, n'échappera à son sens d'observation, à son oreille expérimentée; il pourra ainsi trouver un état pathologique du cœur, des poumons, etc., découvrir l'existence de maladies antérieures, qui plus tard peuvent devenir graves. Ici, il ne se trouve pas en face d'un malade qui, par ses déclarations, peut aider à faire poser un diagnostic; loin de là, souvent, il aura affaire à quelqu'un qui cherchera à cacher la vérité, craignant d'être refusé. Les compagnies d'assurance-vie reposent donc entièrement sur la science de leurs médecins examinateurs.

En plus, le médecin examinateur doit avoir du tact. En effet, étant physionomiste, il pourra juger plus facilement celui qu'il doit examiner et ainsi gagner sa confiance; s'il a du flair, il distinguera vite les réponses ambiguës, les réticences, surtout lorsqu'il est question de l'histoire de famille ou personnelle, alors qu'un interrogatoire intelligent fera ressortir la vérité.

Le médecin examinateur doit également être consciencieux, car, s'il ne l'est pas, il est un danger continuel pour ceux qui l'emploient. Il faut qu'il ait la même intelligence, la même attention que lorsqu'il traite un patient. De plus, il doit recevoir les renseignements fournis sans en diminuer l'importance, laissant au médecin reviseur le soin et la responsabilité de juger. Un médecin examinateur qui n'agit pas ainsi est pour le moins indifférent et cette indifférence est très dangereuse pour les compagnies d'assurance.

L'intégrité est une autre qualité que l'assureur doit exiger de son médecin examinateur. Il y a peut-être analogie entre le médecin intègre et le médecin consciencieux; l'intégrité, à mon sens, comprend plus que la conscience; ainsi, on peut dire juste ce qu'il faut pour la paix de son âme, mais, dans ce cas, l'intégrité fait défaut parce que certains détails précis ont été cachés.

Il est donc nécessaire que le médecin examinateur ait en vue les intérêts moraux et matériels des intéressés, sans se laisser guider

par une considération personnelle; bien plus, étant en quelque sorte l'employé de l'assureur, il se doit de tout dire ce qu'il sait; il doit aussi chercher par des moyens habiles à faire avouer par l'aspirant ce que ce dernier paraît vouloir taire. Si toutefois il craint, il peut toujours envoyer un rapport confidentiel.

A ces qualités ajoutons le soin, l'exactitude, la diligence, la compréhension exacte de la portée des questions qu'il pose pour que les réponses soient claires, précises, exemptes de sous-entendus ou d'ambiguïté et surtout faciles à lire et à comprendre.

Si les compagnies d'assurance-vie exigent que les médecins examinateurs soient instruits, honnêtes, intègres, il faut que ceux-ci comprennent bien les devoirs et même les obligations qu'on leur impose. Ceci est donc indispensable, car, sans cela, le rôle de l'assurance-vie ne pourrait être celui qu'elle joue actuellement dans l'économie politique et sociale. Les risques seraient si difficiles à assumer que l'essor de cette entreprise ne serait pas possible au même degré; le taux de mortalité serait très élevé, la probabilité de vie n'étant pas aussi bonne.

Vous comprendrez donc facilement, comme moi, que tous les médecins ne peuvent être acceptés comme médecins examinateurs, car beaucoup ne possèdent pas les qualités voulues. La liste noire de chaque compagnie en fait foi. Si vous me le permettez, je vous fournirai quelques exemples; le sujet est délicat, mais, en agissant ainsi, je crois protéger la profession médicale, réveiller son apathie afin que les médecins employés à cette fin soient de plus en plus nombreux; le résultat final sera peut-être l'abandon de la formule non médicale employée de plus en plus et pour cause.

Docteur A a examiné Monsieur X, le sujet est recommandé comme excellent, aucune tare héréditaire ou personnelle; Monsieur X meurt trois mois plus tard, d'anémie infectieuse. Quelques jours à peine après l'examen fait par le Docteur A, Monsieur X, malade depuis assez longtemps, se présente chez un médecin pour se faire traiter; ce dernier trouve une rate très grosse. Vous constaterez, comme moi, que le médecin examinateur n'a pas fait son devoir; s'il avait fait la palpation, la percussion de l'abdomen, s'il avait observé le facies et les muqueuses de Monsieur X, il se serait vite rendu compte que le qualificatif d'excellent n'était pas justifiable.

Docteur B est requis d'examiner Monsieur Z; la personne en question étant absente, il remplit la formule comme s'il avait examiné Monsieur Z et il fait signer la formule de l'applicant par une autre personne.

Docteur C examine environ trente personnes pour des montants d'assurance de $5,000 et de $10,000. Toutes les personnes avaient déjà été refusées par d'autres compagnies ou avaient été acceptées avec une surprime pour hypertension artérielle. Toutes ces personnes furent recommandées comme des risques excellents; bien entendu, la pression artérielle indiquée était normale.

Docteur D examine une personne infirme des deux pieds. Le risque est recommandé comme excellent et, un an après, l'assuré réclame le bénéfice d'invalidité qui lui est accordé. Savez-vous la réponse du médecin examinateur aux renseignements demandés? Je cite:

« Monsieur Y était placé de l'autre côté de mon bureau, comment aurais-je pu constater l'infirmité? »

D'un autre côté, quand l'individu est entré dans la pièce, quand il a été examiné, il était près de lui.

Docteur E examine Monsieur G qu'il avait opéré six mois auparavant pour une péritonite tuberculeuse. L'examen révèle qu'il a été opéré pour appendicite aiguë sans complications.

Docteur F fait dix examens et il indique que le rapport de l'analyse de l'urine est normal dans tous les cas; il n'a même pas demandé un échantillon d'urine aux personnes examinées.

Docteur H examine Monsieur P: la pression

systolique est 180, la diastolique 120; le risque est recommandé comme excellent.

Docteur J examine Monsieur N: la pression systolique est 130, la diastolique 128; le risque est recommandé comme excellent.

Docteur K inscrit systolique 80, diastolique 120.

Je pourrais vous citer encore beaucoup de faits similaires, mais je n'en vois pas la nécessité. De plus, je ne tirerai pas de conclusions, je vous laisse à même de juger.

Comme vous pouvez le voir, les médecins examinateurs ont des obligations à assumer.

Quels sont donc les obligations et le devoir des médecins examinateurs? Rien d'extraordinaire. Le médecin n'a qu'à faire ce qu'il fait quand à son bureau une personne se présente pour être traitée. Questionner la personne, l'examiner complètement, poser un diagnostic et un pronostic. Ici il n'est nullement question de traitement. Etablir parfaitement les antécédents héréditaires et personnels, les habitudes de l'aspirant.

Pour ce faire, il doit employer tous les moyens cliniques mis à sa disposition pour l'exercice de la médecine: placer la personne en face de la lumière, le torse nu, de manière à bien voir sa figure, à apprécier l'apparence, le facies, le teint, le caractère des paupières, des muqueuses pour constater l'état de santé ou de maladie; prendre note des gestes, de la démarche, des troubles de la voix, de l'expression de la figure pour voir s'il dit la vérité ou non et constater tous ces petits détails qui ne peuvent échapper à l'observateur averti. Il devra, en même temps, tenir compte de la stature, de la proportion du sujet. Si le sujet est gras ou maigre, léger ou pesant, petit et frêle, tout en constatant si la figure est pâle ou congestionnée, si la pupille de l'œil est contractée ou dilatée outre mesure, s'il y a trace d'arc sénile, examiner les mains; voir si elles sont moites ou froides, si les jointures des doigts sont ankylosées, les ongles en vitre de montre, les doigts en baguette de tambour, puis chercher si le cou est court et congestionné, s'il y a trace d'adénite ou de goitre, puis, les bras qui pourront montrer des traces d'injections hypodermiques; jeter un regard sur le thorax: y a-t-il voussure ou dépression, mobilité exagérée ou abolition de l'expansion thoracique? Le cœur bat-il à l'endroit voulu? La peau est-elle normale, etc...?

Ceci fait, le médecin examinateur examine consciencieusement chaque organe complètement, cherchant s'il y a des endroits douloureux, afin de découvrir si un organe ne présente pas un état pathologique quelconque; puis, palper, percuter, ausculter les poumons, le cœur; palper le foie, la rate, l'abdomen afin de constater si ces organes ne sont pas augmentés ou diminués de volume ou ptosés. Vérifier si les réflexes sont normaux ou non, si la démarche est souple, s'il y a quelques infirmités; prendre la pression artérielle, le pouls, et noter exactement ce qu'ils sont, sans modifier les chiffres pour aucune considération; finalement, demander un échantillon d'urine.

Si, cependant, il faut prendre toutes les précautions voulues, ne pas négliger de noter les moindres détails, il ne faut pas tomber dans l'exagération, fendre les cheveux en quatre, car on s'expose à troubler ou intimider le sujet et à le mettre dans l'embarras au point de rendre l'examen impossible. Il ne faut pas, non plus, l'énerver par un interrogatoire brusque, cavalier, qui peut lui faire croire qu'il subit un procès. Il faut plutôt se comporter de telle façon que l'aspirant soit invité à faire une déclaration franche et honnête sur son état de santé passé et actuel, ainsi que sur son histoire de famille. Inutile de mentionner que les examens de complaisance ne sont jamais permis; il vaut mieux alors refuser de faire l'examen, qu'il s'agisse d'un ami ou d'un parent ou d'un confrère. L'honneur professionnel, je dirai plus, la déontologie médicale ne saurait tolérer une telle liberté, un tel oubli de son devoir.

Quand vos observations extérieures, votre examen clinique sont terminés, vous procédez à l'interrogatoire exigé, selon la formule qui vous est fournie. Ce questionnaire peut être

rempli avant l'examen. Ce n'est pas inutilement ou par caprice que cette formule doit être remplie. Elle fait partie inhérente du contrat avec la formule du rapport médical, c'est en quelque sorte une des principales clauses du contrat; elle établit l'histoire de famille et les états pathologiques antérieurs de l'aspirant; elle fournit une des deux bases fondamentales avec l'examen clinique sur lesquelles doit se baser l'actuaire ou le médecin reviseur pour évaluer le risque permettant à ces derniers d'établir en conséquence la durée probable de vie de cette personne et la prime qui doit être chargée.

Pour arriver à cette fin, il faut donc que toutes les questions soient lues et que les réponses soient inscrites telles que dites. Le médecin examinateur peut aider celui qui veut s'assurer, mais il ne doit jamais amoindrir ou aggraver les réponses. Il doit souvent prendre les moyens voulus pour obtenir tous les détails précis qui permettront au médecin reviseur de prendre une décision finale, sans être obligé de demander des renseignements supplémentaires.

Le médecin examinateur doit, de plus, éviter des termes vagues, généraux, ambigus, tels que: accident, accouchement, anémie, retour d'âge, hémorragie, inconnu, etc.

Les médecins examinateurs ne doivent pas craindre d'accabler le médecin reviseur de détails trop nombreux; au contraire, en agissant ainsi, ils facilitent sa tâche; car, pour prendre une décision intelligente et appropriée, le médecin reviseur ne reçoit jamais trop de réponses claires, nettes et précises sur l'état actuel du sujet, sur ses antécédents personnels ou familiaux. Bien que certaines questions paraissent peu importantes, elles ont, cependant, leur raison d'être; autrement, elles ne seraient pas posées.

Lorsque le médecin examinateur est rendu chez lui, il doit faire l'analyse d'urine et remplir la formule dite « rapport du médecin examinateur » d'une manière honnête et l'expédier, le plus vite possible, au bureau-chef.

Je ne voudrais pas toutefois entrer dans les détails de la formule dite médicale, mais je ne veux pas laisser passer l'occasion qui m'est offerte sans insister sur l'importance d'un certificat médical rempli correctement, honnêtement, judicieusement et lisiblement, car, il ne faut pas oublier, je le répète, que le médecin reviseur base sa décision, en grande partie, sur les renseignements qui lui sont fournis par le médecin examinateur. Si un doute persiste dans l'esprit de l'examinateur, il peut faire des suggestions, par exemple: suggérer « un électrocardiogramme, une glycémie, un rayon X, un métabolisme basal, etc. »; mais, en définitive, il doit donner le bénéfice du doute à la compagnie qu'il représente plutôt qu'à l'aspirant.

Je m'excuse en terminant d'avoir pris autant de votre temps pour dire ces choses que la plupart d'entre vous savez.

Je n'ai pas voulu cependant laisser passer l'occasion qui m'était offerte pour combattre l'apathie, l'insouciance, l'inconscience de quelques membres de notre belle profession médicale et détruire, aussi, certains préjugés, entre autres celui qui consiste à dire:

« Les compagnies d'assurance sont riches, qu'elles paient. »

N'oublions pas que l'assurance-vie est une organisation commerciale comme une autre et que leurs dirigeants doivent être prudents, circonspects et prévoyants s'ils veulent, non seulement que leur institution ne périclite pas, mais qu'elle s'améliore progressivement pour le plus grand bien de notre groupe ethnique, en capitalisant, sans doute, ce qui est nécessaire, mais surtout, en amoindrissant la misère, le désarroi, le trouble qui survient irrévocablement dans une famille quand son chef vient à mourir prématurément.

L'EXAMEN MÉDICAL DES RECRUES DANS L'ARMÉE

Paul ROBERT,
Médecin consultant pour le D. V. A. à l'Hôpital Militaire de Montréal.

Plusieurs points sont à considérer lorsqu'il s'agit de pratiquer l'examen médical des recrues. Il ne faut pas d'une part que le sujet soit refusé par la faute d'un examen médical qui ferait croire chez lui à une affection qu'il n'a pas en réalité. Ou même il ne faut pas surestimer quelques défauts physiques avec la crainte qu'il ne résisterait pas aux conditions de vie plutôt dûres auxquelles il serait exposé sur un théâtre d'opérations actives lorsqu'en fait il pourrait fort bien les supporter.

Mais, d'autre part, il serait tout aussi fâcheux de prendre trop à la légère une condition pathologique qui n'apparaîtrait pas rédhibitoire à l'examen d'entrée dans l'Armée, mais qui sera plus tard une cause de licenciement ou de révision de la catégorie médicale du sujet après qu'il aura suivi son entraînement, parfois complètement, été transporté outremer, probablement même hospitalisé, et que toute la peine prise pour en faire un soldat et les dépenses qui en ont résulté auront été faites finalement en pure perte.

L'appréciation médicale de la condition du sujet doit donc être établie d'une manière aussi rigoureuse que possible et en tenant compte de deux notions.

La première est l'importance de la fonction plutôt que de la lésion anatomique. Tel individu, par exemple, a eu autrefois une fracture du bassin qui a consolidé avec un peu de décalage. Mais, c'est un sujet vigoureux, pratiquant toutes sortes de sport. Il ne présente aucune hésitation des mouvements. On pourra sans doute le classer dans la catégorie la plus élevée. De même pour un sujet chez lequel on aurait découvert une sacralisation de la 5ème lombaire qui ne lui a jamais donné le moindre ennui.

La deuxième notion est d'ordre pronostique. Nous voulons dire qu'il ne faut jamais perdre de vue les conditions de vie particulières auxquelles le soldat sera soumis dans sa vie militaire, ou, en d'autres termes, que le pronostic de telle ou telle condition pathologique devra être apprécié tout autant que son diagnostic. Est-ce une condition stable qui a peu de risque de se modifier avec les dures conditions de vie d'un soldat en campagne; est-ce au contraire un état voué à s'aggraver fatalement aussitôt que le sujet va aborder un stade suffisamment avancé de son entraînement?

C'est évidemment affaire de jugement sain et de bonne clinique. Si, après avoir bien pesé le pour et le contre, un doute subsistait, la politique de l'Armée est de donner au sujet le bénéfice du doute. Et le risque sera pris de lui donner une catégorie plutôt plus haute que plus basse, quite à reviser ce jugement et à déclasser le sujet, si, au cours de son entraînement, il apparaît incapable de suivre les autres. Mais ce n'est pas tout.

Les progrès de la spécialisation mécanique, liés au développement de la technique scientifique, ont fait aujourd'hui de l'Armée une immense machine où tous les métiers, toutes les branches de la spécialité sont représentés. Le stade où le soldat était, soit un fantassin, soit un cavalier, soit un artilleur est largement dépassé depuis longtemps. La liste des spécialités reconnues dans l'Armée et classées par numéro d'ordre s'étend à environ 400. Il est clair qu'en dehors de toute autre qualification particulière, la condition physique du soldat doit entrer en ligne de compte dans la sélection du personnel, étant donné que les standards physiques requis du candidat seront très variables, avec son emploi.

L'utilisation rationnelle des hommes là où ils peuvent servir le plus efficacement n'est évidemment possible qu'à la condition que

l'examen médical établisse pour chacun une sorte de bilan qui indique, de la façon la plus exacte et la plus claire possible, ses possibilités et ses limites. Bien plus, il faut que cette évaluation soit intelligible à une personne non médicale, car ce n'est pas au médecin qu'il appartient de répartir le personnel militaire à tel ou tel poste. Les besoins en hommes de l'Armée sont un problème purement militaire et c'est l'Armée elle-même qui dispose de son personnel. Le médecin n'a ici qu'un rôle d'aviseur, d'expert, dont la tâche est d'évaluer les capacités physiques de chacun.

Au début de la guerre, nous disposions d'une classification très élémentaire: A, B, C, D, E. A représentait la catégorie des jeunes bien portants n'ayant aucune maladie, aucune infirmité, aucune limitation de leurs moyens; B et C représentaient 2 catégories où entraient ceux atteints de quelque trouble ou affection leur imposant une certaine limitation, mais compatible avec le service, d'un degré léger en B, plus sérieux en C. En D, on mettait ceux atteints d'une infirmité temporaire, pouvant disparaître après une intervention par exemple. E était la catégorie des gens à refuser définitivement. Tout ceci était fort vague et donnait une bien pauvre information au service de sélection du personnel quand ils devaient décider l'affectation des recrues classées B par exemple, pour des troubles aussi différents que des défauts de pieds, ou une vision défectueuse. Et ce n'est pas d'avoir établi des subdivisions, créé des B et des B2, des C et des C2, qui a sensiblement amélioré le système d'alors.

Il fallait adopter une nouvelle classification plus précise. C'est ce qui a été fait avec l'introduction de ce que l'on appelle dans l'armée le *profil Pulhems*. Voici en quoi il consiste: chaque lettre correspond à une partie de l'examen médical des recrues. P vaut pour le physique en général, U pour les membres supérieurs (upper extremities); L pour les membres inférieurs (lower extremities); H (heading) pour l'appareil auditif; E (eye) pour la vision; M pour l'examen mental; S pour l'appréciation de la stabilité de l'individu. A chaque lettre est attachée une cotation allant de 1 à 5: 1 représente une condition parfaite de l'organe ou de la série d'organes intéressés; 5 une condition pathologique suffisamment sérieuse pour entraîner le rejet du candidat; 2, 3 et 4 des conditions intermédiaires de gravité croissante. Cette classification est précédée de 2 chiffres qui indiquent l'année de naissance. Ainsi la lecture de ces 9 chiffres donne-t-elle, à un simple coup d'œil, l'âge du sujet, sa condition physique et, si celle-ci n'est pas parfaite, le type d'infirmité dont il s'agit.

Ainsi lisons-nous: 09-1111111: il s'agit d'un individu de 37 ans, qui ne présente aucune tare physique, d'intelligence suffisante, d'une excellente stabilité et par conséquent susceptible de n'importe quelle affectation.

Voici un profil 15-1121111. C'est un sujet de 31 ans, qui est en bonne santé mais qui a quelque limitation dans la locomotion. Il pourra servir dans les tanks ou conduire un camion, par exemple.

Voici un profil 06-2231111. C'est un sujet plus âgé. Il a 40 ans. Il a quelques limitations dans la fonction de ses membres, un peu plus aux membres inférieurs. Son physique a été classé 2. Il est quelque peu rhumatisant. S'il est cordonnier, il pourra servir dans cette spécialité, dans une unité de base.

Voici un profil qui se lit: 16 5R-111111. La lettre R suivant le 5 attribuée au physique représente « remedial treatment ». C'est donc un sujet qui présente une infirmité qui l'empêche d'être accepté dans l'armée, mais qui est susceptible d'être corrigée par une intervention approfondie. C'est par exemple un cas de hernie. Qu'il soit opéré et se représente 3 mois plus tard pour un nouvel examen médical et que la cure ait été radicale, sa catégorie sera haussée à P 1 et le profil sera corrigé de la façon correspondante.

Comment se pratique l'examen médical pour établir l'échelle de cotation que nous venons de voir? Il n'y a évidemment pas une méthode propre à l'Armée. Il s'agit d'un examen mé-

dical tout comme un autre, comme peut le pratiquer n'importe quel médecin consciencieux, examinant un sujet de façon systématique, que ce soit pour dépister une maladie quelconque, ou qu'il s'agisse d'un examen médical aux fins de contracter une assurance sur la vie. Tout au plus, avons-nous dans l'armée des principes de base et une façon de procéder qui s'est révélée avantageuse pour ce qui est de gagner du temps, avec le maximum de chances de ne rien laisser passer inaperçu.

Le sujet avant d'être examiné est soigneusement interrogé. Afin d'éviter que, par un oubli ou une distraction, on laisse échapper quelque détail important dans son histoire, le médecin examinateur lui pose une série de questions dont la réponse sera oui ou non et qui sont toutes imprimées dans le questionnaire qui figure sur sa formule d'examen. « Avez-vous souffert de telle ou telle maladie? Ou avez-vous souffert de tels ou tels troubles? » Il va sans dire qu'une réponse par oui appelle toute une série de questions complémentaires que posera le médecin de façon à s'assurer de l'authenticité de la déclaration. S'il apparaît que les dires du sujet sont sincères, l'examen qui suivra sera orienté vers la recherche des signes confirmatifs et s'il est nécessaire on fera appel à des recherches complémentaires; au besoin le sujet sera référé à un spécialiste pour un examen plus poussé. Ce questionnaire que nous venons de mentionner couvre le rhumatisme articulaire aigu, et toute autre sorte d'arthrite ou de blessures articulaires, la tuberculose pulmonaire ou pleurale, la bronchectasie, l'emphysème, la bronchite chronique, l'asthme vrai, la pleurésie purulente, les différentes sortes de cardiopathies, la néphrite chronique, la tuberculose rénale ou génitale, la lithiase rénale, la lithiase biliaire, les ulcères digestifs, les fistules rectales, les hernies, la condition des pieds, de la peau, de l'audition, de la vision. Enfin on demande au sujet s'il n'a jamais été traité pour syphilis, s'il a souffert d'épilepsie, et s'il n'a jamais présenté aucun trouble mental. S'il s'agit d'un sujet ayant déjà servi précédemment dans l'armée, ou dans un autre service, on lui demandera s'il a eu quelque maladie ou blessure et quelle invalidité il en a conservée.

Suit alors l'examen médical proprement dit. Il a été prouvé que le travail médical s'accomplit plus rapidement et plus efficacement s'il est divisé. Un médecin pratique donc un examen qui vise à dépister une condition dite chirurgicale, tandis qu'un autre recherche des troubles de nature médicale. Le sujet s'est dévêtu complètement. Sa taille et son poids ont déjà été pris par un infirmier ainsi que son expansion respiratoire et inscrits sur sa feuille d'examen. En lui faisant faire un certain nombre de mouvements, le chirurgien se rend compte s'il a quelque anomalie dans le jeu de la colonne vertébrale ou celui de ses différentes articulations ou segments de membres. Il vérifie qu'il n'y a rien d'anormal à la palpation de son crâne et des différentes parties du corps, en attachant autant d'importance aux détails des parties molles (peau et muscles) qu'à ceux du système ostéo-musculaire.

Il recherche les hernies possibles, les hémorroïdes ou une fissure de l'anus. Il ne manque pas enfin d'étudier la démarche du sujet et de regarder attentivement ses pieds, dont la condition a tellement d'importance chez un futur soldat.

Le médecin qui a charge de rechercher toute condition purement médicale du sujet l'examine à son tour de façon systématique. La tête est examinée depuis le cuir chevelu jusqu'à la gorge et les dents en passant par les sens spéciaux. Le cou est palpé. L'existence possible d'adénopathies là comme en d'autres territoires est notée, de même la condition du corps thyroïde. Son allure générale, l'état des ligaments, du système pileux, l'état de nutrition générale sont également notés. Les poumons sont soigneusement examinés, le cœur palpé et ausculté, le pouls est pris, la T. A. observée est notée. L'abdomen est tout aussi attentivement examiné. L'état du foie et

de la rate est recherché. Les réflexes ostéotendineux aussi bien que pupillaires sont étudiés. Au cours de l'examen et tout en parlant au sujet on s'est rendu compte de son état mental et de sa condition de stabilité. Un examen psychiatrique n'est pas pratiqué systématiquement. Il n'est pas nécessaire si l'individu apparaît normal aux médecins examinateurs. On a l'opposé s'il apparaît de toute évidence comme un arriéré, un débile mental, ou un myxœdémateux. En cas de doute, l'expertise par le psychiatre peut être requise.

Le sujet est alors examiné pour son audition. La voix de conversation à 20 pieds est étudiée pour chacune des deux oreilles; cet examen est généralement pratiqué par un infirmier. Les tympans sont examinés par le spécialiste. Celui-ci fera un examen systématique et complet si l'audition s'est révélée à l'épreuve précédente défectueuse ou si le sujet donne une histoire particulière d'amygdalites à répétition, de sinusite ou de polype nasal.

La vision est examinée à l'aide du tableau de Snellen. Si elle est défectueuse, le sujet est référé à l'ophtalmologiste qui l'examinera et, s'il trouve un défaut de réfraction, verra s'il est corrigible par le port de verres appropriés et dans quelle mesure.

L'examen médical se termine avec un examen d'urines pour la recherche de l'albumine et du sucre, un cliché radiographique des poumons et du cœur, un examen sérologique du sang, s'il existe une indication particulière, par exemple si le sujet présente une histoire ou des signes suspects de syphilis.

Après qu'un sujet a été ainsi examiné, il n'est habituellement pas difficile de lui assigner la catégorie médicale qui lui convient, surtout avec un peu d'habitude de cette sorte d'examen. Nous n'envisagerons pas tous les sujets de rejet. Il est évident qu'on n'acceptera pas un sujet chez lequel la présence de glucosurie viendra imposer ou confirmer un diagnostic de diabète; qu'on rejettera de même un sujet chez lequel on a découvert un Rt mitral ou celui-ci, dont la radiographie montre une lésion tuberculeuse, ou encore cet autre, atteint d'otorrhée chronique. Plus délicate est l'attribution des catégories intermédiaires. Nous ne pouvons donner ici que des indications générales pour montrer comment chaque cas doit être envisagé, car en effet chaque cas, comme toujours en médecine, est un cas particulier.

Pour la détermination de la cote à attribuer au physique, la cote P, on tiendra compte de l'âge, de la stature du sujet, de son développement musculaire, de sa résistance, de son genre de vie dans les conditions civiles. On classera P1 un sujet qui apparaît capable de subir toutes les épreuves physiques et de tension émotive auxquelles est exposé un combattant de première ligne. En P2, nous mettrons des sujets qui seraient capables de subir les mêmes épreuves pour un temps limité, mais dont la résistance faiblirait si elles étaient très sévères ou très prolongées. En P3, des hommes dont la condition physique requiert certains ménagements. En P4, des hommes dont les moyens sont fortement limités et qu'il y aurait un gros risque à laisser quitter la vie réglée du camp au Canada. Dans tous ces cas, intervient un facteur de jugement de la part du médecin.

Voici par exemple un sujet de 20 ans, au-dessous de son poids, mal développé. Il s'est toujours trouvé dans des conditions de misère, n'a jamais mangé à sa faim. Qu'on le prenne dans l'armée et il va prendre du poids très vite, parce que, pour la première fois de sa vie peut-être, il va se trouver dans des conditions d'hygiène favorables, logé décemment et correctement nourri. Voici, par contre, un sujet qui porte sur le cuir chevelu, dans la région temporale, une cicatrice sensible à la pression forte, reliquat d'un accident ancien. Il n'en souffre pas parce qu'il porte un chapeau souple. Pourtant on ne saurait lui donner mieux qu'un P3, car il ne supportera jamais le port d'un casque d'acier. Cet autre n'a jamais souffert de la fracture de clavicule qu'il s'est faite voici quelques années et la saillie que fait le cal de sa clavicule ne l'a

jamais incommodé. Mais le port du « webb » va se montrer très vite intolérable, à cause du frottement de courroies tendues par le « pack sack ».

Les mêmes règles s'appliquent aux autres éléments du profil. U1 représente l'utilisation complète des membres supérieurs telle qu'on peut attendre du fantassin de première ligne. U5, une condition qui au contraire le fera rejeter, par exemple, une ostéomyélite de l'avant-bras, une maladie de Dupuytren. Les classifications intermédiaires seront attribuées en tenant compte de la fonction des membres. Cet individu qui s'est fait prendre, dans une machine, la dernière phalange de l'index et du médius droit, travaille à l'atelier tout aussi habilement qu'avant son accident. Mais il ne pourra jamais se servir du fusil.

Elles valent aussi pour l'attribution de la cote L, où se pose la délicate question de l'appréciation des pieds plats, des orteils en marteau, de l'hallux valgus. Ici encore, on mettra dans la catégorie 1 ceux qui sont capables de marcher, de courir, de grimper, de demeurer debout avec tout l'équipement dans les conditions qu'on peut exiger d'un soldat en campagne ou au stade le plus avancé de son entraînement; dans la catégorie 5, ceux qui ne peuvent être acceptés dans l'armée, par exemple un sujet ayant une ankylose d'une hanche ou d'un genou (sauf des conditions très exceptionnelles) ; dans les catégories 2, 3, 4, ceux dont les fonctions des membres inférieurs présentent des degrés divers de limitation.

H, E, M, S, reçoivent une note correspondante qui exprime respectivement la valeur de sa vision, de son audition, son degré d'intelligence et de stabilité. Pour ces deux derniers item, j'ajouterai que, différemment des autres, la classification compte 1, 2, 4 et 5 pour l'intelligence, 1, 4 et 5 pour la stabilité, ce qui évite de couper les cheveux en 4.

Ainsi le sujet, lorsque son examen médical est terminé, se voit attribuer un profil dont la seule lecture indique assez clairement ce qu'il vaut au point de vue de son utilisation dans l'armée. Il suffit de jeter maintenant les yeux sur les renseignements qu'il a pu donner d'autre part quant au degré d'instruction et d'éducation qu'il a reçu, au métier (singulier ou pluriel) qu'il a exercé dans la vie civile pour qu'il soit désormais possible de lui assigner telle ou telle tâche, parmi les plusieurs centaines de spécialités dont l'armée a besoin.

En regard de chacune de ces spécialités, nous trouverons dans les tableaux dressés à cet effet, par les services de l'armée, le profil le plus bas auquel un homme peut être pris dans cette spécialité, sur un théâtre d'opérations militaires, sur les lignes de communication, à la base, au Canada enfin, le profil exigé descendant avec chacune de ces restrictions de lieu d'emploi.

Il me reste à mentionner des cas particuliers sur lesquels je ne m'étendrai pas: le corps de parachutistes par exemple, auquel on demande un ouvrage qui peut être beaucoup plus dur que celui qui est attendu du fantassin ordinaire, a des standards physiques plus élevés que partout ailleurs. On y exige la cotation 1 dans toutes les parties du profil avec une limite d'âge de 32 ans. Tandis qu'on acceptera dans l'infanterie par exemple un sujet H2, M2, s'il est classé 1 dans les autres parties, c'est-à-dire qu'on le prendra avec un léger défaut de l'audition et une intelligence très légèrement inférieure à la moyenne. La limite d'âge est ici 40 ans.

L'attribution d'un profil, fondé sur les mêmes principes de la « classification Pulhems », s'applique également au personnel féminin des services de l'armée canadienne. Il n'y a rien de particulier à en dire, sinon que leur profil sera établi suivant un standard qui leur est approprié, en tenant compte de leur sexe et des conditions de travail particulières qui sont attendues d'elles, comme personnel auxiliaire, utilisé au pays ou à la base.

Nous ne pouvons nous étendre davantage. Si l'on voulait être complet, il faudrait couvrir tout le champ de la médecine et de la physio-

logie humaine, envisager appareil par appareil toutes les affections et infirmités possibles. Ce serait infini et fastidieux. Notre but était seulement d'exposer les principes qui conduisent l'examen médical des recrues tel qu'il se pratique dans l'Armée et comment s'établit leur classification selon la nomenclature présentement utilisée, ainsi que de montrer les avantages pratiques de cette dernière.

L'EXAMEN MÉDICAL DE L'ADULTE EN BONNE SANTÉ

Léopold MORISSETTE,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

C'est la deuxième fois cette année que je me trouve devant vous dans une position plutôt difficile qui consiste à présenter le dernier paragraphe du chapitre sur les examens médicaux après des rapporteurs distingués dont les sujets devaient nécessairement déborder sur le mien: l'examen médical de l'adulte en bonne santé. Le pire de la difficulté ne réside pas là, mais bien dans le caractère déplaisant de certaines des choses que j'ai à dire. Je vous demande d'avance de ne point les prendre en mauvaise part puisqu'elles ne s'adressent certainement à aucun d'entre vous, mais à la profession médicale en général, execption faite pour l'élite ici présente.

Nous ne ferons pas de considérations sur l'importance de l'examen médical périodique: nous sommes trop d'accord là-dessus et c'est un thème à développer plutôt devant une audience non médicale.

Il ne nous viendrait pas à l'idée non plus d'exposer la manière de faire une histoire de cas quoique ici, même si nous sommes d'accord en principe, nous nous entendions moins bien en pratique. Nous n'avons pas à nous cacher combien nombreux sont les médecins qui ne font pas de fiches. Nous avons pour cela l'excuse du temps limité que nous laissent les exigences de la clientèle, mais convenons que c'est bien dommage de voir le volume de notre débit médical en altérer la qualité. N'appuyons donc pas davantage sur un point douloureux et bornons-nous à rappeler certaines choses à faire et d'autres à ne pas faire en regard du groupe de gens qui nous intéressent aujourd'hui.

Notre devoir vis-à-vis l'adulte qui se croit en bonne santé comporte à la fois une phase positive qui consiste à faire le nécessaire pour confirmer les apparences favorables de son état et s'assurer qu'il n'y a rien dans son genre de vie de susceptible de la compromettre, et une phase négative dont l'essence est d'éviter de faire un malade d'un sujet bien portant. En somme, trouvons les malades s'il y en a, mais n'en créons pas!

Pour trouver les malades il faut suivre trois étapes: un bon questionnaire, un examen physique complet, et un minimum indispensable d'épreuves de laboratoire.

Evidemment, quand la salle d'attente est bondée, et qu'on se trouve en face d'un individu qui dit ne se plaindre de rien, c'est bien tentant de ne poser que cinq ou six questions rapides et de faire un examen encore plus rapide en prenant la tension artérielle et en jetant un stéthoscope discret en quelques points d'un thorax le moins dévêtu possible, et alors de donner un bulletin de santé rassurant! Et si par hasard il a été fait mention de fatigue et que par chance la pression soit moindre que cent plus l'âge, c'est si facile de perpétuer la tradition qui fait mettre ladite fatigue sur le compte de cet état de chose et de prescrire la non moins traditionnelle série de piqûres.

Non! questionnons bien, non seulement sur les différents systèmes — ça on l'apprend

bien au cours de l'internat! — mais surtout sur le genre de vie, sur la répartition établie entre travail, distractions et repos. N'oublions pas le grand rôle des habitudes au point de vue sexuel, par actions ou omissions: on en revient des exagérations du freudisme là-dessus, mais ça laisse la place encore large dans le groupe des facteurs étiologiques éventuels à dépister.

A propos de genre de vie, allons-nous dire de continuer à se bien porter sans plus, à un bonhomme de cinquante ans, par exemple, qui travaille 12 à 14 heures par jour, passe ses soirées à lire son journal et à écouter la radio, en face de son épouse, à l'égard de laquelle il éprouve, après trente ans de vie conjugale, une « douce accoutumance » qui n'a plus pour lui grande saveur, quand ce même homme n'aime ni pêche ni chasse ou encore n'a pas le loisir ou les moyens d'y aller? Eh bien! si pareil individu n'a pas déjà à son crédit une couple de dépressions nerveuses, il est constamment en imminence d'en avoir une.

Enquérons-nous aussi avec soin de l'alimentation: si nombreux sont les régimes bizarres auxquels se soumettent les gens soit d'eux-mêmes soit en tentant de conserver, d'amalgamer les différentes diètes amassées au cours de leurs visites antérieures chez des médecins différents. Pour avoir omis de me renseigner sur ce point, j'ai eu, ces jours derniers, un moment d'embarras, quand un patient à qui je défendais les crudités pour un syndrome d'irritabilité colique m'a demandé si je tenais à ce qu'il meure de faim, car depuis plusieurs années on lui avait interdit les farineux à cause de fermentations, et plus récemment les viandes lui avaient été supprimées, à cause de tendances hypertensives. Indépendamment des régimes spéciaux, peu de gens prennent les aliments qui satisfassent aux exigences quotidiennes minimums en vitamines, et le questionnaire est le seul moyen pratique en clientèle d'arriver à prescrire de façon intelligente ces fameuses vitamines dont on continue à tant parler.

Examinons attentivement ces gens en bonne santé, de la tête aux pieds. Je n'ai pas à vous dire comment faire un examen physique complet, mais n'oublions pas l'importance de certaines choses souvent négligées comme la prise de la température, la palpation du cou pour exploration de la thyroïde, celle des seins, la recherche des adénopathies cervicales, axillaires, et enfin les touchers. C'est au moins aussi important de faire un toucher vaginal ou rectal ou les deux que de regarder la gorge et cependant...

Revenons sur le sujet palpation. Au cou le nombre des adénomes thyroïdiens simples qui ne sont pas de taille ou de disposition à paraître à l'œil est considérable et, malgré l'attitude conservatrice de la majorité d'entre nous vis-à-vis ces tumeurs, il ne faut pas perdre de vue que le patient qui en a un a le droit de savoir que, sans compter le danger d'évolution toxique, de 5 à 7% des adénomes apparemment bénins ont été trouvés cancéreux. En possession de ces données, c'est au patient à choisir la ligne de conduite à suivre.

Aux seins, la palpation s'impose pour des raisons semblables, et je crois que notre façon la plus efficace de contribuer à la lutte anticancéreuse serait d'enseigner à nos patientes l'art de se palper elles-mêmes les seins tous les mois par exemple, afin qu'une fois devenues familières avec cette méthode, elles puissent reconnaître très tôt toute formation anormale à l'intérieur de ces glandes qui leur sont, à elles du moins, si facilement accessibles.

N'insistons pas davantage là-dessus, non plus que sur les touchers, si ce n'est pour redire cette platitude, dont nous ne sommes malheureusement pas encore assez convaincus, que, ne serait-ce que pour découvrir un seul cancer asymptomatique du col utérin ou du rectum sur mille examens, ce cas nous dédommagerait au point de vue professionnel de tous les ennuis que les 999 autres représentent. D'ailleurs, il n'y a pas que le cancer qui puisse rester insoupçonné, tout en étant pathologique et justifiable de traitement, mais n'entrons pas dans les détails.

Enfin, au point de vue laboratoire, que demanderons-nous avant de consentir à donner un verdict entièrement favorable, sans risquer de passer à côté de diagnostics importants?

Premièrement, une analyse d'urine: c'est passé dans les mœurs et bon nombre de patients apportent leur bouteille à la consultation. N'oublions pas la prise directe de contrôle pour les femmes, au cas où l'examen microscopique montrerait du pus.

Deuxièmement, un B. W. Voilà un test qui est fait joliment régulièrement et c'est tant mieux! Une syphilis évolutive peut rester tellement silencieuse pendant longtemps.

Un dosage d'hémoglobine, de préférence par une méthode autre que le Tallquist ou méthode de petit papier buvard. Quel que soit le teint du patient, si l'hémoglobine est normale, il n'y a pas à redouter d'anémie, et ça aide à exclure par le fait même bon nombre de conditions pathologiques. La numération des globules n'est pas indispensable si l'hémoglobine est à un taux convenable.

Une numération de globules blancs est bien utile aussi: non seulement elle vous permet d'exclure certaines infections ou un groupe important de leucémies, mais en éliminant une leucopénie vous avez plus de latitude pour prescrire plus tard au besoin soit sulfas, soit barbituriques, et Dieu sait si l'exercice de notre métier serait difficile si nous n'avions pas les dits barbituriques pour nous aider.

Une radiographie, ou tout au moins une fluoroscopie pulmonaire par un médecin entraîné, font également partie de notre liste de nécessités diagnostiques. De nos jours où la publicité des ligues antituberculeuses se fait heureusement si pressante et active, nous n'avons pas besoin d'insister sur le nombre de cas de tuberculose révélés par les dépistages industriels ou autres. Et d'ailleurs, il n'y a pas que la tuberculose: il y a le cancer. Il nous semble que c'est encore hier que nous avions au bureau cet homme de 40 ans, bâti en Hercule, arrêtant pour nous dire bonjour, tout en mentionnant une légère céphalée. Cette céphalée nous conduit au diagnostic savant et confirmé de tumeur cérébrale que nous adressons au « Neurological », pour nous faire dire très tôt que le film thoracique, pris de routine au cours du « preoperative check up », montrait un cancer bronchique et la tumeur cérébrale était d'ailleurs, au point de vue histologique, une métastase. Dans ce cas-ci les conséquences n'avaient pas été modifiées par notre abstention de filmer le patient, mais il n'y a pas de doute que vous avez tous dans vos fiches quelques cas semblables, et il ne faut pas les oublier.

Et il n'y a pas que les poumons: les contours et le volume du cœur paraissent souvent mieux sur un film que l'on ne pourrait les établir par la percussion la plus minutieuse, et d'ailleurs pareille percussion prend un temps considérable et personne d'entre nous n'en a tellement à employer ainsi. Nous convenons tous de la valeur de tels renseignements.

Les méthodes que je viens de vous énumérer sont celles que l'on emploie comme base dans les examens généraux, dans les grands centres américains. Au bureau ou à l'hôpital, mon associé et moi faisons faire de plus une sédimentation globulaire. C'est un test facile, non spécifique il est vrai, et qui a une valeur négative, c'est-à-dire qu'il ne signifie quelque chose que lorsque positif. On ne sait pas quoi il signifie, mais une sédimentation accélérée indique une modification dans l'équilibre colloïdal du plasma, en rapport avec une infection ou une destruction ou absorption de protéines tissulaires. Même en l'absence de tout symptôme, nous avons pu, en poussant les investigations cliniques ou radiologiques, mettre le doigt sur un certain nombre de cancers et de tuberculoses viscérales chez des gens dont la sédimentation rapide nous avait alertés.

Voilà le faisceau de données qui paraissent nécessaires pour permettre d'énoncer une opinion avec une certitude raisonnable sur l'état physique d'un adulte qui vient nous faire constater qu'il est en bonne santé.

Pour finir j'en arrive à la phase négative

mentionnée plus haut, c'est-à-dire à l'abstention de tout ce qui pourrait faire un malade du sujet bien portant en question. (N. B.— Il ne s'agit pas d'honnêteté médicale ici.)

Ce que je veux dire s'applique à tous les gens qui nous consultent, malades ou bien portants, mais ne parlons que des bien portants. N'oublions pas que les gens assez soucieux de leur santé pour aller chez les médecins quand ils se croient bien ont certainement le tempérament « high strung » comme on dit. Ce sont des minutieux, des gens qui pour la plupart font les choses de façon tellement intense qu'ils se surmènent et de ce fait deviennent des candidats pour diverses manifestations d'anxiété dépressive. Ce sont des gens qui liront le dictionnaire médical, ou bien encore les articles à la Paul de Kruif. Eh bien! je n'ai pas besoin de vous dire combien c'est dangereux de laisser échapper un mot de trop en face de types pareils. Il faut même se garder d'écouter le cœur trop longtemps, et bien surveiller en ce faisant l'expression de sa physionomie, car c'en est assez pour créer chez certains l'impression qu'il doit y avoir quelque chose d'anormal à ce viscère.

Ne mentionnons donc pas les souffles que nous trouvons, surtout s'ils sont fonctionnels; il y a des chances d'ailleurs que l'adulte que vous voyez le sache déjà s'il a quelque lésion organique. Discutons ces choses avec les patients franchement si c'est nécessaire, mais faisons-le doucement et de façon rassurante, en termes simples. Je crois que vous avez tous dû lire le magnifique article paru dans *J. A. M. A.*, ces derniers mois, sur ce sujet: « Iatrogenic Heart Disease », et je finis là mes commentaires (2).

Il n'y a pas que le cœur; prenons garde à nos sentences de poumons faibles, ou de côlite, etc. Combien de vies ont été empoisonnées sans raison par des mots comme ceux-là. Il faut bien apprécier le fait que dans beaucoup de milieux la conversation roule sur malaises et maladies et là se font des comparaisons terribles, et telle jeune fille à qui l'on a trouvé une soi-disant faiblesse de poumons, basée par exemple sur une tendance à faire des rhumes, en rapport, comme c'est si souvent le cas, avec un mauvais rhino-pharynx, se fera dire d'être bien prudente parce que « ma belle-sœur qui est morte de T. B., l'an passé, avait été trouvée comme ça faible des poumons trois ans auparavant ». Pas besoin de décrire le désarroi qu'on peut jeter dans une âme par des allégations semblables, et les exemples se multiplient à l'infini dans chacune de nos clientèles.

J'ai fini, messieurs. Un résumé en style télégraphique. Bon questionnaire. Bon examen. Quelques tests de laboratoire, puis du doigté, en d'autres termes, l'art de se mettre à la place du patient quand il s'agit de lui faire part de nos constatations: voilà les *desiderata* que nous voudrions trouver chez le médecin qui examinerait les membres de notre famille, et que nos patients sont en droit de trouver chez chacun de nous.

BIBLIOGRAPHIE

1. J. W. HINTON et J. W. LORD Jr.: « Surgery in toxic and non-toxic nodulae goiter. » *J.A.M.A.*, **27**: 605 (oct.) 1945.
2. A. AUERBACK et P. A. GLIEBE: « Iatrogenic Heart Disease. » *J.A.M.A.*, **29**: 338 (sept.) 1945

RECUEIL DE FAITS

ADÉNOME BRONCHIQUE

Complications - Traitements [1]

J.-Louis PILON,
Médecin de l'hôpital du Sacré-Cœur.

Parmi les tumeurs polypoïdes de la bronche, l'adénome demande une place à part dans la classification des néoplasmes pulmonaires: sa situation particulière dans les grosses bronches lui donne un caractère propre tant au point de vue clinique que diagnostique: son accroissement de volume à l'intérieur de la bronche influence les conditions de ventilation du territoire pulmonaire sous-jacent, et c'est souvent ce seul trouble qui attire l'attention du clinicien.

La bronchographie nous permet la localisation exacte avec présence ou absence d'obstruction bronchique alors que la bronchoscopie nous donne le degré de perméabilité de la bronche, l'étendue, l'aspect de la tumeur et surtout la possibilité d'une prise de biopsie pour l'étude des caractères anatomo-pathologiques.

D'après Goldman et Stephens, certaines de ces tumeurs polypoïdes sont des néoplasmes malins ou carcinomes: l'âge des malades chez lesquels elles se manifestent, la rapidité de leur évolution et la netteté des caractères histologiques, les envahissements lymphatiques et les métastases à distance ne prêtent à aucune discussion pour le cancer malin. Par contre, vous avez de ces tumeurs bronchiques qui évoluent très lentement surtout chez des jeunes sujets, envahissant localement sans donner de métastases à distance, et ne tuent que tardivement par les complications septiques qu'elles déterminent dans le lobe pulmonaire sous-jacent ou dans la plèvre voisine. Il s'agit de l'adénome bronchique bénin par lui-même parce qu'il n'y a pas de figure d'envahissement, d'infiltration, de cellules atypiques ou en mitose.

Enfin vous pouvez rencontrer des tumeurs polypoïdes purement locales sans envahissement ni métastase lointaine: ce sont les fibromes, les myomes et les lipomes, etc.

Cliniquement, d'après les statistiques de trente-huit cas de Moersh et de ses collaborateurs de la Clinique Mayo, l'occurrence de l'adénome se rencontrerait chez 3/5 de femmes pour les 2/5 d'hommes; la durée moyenne des symptômes est de 26 mois avant de poser un diagnostic positif. La toux le plus souvent irritative, surtout en position déclive, est le symptôme le plus fréquemment rencontré. Pour Jackson et Konzelman, l'hémorragie est le maître symptôme de l'adénome.

Hémoptysie capricieuse et caractérisée tant par la soudaineté de son apparition que par la rapidité de sa sédation. Comme l'hémorragie semble naître de la tumeur elle-même, c'est une hémorragie haute de l'arbre bronchique. La bronche étant oblitérée par la tumeur, il n'y a pas d'inondation du territoire pulmonaire sous-jacent; l'émission d'un sang rouge à peine aéré est précédée de brèves secousses de toux. Si l'hémorragie naît du lobe infecté ou dilaté en aval de la lésion, les caractères deviennent ceux d'une hémoptysie banale. L'hémoptysie peut représenter longtemps l'unique symptôme de l'adénome.

Et ceci explique que souvent ces malades seraient considérés comme bacillaires (le Dr B. G. Bégin nous a présenté à ce sujet deux

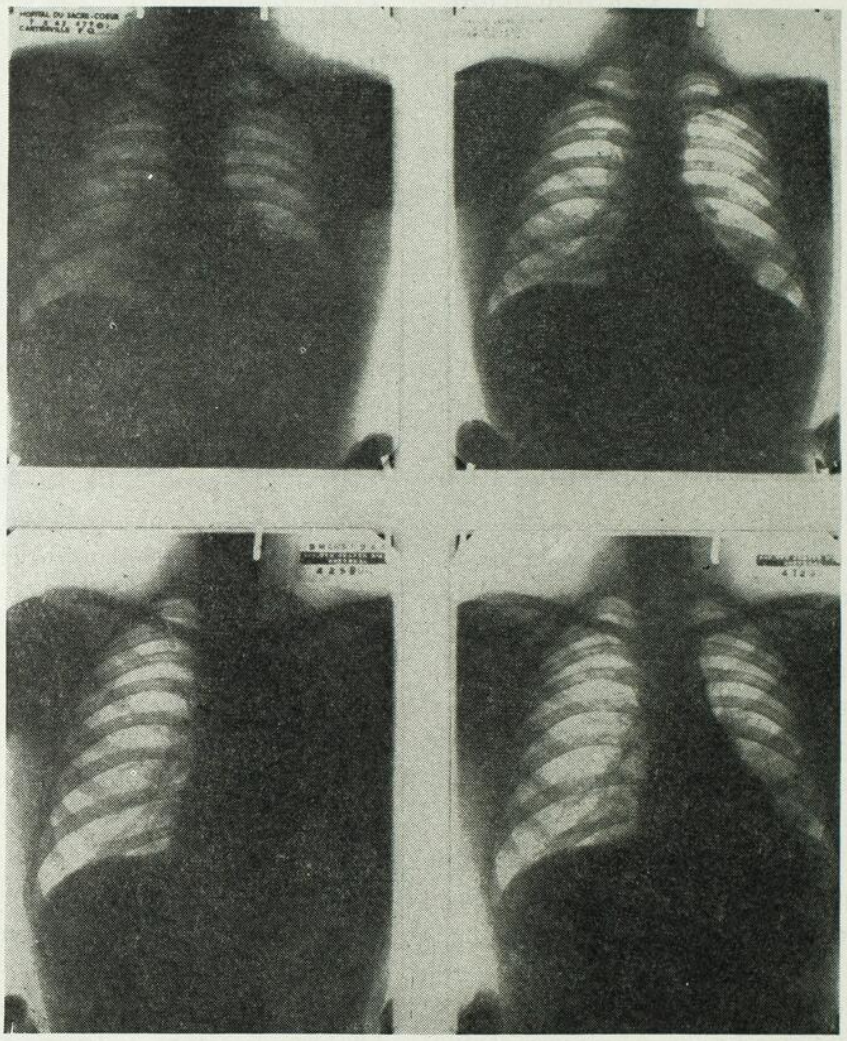
1. Communication présentée à la *Société de Phtisiologie,* le 30 octobre 1946.

cas démonstratifs au début de l'année 1945). Mais l'hémoptysie n'est pas obligatoire dans l'évolution de l'adénome.

Les signes de suppuration broncho-pulmonaire sont habituels: Moersh et ses collaborateurs, Chevalier Jackson, Stephens, Goldman, Brunn, en ont fait une étude magistrale. L'on en comprend aisément le mécanisme: la tumeur par son développement oblitère partiellement la bronche au début puis de façon complète.

Crises d'atélectasie initialement transitoire, se traduisant par autant de tableaux cliniques parfois nettement individualisés et le plus souvent étiquetés: pneumonie, pleuro-pneumonie, congestion pulmonaire, autant de termes imprécis qui nous donnent l'impression de fausse sécurité de diagnostic adéquat; cette atélectasie bénigne en apparence peut prendre une évolution grave par suite de son étendue et de sa durée en aboutissant à la sclérose et déterminant des dilatations bron-

1 2



3 4

1.—Voile homogène à la base.
2.—Régression du voile (1ère crise d'atélectasie).
3.—Voile homogène de la plage gauche.
4.—Régression du voile (2e crise d'atélectasie).

chiques: ce fut l'évolution clinique présentée par notre cas.

Observation

Il s'agit de M. J. L. L., 20 ans. Aucun passé pathologique.

Il accuse soudain le 5 mai 1943 frisson avec point de côté à la base de l'hémi-thorax gauche.

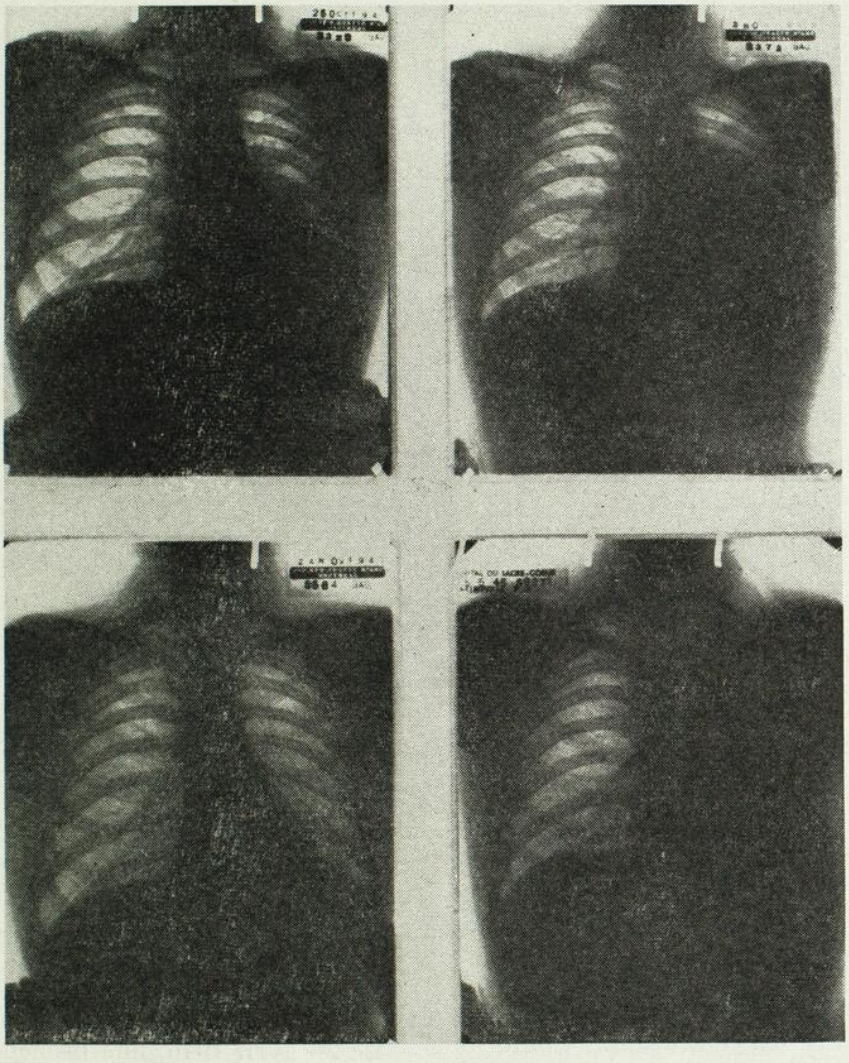
Toux quinteuse avec expectoration jaune verdâtre. Le médecin appelé diagnostique une congestion pulmonaire gauche.

Le patient prend un peu de mieux et retourne au travail après dix jours.

3 juillet 1943. Opéré à la jambe gauche pour corps étranger infecté (parcelle de bois) à la suite d'une chute accidentelle.

L'opération avait été retardée à la suite d'une poussée de température de trois jours

5 6



7 8

5.—Voile homogène de la base gauche.
6.—Accentuation du voile homogène.
7.—Régression complète du voile (3e crise d'atélectasie).
8.—Voile homogène définitif de toute la plage gauche, sclérose consécutive (4e crise d'atélectasie).

causée par une pneumopathie, diagnostiquée le 7 août 1943 : « pleurésie de la base gauche ».

7 septembre 1943. Sortie de l'hôpital après un mois d'hospitalisation. On porte alors le diagnostic de pleuro-pneumonie gauche aiguë de nature indéterminée.

25 octobre 1943 au 27 novembre 1943. Hospitalisation à Sainte-Jeanne-d'Arc pour pleuro-pneumonie gauche. Points de côté avec température 103 durant six jours. Toux quinteuse. Expectorations purulentes.

Signes physiques. Immobilité thoracique. Matité de la base gauche. Abolition des vibrations à la base. Respiration abolie à la base gauche. Souffle tubo-pleural au 1/3 supérieur à la région antérieure gauche. Thoracentèse exploratrice gauche donne: lymphocytose à 99%; polynucléaires à 1%; rares cellules endothéliales; trace de fibrine; Rivalta positif; absence de bactérie. (Radio 1)

Radio 2. Amélioration progressive des signes cliniques et radiologiques.

Cure mitigée, à domicile.

8 mars 1944 au 16 mai 1944. Réhospitalisation pour mêmes signes subjectifs et objectifs. Température durant cinq jours à 102 degrés F. La thoracentèse gauche donne: polynucléaires, 90%; lymphocytes, 10%; leucocytes en pycnose; fibrine indosable; liquide séreux; absence de B. K. ou autres bactéries. Inoculation au cobaye du liquide pleural est négative pour le bacille de Koch.

Radio 3. Nouvelle amélioration des signes cliniques et radiologiques.

4 janvier 1945. *Rechute.* Frisson. Toux marquée avec rare expectoration. Points de côté. Température intermittente de 99 à 102 degrés jusqu'au 14 mai 1945 lors de son admission à Cartierville pour bronchoscopie exploratrice.

Rapport du Dr Maurice Bonnier.

1 janvier 1945. « Dans la bronche gauche à environ un centimètre au-dessous de l'éperon bronchique, mise en évidence d'une masse tumorale volumineuse, remplissant la lumière et ne laissant comme espace libre qu'un croissant périphérique. La surface de cette tumeur est sphérique, lisse et d'aspect grisâtre dû à un enduit d'exsudat. Prélèvement d'un fragment en surface pour examen histo-pathologique: saignement profus après excision, dû à la vascularisation de la tumeur. »

Rapport de la biopsie en date du 7 juin 1945 du Dr Manseau.

« Tumeur formée par des cordons épithéliaux anastomosés et à direction très capricieuse inclus dans un stoma peu abondant. Les cellules tumorales ont des limites nettes, sont vaguement acidophilées et contiennent un noyau finement structuré. Elles sont disposées assez régulièrement en deux ou trois rangs d'épaisseur.

« La tumeur est remarquable par l'abondance de vaisseaux à parois plus ou moins nettes. Par place, les rapports entre ces derniers et les cordons tumoraux simulent les images des tumeurs endocriniennes.

« Il s'agit d'un adénome bronchique (carcinoïde des auteurs américains). Au point de vue histologique, cette tumeur ne présente aucun caractère de malignité. »

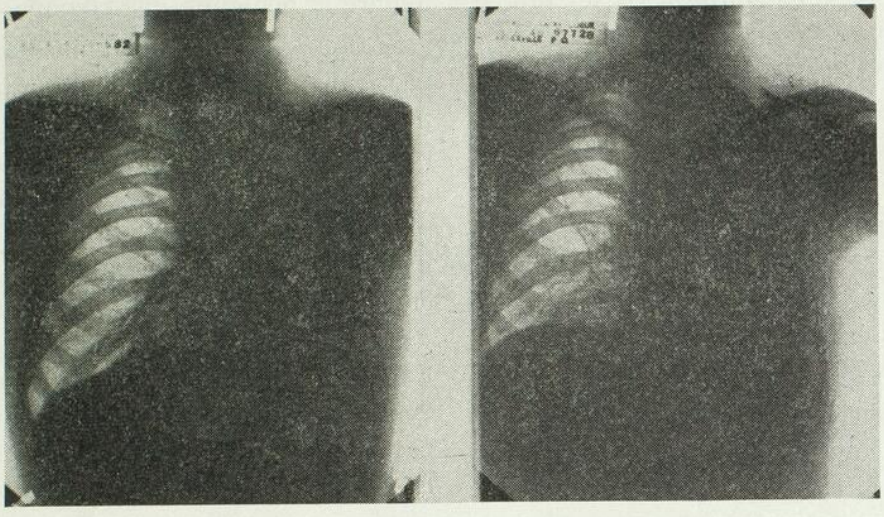
Lors d'un examen bronchoscopique de contrôle (le 30/1/46), le Dr M. Bonnier précise sur mesure métrique, en présence du Dr Deshaies, la localisation de la tumeur à deux centimètres de l'éperon trachéo-bronchique: il était donc impossible, au point de vue technique chirurgicale, d'obtenir suffisamment de moignon bronchique pour permettre l'exérèse complète de la tumeur.

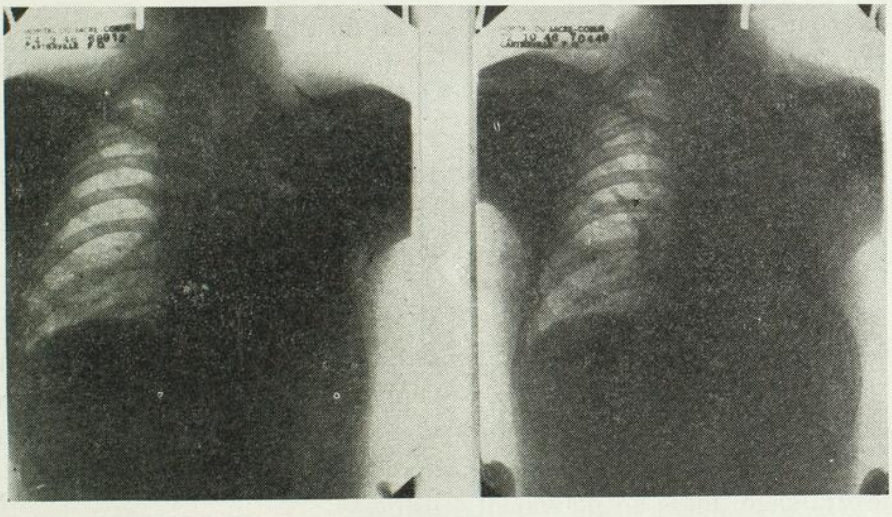
Le 26 avril 1946, une bronchographie laisse voir, en aval de la tumeur, qu'une quantité suffisante de lipiodol a pénétré dans le lobe inférieur gauche pour démontrer une bronchectasie de tout ce lobe avec de petites cavités bronchectasiantes-sclérose, conséquence de la durée et de l'évolution du dernier épisode atélectasique de janvier à mai 1945. La bronchographie vient donc démontrer d'une façon positive l'irréversibilité du processus anatomo-pathologique, en aval de la tumeur.

Diagnostic.

Si on est en présence d'un syndrome clinique de pneumopathie aiguë, soit pneumonie ou pleuro-pneumonie aiguë de courte durée (trois à cinq jours) et surtout à caractère récidivant, graduellement la sclérose puis les signes de suppuration broncho-pulmonaire: bronchectasie, cavités bronchectasiantes avec réactions inflammatoires pneumoniques périphériques. Ce fut le seul tableau clinique rencontré chez

9 10





11 12

9.—La bronchographie montre des dilatations bronchiques de la base gauche avec petites cavités bronchectasiantes.
10.—Pneumonectomie gauche.
11.—Image aérique avec niveau liquidien à la plage gauche.
12.—Thoracop'astie gauche.

on doit suspecter une lésion endo-bronchique: c'est que l'obstruction est d'emb'ée complète avec crise d'atélectasie correspondante; il n'y a plus de ventilation, de drainage bronchique, et, si l'atélectasie persiste, on verra apparaître notre malade, à tel point que cette obstruction bronchique par intermittence avec infection pneumonique distale devient la cause principale des exacerbations et des rémissions chez le patient qui souffre d'adénome. Et il

ne faut pas toujours s'at endre, dans l'évolution de l'histoire de cette tumeur, d'assister à de petites crises d'obstructions partielles du début pour pouvoir étudier soit un emphysème dans le segment distal du poumon ou encore le « wheezing » des auteurs américains, les râles sibilants et ronflants classiques avec manifestations asthmatiformes, et, du fait de l'inexistence de ces signes, éliminer systématiquement la lésion endo-bronchique.

La radiographie, la bronchoscopie et la bronchographie deviennent des examens de rigueur et systématiques.

La radiographie ne vous montrera pas d'images bien caractéristiques; et souvent une région d'atélectasie est l'évidence indirecte d'une obstruction bronchique.

La bronchographie en cas d'obstruction complète vous donnera une image d'arrêt net du lipiodol ou encore un dessin en forme de cupule à concavité inférieure, et en cas d'obstruction incomplète vous aurez, selon le degré des modifications pathologiques, l'image banale de dilatation bronchique plus ou moins marquée et de cavités bronchectasiques.

Traitement.

La question du traitement rationnel dépend évidemment de plusieurs facteurs: l'âge du sujet, sa condition générale, la localisation de la tumeur, et le degré de suppuration broncho-pulmonaire en aval de la tumeur.

Sans doute la bronchoscopie, les séances d'électro-coagulation par voie endoscopique avaient pour elles la bénignité, amélioraient la ventilation et le drainage, mais ne pouvaient conduire à une guérison définitive et restaient, dès lors, un traitement incomplet en face du degré de suppuration secondaire en aval de la tumeur, lésions irréversibles du parenchyme pulmonaire depuis plus d'un an, mises en évidence par les images bronchographiques. D'un autre côté, la localisation de la tumeur près de l'éperon bronchique ne pouvait permettre à la chirurgie son extirpation; en plus, la sclérose rétractile laissait présager des adhérences plus ou moins tenaces à l'interlobe, au sinus costo-diaphragmatique, au médiastin postérieur et au péricarde: autant d'obstacles qui venaient aggraver l'intervention chirurgicale déjà grave en soi.

Dans les circonstances, il n'y avait pas de choix: il fallait enlever les lobes pulmonaires infectés, c'était l'intervention la plus logique malgré la bénignité histologique de la tumeur.

Si l'on s'inspire des auteurs américains, en particulier Brunn, Goldman, on n'hésite même pas à pratiquer une pneumonectomie dans le cas d'adénome à situation très haute près de l'éperon bronchique; la tumeur, laissée en place après l'intervention, n'a qu'à être traitée ultérieurement, s'il le faut, par morcellement endoscopique, étant donné le fait que la plupart de ces cas meurent plus de leur suppuration broncho-pulmonaire que de la tumeur elle-même: ce fut la ligne de conduite tenue par nos chirurgiens, les docteurs Rolland et B.-G. Bégin, amplement justifiée par leurs résultats merveilleux obtenus.

Le 20 mai 1946, on procède à la pneumonectomie gauche sans pouvoir faire l'exérèse de la tumeur: l'opération a duré huit heures et trente minutes, les suites postopératoires immédiates ne furent marquées d'aucun incident. On retire 500 cc. de liquide séro-sanguinolent à cause d'une déviation à droite du médiastin, puis graduellement le déplacement se fait du côté opéré. La cavité pleurale semble se combler progressivement par le déplacement médiastinal, le resserrement thoracique, l'ascension du diaphragme pour espérer une guérison en organisant l'épanchement.

Etude de la pièce chirurgicale faite par le Dr G. Manseau.

« Poumon de consistance ferme, d'aspect carnifié et creusé de nombreuses cavités de formes irrégulières dont le diamètre atteint parfois un centimètre.

« Histologiquement, ces cavités sont, les unes, bordées par une couche épaisse de tissu fibreux dont la suface ne présente aucun revêtement épithélial, les autres, habituellement

plus irrégulières et de moindre dimension, tapissées par un épithélium de type bronchique. Quant au parenchyme pulmonaire, il est en état de pneumonie chronique. »

Diagnostic. Dilatations bronchiques et cavités bronchectasiques.

Le malade prend congé en fin de juin 1946, mène une vie active chez lui, fait même de la rame, se sent bien et n'accuse aucun trouble pulmonaire fonctionnel.

Une radiographie de contrôle prise le 20 septembre 1946 montre une cavité résiduelle avec épanchement et il semble dès lors qu'il y a lieu d'envisager une thoracoplastie sous peu pour amener enfin l'organisation d'un fibro-thorax définitif. Cette opération est faite le 20 septembre 1946 alors qu'on résèque sept côtes; à part un état de choc, les suites immédiates ne furent marquées d'aucun incident, la cavité pleurale, à la radiographie, semble complètement effacée et le malade reprend, à nouveau, depuis 15 jours, l'activité graduée.

Quelle survie peut être assurée à notre malade? En dernière analyse, c'est le secret des dieux!

La survie sera très probablement plus longue et sûrement plus heureuse que si le malade n'avait pas été opéré.

L'avenir des bronchectasiques, on le sait, n'est pas très intéressant.

En tenant compte de la rapidité de l'évolution clinique, de l'importance de l'étendue et du degré des modifications pathologiques du poumon et du caractère traînant du dernier épisode pneumopathique de janvier à mai 1945, fait de petits abcès multiples dans les cavités bronchectasiantes, avec pneumonie périphérique et rétentions purulentes, je crois que le pronostic, chez notre malade, livré à un traitement non opératoire, devenait très réservé dans les deux ans à suivre.

Jex Blake, dans le *British Medical Journal,* sur une série de 105 cas de bronchectasies autopsiées, trouve une obstruction bronchique dans trente-sept cas et remarque alors que l'évolution fatale de la maladie est singulièrement plus rapide.

Enfin, quelles sont les complications sérieuses possibles?

L'hémorragie venant de la tumeur? l'emphysème pulmonaire?

Cette hémorragie venant de la tumeur, bien que possible, ne doit pas être trop à redouter puisque le malade n'en a jamais fait spontanément à date. De plus, la tumeur ne semble pas avoir un potentiel évolutif bien marqué, à la suite des dernières trois séances d'électro-coagulation.

Pour répondre d'une façon bien précise à l'emphysème pulmonaire, il nous manque les renseignements fournis par la broncho-spirométrie et l'étude des échanges respiratoires pour connaître la valeur fonctionnelle réelle du poumon.

Nous savons qu'à l'état normal, chez l'homme, la quantité d'air expiré après une inspiration forcée est d'environ trois à quatre litres et dans l'emphysème cette quantité est plus ou moins diminuée selon le degré.

L'analyse chimique des gaz de la respiration indiquerait une réduction notable des échanges tant de l'oxygène que du gaz carbonique. Mais, si l'on s'en tient aux observations cliniques et à l'examen physique à date, l'emphysème n'est pas à craindre pour le moment.

Notre malade ne nous a pas encore présenté de dyspnée d'effort expiratoire ou d'oppression, tout au plus une toux légère le matin, petits signes caractéristiques de début d'emphysème. De plus, l'expansion du poumon droit nous a donné 2 pouces.

D'ailleurs, si l'on s'en tient aux données pathogéniques de l'emphysème, non pas d'emphysème localisé, péri-lésionnel, vicariant, qui ne détermine pas de syndrome clinique, mais d'emphysème chronique s'accompagnant de symptôme fonctionnel pulmonaire et comprenant le syndrome emphysémateux, la théorie mécanique pure et simple de distension de trois à cinq centimètres ne saurait rompre des fibres élastiques normales; il faudrait

plutôt un parenchyme pulmonaire préalablement diminué dans sa qualité et dans sa résistance par inflammation aiguë, subaiguë et surtout chronique pour déchirer ces fibres élastiques, lésion fondamentale de l'emphysème pulmonaire, ce qui n'est pas le cas chez notre malade.

Voilà les quelques considérations cliniques au sujet de l'adénome et les complications que j'ai cru intéressant de vous exposer, ce soir.

BIBLIOGRAPHIE

H. BRUNN et A. GOLDMAN: « Bronchial Adenoma. » *Am. J. Surg.*, **54**: 179, 1941.

A. GOLDMAN et H. B. STEPHENS: « Polypoid bronchial tumors. » *J. Thoracic Surg.*, **10**: 327, 1941.

Chevalier L. JACKSON et F. W. KONZELMAN: « So called adenoma of the bronchus. » *Am. Journ. of Otol., Rhin. and Laryng.*, **50**: 1264, 1941.

H. BRUNN et A. GOLDMAN: « The Differentiation of Benign from Malignant Polypoid Bronchial Tumors. » *Surg., Gynec. and Obst.*, **71**: 703, 1940.

A. J. JEX BLAKE: *Brit. Med. Journal*, **1**: 591, 1920.

B. G. BEGIN: « Un cas d'obstruction bronchique par tumeur bénigne. » *Union Médicale du Can.*, **74**: 156 (février) 1945.

H. J. MOERSCH, W. S. TINNEY et McDONALD: « Adenoma of the bronchus. » *Surg., Gynec. and Obst.*, **81**: 551 (nov.) 1945.

REVUE GÉNÉRALE

L'HYPERPARATHYROÏDIE

Jean GRIGNON,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Le métabolisme du calcium tant à l'état normal qu'à l'état pathologique ne nous a pas encore livré tous ses secrets; cependant les découvertes des dernières années nous permettent de mettre un peu d'ordre dans les nombreux processus pathologiques causés par un métabolisme du calcium perturbé.

Les causes capables de troubler le métabolisme du calcium sont nombreuses; mais on peut les classer sommairement sous les trois chefs suivants:

1. défaut d'apport calcique (alimentaire);
2. défaut d'absorption calcique (alimentaire et intestinale);
3. défaut de maintenir le taux de calcium sanguin dans les limites normales par trouble ou malfonctionnement de certains organes et tissus spécialisés (reins, thyroïde, parathyroïdes, ovaires, ostéoblastes, ostéoclastes).

Parmi ces causes multiples nous discuterons l'hyperfonctionnement des parathyroïdes, parce que ce sujet nous force à considérer les différents aspects du métabolisme calcique, et aussi parce que l'hyperparathyroïdie n'est pas aussi rare qu'on le croit généralement. Un exemple: en 1936 Wilder et Howell croyaient que l'hyperparathyroïdie primaire était plus fréquente à Boston à cause de facteurs régionaux. Plus tard un médecin de la Clinique Mayo passa un an chez Albright dans le but d'expliquer ce phénomène. Et après son retour à Mayo ce médecin, avec la coopération des internes et des médecins et urologues, trouva deux fois plus de cas dans les trois années suivantes qu'on en avait trouvé à la Clinique dans les quinze années précédentes.

La principale raison de cette divergence d'opinion est que l'on oublie trop souvent que l'hyperparathyroïdie est d'abord une maladie métabolique et que la maladie osseuse n'est que secondaire à la perturbation précédente.

C'est en 1926 que Mandl, de Vienne, enlève une tumeur parathyroïdienne à un patient présentant une pathologie osseuse spéciale. En Amérique Barr opère en 1929 un cas présentant la même image que le cas de Mandl. Vers le même temps Aub, après consultation des premiers travaux de Collip en 1925, fait opérer un patient qui ne présente pas de troubles osseux, mais une image sanguine semblable à celle produite chez l'animal par injection de parathormone, et le chirurgien, à sa grande surprise, trouve un adénome parathyroïdien.

Voilà le départ de deux courants d'idées, de prime abord bien différentes, mais qui se rejoindront peu à peu avec les années. Certains (les plus nombreux au début) rechercheront l'image osseuse caractéristique, d'autres (de plus en plus nombreux) l'image sanguine pour faire le diagnostic. Les troubles osseux n'apparaissent pas toujours ou ne se présentent qu'après plusieurs années; les troubles métaboliques sont précoces, et ceux qui les recherchent dépistent plus de cas.

Un coup d'œil sur les statistiques montre bien la différence des deux écoles.

Albright, protagoniste de l'école métabolique, trouve:

13% de troubles osseux seuls;
72% de calculs urinaires seuls;
15% de calculs urin. plus décalcification.

Cope présente des statistiques à peu près

l'inverse de celle-ci, à savoir: 15% de calculs urinaires seuls et 70% de troubles osseux seuls.

Si vous voulez admettre que les troubles osseux ont peu de chance de passer inaperçus, il est facile d'expliquer pourquoi certains rencontrent plus de cas que d'autres. Et ici il vaut la peine de noter qu'Albright seul au « Massachusetts General Hospital » rapporte environ 8 à 10 nouveaux cas par année. Et plusieurs échappent encore parce que la symptomatologie ressemble à trop d'autres choses pour attirer l'attention du clinicien qui n'est pas spécialement averti.

Cette maladie vaut donc la peine qu'on y attache une certaine importance et surtout au moment où le processus est peu avancé et où la guérison peut être complète, sans mentionner les troubles considérables qui s'accumulent si l'on n'arrête pas l'évolution anormale.

Physiologie.

Revoir toute la physiologie du métabolisme calcique serait vraiment trop long; mais il semble nécessaire de poser quelques jalons pour les lignes qui vont suivre.

Calcium.

1° Le taux normal du calcium dans le plasma est de 10.5 mg. (± 1) pour cent. Environ 55% se trouvent sous la forme ionisée, 45% sous la forme de protéinate.

2° La variation du taux des protéines fera varier le calcium attaché à ces protéines.

3° La portion ionisée est surtout élevée dans l'hyperparathyroïdie:

	Ca. ionisé		Ca. non ionisé		
Normal	5	+	5	=	10
Hyperparathyroïdie	7	+	5	=	12
" + protéines diminuées	7	+	3	=	10

4° Quand le sang présente de l'acidose, il y a plus de calcium ionisé. Il y en aura moins dans l'alcalose.

5° L'excrétion normale de calcium dans l'urine avec une diète neutre pauvre en calcium est d'environ 70 mg. par 24 heures.

6° Puisque la quantité de calcium présente dans les liquides de l'organisme est minime et à peu près constante, il s'ensuit que, si la balance calcique est positive, le calcium en surplus doit être déposé dans les os et les dents (?). Le contraire doit être vrai si la balance est négative.

7° Dans les conditions normales l'absorption et la déposition de calcium dans les os sont continuelles.

Phosphore.

1° Le taux normal de phosphore inorganique (en réalité phosphate inorganique) est de 3.5 (± 1) mg. pour cent. Un taux plus élevé est normal chez l'enfant qui croît; on le rencontre aussi chez l'acromégale.

2° Quand le phosphore est élevé, le calcium a tendance à diminuer et inversement.

3° Le rapport ca/p dans les os est 2.23.

Phosphatase alcaline.

1° Elle est l'indice de l'activité des ostéoblastes en l'absence de troubles hépatiques.

Parathormone.

1° Le stimulus qui amène une plus grande sécrétion de parathormone est apparemment un taux de calcium abaissé.

2°	Absorption de ca.	Excrétion de P dans l'urine
Vitamine D	+++	0
AT 10	+	+++
Parathormone	0	++++

3° Albright prétend que la parathormone agit sur les phosphates dans le plasma de façon à augmenter leur excrétion dans l'urine. Collip, Selye et Thompson croient que l'action de cette hormone est d'abord sur les ostéoclastes. Quoi qu'il en soit, tous s'accordent sur l'action de cette hormone sur le métabolisme phospho-calcique si on ne l'est pas sur le lieu où se fait cette action.

CLASSIFICATION.

1° L'hyperparathyroïdie est primaire quand la production de parathormone est plus considérable qu'il en faut normalement.

2° Elle est secondaire quand cette production exagérée est nécessaire pour éliminer les troubles causés au métabolisme calcique par une insuffisance rénale ou nutritive.

L'image histologique des parathyroïdes est bien différente dans les deux cas. Quand l'hyperfonctionnement est secondaire, les cellules sont plus nombreuses mais de volume normal. Il y a hyperplasie cellulaire.

Dans l'hyperfonctionnement primaire nous trouvons presque toujours un ou plusieurs adénomes. Dans 90% des cas l'adénome est unique. Le cancer est une bien rare éventualité. Mallory et Castleman ont rapporté six cas où la lésion est une hypertrophie considérable. Toutes les parathyroïdes sont hypertrophiées et les cellules ont un volume 50 à 100 fois celui de la normale. Pour expliquer cette lésion, Albright trouve que plusieurs données suggèrent une trop grande production du facteur parathyrotrope. Nous voyons une image analogue dans le goitre toxique diffus.

Quand l'insuffisance rénale apparaît au cours de l'évolution d'un hyperfonctionnement primaire, nous trouverons alors un mélange de lésions.

1. *Hyperparathyroïdie primaire.*

Symptomatologie.

Elle variera suivant le degré d'hyperfonctionnement et sera différente si le système osseux ou urinaire ou ni l'un ni l'autre n'est touché.

a) L'hypocalcémie amène une excitabilité neuro-musculaire exagérée, l'hypercalcémie diminue cette excitabilité. On notera de la fatigue, de la constipation, de l'anorexie, parfois des nausées et des vomissements, enfin tout un ensemble de symptômes qu'on peut rencontrer dans maints chapitres de la pathologie, mais qu'on verra disparaître si on enlève la cause (parathyroïdes anormales).

b) L'excrétion exagérée de calcium et phosphates dans les urines prédispose à la formation de cristaux et calculs de phosphate ou d'oxalate de calcium si les conditions nécessaires (pH élevé, infection) à la précipitation de ces sels se présentent. Le patient se plaindra de polyurie et polydipsie. Il pourra se plaindre de douleurs s'il y a un calcul dans l'uretère. Il pourra présenter de l'insuffisance rénale si les sels précipitent dans les pyramides rénales.

c) Les troubles osseux se manifesteront par des douleurs, des fractures sans cause suffisante. Il faut y penser dans les fractures des vertèbres à la suite d'un choc ordinaire.

Fait à noter, il est à peu près impossible de penser au diagnostic si les systèmes osseux et urinaire ne sont pas touchés. Dernièrement, un médecin japonais en rapportait un cas de Shanghaï.

Physiologie pathologique et diagnostic.

1° Le calcium du sérum est en général élevé, il peut atteindre 18% mg. Dans les formes bénignes il est dans les limites supérieures de la normale.

Il faut se rappeler que 45% du calcium est uni aux protéines et que, si ces dernières diminuent, le calcium fera de même et il pourra dans certains cas rester dans les limites normales. Dans ces cas douteux il faut doser les protéines et avoir un calcium divisé; car dans l'hyperparathyroïdie le calcium ionisé est toujours élevé.

2° Le phosphore dans le sérum est toujours abaissé sauf s'il y a une insuffisance rénale. Albright en fait un élément très important dans le diagnostic. L'enfant en croissance et l'acromégale ont en général un phosphore élevé.

3° Dans tous les cas d'hyperparathyroïdie on trouve une excrétion de calcium et phosphore très augmentée dans l'urine. Le test de Sulkowitch sera positif à ++++. Une diète riche en calcium pourra aussi donner un test positif à ++++. Dans une telle éventualité il faut donner au patient une diète neutre

pauvre en calcium. L'excrétion normale est alors d'environ 70 mg. pour 24 heures. S'il y a hyperparathyroïdie, nous trouverons d'ordinaire 150-200 mg. et plus.

4° Il est bien important de connaître la composition des calculs urinaires, puisque dans 70% des cas d'hyperparathyroïdie on trouve des calculs. Ces calculs se composent d'oxalate et de phosphate de calcium. Pour Cope, environ 5% des calculs de phosphate de calcium sont dus à l'hyperparathyroïdie. Albright conseille de considérer comme suspects les calculs où le rapport entre ca/p est plus que deux. Il ne rencontre ce chiffre que lorsqu'il y a une grande excrétion de calcium dans l'urine (hyperparathyroïdie, ostéoporose, diète riche en calcium, etc.). Si le rapport est moins que deux, il conseille de rechercher l'infection (proteus, etc.) qui transforme l'urée en ammoniaque et qui maintient l'urine alcaline.

5° La phosphatase alcaline n'est pas toujours élevée. Elle est normale quand il n'y a pas de troubles osseux (décalcification, ostéite fibro-kystique généralisée) suffisants pour amener une plus grande activité des ostéoblastes. L'enfant a normalement une phosphatase qui peut aller jusqu'à 8 ou 9 B. D.

6° L'hyperparathyroïdie n'a aucune raison de toucher une partie du squelette. Lorsqu'il y aura présence de troubles osseux, ils seront généralisés. Nous trouverons de la décalcification à tous les os, la « lamina dura » des dents aura tendance à disparaître et les fibro-kystes, si le processus pathologique a le temps et les conditions suffisantes pour les produire, seront généralisés. Ils ne toucheront pas un membre ou un segment en particulier. Il sera possible de trouver avec la même distribution des tumeurs osseuses solides composées d'ostéoblastes et d'ostéoclastes (ostéoclastomes).

Albright est bien convaincu que ceux qui ont des troubles osseux sont ceux qui ont une balance calcique négative. Si l'apport calcique est suffisant pour remplacer la quantité de calcium excrétée, les os ne souffriront pas. On voit par ceci que la maladie osseuse ne marche pas de pair avec le degré d'hyperparathyroïdie.

7° Il est bien important de rappeler qu'un seul test positif ne vaut pas beaucoup. L'un ou l'autre des tests peut à un moment être positif et ces tests de laboratoire sont difficiles. Ce qui importe, c'est qu'un ou plusieurs tests soient constamment anormaux.

Diagnostic différentiel.

La sagacité du clinicien aura ici la chance de s'exercer.

Nous passerons en revue les principales maladies qu'il faudra considérer avant de poser un diagnostic sûr.

1° *Ostéoporose.* Le trouble n'est pas dans le métabolisme calcique mais tissulaire. Les ostéoblastes cessent de fabriquer la matrice organique de l'os. Nous pourrons rencontrer de l'ostéoporose quand un individu actif voit une bonne partie de son squelette rendu immobile par un plâtre par exemple, durant plusieurs jours ou plusieurs semaines. L'activité ostéoblastique cesse, l'activité ostéoclastique continue. Nous trouverons un calcium sanguin et urinaire élevé surtout si la diète est élevée en calcium (lait, fromage). Ces patients sont susceptibles de faire de la lithiase urinaire. On a même soupçonné une tumeur parathyroïdienne chez ces patients. Le chirurgien s'expose à beaucoup de sueurs inutiles quand le seul fait de surveiller la diète ou de faire marcher ce malade le plus tôt possible voit tout revenir à la normale.

Le phosphore et la phosphatase alcaline sont normaux dans ces cas.

L'ostéoporose est fréquente dans l'âge avancé et chez la femme après la ménopause. C'est aussi un symptôme constant dans le syndrome de Cushing. Mais ces ostéoporoses n'amènent pas d'hypercalcémie et l'on peut obtenir une grande amélioration par les œstrogènes et la testostérone. Les lésions ont de plus une prédilection pour les os du rachis et du pelvis.

2° *Ostéomalacie.* Ici la matrice osseuse est normale, mais le calcium est en déficit. Le phosphore et le calcium sont subnormaux, on peut rencontrer de la tétanie, la phosphatase alcaline est légèrement augmentée. Il pourra se

faire une hyperplasie secondaire des parathyroïdes avec un calcium qui tend vers la normale et un phosphore qui tend à diminuer. L'os laissera voir à la radiographie une décalcification générale, mais il n'y aura pas d'hypercalciurie, sauf dans le syndrome de Milkmann et Kelly, McClam. Il est assez facile de trouver la stéatorrhée, la sprue, la diarrhée chronique ou l'insuffisance alimentaire qui peuvent être responsables de l'ostéomalacie.

3° *Maladie de Paget.* Le diagnostic ne sera jamais en doute en face d'une radiographie anormale, si on se souvient que le Paget présente des lésions localisées et que l'hyperparathyroïdie touche tous les os. Dans le Paget il importe de chercher les démarcations brusques entre l'os normal et pathologique. L'hypercalcémie et l'hypercalciurie pourront apparaître si le Paget est immobilisé au lit. La phosphatase alcaline est la plus élevée rencontrée dans les ostéopathies; mais ici encore nous verrons cette phosphatase diminuer si le patient est privé d'activité.

4° *Ostéite fibro-kystique disséminée.* D'après les recherches laborieuses faites par Albright et Thannhauser cette maladie seule devrait garder le nom de Recklinghausen. Les lésions sont segmentaires ou disséminées, jamais elles ne sont généralisées. On a trouvé des lésions semblables à celles de l'os dans différents organes. Albright a noté chez la jeune fille la fréquence de la puberté précoce. Une autopsie d'un tel cas a découvert une tumeur dans l'hypothalamus; cependant cette tumeur ne fut pas très bien étudiée. On trouve toujours sur la peau des taches couleur café au lait ou des nodules de neurofibromatose cutanée. P. Masson, qui a étudié toute la question, a montré que la lésion osseuse est bien de la neurofibromatose qui a perdu certaines caractéristiques, mais qui en a gardé assez pour indiquer sa provenance schwannienne.

Le calcium et le phosphore sont normaux, la phosphatase alcaline peut être élevée légèrement si les troubles osseux sont considérables.

5° *Myélome multiple.* Très difficile à différencier de l'hyperparathyroïdie. L'os est épargné complètement en certains endroits. La phosphatase alcaline est rarement élevée. La protéine de Bence-Jones passe dans l'urine dans 50% des cas. On trouve des plasmocytes dans le sang et la ponction sternale nous oriente définitivement vers le diagnostic.

6° *Métastases cancéreuses.* L'image radiologique est bien différente. Le calcium peut être légèrement élevé dans le sérum, le phosphore est normal et la phosphatase alcaline se voit augmentée parfois. L'histoire clinique détaillée est importante et l'examen doit surveiller en particulier les tumeurs de la prostate, du rein, des bronches, du sein et de la thyroïde.

7° *Rachitisme rénal.* C'est un mauvais nom pour cette condition, comme nous le verrons bientôt. Si l'insuffisance rénale est de longue durée, nous pouvons avoir une image osseuse identique à celle de l'ostéite fibro-kystique généralisée. Mais si l'insuffisance rénale est en cause, l'histoire clinique, l'examen et les tests urinaires et sanguins nous protègent d'un faux pas.

8° *La maladie de Milkmann.* Elle est assez peu connue, mais peut causer bien des céphalées au clinicien et au patient qui en est atteint. Les tubes rénaux ne fabriquent plus d'ammoniaque, qui a pour action normalement de diminuer la perte des bases par l'urine. Il s'ensuit une perte des bases sanguines, un Co_2 bas, une élévation des chlorures, enfin une acidose avec drainage du calcium osseux vers le sang. On constate une hypercalciurie → hypocalcémie → hyperparathyroïdie → diminution du phosphore et tendance à ramener le calcium à la normale. Les os pourront présenter tous les degrés d'ostéomalacie et même des fibro-kystes. La phosphatase alcaline est élevée après un certain temps. Nous attachons une grande importance à la recherche de l'acidose sanguine et à la présence de faiblesse musculaire et paralysie périodique causée par la perte de potassium avec les autres bases sanguines. Nous pourrons dans certains cas mettre à jour une infection urinaire avec un P. S. P. diminué; parfois on ne pourra rien trouver.

Le test thérapeutique a une grande valeur car l'ingestion d'alcalins amène la guérison complète. Bien entendu, il faut éliminer l'infection urinaire si on la rencontre.

9° *Le syndrome de Kelly McClam.* Ici les tubules ne peuvent réabsorber le calcium qui a filtré par les glomérules. Il se produit de l'hypercalciurie → hypocalcémie → hyperparathyroïdie, etc. Ostéomalacie physico-chimique. L'infection urinaire est souvent en cause. Une radiographie osseuse qui montrerait de l'ostéomalacie sans acidose et sans trouble du petit intestin ou sans insuffisance alimentaire pour l'expliquer, devrait faire penser à ce syndrome.

10° *Sarcoïde de Boeck.* La calcémie est élevée, le phosphore et la phosphatase sont normaux. Les globulines sont élevées. Le phosphore et la phosphatase sont normaux. Les globulines sont élevées. Les lésions osseuses sont minimes et il n'y a pas de décalcification.

11° *Hyperthyroïdie.* Le calcium passe en trop grande quantité dans l'urine, mais l'histoire typique et l'examen conduisent facilement au diagnostic [2].

2. *Hyperparathyroïdie secondaire*

Les maladies ici en cause sont 1° le rachitisme ou l'ostéomalacie; 2° l'insuffisance rénale appelée communément rachitisme rénal.

1° Dans le rachitisme ou l'ostéomalacie de quelque sorte que ce soit, il y a présence d'hypocalcémie amenant un hyperfonctionnement des parathyroïdes avec comme conséquences un phosphore abaissé et un calcium qui tend vers la normale dans le sérum. Si le calcium et le phosphore sont abaissés, l'hypocalcémie n'a pas répondu à l'hyperparathyroïdie probablement à cause d'une insuffisance trop grande d'apport calcique. L'image osseuse du rachitisme est typique, celle de l'ostéomalacie ne l'est pas autant. Le patient ne peut pas cacher facilement les causes de l'ostéomalacie. La diète peut être en cause assez souvent. Un examen subjectif et objectif mettra facilement à jour la sprue ou la maladie céliaque, la pancréatite externe ou la diarrhée chronique causée par autre chose. L'examen des selles ne perd pas sa valeur avec les années et le test à la sécrétine est bien utile pour éliminer la pancréatite chronique. Le dosage de la vitamine A et le temps de prothrombine rendent aussi de précieux services.

Dans les cas d'ostéomalacie où la cause n'apparaît pas, il ne faut pas oublier de questionner le système urinaire pour éliminer la maladie de Milkmann et le syndrome de Kelly McClam. Tous connaissent aussi l'importance de la vitamine D dans l'absorption du calcium. Il est utile de se souvenir que le myxœdème chez l'enfant peut empêcher la maturation des épiphyses. La maladie de Perthes est facile à différencier si l'on sait qu'elle est localisée. La dyschondroplasie ne s'accompagne pas des troubles généraux rencontrés dans le rachitisme.

2° Quand l'insuffisance rénale est assez grave pour causer une rétention de N.P.N., le laboratoire rapporte aussi une phosphatémie élevée. L'examen des parathyroïdes de ces malades montre après peu de temps une hyperplasie notable. La rétention de phosphate a tendance à faire diminuer la calcémie et les parathyroïdes s'hyperplasient pour combattre cette anormalité. L'insuffisance rénale fournit tous les éléments capables d'amener une décalcification du squelette (calcémie diminuée, acidose, hyperparathyroïdie). Il est logique de penser qu'une telle insuffisance de longue durée, quoique rare éventualité, puisse causer des troubles osseux considérables. Drake, Sulkowitch et Albright rapportent un cas où les lésions osseuses étaient identiques à celles rencontrées dans l'ostéite fibro-kystique généralisée. Ils profitent aussi de l'occasion pour démontrer que le rachitisme rénal est un mauvais nom. Ce terme trop communément employé provient du fait que chez l'adolescent les épiphyses aux rayons X ressemblent à celles du rachitique, mais elles sont ainsi à cause de compression et de décalci-

2. Il y a quelques autres maladies avec lésions osseuses qu'il faut mentionner: l'ostéogénèse imparfaite, la maladie de Gaucher, l'anémie de Cooley, mais le diagnostic différentiel ne cache rien de bien mystérieux.

fication, plutôt que par manque de croissance dû à une déficience en vitamine D.

On peut garder ce terme pour la maladie rencontrée chez l'adolescent si l'on sait bien ce qu'il signifie; mais il faut le bannir quand on parle de l'adulte, car il n'a aucune signification réelle.

Le diagnostic est facilement mis à jour si on connaît l'histoire urinaire du patient (pyélonéphrite, néphrite chronique, etc.), et si les tests sanguins (acidose, N.P.N.P.) et urinaires prouvent la décompensation rénale.

On peut se demander pourquoi ces malades avec une calcémie si basse parfois ne se plaignent pas plus souvent de tétanie. Il faut bien se rappeler que ces malades présentent de l'acidose et de l'hyperparathyroïdie, toutes les deux capables de maintenir le calcium ionisé élevé, même si le calcium total est subnormal. Dans l'ostéomalacie et l'hypoparathyroïdie nous ne voyons pas ces mécanismes, protecteurs jusqu'à un certain point, et la tétanie est alors chose courante.

Il n'est pas toujours facile de dire si l'hyperparathyroïdie est secondaire ou primaire avec troubles rénaux assez considérables pour amener en plus de l'hyperparathyroïdie secondaire. L'histoire de calculs fera pencher vers la deuxième et les troubles rénaux anciens vers la première possibilité.

Traitement

Dans l'hyperparathyroïdie primaire, il n'y a qu'un traitement et c'est d'enlever la cause. Le chirurgien pour le moins devra être un bon chirurgien de la thyroïde. Avant l'opération, il sera de mise de forcer les liquides pour nettoyer le plus possible le système urinaire de sa trop grande quantité de calcium éliminable. En face d'une décalcification du squelette on serait porté à augmenter l'ingestion de calcium; mais en agissant ainsi on risquerait d'aggraver les troubles urinaires. Par contre, si on enlève tout le calcium de la diète on augmente la décalcification. Il semble plus logique de permettre une diète normale.

Si les parathyroïdes présentent un ou plusieurs adénomes, il faut les enlever, et de préférence en un seul temps, depuis que l'on est mieux armé pour combattre les crises de tétanie postopératoire. Si les glandes présentent de l'hypertrophie, Cope conseille d'enlever trois parathyroïdes et de laisser environ 150 à 250 milligrammes de la quatrième. En général, si les reins sont touchés dans leurs fonctions, il est recommandable de laisser un peu plus de tissu.

Si la phosphatase alcaline était très élevée avant l'opération, il faut redouter une crise de tétanie grave peu après l'opération, car si l'activité ostéoclastique diminue rapidement, l'activité ostéoblastique persiste durant quelques jours. Il se fait un drainage du calcium sanguin vers les os et il en résulte de la tétanie. Il faudra faire appel au calcium IV à fortes doses et à l'At 10.

Les troubles osseux vont disparaître lentement après l'opération; mais on ne peut espérer voir disparaître les fibro-kystes qui sont quelquefois présents. Si le rein est gravement atteint, il est aussi inutile d'espérer un retour à la normale; on verra même assez souvent l'insuffisance progresser.

Par ce que l'on vient de dire, il est bien inutile d'opérer un individu qui présente une hyperparathyroïdie secondaire due à une insuffisance rénale. On lui enlèverait ainsi un mécanisme protecteur. Il faut alors recourir au traitement médical seul qui donne peu de résultats. Mais si la cause est le rachitisme ou l'ostéomalacie, le traitement médical fera parfois des merveilles. On augmentera et équilibrera une diète pauvre en calcium ou privée de vitamine D; on fera disparaître une infection intestinale qu'on trouvera parfois; on donnera « *per os* » des ferments pancréatiques si l'on met à jour une pancréatite externe; et l'acide folique avec un bon régime réussira à éliminer la sprue tropicale ou non tropicale. Si le patient présente une maladie de Milkmann, l'ingestion d'alcalins ramène l'équilibre sanguin à la normale. L'infection urinaire du « Kelly McClam » et du « Milkmann » devra subir l'action de la pénicilline et de la streptomycine.

En conclusion, voilà un autre champ obscur de la médecine qui s'éclaire de plus en plus à la lumière des découvertes récentes.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALBRIGHT, BURNETT, COPE: « Acute atrophy of bone (osteoporosis) simulating hyperparathyroidism. » *Journal of Clinical Endocrinology,* **1**: 711, 1941.
2. ALBRIGHT, SMITH, RICHARDSON: « Post menopausal osteoporosis. » *J.A.M.A.,* **116**: 2465, 1941.
3. ALBRIGHT, SULKOWITCH, BLOOMBERG : « Further experience in the diagnosis of hyperparathyroidism. » *Am. Journal of the Med. Sciences,* **193**: 800, 1937.
4. ALBRIGHT: « Cushing's Syndrome. » *The Harvey Lecture Series,* **38**: 123, 1942-43.
5. ALBRIGHT: « The parathyroids. » *Lecture at Harvard,* 1946.
6. ALBRIGHT: « The Parathyroids, Physiology and Therapeutics. » *Review of Chemistry and Pharmacology,* 1942.
7. ALBRIGHT: « The Metabolic Effects of AT1o compared with those of Vit. D and parathyroid hormone. » *Transactions of the Association of American Physicians,* **53**: 221, 1938.
8. ALBRIGHT: « Renal osteitis fibrosa cystica. » *Transactions of the Ass. of Am. Physicians,* **51**: 199, 1936.
9. ALBRIGHT, SULKOWITCH, BLOOMBERG : « Hyperparathyroidism due to idiopathic hypertrophy of parathyroid tissue. » *Arch. of Int. Med.,* **62**: 199, 1938.
10. ALBRIGHT, INGALLS, DONALDSON: « The locus of action of the parathyroid hormone. » *J. of Cl'n. Invest.,* **22**: 603, 1943.
11. ALBRIGHT, REIFENSTEIN: « Paget's disease. » *New England J. of Med.,* **231**: 343, 1944.
12. ALBRIGHT, BUTLER, SMITH: « Syndrome characterized by osteitis fibrosa cystica disseminata, areas of pigmentation and endocrine dysfunction. » *New England J. Med.,* **216**: 727, 1937.
13. COLLIP: « Extraction of parathyroid hormone. » *J. Biol. Chem.,* **63**: 395, 1925.
14. COPE: « Hyperparathyroidism. » *Lecture at Harvard,* 1946.
15. MASSON et SIMARD: « Pathologie des parathyroïdes. » *Cours d'Anat. pathologique,* 1943.
16. MASSON: *Revue Can. de Biologie,* Vol. I, mars, 1942.
17. THANNHAUSER: « Neurofibromatosis and osteitis fibrosa cystica localisata et disseminata. » *Medicine,* **23**: 103 (mai) 1944.
18. WILDER, HOWELL: *J. A. M. A.,* **106**: 427, 1936.

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada
(Fondée à Québec en 1902)
L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)
Tome 76 — No 2, Montréal, février 1947

UN ANTITHYROÏDIEN DE SYNTHÈSE : L'AMINOTHIAZOL

Pendant qu'aux Etats-Unis, on découvrait que la thiourée et ses dérivés le thiouracile et le méthyl-thiouracile possédaient une action antithyroïdienne remarquable, en France la même attention se portait sur les effets salutaires d'un autre composé synthétique, l'aminothiazol [1]. Le nom d'Astwood est intimement lié aux recherches sur le thiouracile et sur l'activité vraiment étonnante et très utile de ce composé sur la thyroïde. Il est vrai que le traitement définitif des syndromes thyroïdiens ne peut aujourd'hui comporter l'emploi exclusif et définitif du thiouracile, mais cela n'empêche que le ralentissement important qu'il amène sur l'efficience du produit de sécrétion de la thyroïde est une aide précieuse aux soins préopératoires des thyréotoxicoses. D'après les travaux publiés récemment en France, il semble bien que les mêmes considérations s'appliquent à l'aminothiazol. Les auteurs français prétendent même que l'aminothiazol offre cet avantage très appréciable sur le thiouracile, le méthyl-thiouracile, d'être moins toxique et de ne pas causer cette complication hématologique si sévère et redoutée qu'est l'agranulocytose.

1. Dénomination de commerce: Abadol.

Les travaux sur l'aminothiazol sont le résultat d'une constatation fortuite et d'assez curieuse survenue [2]. Un médecin d'usine, Jeantet, observa en 1943 que les ouvriers chargés d'extraire de l'aminothiazol servant à la fabrication du sulfathiazol, présentaient une augmentation du volume de leur thyroïde. Le métabolisme de base était diminué chez quelques-uns de ces sujets alors qu'un ouvrier basedowien voyait son état de santé amélioré durant la période où il fut maintenu dans l'atelier. Cette intéressante observation retenue par l'esprit attentif du docteur Jeantet semblait bien démontrer que l'aminothiazol était une substance goitrigène et hypothyréosante.

Elle fut le départ d'une série de travaux expérimentaux effectués par Bovet, Bablet et Fournel et d'applications thérapeutiques dirigées surtout par Perreault et ses collaborateurs. Que résulta donc de toutes ces recherches?

L'aminothiazol, comme le thiouracile et ses dérivés, freine l'action de la thyroïde en entravant la synthèse de son produit, la thyroxine.

L'aminothiazol comme le thiouracile n'est pas un antidote de la thyroxine, il n'agit pas en périphérie. Son action antithyroïdienne s'exerce en empêchant l'utilisation de l'iode par la thyroïde pour en produire de la di-iodothyroxine ou de la thyroxine.

L'abaissement du métabolisme basal, la disparition des signes d'intoxication par la thyroxine et d'hyperactivité de l'orthosympathique sont la conséquence de cette entrave à la synthèse, dans la thyroïde, du produit de sa sécrétion.

L'augmentation du volume de la

2. J. Pellerat et R. Maral: « Les antithyroïdiens de synthèse. » *Le Journal de Médecine de Lyon*, **27**: 727 (20 octobre) 1946.

thyroïde qui correspond à un processus histologique de congestion et d'hyperplasie, serait, selon MacKensie, Marine et Blum, la conséquence d'un processus de compensation et d'excitation à vide venant de l'hypophyse que sécréterait en plus grande abondance son principe thyréotrope. Cette hypertrophie thyroïdienne ne s'installerait pas si on effectuait préalablement l'hypophysectomie. C'est du moins ce que l'on constate expérimentalement chez les animaux. L'aminothiazol, comme le thiouracile, s'élimine rapidement, de telle sorte que la partie qui n'est pas détruite dans les tissus, est éliminée par les urines entre 12 et 24 heures. Il s'administre en comprimés de dix centigrammes à la dose courante de 40 centigrammes, pouvant atteindre jusqu'à 80 centigrammes.

Comme pour le thiouracile, ce sont d'abord les phénomènes subjectifs qui s'atténuent et assez rapidement, soit après une semaine. Puis la tachycardie, le tremblement s'amoindrissent à partir de la fin de la seconde semaine. En ce qui concerne le goitre, contrairement à ce que l'on constate expérimentalement, la réaction est variable, seul l'élément congestif de la glande tend à diminuer. L'exophtalmie est peu influencée, le métabolisme basal s'atténue progressivement pour montrer un résultat normal plusieurs semaines plus tard. Il en est ainsi de la reprise du poids dont la courbe se redresse après avoir continué de s'abaisser durant les premières semaines du traitement.

Nous ne voulons pas dans cette courte étude entrer dans les détails des indications du traitement par l'aminothiazol ou dans les considérations relatives à la conduite du traitement des goitres toxiques: « basedow » ou adénome toxique, « basedow » compliqué d'affections concomitantes ou d'accidents cardiaques; relatives également à la séquence ou la sélection des moyens dans la mise en œuvre des indications chimiques et chirurgicales pour chaque cas particulier. Tout cela s'applique aussi bien à l'aminothiazol qu'au thiouracile.

Des complications dues au traitement? Oui, mais d'ordre, jusqu'à preuve du contraire, de sévérité relative et non d'ordre mortel. L'aminothiazol présente cet avantage sur le thiouracile et ses dérivés qu'il n'affecte pas les éléments sanguins et ne cause pas d'agranulocytose.

On observe des ennuis digestifs, de l'ictère, des réactions fébriles, des érythèmes, de l'asthénie, de la céphalée, des myalgies, de la courbature; mais ces incidents disparaissent aussitôt qu'on cesse le traitement ou que l'on diminue la dose.

A tout prendre, la découverte de cette médication offre un précieux apport à la thérapeutique des thyrotoxicoses et il ajoute considérablement à la chirurgie et au thiouracile sur lequel il offre même des avantages.

Les recherches dans les laboratoires français n'ont pas chômé durant ces six dernières années. La défaite, l'occupation allemande, l'isolement du pays, n'ont pas empêché les savants français d'opérer des découvertes thérapeutiques des plus utiles.

L'aminothiazol est une de ces heureuses réussites. Elle apportera peut-être un élément de plus à la solution purement médicale, sinon de tous les cas, du moins d'un grand nombre de cas d'hyperthyroïdie.

Roma Amyot.

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS ET LA POLITIQUE [1]

Alphonse BERNIER

Comme au temps heureux des dissertations philosophiques du collège, permettez qu'au début de cet entretien, que je veux le plus court possible, je définisse les termes de la discussion.

Le médecin, vous le connaissez mieux que moi; ce serait vous faire injure que le définir. Ce faisant, je pécherais contre les mœurs oratoires et m'aliénerais des sympathies que je tiens à garder.

Mais, le deuxième terme, la politique, je crois qu'il serait bon de le définir. Sa définition réserve des surprises à plusieurs d'entre vous, qui faites de la politique sans le savoir, tout comme M. Jourdain faisait de la prose sans le savoir.

Le dictionnaire nous dit que la politique est l'art de gouverner un Etat. Le nautonier, lui aussi, gouverne sa barque; des fois il la conduit à bon port et, d'autre fois aussi, il la lance contre des écueils et se perd avec elle.

La politique parfois conduit un Etat vers le port de la prospérité, pour me servir de l'argot électoral, et aussi, hélas souvent, le fait tomber de Charybde en Scylla. Des nautoniers, désormais fameux dans l'histoire des cataclysmes mondiaux, ont récemment perdu leur pays corps et biens, c'est le cas de le dire.

Le médecin, qui a l'ordonnance aussi facile que l'avocat a le projet de loi, ne peut pas, même s'il le voulait, résister à la tentation de soigner les vertiges, hélas trop fréquents, des gouvernants. Cette tentation est la fille naturelle d'une déformation professionnelle que les années accentuent davantage. C'est pourquoi vous verrez tant de médecins d'âge mûr faire de la politique, essayer de tenir les affaires de l'Etat en bonne santé. Y réussissent-ils toujours? Hélas, la réponse, vous la connaissez mieux que moi.

Doit-on faire un reproche aux médecins politiques de leurs activités paramédicales? Si oui, alors que servirez-vous comme remontrance au praticien qui délaisse ses chers clients pour aller, des heures durant, quand ce n'est pas des journées entières, courir après une petite balle, muni de curieux bâtons recourbés? Cette petite balle, parfois il la ramasse dans un trou... C'est curieux comme les hommes aiment à courir après toutes sortes de balles, quand ils n'en meurent pas!

Vous n'oseriez reprocher à un confrère de faire de la peinture, de la littérature ou encore de la musique. Pourquoi reprocheriez-vous à cet autre de faire de la politique? de la politique *in se*? Ce dont vous le blâmez, c'est de ne pas être de votre parti... Admettez-le. Mais, à ce qu'il paraît, c'est la démocratie qui lui confère ce droit de ne pas partager votre parti...

Loin de reprocher au médecin de faire de la politique dans ses loisirs, on devrait plutôt l'y encourager, peu importe le parti qu'il défende. Le corps professoral y gagnera toujours à avoir des défenseurs expérimentés dans tous les camps. La France a eu Pétain et de Gaulle. Les deux ont servi; seule la victoire a décidé lequel des deux avait raison: « Vae victis », disait l'ancien romain.

Je dis bien: on devrait encourager le médecin à se renseigner, à faire de la politique activement et l'on n'aura pas, plus tard, à se cotiser, comme les confrères anglais, pour

1. Conférence prononcée au cours des « Journées Médicales » de la *Société Médicale de Montréal*, mai, 1946.

lutter contre l'utopie de l'étatisation de la médecine.

C'est entendu, le docteur veut faire de la politique, mais, pour quel parti optera-t-il? En admettant qu'il puisse opter, car, ici comme ailleurs, une infinité d'impondérables l'empêche souvent de choisir. Dites-moi, pourquoi avez-vous plutôt épousé Claire qu'Annette ou Marie, qui, pourtant, étaient aussi très mignonnes et très gentilles?

Le docteur, comme tout autre électeur, parfois suivra une tradition de famille, votera bleu ou rouge, parce que son père et son arrière-grand-père étaient bleus ou rouges. D'autres fois, des amitiés, des connaissances, des sympathies, et, ce qui est moins bien, des intérêts personnels l'attirent dans un parti politique plutôt que dans l'autre. Et, enfin, il arrive aussi des fois, heureusement, où le médecin choisit un parti sur la seule valeur intrinsèque du programme de ce parti. Mais, à ce malheureux, il arrive souvent de déchanter quand il constate que ce programme n'était qu'un trompe-l'œil, qu'une vessie camouflée en lanterne. Peu importe, admirons quand même cet oiseau rare, cet oiseau b'eu, qui voulait bien s'envoler vers l'azur.

Cette dernière catégorie est plus importante qu'on le croit, si l'on considère les succès, éphémères, si vous voulez, des néo-partis. Ici, au pays, les partis font des petits assez facilement, mais ces enfants meurent souvent en très bas âge. Les deux vieux partis s'effritent parfois et les parcelles détachées s'agglutinent temporairement et donnent naissance à de nouveaux partis.

Les médecins se partagent dans tous ces partis. J'ai connu des rouges, des bleus, des unionistes, des C.C.F., et même des communistes, si inconcevable que cela puisse paraître à notre mentalité conservatrice actuelle (« conservatrice » prise au sens exact du mot).

Un des anciens maires de St-Hyacinthe, médecin et père d'un chirurgien contemporain, sur la fin de sa vie s'adonna corps et âme à la politique municipale. Il était d'un libéralisme écarlate. Or, sous l'administration Laurier, il s'agissait de choisir un titulaire à un poste important dans la magistrature régionale. Le docteur-maire n'avait pas de candidat particulier, mais la tête du candidat ministériel ne lui revenait pas, et, un soir, dans sa pharmacie, il déclarait que si l'on passait outre à son opposition, il se vengerait d'une manière... terrible. « Vous n'allez pas tuer quelqu'un — Vous n'allez pas vous suicider? » — « Non, je ferai pis. » Et, les yeux sortis de la tête, la face cramoisie, le bon docteur (car c'était un brave homme) lança: « Si l'on passe outre, eh bien! vous m'entendez, je voterai bleu! »... Ce que, je crois bien, le pauvre docteur n'aurait jamais pu faire... tant il était rouge.

Un autre médecin éminent, un jour, faisait miroiter les beautés, les idéaux du C.C.F. devant mes yeux éblouis. A l'entendre, je me frottais les yeux, pour constater que je n'avais pas la berlue et être bien sûr si c'était lui qui me parlait, lui, le médecin qui ne travaillait que pour de gros cachets; il se faisait l'avocat des pauvres, des petits, c'était réellement attendrissant de l'entendre. J'aurais bien pu lui servir cet argument « ad hominem », mais je préférai ne pas être méchant et le quittai convaincu qu'il venait de se payer ma tête.

Tel autre paya de sa personne pendant la campagne du parti communiste, pardon, progressif-ouvrier. J'ignore si les organisateurs du seul élu, Fred Rose, ne l'ont pas invité à souscrire au cantonnement de leur malheureux député. S'ils l'ont fait, j'ai l'impression qu'il est assez sincère pour avoir répondu avec empressement et générosité.

Certains partis ont l'heur de plaire aux médecins qui y voient des panacées à toutes nos calamités nationales. Ils leur plaisent tout comme les dernières trouvailles scientifiques, les antibiotes et les sulfas. Aussi, a-t-on vu dernièrement un parti rallier de nombreux adeptes parmi les médecins, mais ces médecins ne furent pas bons cabaleurs, car ce parti a complètement raté son coup. Peut-être se reprendra-t-il plus tard. Les adeptes médecins auront alors l'avantage de l'épreuve.

Le médecin a choisi son parti; jusqu'où iront ses activités politiques? Se contentera-t-il de voter? Les malheureux médecins qui ne votent pas sont triplement coupables: eux, de l'élite, n'ont pas le droit de se soustraire à ce devoir civique; mais, ce n'est pas le cas du médecin qui fait de la politique; lui, il vote. J'en ai connu qui, le jour de la votation, auraient échangé leur stéthoscope pour un télégraphe.

Habituellement, le chaud partisan devient un cabaleur, et un cabaleur d'importance si c'est un médecin, puisque son champ d'action, c'est sa clientèle. J'ai connu certains villages qui, en entier, votaient comme le docteur, mais il n'est pas dit que le bon docteur collectait tous ses honoraires dans les mois qui suivaient l'élection. Un petit service en attire un autre, n'est-ce pas?

Le bon cabaleur est souvent choisi comme organisateur de sa paroisse ou comme orateur ambulant. Vous ne connaissez pas les cauchemars d'un bon organisateur: ils sont terribles. En haut lieu, on lui a promis tel montant pour l'élection et lui aussi, à son tour, a commencé à faire des promesses aux tièdes. Il a versé des acomptes et, la veille du jour fatidique, tout à coup, les fonds manquent, et voilà la meute qui rapplique. Alors, le pauvre homme, au désespoir, délie les cordons de sa propre bourse. Il sera bien chanceux si jamais elle se remplit et s'il rentre dans son dû. Les demandes de certains électeurs, surtout des cultivateurs, sont parfois un peu exagérées. J'en ai connu un qui voulait que l'organisateur de sa paroisse, le docteur L., acquittât son hypothèque la veille de l'élection. Une bagatelle: $700 à $1,000 — rien que ça!

J'ai parlé du bon organisateur, mais, il y a aussi le profiteur qui garde tout... et... le parti, lui, perd tout.

Le docteur voudra peut-être se présenter, ce qui, habituellement, est assez facile avec un homme influent le moindrement. Il fait des rêves: si son parti est élu, il sera *ministre;* on a toujours besoin d'un docteur dans le ministère; mais, il oublie qu'il existe d'autres médecins dans son parti. La meilleure chose qui peut arriver à ce téméraire, souvent, c'est d'être battu et retourné à sa clientèle, car, élu, adieu la clientèle cossue. Les angineux ou les femmes en couches n'iront pas à Québec ou à Ottawa consulter leur médecin-député. Plusieurs confrères députés m'ont déjà dit que si c'était à recommencer, ils y penseraient deux fois avant de se présenter. Et, depuis, il y a eu une élection, et les malheureux, ils ont récidivé. Qu'il est donc puissant cet attrait de la politique. Ces récidives sont en partie dues au mirage d'un ministère. En effet, des ministères ont été attribués à des médecins, mais pas à ceux qui les convoitaient. Le succès, c'est de décrocher un ministère, et, l'apothéose, c'est de devenir premier ministre. Quelques médecins le devinrent. En effet, au moins deux premiers ministres québecquois furent des médecins. Le premier fut John Jones Ross, qui vécut de 1832 à 1901. Sa mère était canadienne-française. Reçu médecin en 1853, il fut d'abord député de Champlain et devint premier ministre en 1884, poste qu'il ne garda que trois ans.

L'autre fut Sir Charles Eugène de Boucherville, qui vécut de 1822 à 1915. Il fit ses études médicales à Paris et fut reçu médecin en 1843, à 21 ans, comme son collègue Ross. On était médecin jeune dans ce temps-là. Il fut d'abord député de Chambly, en 1861, et présida aux destinées de la province à deux reprises, de 1874 à 1878, et de 1891 à 1892.

La profession médicale canadienne compte même un premier ministre du pays dans ses annales : Sir Charles Tupper (1821-1915). Reçu médecin à Edimbourg en 1843, un autre médecin à 22 ans, il pratiqua d'abord dans sa ville natale d'Amherst, Nouvelle-Ecosse. Député de Cumberland, sénateur provincial, premier ministre de la Nouvelle-Ecosse en 1864, il fut un des pères de la Confédération, assuma la direction du parti conservateur en 1896, quelques mois avant de tomber sous les coups de Laurier. C'est un homme qui fit grandement honneur à sa profession et au pays, un homme qui avait le courage de ses idées.

Une remarque en passant: il semble que la politique *tue* moins vite que la médecine. De Boucherville et Tupper moururent nonagénaires avancés.

Je passe sous silence les innombrables médecins qui s'illustrèrent en politique dans les pays étrangers. Retenons seulement qu'en France, Madame Stéphanie de Genlis, institutrice des enfants de Philippe-Egalité, déplorait l'intrusion des médecins dans la politique, leur recommandait de se garder plutôt et en tout temps pour leurs clientes éventuelles puisque, disait-elle, « les hommes n'appellent un médecin que lorsqu'ils sont malades, alors que les femmes les envoient chercher toutes les fois qu'elles n'ont rien à faire ou lorsqu'elles ont de l'humeur. »

Marat, de sinistre mémoire, était médecin. Au lieu de rédiger *l'Ami du peuple* et de faire fonctionner la nouvelle invention de son confrère Guillotin, il aurait bien dû plutôt s'occuper à guérir son prurigo ferox.

Théophraste Renaudot, que l'on considère comme le père du journalisme français, était médecin. Il fonda, en 1631, la *Gazette de France.* On a dit de lui qu'il faisait de la politique... de façon discrète et prudente, en glissant des nouvelles brèves sur les gouvernants de son temps dans les plis cachetés de ses ordonnances médicales.

Si Léon Daudet, l'auteur des *Morticoles,* fit sa médecine, c'était par piété filiale; il voulait guérir son père Alphonse, atteint de tabes. Son échec le renvoya à son Action française, où il guerroya toute sa vie contre sa gueuse la IIIe République qu'il maltraita, même au Palais-Bourbon, où il fut député.

Georges Clémenceau (1841-1920), qui fut l'homologue de Churchill en 1917, fut médecin un instant et politicien toute sa vie. Il pratiqua la médecine aux Etats-Unis. Député, sénateur, ministre, président du conseil, candidat malheureux à la présidence de la République, il ne trouva jamais le temps de siéger à l'Académie à laquelle il appartenait. Son siège favori était celui du Palais-Bourbon. Sur la fin de sa carrière, il combattit âprement Poincaré et Briand. « Poincaré, disait-il, sait tout et ne comprend rien; Briant, ne sait rien et comprend tout. »

Revenons plutôt à une phalange de médecins canadiens qui firent leur marque dans la politique canadienne et à qui nous sommes en grande partie redevables du statut politique dont nous jouissons aujourd'hui. Ces médecins, nous les trouvons pratiquant leur métier dans le Haut et le Bas-Canada, dans les tristes années qui précédèrent les événements tumultueux et si prometteurs de 1837. Ces médecins étaient des politiciens convaincus. Braves et ennemis du compromis, ils savaient ce qu'ils voulaient et ils obtinrent ce qu'ils voulaient. Un d'entre eux est même mort à la tâche. En effet, Jean-Olivier Chénier tombait à St-Eustache, le 14 décembre 1837, défendant la cause de ses patients de St-Benoît et de St-Eustache. Il avait été reçu médecin en 1828. Chénier était le chef incontesté des patriotes de la région des Deux-Montagnes.

Deux autres médecins furent les leaders des révoltes de la vallée du Richelieu: c'étaient deux frères, les frères Nelson (Wilfrid et Robert).

Wilfrid (1792-1863) fut d'abord chirurgien de l'armée en 1812. En 1827, il représentait la division de Sorel à l'Assemblée du Bas-Canada et, pendant ses dix premières années de politique active, il fut un des principaux lieutenants de Louis-Joseph Papineau. Il organisa les soulèvement de 37 dans la vallée du Richelieu. Il ne s'esquiva pas comme son chef au moment de l'action. Louis-Joseph Papineau passa aux Etats-Unis avant les journées fatidiques. Il resta à son poste, fut capturé à St-Charles et exilé aux Bermudes. Une fois la tempête passée, il revint à Montréal reprendre sa clientèle et son siège politique, mais, cette fois, à l'Assemblée législative du Canada.

Son frère cadet, Robert, fut aussi chirurgien à l'armée en 1812. Avec Louis-Joseph Papineau, il représentait Montréal à l'Assemblée législative du Bas-Canada. Son action, à lui, fut à retardement. En 1838, il s'en va aux

Etats-Unis regrouper les rebelles et envahit le Canada. Il proclame la République canadienne et s'en intitule le président du gouvernement provisoire, mais il fut défait à Lacolle et à Odeltown et sa présidence s'acheva là. Il finit ses jours comme chirurgien à New-York, où il publia de nombreux mémoires médicaux, ce qui prouve bien qu'il était resté ce qu'il avait toujours été: un médecin pratiquant.

Une autre figure médicale de ce mouvement fut celle du docteur Cyrille-Hector-Octave Côté, mais cette figure n'était pas une figure à deux faces seulement, car Côté fut médecin, politicien et finit ministre protestant aux Etats-Unis. Décidément, celui-là a un peu trop cumulé les fonctions.

Ces médecins avaient laissé leur clientèle pour monter, diraient les orateurs d'un nouveau parti, à la conquête de nos libertés constitutionnelles. Ils voulaient que l'Assemblée législative pût effectivement diriger les affaires du pays et ne pas être continuellement à la merci du veto du Conseil législatif ou du Conseil exécutif qui ne se gênaient pas, dans le temps, pour en user et surtout en abuser. Il paraît qu'encore aujourd'hui, le Conseil législatif abuse parfois de ce droit de veto.

Ces médecins ne firent pas de la politique en vain, car, devant le tollé général, lord Durham recommanda enfin l'institution au pays du gouvernement responsable. Tandis que les Bas-Canadiens voulaient dynamiter « le château clique » (c'est ainsi qu'on appelait alors l'Exécutif et le Conseil législatif), les Haut-Canadiens, eux, s'attaquaient au « Family Compact », son homologue dans le Haut-Canada. Ici, encore, on retrouve des figures médicales intéressantes. La première est celle de John Rolph, et l'autre est celle du docteur Charles Duncombe.

John Rolph vint au Canada en 1821, après avoir fait et son droit et sa médecine en Angleterre. Il vint s'établir à Charlotteville, Ontario, et y pratiqua en même temps et le droit et la médecine. C'était un cumulard d'une activité débordante. Mais, un beau jour, un juge rendit un jugement qui lui déplut et, de dépit, il jeta sa toge aux orties et se consacra en entier à la médecine. En entier, c'est à voir. En 1831, il s'établit à York, aujourd'hui Toronto, et y devint un précurseur dans l'histoire de la médecine canadienne. En 1843, il fonda une école médicale, qui devint, plus tard, l'Ecole de Médecine de l'Université Victoria et la grande rivale de la faculté de King's College. Cette école est l'ancêtre de la Faculté de Toronto.

Je disais, tout à l'heure: c'est à voir s'il se consacra en entier à la médecine. Non, le droit et la médecine ne lui suffirent pas. Il devint député de Norfolk et Middlesex à l'Assemblée législative du Haut-Canada. En 1837, c'est un des lieutenants de Mackenzie, le Papineau du Haut-Canada. Lui aussi dut traverser la frontière: il laissa passer l'orage, pratiquant la médecine à Rochester, New-York. A son retour, après l'armistice, il devint un des fondateurs du Clear Grit Party, l'aïeul du parti libéral actuel.

Pendant 50 ans, Rolph s'occupa d'organiser des écoles de médecine et il était très dur pour les écoles rivales. Se servant de son influence de ministre, il leur faisait la vie impossible et plusieurs durent fermer leurs portes. C'était dans le Haut-Canada un peu ce qui se passait à Montréal entre écoles de médecine dans le temps.

L'autre, le docteur Charles Duncombe (1794-1875), pratiqua la médecine dans l'ouest de l'Ontario. Il devint député d'Oxford. Lui aussi, à cause de ses activités politiques en 1837, dut traverser la frontière. Sa tête était mise à prix, comme celle de son collègue Rolph. Malgré l'armistice, il resta aux Etats-Unis, où il était né, et y mourut à 81 ans.

Que conclure de tout ceci? Que les médecins, comme les avocats et même plus facilement que ceux-ci, peuvent atteindre les sommets en politique et faire d'aussi bons hommes d'Etat qu'eux; que des médecins, dans les jours troublés de notre histoire, n'ont pas craint de se mettre à la tête du peuple pour

revendiquer le gouvernement responsable et, partant, nos libertés politiques.

Mais, de quoi demain sera-t-il fait?

Je disais tout à l'heure, au début de mes remarques, qu'on devait encourager le médecin à faire de la politique, et voici pourquoi. Si les anciens dans la profession se sont fait les défenseurs des libertés politiques populaires, nous, à leur exemple, devrons demain défendre nos propres libertés professionnelles contre les chimères étatisantes de l'heure. Ce que nos aînés ont fait pour le pays, nous devrons le faire pour notre chère profession et, par ricochet, pour le bien général. Nous le ferons efficacement seulement en nous renseignant bien et en n'ayant pas peur de faire de la politique, mais de la politique sage, éclairée, juste et désintéressée pour tout le monde.

Nous ne devrons jamais mériter ce reproche que Socrate faisait à son disciple, Glaucon, en mal de faire de la politique. Il lui reprochait de ne pas savoir ce qu'il voulait faire en politique.

Souhaitons que tous les médecins qui font ou feront de la politique, eux, au moins, le sachent bien et tiennent mordicus à ce qu'ils attendent d'elle.

LE CONGRÈS INTERAMÉRICAIN DE RADIOLOGIE À LA HAVANE

Louis-Philippe BELISLE,
Radiologiste (Montréal).

A l'hôtel « Nacional » de la Havane, entre le vieux quartier espagnol de la basse-ville et le luxueux Vedado, eut lieu du 17 au 21 novembre dernier, le deuxième congrès international de Radiologie. Sauf erreur, le premier avait eu lieu à Buenos-Aires en 1941, à l'instigation d'ailleurs des radiologistes argentins et de leurs confrères de l'Amérique latine. Pris par les tâches immenses de la guerre qui se préparait, les Nord-Américains n'avaient pu apporter qu'une contribution éparse et de peu d'importance. Ce deuxième congrès fut un succès considérable. Il fut inauguré le dimanche soir 17, dans les grands salons de l'hôtel « Nacional », devant six cent cinquante délégués venus de tous les coins des trois Amériques.

Monsieur le président de la République cubaine, en présence des membres de son gouvernement et des consuls ou ministres des nations américaines, souhaita la bienvenue aux congressistes. Le président actif du congrès, le Dr Pedro Fariñas, de la Havane, prit à son tour la parole. Il émit le vœu que ces assises mémorables dans l'histoire de la radiologie de notre hémisphère soient un symbole et un exemple de la fraternité bienveillante et de la collaboration cordiale qui devraient inspirer les réunions internationales de tous ordres, tant politiques que commerciales, ou simplement culturelles. Aux accords de l'hymne national de Cuba, il déclara ouverte la session inaugurale et présenta les chefs des délégations des divers pays.

Les quatre jours suivants virent se succéder, de huit heures à midi et de trois heures à cinq, la présentation ininterrompue de travaux tant sur le diagnostic que sur la thérapeutique radiologiques. Sur dix communications, six environ étaient présentées en espagnol, trois en anglais et une en portugais. C'est dire la part prépondérante que jouèrent nos confrères latins. Pendant la lecture du travail, la projection d'un transparent en donnait la traduction résumée en anglais ou en espagnol, selon le cas.

La délégation canadienne était au nombre de six: le docteur McGoffin, de Calgary, président; le docteur Digby Wheeler, de Winnipeg; Mademoiselle Trapp, de Vancouver; trois Canadiens français: le docteur Origène Dufresne, de l'Institut du Radium de Montréal; le docteur Hervé Lacharité, de l'hôpital

Sainte-Jeanne-d'Arc, et le soussigné. Mademoiselle Trapp présenta un travail sur le traitement du cancer de l'utérus; le docteur Wheeler, sur les diverticules du tube digestif supérieur; le docteur Dufresne, sur le traitement des inflammations, et le docteur Lacharité, sur le traitement des périarthrites de l'épaule. MM. les docteurs E. Gendreau et A. Jutras, de Montréal, et Jules Gosselin, de Québec, avaient tous deux préparé des travaux, qui en leur absence ne furent pas présentés. La plupart des communications offraient un intérêt incontestable. Quelques-unes cependant étaient l'une pour l'autre des redites ou des chevauchements, défaut en partie explicable par l'énorme travail de compilation à longue distance qu'un secrétariat doit fournir dans une circonstance semblable. Lex exhibits d'appareillage (matériel presque exclusivement américain) ne présentaient en somme rien de très neuf. Mais les exhibits lumineux ou photographiques étaient de consultation vraiment utile. J'ai surtout remarqué: « La bronchographie et ses images pathologiques » (Dr Fariñas, Cuba); un important travail synthétisé par des transparents sur « L'insufflation médiastinale chez les enfants » (Dr Raul Pereiras, Cuba); « L'angiographie: cavographie et aortographie » (Drs Pereiras et Castellanos, Cuba); et un symposium de transparents sur « Le diagnostic différentiel des tumeurs osseuses » (le groupe du « Memorial Hospital » de New-York); des graphiques sur « Les résultats de la lutte anticancéreuse à l'Institut du Radium de Bogota, Colombie »; des études radiographiques sur « Les maladies métaboliques des os » (Drs Poupo et Toledo, Cuba); « Les tumeurs de l'intestin grêle » (Dr Doub, Détroit); « Les aspects radiologiques du rétrécissement rectal de la maladie de Nicolas Favre » (Dr Payares, Venezuela); une très intéressante étude des aspects radiologiques de l'intestin grêle dans les diverses sprues et les modifications de l'image par l'administration d'acide folique: présentation des chaires de pathologie générale et de radiologie de l'Université de la Havane où se sont inaugurées et se poursuivent encore ces importantes recherches.

De nombreuses excursions en groupes ont été organisées qui permettaient de visiter soit l'Université, une usine de canne à sucre, une fabrique de cigares ou la somptueuse ville elle-même de la Havane. Une soirée fut consacrée à la commémoration de la découverte des rayons X et en hommage à Rœntgen avec comme conférenciers Mlle Edith Quimby et le docteur Esguerra Gomez, chef de la délégation colombienne. Il y eut coquetel chez Bacardi (qui ne connaît Bacardi...?); lunch au Yatch Club Seville Builtmore; banquet au Club de tennis de Vedado et fête typiquement cubaine: plats et divertissements cubains, dans le site enchanteur du Club Rio Cristal, dans la banlieue de la Havane.

A la session de clôture, un certain nombre de décisions furent prises dont voici les plus importantes:

1. Le prochain congrès aura lieu à Santiago, Chili, en 1949;

2. La Société fera des démarches auprès des gouvernements afin que soient supprimées le plus possible les tracasseries douanières et les formalités de visas, pour les futurs congressistes;

3. Sur suggestion de la délégation argentine, un comité a été formé qui étudiera la possibilité de manifestations pathologiques dues aux ondes hertziennes (personnel des stations radiophoniques d'émissions, etc.).

Nos remerciements iront, en terminant, au ministre plénipotentiaire du Canada à Cuba, Monsieur Emile Vaillancourt, qui avait réservé aux délégués canadiens la surprise d'un dîner au Club Basque, et l'hospitalité cordiale de sa résidence.

Les délégués ont remarquablement fraternisé entre eux. Mais l'objection capitale était la langue: peu de Latins parlaient anglais et moins encore d'Américains parlaient l'espagnol ou le portugais. Je crois que, malgré tout, le congrès a porté des fruits tant au point de vue de l'avancement de la science radiologique qu'au point de vue du resserre-

ment des liens culturels entre deux grandes civilisations qui sympathiseraient davantage entre elles si elles se connaissaient mieux.

* * *

Ces notes hâtives appellent quelques commentaires. L'influence immense jouée par les pays latins dans la vie interaméricaine n'échappe à personne. Depuis quinze ans — depuis le début de la dernière guerre surtout — les Etats-Unis, qui avaient presque toujours ignoré leurs amis du Sud, ont tenté, à la lumière crue des récents développements internationaux, un sérieux effort de reconquête. Leur *good neighbouring policy* a rapporté cent pour un. Les Sud-Américains se rapprochent, mais lentement... L'amour-propre latin réagit mal aux gestes malhabiles qu'une diplomatie encore jeune avait parfois posés.. Quant à nous, héritiers et continuateurs de la culture française, si révérée de toutes les Républiques du Sud, — et si proche à la fois de la leur. — n'avons-nous pas, par nos contacts avec les civilisations anglaise et américaine, une situation de premier plan, un rôle privilégié à jouer, dans le rapprochement culturel des pays de notre hémisphère? Si l'on admet cette vérité qui me semble évidente, un élémentaire examen de la situation nous révélerait mille moyens facilement réalisables d'accentuer sur le plan scientifique cette collaboration et ces contacts mutuels, si merveilleusement développés ces dernières années et qui autorisent de si riches espoirs.

Déjà s'amorcent les initiatives de tous ordres; il ne tient qu'à nos universités françaises et à notre monde médical de mettre en branle, avec un peu de bonne volonté et cette claire vision qui préside aux gestes historiques, ceux qui scelleraient nos amitiés latines: comité et Centre d'accueil médical latin, que *L'Union Médicale* pourrait populariser par sa diffusion dans les pays latins (notule de bienvenue en langues espagnole et portugaise répétée dans chaque numéro) ; court résumé en ces langues (et en anglais, donc!) de tous les principaux articles, etc... Et (je serais tenté de dire surtout!) l'étude de l'espagnol pour tous les médecins qui le peuvent. [1]

Autant de suggestions qu'un peu de réflexion impose à l'esprit. Toutes discutables qu'elles demeurent dans leur modalité d'applications, je les livre ici sans prétention à l'étude de ceux qui, constitués en autorité, ont l'envergure pour concevoir et l'influence pour réaliser.

Garder nos contacts anglo-américains; tendre à notre tour une main vers la poignée de main fraternelle qui s'ébauche, par-delà l'Oncle Sam, voilà, me semble-t-il, un geste d'enrichissement tant pour notre prestige et notre culture propre, que pour l'avenir des relations interaméricaines et leurs répercussions dans le monde.

1. Les médecins savent-ils qu'à la Bibliothèque de *L'Union Médicale* un nombre considérable de revues en langue espagnole sont mensuellement reçues, riche source de documentation qui ne demande qu'à être consultée?

LETTRE DE PARIS

Le dernier trimestre de l'année 1946 *a été marqué par la reprise des grands congrès annuels qui se sont déroulés devant une assistance multipliée, dans le désir, sans doute, de combler le vide de quatre années de silence.*

Le XLIXème Congrès de l'Association française de Chirurgie a tenu ses assises du 7 *au* 12 *octobre dans le grand amphithéâtre de la Faculté. En même temps, la Société Nationale de Chirurgie, redevenue l'Académie de Chirurgie, depuis une dizaine d'années, célébrait avec trois ans de retard son centenaire. Plus de vingt nations étaient représentées par une centaine de délégués. Trois questions y ont été discutées: l'identification et le traitement des embolies pulmonaires (Dr Fontaine, Strasbourg, et Dr Redon, Paris); conservation de la fonction sphinctérienne dans la cure opératoire du cancer du rectum (d'Allaines, Paris, et de Vernejoul, Marseille); réparation des pertes traumatiques de substance des troncs nerveux (Merle d'Aubigné, Paris, Wertheimer, Lyon, et Déjardin, Bruxelles).*

Au cours de ce Congrès, dans une cérémonie brillante au Collège de France, une épée d'honneur fut remise au prof. Leriche, dont les travaux sont universellement connus, à l'occasion de sa nomination à l'Institut.

Reprenant la tradition, l'Association française d'Urologie s'est réunie la même semaine pour écouter et discuter les rapports de MM. Auvigne (Nantes), et Violet (Limoges), sur les résultats cliniques et physio-pathologiques de la néphrostomie.

Quelques jours plus tard, la XXIème réunion de la Société française d'Orthopédie et de Traumatologie qui devait avoir lieu à Paris, en 1939, *s'est tenue le* 11 *octobre. Deux rapports y furent discutés: le traitement chirurgical et orthopédique des arthrites et périarthrites non tuberculeuses du genou et de l'épaule (Robert Guérin et Louis Pouyanne); les fractures des plateaux tibiaux (Gérart-Marchand).*

Le XIIème Congrès de l'Association des Gynécologues de Langue française, qui s'est tenu après ceux-ci, a été particulièrement riche en rapports. Ont été discutées: la conduite de l'accoucheur pendant l'accouchement dit normal (Drs Smoeck et Romans, Bruxelles; Gosselin, Liège); les hémorragies ovariennes libres et enkystées (Prof. Mocquet et Dr Musset, Paris; Keller, Strasbourg); l'étiologie de l'avortement spontané en dehors de la syphilis (Prof. Robert, Lausanne); l'organisation régionale de l'obstétrique en France (Prof. Lantuéjoul, Drs Chené et Mayer, Paris).

Le Congrès des médecins électro-radiologistes de Langue française a opéré une brillante reprise devant 400 *membres venus de tous les pays du nouveau et de l'ancien monde. Quatre rapports ont été discutés: les rhumatismes chroniques vertébraux (Dr La Chapelle, Bordeaux); développement et perspectives de l'électro-encéphalogramme clinique (Professeur Baudouin et Dr Fischgold, Paris); la Rœntgenthérapie à bas voltage et à faible distance (radiothérapie de contact) en dermatologie (Paul Cottenot et René Bourdon, Paris); la radiothérapie de contact des cancers du rectum (Prof. Lamarque et Ch. Gros, Montpellier).*

Pour ne pas allonger cette liste qui deviendrait fastidieuse, mentionnons seulement les Congrès d'oto-rhino-laryngologistes, de médecine légale et de la Société de Thérapeutique et de Pharmacodynamie qui ont eu lieu au cours du mois d'octobre.

Les rapports de ces différents congrès, qui sont le fruit de plusieurs mois de travail et, pour certains, de plusieurs années et dont un

résumé a été donné dans les journaux scientifiques hebdomadaires, paraîtront « in extenso » dans les revues spécialisées, mais après un temps plus ou moins long. En effet, les publications médicales françaises réalisent de véritables tours de force pour pouvoir tenir leur rang. Le papier ne leur est délivré qu'avec parcimonie par les pouvoirs publics et les frais d'impression s'élèvent à un tel prix que des sociétés savantes ont les plus grandes difficultés pour faire paraître les communications de leurs membres. On souhaite vivement une amélioration à cet état de choses qui est préjudiciable aux intérêts de la France et qui pourrait laisser croire que nos savants ne se sont pas remis encore au travail.

Pendant le mois de novembre, une série de manifestations ont eu lieu à Paris, cette fois sur le plan international. Tout d'abord, ce fut la séance inaugurale de l'U.N.E.S.C.O. qui s'est déroulée à la Sorbonne devant un amphithéâtre bondé et un parterre de professeurs de toutes les Facultés du monde. Le professeur Roussy, recteur de l'Université de Paris, en souhaitant la bienvenue aux délégués de ces premières assises, exalta la tâche de notre génération qui doit effacer les désordres et relever les ruines de ces années tragiques. M. Hardmann, secrétaire parlementaire du ministère de l'Education britannique, assura que son pays restera fidèle à cette tradition d'amitié et de coopération qu'il a toujours cherchée et dont le Commonwealth britannique est l'expression la plus représentative car il permet à ses représentants de siéger dans cette organisation aussi libres et aussi indépendants que le sont les Britanniques eux-mêmes.

Enfin le ministre de l'Education nationale, M. Naegelen, et le chef du Gouvernement provisoire de la République, conclurent en demandant aux délégués de dresser des barrières indestructibles contre toute tentative d'impérialisme des moyens d'expression et de communication de la pensée.

Le succès de cette cérémonie fut très grand et ceux qui y assistèrent ne manquèrent pas d'apprécier tout l'honneur qu'on faisait à notre pays en fixant à Paris le siège de ce nouvel organisme international, chargé de redonner confiance à l'homme en l'homme et d'assurer la dignité humaine. Les statues de Descartes, de Richelieu, de Pascal et de Lavoisier qui ornent le grand amphithéâtre de la Sorbonne donnaient tout son sens à cette réunion.

Mais l'événement le plus important de ce mois fut, sans conteste, les cérémonies du Cinquantenaire de la mort de Pasteur. Célébrées avec un an de retard, par leur ampleur et la qualité de ceux qui le glorifièrent, elles furent dignes du grand savant.

Différentes manifestations publiques, à la Sorbonne, à l'Académie de Médecine, au Palais de Chaillot réunirent une assistance nombreuse. En même temps, des séances de travail eurent lieu au Collège de France, véritable Congrès scientifique, auquel prirent part des savants du monde entier qui purent ainsi échanger leur point de vue sur des problèmes que l'œuvre de Pasteur avait permis d'aborder.

La grande presse en son temps a rendu compte de la séance solennelle au grand amphithéâtre de la Sorbonne en présence du chef du Gouvernement provisoire et du Corps diplomatique, de la réception à l'Académie de Médecine et de la séance au Palais de Chaillot avec présentation d'un film inédit sur l'œuvre de Pasteur.

Parmi les conférences données citons: les maladies infectieuses, par le prof. Castex (Argentine); l'effet Pasteur et les prénomènes biochimiques, par le prof. Engelhardt (U.R.S.S.); les toxines, par le prof. B. J. Knight (Grande-Bretagne); les levures, par le prof. Winge (Danemark); les microbes du sel, par le prof. Thornton (Grande-Bretagne); les fermentations, par le prof. Kluyver (Hollande); les maladies tropicales, par le prof. Da Fonseca (Brésil); bière et boissons fermentées,

par le prof. Van Laer (Belgique); les bactéries, par Miss Stephenson (Grande-Bretagne); les maladies des insectes, par le prof. Malucotti (Italie); immunité, par le prof. Heidelberg (Etats-Unis); virus et bactériophages, par le prof. Stanley (Etats-Unis); les substances antibiotiques, par le prof. Chain (G.-Bretagne); antisepsie et asepsie, par le prof. Judine (U.R.S.S.); dyssimétrie moléculaire, par le prof. Bernal (Grande-Bretagne).

A ces conférences sur des sujets découlant de l'œuvre de Pasteur, s'ajoutèrent des discours de Pasteur Vallery-Radot retraçant la vie scientifique de son illustre aïeul, du prof. Roussy faisant revivre Pasteur à l'Académie de Médecine et montrant ses luttes contre l'incompréhension de son temps, des professeurs Robert Lévy et Aubel sur ses travaux de chimie biologique, l'allocution pleine d'émotion du prof. J. Bordet, le dernier élève du Maître, celle du professeur Joliot-Curie, du prof. Georges Teissier, directeur du Centre National de la Recherche Scientifique, et du prof. Jacques Tréfouel, directeur de l'Institut Pasteur de Paris.

Toutes ces conférences ont apporté le témoignage que l'œuvre de Pasteur allait en grandissant et servait de bases à de nouvelles découvertes. Elle est encore pour tous les savants un exemple lumineux. Chaque membre de la communauté humaine est redevable à Pasteur du triomphe de la science, de cette science dont il a dit « qu'elle pourrait, un jour, unir les peuples dans un idéal de paix éternelle ».

André PLICHET.

MÉDECINE PRATIQUE

LES BRONCHITES[1]

1. Aiguës primitives simples.

Elles font suite à un coryza, une laryngite légère; elles sont dues à la propagation des lésions inflammatoires sur les muqueuses.

Cela débute par des signes de trachéite: douleur rétro-sternale, sensation de brûlure ou de déchirement lors de la toux, surtout quinteuse et fatigante.

Puis l'infection progresse et voici qu'apparaissent les *signes de bronchite*: râles sibilants et ronflants disséminés, surtout après la toux, perceptibles par le malade lui-même, en appliquant la main posée à plat sur le thorax; on peut même sentir un frémissement.

1. *Période de crudité*: la *dyspnée* est modérée. La toux, d'abord sèche, est déchirante et sans expectoration.

2. *Période de coction*: après trois ou quatre jours, la toux est plus facile et plus grasse, le malade expectore des crachats muco-purulents, jaune-verdâtres et peu aérés. La toux est toujours quinteuse et fatigante.

La température oscille entre 100 et 102° F.

La maladie évolue vers la guérison en une à deux semaines.

II. Graves.

C'est l'aggravation de la forme précédente. La dyspnée devient plus intense, la toux incessante, empêchant le sommeil; l'expectoration plus abondante, râles très nombreux et disséminés dans toute la cage thoracique. La température monte; on peut craindre la broncho-pneumonie par propagation aux alvéoles. En ce cas, on peut appréhender une issue fatale, surtout chez le vieillard. C'est l'équivalent de la bronchite capillaire qu'on rencontre surtout chez l'enfant.

III. A répétition.

Certains malades s'enrhument tous les hivers et même plusieurs fois dans l'année; à chaque fois, au bout de quelques jours, ils font de la bronchite. Ces malades sont atteints de rhino-pharyngite chronique sujette à des poussées subaiguës, d'amygdalite chronique, etc. Sergent les désignait sous le nom de *bronchites des nez bouchés*. A l'examen de la gorge, on découvre des traînées muco-purulentes qui glissent sur le fond du pharynx.

La durée est de 15 à 20 jours avec fièvre modérée mais persistante. Ils maigrissent, toussent et crachent longtemps. L'examen des crachats est négatif, mais ils sont, quand même, des candidats à la T. B.

IV. Secondaires.

a) *Dans la grippe* dont la septicémie se fixe sur l'arbre bronchique si on laisse l'infection circuler trop longtemps dans le sang sans y remédier.

b) *Dans la rougeole* avec son catarrhe des voies respiratoires supérieures encombrées par une éruption diffuse qui peut se compliquer de broncho-pneumonie surtout chez l'enfant.

c) La *coqueluche*, la *typhoïde* et la *diphtérie* peuvent engendrer les mêmes complications.

V. Capillaires.

Voici une affection très grave, mortelle le plus souvent, chez les enfants qui meurent d'asphyxie rapidement. Elle apparaît souvent

---

1. Si nous disions un mot de choses simp'es et pratiques. Elles sont toujours lues parce qu'elles sont utiles. L.

dans la rougeole. En voici le tableau dramatique:

Début soudain à la période d'éruption: dyspnée (50 à 60). Tirage, battements des ailes du nez; l'enfant est assis, les mains crispées aux barreaux du lit ou aux mains de la mère; le visage pâle, angoissé, les lèvres cyanosées. A l'auscultation, on entend partout des râles de toutes les variétés. C'est un bruit de tempête. La température atteint 104 - 105° F., le pouls 120, 140 et plus.

Peu à peu l'enfant s'épuise, il est pâle, affaissé, les lèvres noirâtres, la bouche sèche, des sueurs froides, les pupilles rétractées, la respiration précipitée et superficielle. Bientôt, elle se ralentit, les extrémités se refroidissent et l'enfant succombe le deuxième ou le troisième jour.

VI. Traitement.

Je constate, trop souvent, que la broncho-pneumonie est une cause de mortalité chez nos enfants assurés. Je doute que le médecin soit appelé assez tôt ou qu'il ne puisse ou ne veuille mettre en œuvre les moyens nouveaux dont nous disposons aujourd'hui.

Quels sont-ils?

En premier lieu, employons la médication habituelle, mais comme adjuvante seulement:

1. Contre les *rhino-pharyngites et trachéites*:

Eucalyptus	5 grammes
Goménol	3 grammes
Benjoin	30 grammes
Alcool à 70% . . .	40 grammes

Une c. à thé dans une tasse d'eau bouillante, en inhalations deux fois par jour ou avec un inhalateur.

2. Contre la *bronchite (crudité)*:
Décongestionner la trachée et les bronches.

Racines d'aconit	100 gouttes
Eau de laurier-cerise . .	10 grammes
Sirop diacode	90 grammes
Sirop tolu	60 grammes

Dose: 3 à 4 c. à soupe en 24 heures.

3. A la *période de coction*:

Poudre de Dover . . . . 20 centig.
(Ipéca, opium, sel potasse)
3 cachets semblables par jour.

Pour faciliter l'expectoration, on peut donner le sirop *Désessartz*: une cuillerée à soupe 3 fois par jour.

4. A *la dernière période*:
On pourra prescrire les *balsamiques*.

1) Terpine . . . . . 0 gr. 20 centigr.
Benzoate de soude . . 0 gr. 40 centigr.
Pendre un cachet — 3 par jour, ou bien

2) Terpine . . . . . 0 gr. 15 centigr.
Codéine . . . . . un centigramme
Excipient . . . . q. s. p. une pilule
3 à 4 pilules par jour.

5. *Chez les enfants*:
Le benzoate de soude — 0.50 centigr. par année d'âge avec polygala et sirop tolu.
Le sirop *Désessartz*: 1 c. à thé 3 fois par jour.

6. *Bronchite capillaire*:
Préventif: bains chauds 2 fois par jour.
Cataplasmes sinapisés en arrière du thorax.
Les injections d'huile camphrée.
Les inhalations d'oxygène, etc.

Peut-on faire davantage ou mieux? Oui. Cette médication classique est excellente, mais nous avons aujourd'hui quelque chose de plus rapide et d'actif:

1. *Les sulfamidés.*

2. La *pénicilline* dans la cire ou dans l'huile qu'on peut employer à la dose de 300,000 unités en une seule fois, à répéter tous les 2 jours selon les cas, ou en plusieurs doses: toutes les 3 ou 4 heures, en solution aqueuse.

On peut trouver, sur les imprimés, tous les renseignements requis en pareille circonstance. Mais j'ai l'impression que nos médecins n'emploient pas assez souvent ces médicaments merveilleux qui épargneraient des vies et des échéances pour nous.

LeSAGE.

"L'Union Médicale du Canada" en 1878

La Société Médicale de Montréal

Séance du 20 décembre 1877

Février 1878.

Le Dr A. Ricard, président, au fauteuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Lecture est faite d'une lettre du Dr H. E. Desrosiers, témoignant sa gratitude à la Société Médicale pour son admission comme membre actif.

M. le Président donne lecture d'une lettre de la Société Française d'Hygiène invitant la Société Médicale de Montréal à s'associer à ses travaux, et dépose plusieurs brochures envoyées par cette société de Paris. Le tout est référé au comité de Régie. La discussion sur le croup est à l'ordre du jour.

Dr L. J. P. Desrosiers. — Le croup est une des maladies qui inspirent le plus de pitié et de terreur; mais c'est surtout quand on songe qu'aucun soin préventif ne peut y soustraire les êtres qui nous sont chers qu'on se demande si un génie du mal leur envoie ces maladies qui portent la mort et le désespoir dans les familles. Je ne crois point à ce génie malfaisant: c'est l'ignorance des lois de la nature qui amène cette maladie comme toutes les autres.

Commençons par définir le croup; une définition bien faite est une lumière qui éclaire toute une question.

Le croup est l'inflammation du larynx avec formation de fausses membranes.

Qu'est-ce que l'inflammation? *Une maladie,* ayant pour symptômes: chaleur, rougeur, douleur et gonflement, définition qui ne signifie rien du tout. Mais, alors, qu'est-ce que la maladie? Un dérangement dans l'équilibre des éléments et des fonctions. On peut donc mieux dire que l'inflammation est l'effort que fait la nature pour rétablir l'équilibre rompu dans les divers éléments de notre organisme.

Le croup ne serait donc qu'un effort de la nature pour rejeter au dehors des substances qui y sont étrangères ou en disproportion. Si cette définition est bonne, il devra y avoir dans le croup un élément en excès dont la nature veut produire l'expulsion. Où trouve-t-on cet élément en excès? Dans le sang. C'est la fibrine du sang qui est invariablement augmentée dans le croup. Cette proposition n'est pas contestée ni contestable. Maintenant, de quoi se compose la fausse membrane du croup? Principalement de fibrine. Ne paraît-il pas dès lors évident que la nature veut se débarrasser de l'excès de fibrine? On sait du reste que la *couenne inflammatoire* ou « *buffle coat* » des auteurs et qui se rencontre en plus ou moins grande quantité dans toutes les inflammations franches, n'est autre chose que de la fibrine en excès. On prétend que l'excès de fibrine ne naît qu'au moment de l'inflammation: pour moi c'est une grave erreur qui n'est justifiée par aucun raisonnement. D'où viendrait tout à coup cette quantité de fibrine? Il n'y a pas de bon sens à la croire. Rien ne prouve qu'elle n'existait pas auparavant. La pleurésie avec ses adhérences fibrineuses est-elle autre chose que le même effort de la nature pour éliminer la fibrine par un autre organe? Cet effort est bien aveugle sans doute, mais ne prouve-t-il pas un instinct admirable de la force naturelle?

Mais est-il possible de prévenir l'excès de fibrine dans le sang? Sans doute si nous pouvons en saisir la cause. Où est la fibrine? Dans le sang. D'où vient le sang? De l'aliment. La fibrine vient donc de l'aliment. L'excès de fibrine dans le sang ne peut donc venir que de l'alimentation trop abondante ou qui contient trop de fibrine. Mais dira-t-on, l'exercice musculaire et l'acte respiratoire ne peuvent-ils pas rétablir cet équilibre? Sans doute; et c'est justement dans le désaccord entre les fonctions digestives et les fonctions musculaires et respiratoires que je fais consister la cause prédisposante du croup. Qu'il y ait harmonie entre les fonctions assimilatrices, et il ne peut pas y avoir rupture de l'équilibre.

On sait que dans l'acte respiratoire, l'oxygène décompose la fibrine en s'emparant du carbone et de l'hydrogène qu'elle contient pour les expulser sous forme d'acide carbonique et d'eau. Plus il y aura de respiration et d'exercice musculaire à l'air, plus il y aura de dépense de fibrine et de matières carbonées en général. La grande loi de l'activité humaine qui se traduit chez l'enfant par l'exercice à l'air libre et chez l'homme par le travail manuel semble ici écrite en caractères bien évidents.

Rapprochons ces considérations des faits que nous pouvons constater tous les jours. N'est-il pas vrai que le croup attaque les enfants bien portants et d'une apparence plutôt pléthorique qu'anémique? Surtout dans la saison d'automne et d'hiver, alors que les portes closes emprisonnent un air chaud et vicié où l'enfant se livre à un exercice relativement moins considérable qu'en plein air. On ne le croit en sûreté, ce pauvre enfant, que quand, nourri des aliments les plus substantiels, chaudement vêtu, il est bien douillettement assis près d'un poêle qui fait de l'appartement un four. L'air raréfié ne contient presque plus d'oxygène, tandis que l'enfant accumule de la nourri-

ture sans combustion pulmonaire équivalente. La mère craint l'air extérieur comme la peste, l'ouverture d'une porte la fait frémir. Qu'arrive-t-il? Une bonne nuit, l'air de l'appartement se refroidit, l'enfant prend du froid, la peau ferme ses pores émoncteurs. Il ne reste plus que le poumon, si déshabitué de fonctionner activement, pour opérer le rejet des humeurs accumulées qui se précipitent dans les conduits respiratoires.

Le sang était préparé pour la maladie, le froid, cause excitante, donna le signal et l'inflammation se produit dans le larynx avec effusion de fibrine. Ou bien on risque l'enfant au dehors par un beau jour, l'air froid agit sur la muqueuse bronchique désaccoutumée de son impression, l'irritation est produite et la nuit suivante, le croup survient, ou une fièvre inflammatoire, ou la rougeole, ou la scarlatine, ou toute autre maladie que détermine l'état du sang; car les maladies inflammatoires ne sont que ce qu'est le sang.

Remarquons bien que je ne prétends pas que la nourriture seule soit la cause prédisposante du croup, mais l'alimentation mise en regard de la combustion pulmonaire. Il y a une loi inexorable qui règle la proportion de nourriture avec celle d'exercice et de combustion pulmonaire de tout être vivant.

Que conclure de cette conception du croup quant au traitement?

Que tout en conservant l'action de la peau en la couvrant soigneusement, il faut rétablir les fonctions du poumon par l'exercice actif à l'air froid et de fortes inspirations, et se garder de l'air chaud qui ramènerait la réaction.

D'abord l'air froid donnera beaucoup plus d'oxygène, sous un même volume, étant plus condensé, remédiera par là même à l'imminence de l'asphyxie, puis l'action respiratoire énergique opérera la dissolution de la concrétion fibrineuse qui obstrue la voie. Sous l'influence de ce moyen, on verra la sécrétion urinaire et les autres s'activer et tout le système concourir dans l'effort suprême d'excrétion inaugurée pour le poumon. Tandis qu'avec la chaleur et les autres moyens, vous immobiliserez les humeurs sans aucune chance de rétablir l'équilibre. Il va sans dire que je ne négligerais pas les purgatifs, car dans ces cas, l'estomac et l'intestin sont souvent pleins de matièrs saburrales.

Des trois cas que j'ai à citer présentement, le premier ne peut donner qu'une conclusion négative. Ayant trouvé l'enfant repue, huilée, dans un appartement chauffé au moins à 75 degrés, je ne pus décider les parents à entrer dans mes vues; je me bornai à l'émétic et l'enfant succomba au bout de 6 heures.

Dans le second cas, la petite fille Leblanc, âgée de 6 ans, que je trouvai dans les mêmes conditions de pléthore, fut habillée soigneusement et soumise à une marche rapide entre deux fenêtres ouvertes. J'eus la satisfaction de constater un mieux presque immédiat: le lendemain matin elle était bien mieux et avait expulsé une fausse membrane énorme qui ne s'est point renouvelée. Ce succès m'encouragea pour de nouvelles expériences.

Le troisième cas est un cas de diphtérie chez un jeune homme de 14 ans, Louis Lebrun; une de ses sœurs était morte de la même maladie. Je me contentai de faire renouveler l'air fréquemment dans l'appartement, en le faisant respirer fortement; le mieux se fit sentir promptement et les parents furent surpris comme moi d'une guérison si rapide.

Le préjugé et la routine entraînent le monde. Pourquoi toujours suivre les sentiers battus? Le croup n'a pas de remèdes; rejetterait-on ce moyen parce qu'il est trop simple?

Messieurs, la nature, la physiologie et l'hygiène doivent être l'étude constante du médecin, sans elles il ne voit que des symptômes sans jamais asseoir une idée, voilà pourquoi la médecine en général et la thérapeutique en particulier, font si peu de progrès.

Dr L. A. Fortier. Après avoir entendu l'exposé de la théorie nouvelle de l'étiologie du croup par le Dr Desrosiers, je ne saurais accepter ses opinions. Dans les campagnes où j'ai vécu, là où les enfants ne sont pas soumis à une alimentation toute animalisée, où leur nourriture principale est le lait, où ils respirent un air pur et frais, où ils prennent un exercice suffisant, nous voyons cependant le croup apparaître et se développer quelquefois d'une manière épidémique. Ce ne sont donc pas les causes invoquées par le Dr Desrosiers, qui sont celles qui produisent le croup. La pratique journalière à la campagne m'empêche d'accepter cette théorie.

Dr A. Dagenais. J'accepte volontiers les opinions émises par M. le Dr Desrosiers, lorsqu'il affirme que l'excès de nourriture animale, un air vicié, et le manque d'exercice sont la cause de plusieurs maladies. J'admets de même les principes qu'il a émis, savoir que, dans la maladie, il y a rupture de l'équilibre vital, et qu'il y a alors surabondance de fibrine dans le sang. Mais je ne puis accepter les conclusions, que telles sont les causes du croup et de la diphtérie. Ne rencontre-t-on pas, en effet, ces maladies à la campagne dans les classes pauvres, soumises à une diète lactée ou à peu près, et qui se livrent journellement à un exercice violent à l'air le plus pur possible? Ce sont là des conditions toutes opposées au développement du croup, tel que le comprend le Dr Desrosiers, et cependant la maladie y sévit. Je ne pourrais donc accepter comme fondée une théorie qui voudrait trouver l'étiologie du croup, dans l'excès de nourriture animalisée, l'air vicié et le manque d'exercice.

Dr A. Deschamps. Selon M. le Dr Desrosiers, l'excès de nourriture, et surtout de nourriture animalisée, serait à peu près la cause principale du croup, car cela produit dans l'organisme un excès de fibrine qui tend à s'organiser au larynx. Avec cette théorie,

comment peut-on expliquer l'origine du croup chez les très jeunes enfants, dont la nourriture est exclusivement lactée? Pour moi, je ne saurais admettre l'excès de nourriture comme cause du croup.

Il en est de même du traitement. Pour M. le Dr Desrosiers, le traitement consiste à ouvrir portes et fenêtres, faire marcher le malade et le soumettre à un régime rigoureux. Les faits qu'il rapporte me mettent en droit de ne pas en admettre l'efficacité.

Dr E. P. LACHAPELLE. Je ne saurais admettre que l'organisme humain soit un espèce de magasin où l'on puisse accumuler de la fibrine à volonté. D'ailleurs n'admet-on pas que la composition du sang à l'état physiologique est constante et que c'est pendant l'état pathologique, et non pas avant, qu'elle peut être modifiée.

Ne sait-on pas, par exemple, que quelle que soit la quantité de fer ingérée dans l'estomac, il n'y a toujours que la proportion voulue qui soit assimilée et qui passe dans la circulation; le reste est rejeté par les selles. Et pourquoi n'en serait-il pas ainsi de la fibrine?

Quant à conclure que le croup ne reconnaît pas d'autres causes qu'une nourriture exagérée, l'air vicié et le manque d'exercice, il faudrait des faits bien établis et bien constatés; cependant, la pratique journalière contredit cet avancé, puisqu'on rencontre le croup chez des enfants très enjoués, vivant à l'air le plus pur, et ne prenant qu'une nourriture légère.

Dr J. E. BERTHELOT. Je suis tout à fait d'accord avec le Dr Desrosiers quant aux principes qu'il a émis. Je ferai, cependant, remarquer que la fibrine est en excès dans le sang, non pas avant la maladie, mais pendant son cours. Je ne crois pas que l'on puisse affirmer que le croup soit causé par un excès de nourriture animalisée, car enfin les enfants ne mangent pas trop de viande et cependant ils prennent le croup. Quant au traitement, je ne saurais l'admettre: il ne consiste qu'en un bain d'air, et l'air seul ne peut faire disparaître du larynx les fausses membranes qui s'y sont développées.

Dr S. LACHAPELLE. On accuse le Dr Desrosiers de modifier durant la discussion ses opinions émises au commencement de la séance; j'irai plus loin. Je dirai qu'il avance aujourd'hui des opinions contradictoires avec celles énoncées antérieurement. Dans une séance précédente, lors de la discussion sur la viande, on lui a demandé comment il se faisait que les gens fortement nourris guérissaient promptement d'une opération. Il nous répondit que c'était parce que ces personnes accumulaient dans leur économie des éléments plastiques, qui demandaient une issue, une sortie et cicatrisaient promptement la plaie où ils se jetaient. Aujourd'hui, le Dr Desrosiers prétend que la viande est la cause de mauvaises humeurs, de furoncles, des plaies et de la gangrène qui survient après une amputation. N'y a-t-il pas là contradiction formelle, qui prouve que cette théorie n'est pas sérieuse et ne mérite pas l'importance qu'il lui donne? En effet, une même cause ne peut produire deux effets opposés. D'ailleurs, il ne peut y avoir, à l'état de santé, accumulation dans le sang de fibrine, etc., etc.; il y a surabondance d'un constituant quelconque du sang, seulement à l'état de maladie.

Dr N. FAFARD. Je suis tout à fait d'accord avec M. le Dr Desrosiers, lorsqu'il dit que l'excès de nourriture est cause de maladie, mais je ne puis concevoir comment on peut invoquer cette cause pour le croup et la diphtérie. Je suis plus porté à croire que toutes les maladies épidémiques proviennent de germes.

Suivant M. le Dr Desrosiers, la nature tendrait à organiser, et c'est ce qui produirait le croup. Je ne puis accepter cette explication, car il est inexact de dire que la nature veut produire parce qu'elle est trop forte, et qu'en agissant ainsi, elle s'affaiblit elle-même. On doit donc admettre plutôt l'action des germes extérieurs qui produiraient au larynx une végétation anormale.

Dr J. A. S. BRUNELLE. Il est certain que tant qu'il y a santé, il y a équilibre entre les diverses fonctions de l'économie, et que cet équilibre ne disparaît que par maladie. Mais ce n'est pas avant la maladie qu'il y a excès de fibrine dans le sang, ce n'est que plus tard.

L'opinion émise par M. le Dr Fafard quant à l'étiologie du croup me paraît naturelle, et j'aimerais mieux croire à l'action de germes producteurs de fausses membranes qu'à l'influence d'un excès de fibrine dans le sang.

Le Dr Desrosiers n'a pas parlé de la contagion, ni de l'action de l'air atmosphérique. On sait que le croup prévaut surtout lors de variations brusques de température. Je crois qu'il lui serait difficile d'expliquer alors le croup par les causes qu'il a assignées. Il faut donc trouver d'autres causes à cette maladie.

Dr A. RICARD. J'ai suivi avec beaucoup d'intérêt la discussion qui a eu lieu à cette séance. Je félicite cordialement M. le Dr Desrosiers sur les idées qu'il a émises quant à la pathologie du croup. Elles sont nouvelles et nullement en désaccord avec la raison. Je ne voudrais cependant pas me prononcer d'une manière définitive sur cette question. C'est un sujet digne de nos études et de nos méditations. Avant d'accepter aucune théorie nouvelle, il est sage et prudent de recueillir beaucoup d'observations sur elle. J'espère toutefois que M. le Dr Desrosiers voudra bien continuer à travailler, faire des recherches et des expériences suivant les idées qu'il a émises et communiquer à la Société Médicale le résultat de ses travaux.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd. psychol. », **94**: 1 (juin) 1938.

PHTISIOLOGIE

Pierre MOIROUD. — **Tuberculose traumatique.** "La Presse Médicale", **49**: 665 (12 octobre) 1946.

L'auteur rapporte l'observation intéressante d'un traumatisme cause d'une localisation tuberculeuse. La preuve est faite. Chez un « porteur de bacilles en un point quelconque, hors du lieu atteint par le traumatisme, celui-ci peut localiser la tuberculose en cette région, normale auparavant ».

Or, un ouvrier manuel de 60 ans apparemment en bonne santé a été traumatisé. Il est tombé sur sa main gauche. Son coude gauche a été tordu. Plus tard, apparaît un œdème périarticulaire. Plus de trois mois après l'accident, une tuberculose à forme tumorale du coude est diagnostiquée, alors qu'au début, une radiographie n'a rien montré à cette région.

On découvre par la radiographie que cet homme est porteur d'une lésion bacillaire au poumon. Cette lésion est latente, méconnue. C'est le traumatisme qui a localisé, « sur une région indemne jusqu'alors, l'infection spécifique ». Ce fait rappelle la loi de Louis: « La tuberculose ne se développe pas dans un organe, s'il n'y en a pas en même temps dans les poumons. »

Ce cas ainsi rapporté est d'une importance évidente.

Paul-René ARCHAMBAULT.

CARDIOLOGIE

R. M. SUAREZ et R. M. SUAREZ, Jr. — **L'onde T de l'électrocardiogramme précordial et l'âge.** (*The T Wawa of the Precordial Electrocardiogram at different age Levels.*) "American Heart J.", **32**: 480 (octobre) 1946.

Les auteurs présentent une étude de l'onde T dans les dérivations précordiales directes chez 161 sujets des deux sexes dont l'âge varie entre 5 et 46 ans. Indépendamment de l'âge et du sexe, une onde T négative en VI peut être considérée normale tandis qu'une onde T négative en V6 est anormale. Chez l'adulte mâle une onde T négative en V2, V3, V4, V5 et V6 est anormale spécialement dans les quatre dernières dérivations. Chez la femelle adulte du même âge et chez les jeunes garçons ou filles de 12 à 18 ans, une onde T négative en V4, V5 et V6 doit être considérée anormale. Chez les enfants de 5 à 11 ans, une onde T négative est probablement anormale seulement en V6 et peut-être en V5.

Paul DAVID.

Stuart LINDSAY. — **Le cœur dans l'amyloïdose systémique primitive.** (*The Heart in Primary Systemic Amyloidosis.*) "Am. Heart J.", **32**: 419 (octobre) 1946.

L'auteur présente d'abord un cas d'amyloïdose chez lequel une infiltration extensive et diffuse du myocarde fut responsable de la mort par défaillance cardiaque progressive. L'amyloïdose est une maladie dans laquelle une protéine étrangère, l'amyloïde, est produite et déposée dans certains tissus. La forme la plus commune est la forme secondaire qui succède ordinairement à une maladie tuberculeuse, une suppuration chronique ou un processus inflammatoire chronique non suppuratif. Le dépôt d'amyloïde dans la forme secondaire semble relié à une réaction anti-

gène-anticorps. Mais cette relation est beaucoup moins claire dans la forme primitive.

L'amyloïdose systémique primitive est rare, mais elle est devenue une entité clinique aujourd'hui bien connue. Avec le présent cas, 45 sont rapportés dans la littérature: 23 cas montrèrent cliniquement des signes de défaillance cardiaque et, dans 18, cette insuffisance fut jugée la cause immédiate de la mort. Sur les 43 autopsies, 39 montrèrent une déposition d'amyloïde dans le cœur. La maladie étant diffuse, presque toute la symptomatologie cardiaque et générale y passe. Souvent la biopsie établit le diagnostic. Un test positif au rouge congo, c'est-à-dire quand l'absorption du colorant varie entre 90 et 100%, a une importance considérable pour établir définitivement le diagnostic.

Paul DAVID.

Harry GOLD. — **Base pharmacologique de la thérapeutique cardiaque.** (*Pharmacological basis of cardiac therapy.*) "J. A. M. A.", **132**: 547 (novembre) 1946.

A. *Digitale.*

1° Action de la digitale dans la défaillance cardiaque. Il n'y a aucun doute qu'un cœur défaillant accomplit mieux son travail sous l'influence de la digitale. De quelle façon la digitale agit-elle sur le cœur? Voilà une question longtemps débattue entre cardiologues et pharmacologistes. Les expériences de Gold et Cattell, en 1938, prouvent bien que la digitale agit directement sur le muscle cardiaque en renforçant la systole ventriculaire.

La plupart des autres changements notés sur le cœur et la circulation des malades atteints d'insuffisance cardiaque et traités avec la digitale sont des effets secondaires.

2° Action vagale et extra-vagale de la digitale. Dans la fibrillation auriculaire, la digitale ralentit le rythme ventriculaire par action vagale et extra-vagale.

L'on sait que l'injection intraveineuse de 2 mgrs d'atropine abolit le ralentissement du rythme cardiaque, tandis que chez d'autres l'effet est presque nul. Chez la même personne l'auteur a remarqué que le ralentissement peut être vagal et extra-vagal à des temps différents et de plus que la dose de digitale administrée est le facteur décisif de cette action. L'auteur remarque également que l'exercice physique à la limite d'endurance du sujet, produit le même effet sur le rythme cardiaque que le blocage du vague avec l'atropine. Si le vague entre en jeu, l'exercice accélère le rythme à 180 à la minute; si le ralentissement est extra-vagal, le rythme ne dépasse que rarement 100 à la minute.

Ceci a beaucoup d'importance au cours du traitement de la fibrillation auriculaire. Parfois, après administration de digitale dans les cas de fibrillation auriculaire, le rythme passe de 140 à 70 à la minute au repos. Lorsque le malade reprend son activité, le rythme redevient très rapide; il est alors sous la dépendance du vague. Si l'on augmente la dose, le rythme passe sous le contrôle extra-vagal qui prévient l'accélération exagérée, le malade étant en activité.

Etudiant les différentes méthodes d'essai pour juger de l'action de la digitale, l'auteur préfère celle qui consiste à mesurer les différences d'amplitude de l'onde T de l'électrocardiogramme chez un sujet donné.

3° Digitalisation massive. La technique consiste à donner 1.2 mg. de digitoxine intraveineuse à la fois. La digitalisation se produit dans les 6 à 10 heures qui suivent. Des phénomènes d'intoxication apparaissent dans environ 2% des cas. La sécurité de cette méthode est donc hors de tout doute.

4° Action cumulative de la digitale. Le phénomène de cette action cumulative existe pour la digitale au même titre que les bromures ou les autres médicaments à élimination lente sauf que, pour la digitale. l'accumulation se mesure à l'effet pharmacologique et non en milligrammes. L'administration quotidienne de digitale produit un effet cumulatif.

B. *Quinidine.*

Les expériences prouvent que son maximum d'absorption se fait dans les 2 heures qui

suivent son administration, et son élimination dans moins de 24 heures. Son effet cumulatif apparaît après 3 ou 4 jours.

S'il n'y a pas urgence, on peut donner 1 gramme par jour à doses fractionnées pendant 4 jours. En cas d'urgence, donner .20 ctgr. toutes les 2 heures.

C. *Les diurétiques mercuriels.*

Ils ne sont pas employés assez fréquemment. Leur emploi n'est pas réservé seulement aux cas présentant des œdèmes formidables, des râles pulmonaires et de l'ascite, mais surtout à ceux qui n'ont que les signes prémonitoires d'une insuffisance cardiaque. Il est à noter que leur élimination est presque complète 24 heures après leur injection.

Pierre MARION.

H. RUSSEK, RATH, B. ZOHMAN et I. MILLER. — **L'influence de l'âge sur la pression artérielle: une étude sur 5,331 personnes mâles de race blanche.** (*The Influence of Age on Blood Pressure. A Study of 5,331 White Male Subjects.*) "American Heart J.", **32**: 468 (octobre) 1946.

Les auteurs ont analysé les dossiers de 5,331 sujets dont l'âge varie entre 40 à 95 ans afin d'étudier les relations de la P. A. et de l'âge. Les conclusions les plus importantes de cette intéressante étude m'ont paru les suivantes:

1. L'incidence d'hypertension systolique augmente rapidement avec l'âge et 34.4% des sujets de 60 ans ou plus avaient une pression systolique supérieure à 150.

2. L'incidence d'hypertension diastolique augmente jusqu'à la septième décade.

3. La pression systolique normale tend à augmenter avec l'âge.

4. La pression diastolique normale n'augmente pas avec l'âge, elle tend au contraire à diminuer.

5. La vieille formule de 100 plus l'âge peut vraiment servir d'index.

6. Bien que le maximum normal de la pression diastolique ait été fixé à 90, un niveau moins élevé semble être applicable après la quarantaine.

7. L'hypertension essentielle ne doit pas se définir par le chiffre de la pression systolique. C'est le niveau de la *pression diastolique seulement* qui détermine l'existence de cette maladie.

Paul DAVID.

J. D. PALMER et A. K. MATHISEN. — **Anévrisme disséquant de l'aorte.** (*Dissecting Aneurysm of the Aorta.*) "The Can. Med. J.", **55**: 585 (décembre) 1946.

Un anévrisme disséquant de l'aorte est une lésion produite par l'extravasation du sang dans la média de l'aorte par une rupture de l'intima. Maladie rare mais dont l'entité clinique est souvent bien définie. La mort est habituellement causée par une hémorragie massive succédant à la rupture de l'externa.

Les auteurs résument les observations de 14 cas suivis au « Royal Victoria Hospital » et autopsiés au « Pathological Institute » pendant les vingt dernières années, 1926 à 1946. Incidence de 1 cas sur 575 autopsies — 7 femelles et 7 mâles — âge moyen de 49 ans.

Le début fut soudain dans tous les cas et chez aucun il ne fut associé à l'effort. Le symptôme initial le plus fréquent fut celui d'une très forte douleur dans la région précordiale ou dans les quadrants supérieurs de l'abdomen. Cette douleur s'irradie dans le dos. La douleur est si intense qu'elle n'est que partiellement soulagée par la morphine. Dans 3 cas ce symptôme fit défaut et, dans 8, il fut associé à des nausées et vomissements. 4 patients présentèrent des symptômes et des signes de choc.

A l'examen physique la présence d'hypertension fut constatée 8 fois. Cinq malades, bien que présentant à l'arrivée une pression basse, avaient une histoire antérieure d'hypertension et chez eux l'examen pathologique confirma une maladie cardiaque hypertensive. Seulement un cas ne montra aucune évidence clinique ou pathologique d'hypertension. Tous

les cas sauf ce dernier montraient une augmentation du volume du cœur.

Des examens électrocardiographiques pratiqués chez 10 de ces cas ne montrèrent rien d'autre que des changements typiques d'une maladie cardiaque hypertensive. La survie moyenne fut de 4 jours et demi. Le diagnostic fut posé cliniquement dans un cas et soupçonné dans deux autres.

Paul DAVID.

PEDIATRIE

Maurice PEHU (de Lyon). — **L'hypertélorisme oculaire.** "Archives Françaises de Pédiatrie", **11**: 89, 1944-45.

L'auteur rappelle que le mot a été créé en 1925 par un médecin écossais, le Dr David M. Greig (d'Edimbourg), et qu'il signifie, d'après son étymologie grecque, *fixer (regarder) une limite au delà de la limite normale.* C'est une forme de dystrophie crânienne, caractérisée par une exagération de l'espace intercaronculaire. Le facies de ces malades est typique: non seulement les globes oculaires sont fort éloignés l'un de l'autre, mais il y a habituellement un élargissement de la racine du nez qui est aplatie.

Malgré cette apparence étrange, la fonction visuelle est d'ordinaire normale. Toutefois, dans certains cas, l'écartement des globes oculaires est tel, que le sujet ne peut distinguer les objets qui lui sont présentés de face; il est alors obligé de fixer avec un seul œil, « à la façon du lapin ».

Après un rapide historique de la maladie, l'auteur estime que 28 cas seulement ont été rapportés jusqu'à présent. Il a eu l'occasion lui-même d'en observer 2 cas: le premier a fait le sujet de la thèse de François Leriche, soutenue à Lyon, en juin 1940; le second est celui d'une fillette de 10 ans, dont l'histoire clinique est relatée de façon complète dans cet article.

On peut observer deux variétés d'hypertélorisme: 1° la forme simple ou « pure », sans adjonction d'aucun autre élément, qui est rare; 2° les formes complexes, plus fréquentes, associées à d'autres dyscrânies, telles que la dysostose crânio-faciale (Crouzon), l'acrocéphalo-syndactylie (Apert), la dysostose cléido-crânienne (Pierre-Marie et Sainton). Dans cette dernière variété, l'hypertélorisme est relégué au second plan et fait partie d'un ensemble d'anomalies crânio-faciales.

Du point de vue étiologique, il est actuellement admis que l'hypertélorisme « a pour origine première une altération osseuse se produisant dans les premiers temps de la vie intra-utérine ».

« Elle consiste surtout dans une longueur ou une largeur exagérée de la petite aile du sphénoïde, tandis que la grande aile de cet os est à la fois trop courte et trop mince. »

La maladie ne comporte aucun traitement qui ait fait ses preuves jusqu'ici. Mais l'on conseille l'opothérapie hypophysaire, sans doute à cause du peu de développement de la selle turcique, comme on peut le constater à la radiographie. Dans tous les cas, on fera bien de faire appel à la collaboration d'un ophtalmologiste pour la mesure du champ visuel et une étude complète de l'appareil oculaire.

N. B. — Cet article est l'un des derniers publiés par le regretté pédiatre lyonnais et grand ami du Canada qu'était Maurice Péhu, décédé vers la fin de la guerre.

Paul LETONDAL.

SOCIÉTÉS

« L'Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

ALLOCUTION D'ADIEU PRONONCÉE À LA SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL, TENUE À L'HÔPITAL NOTRE-DAME, LE 17 DÉCEMBRE 1946, PAR LE PRÉSIDENT SORTANT DE CHARGE, M. ARMAND FRAPPIER.

Je souhaiterais que le propos qui va suivre vous parût bref et opportun.

Il m'est agréable, après avoir siégé deux ans à l'Exécutif de la Société Médicale, comme vice-président et comme président, de rappeler et d'expliquer les attitudes que j'ai prises dans l'exercice de mes fonctions, de vous exprimer les souvenirs que j'emporte et, enfin, d'émettre des vœux pour la continuation ou l'achèvement de certains projets.

1. *Attitudes prises au cours de la période des deux dernières années.*

J'ai eu l'honneur de faire partie de l'Exécutif de la Société au cours d'une période que je considère comme l'une des plus intéressantes de l'histoire de la Société Quand on vint m'offrir la vice-présidence du Bureau, je ne réalisais pas alors ce que le fonctionnement de la Société Médicale pouvait exiger de ses administrateurs.

A ce moment, dû au travail et à l'initiative des exécutifs précédents, la Société Médicale prenait une importance de plus en plus considérable dans la vie intellectuelle, médicale et sociale de Montréal. Au cours de 1945, le nombre des membres de la Société s'est accrû sensiblement. Ce fut en outre une période brillante mais mouvementée. J'ai conscience d'avoir contribué, cette année-là, à maintenir la Société dans la paix, en même temps que j'acquérais une expérience utile pour ma future présidence.

Je recueillis en 1946 une succession assez difficile. Une étude du mode d'administration de la Société indiquait cinq mesures à prendre :

1. réduction des dépenses extraordinaires;
2. ajustement du fonctionnement régulier de la Société dans les limites des revenus ordinaires;
3. constitution, dès le début de l'année, d'un budget équilibré, toute dépense faite en dehors de ce budget, par aucun membre de l'Exécutif, devant recevoir une autorisation préalable par résolution;
4. obligation rigoureuse de dresser des procès-verbaux, non seulement des séances scientifiques, mais de toutes les séances de l'Exécutif et du Comité de Régie;
5. mise à l'étude de la refonte des règlements en vue de clarifier les obligations des officiers et d'établir leurs responsabilités.

A l'unanimité, l'Exécutif que j'ai eu l'honneur de diriger s'est rangé à ce point de vue. Il nous semblait que la Société avait besoin d'une période de calme et de réfection, ce qui ne nous a pas empêchés d'organiser des séances intéressantes et des Journées Médicales très suivies, malgré que, dans les circonstances, nous avions cru opportun de ne pas inviter d'éléments étrangers.

Les Journées Médicales de 1946 ont révélé de véritables maîtres parmi nos médecins. Sir William Jamieson, le directeur des Services de Santé de Grande-Bretagne, que nous avions

l'honneur de recevoir à l'un des lunchs de ces Journées, nous avouait sa surprise de constater une si grande vitalité dans la médecine canadienne-française.

Bref, notre année scientifique, il me semble, ne fut pas dépréciée par le fait que nous avons essayé d'administrer la Société dans les limites de ses revenus ordinaires.

Dans le message présidentiel du début de l'année, j'avais laissé prévoir que nous entreprendrions la refonte des règlements et aussi une étude scientifique des problèmes de médecine sociale, tels qu'ils se posent dans notre province et notre pays.

Le premier problème a été étudié au cours de nombreuses séances de l'Exécutif, mais, malheureusement, mon voyage en Europe n'a pas permis de vous présenter, cette année, le projet de refonte des règlements. Cependant, le travail est presque terminé.

Quant au problème de médecine sociale, que nous avions l'intention d'envisager plutôt sous l'angle scientifique que professionnel, tel que l'a fait la « New York Academy of Medicine », aux Etats-Unis, je dois avouer qu'une entreprise aussi délicate ne pouvait qu'être ébauchée cette année, car les spécialistes dans ce domaine sont excessivement rares. Le ministère de la Santé de la province s'intéresse énormément à notre projet, qu'il a d'ailleurs subventionné. Je dirai plus loin ce que je souhaiterais qu'on fît dans ce domaine.

2. *Souvenirs et gratitudes.*

J'emporte, de mon passage à l'Exécutif de la Société Médicale, un des souvenirs les plus agréables et l'une des plus grandes satisfactions de ma vie. Je me suis efforcé de n'avoir que des relations amicales avec tous et chacun, sans jamais, pour cela, cacher ma pensée et en respectant toujours l'opinion des autres. Dans des circonstances difficiles, je n'ai pas hésité à prendre mes responsabilités, mais tout cela m'était rendu relativement facile, grâce à la bonne volonté de mes collègues et je dirais même à l'amitié dont ils voulaient bien m'honorer.

Je ne puis que rappeler encore, comme je l'ai fait à plusieurs reprises, les mérites et le dévouement de l'ancien président, le docteur Paul Letondal, mon prédécesseur; la pondération, l'expérience et le jugement du vice-président actuel et futur président, le docteur Edouard Desjardins; l'activité du secrétaire général, le docteur Origène Dufresne, qui depuis plusieurs années a sacrifié considérablement de son temps à la cause de la Société et n'est pas étranger à son succès et à ses gloires; le scrupule de notre trésorier, le docteur François Archambault, auquel je suis reconnaissant d'avoir compris, en même temps que nous tous, la nécessité de se conformer rigoureusement aux méthodes administratives qui s'imposent particulièrement lorsqu'on gère le bien d'autrui et le bien public. Notre collègue, le docteur Jean Denis, mérite également notre gratitude pour ses comptes rendus bien rédigés.

J'avoue que je quitte la présidence de la Société avec un certain soulagement, car 1946 fut pour moi une année surchargée. Mon regret, c'est de me séparer d'une équipe de collègues aussi bien préparés et aussi bien disposés à la collaboration.

Nous avons travaillé presque chaque semaine. Les séances de l'Exécutif ne duraient jamais moins de deux à trois heures; aucun de mes collègues ne s'est recusé. La Société leur doit une vive gratitude.

Je suis très heureux que ma succession soit prise par un homme comme le docteur Edouard Desjardins, qui connaît tous les rouages de notre Société et des organisations médicales de la province et dont la figure sympathique ne manquera pas d'attirer toutes les bonnes volontés.

Enfin, qu'il me soit permis d'adresser mes remerciements aux autorités, tant administratives que médicales, de nos hôpitaux qui ont bien voulu recevoir la Société dans leurs murs et offrir des déjeuners succulents lors des Dimanches du Praticien.

Je ne quitterai pas ce sujet sans remercier nos journaux et leurs reporters pour la belle

publicité qu'ils ne manquent pas de faire à la Société Médicale. Le médecin jouit encore de beaucoup de prestige. Il est de son devoir de ne rien négliger pour mériter cette confiance du public.

3. *Suggestions.*

Il est de tradition que le président sortant de charge, sans vouloir aucunement influencer les décisions de son successeur, mais simplement en vue d'assurer une certaine continuité d'action et pour faire part aux membres de la Société de son expérience, émette des vœux quant à l'orientation des travaux de la Société.

Me serait-il permis, d'abord, de suggérer que la refonte des règlements soit terminée au plus tôt, ce à quoi j'offre ma collaboration.

Puis-je également suggérer que, en collaboration avec notre Ecole d'Hygiène, dont l'un des services les plus importants est sous le signe de la médecine sociale, la Société Médicale continue à s'intéresser à ce sujet. Ce serait faillir à mon devoir que de ne pas signaler à mes collègues de la Société Médicale, et aux médecins de cette province en général, le danger que courrait le médecin praticien en se désintéressant de la question sociale en médecine. Quoi qu'on en pense, il y a un point de vue scientifique en médecine sociale en même temps que le point de vue professionnel et le point de vue administratif. Jusqu'ici, on a eu tendance, dans la province de Québec, à n'étudier que le point de vue professionnel. Les spécialistes dans les points de vue scientifique et administratif sont très rares, chez nous, alors que, dans d'autres provinces, il y a déjà assez longtemps qu'il s'en est levé. Aussi, me semble-t-il du devoir de notre Société d'approcher ce problème sous l'angle scientifique, quitte ensuite à collaborer avec d'autres organismes quant aux points de vue professionnel et administratif. Il serait malheureux que les initiatives vinssent des milieux profanes et que nous soyons pris par surprise ou que, par défaut de préparation, nous soyons réduits à une défensive périlleuse.

Une dernière suggestion qui s'est ancrée de plus en plus dans mon esprit à la suite de mon dernier voyage en France, c'est la nécessité pour la médecine canadienne-française d'établir des relations encore beaucoup plus étendues et plus profondes avec la médecine française, avec la culture française. La Société Médicale pourrait accomplir beaucoup de bien de ce côté.

De l'avis de tous ceux que j'ai rencontrés au cours du Congrès International des Sciences pastoriennes, cet automne à Paris, la province de Québec est située de façon à profiter des médecines française, américaine et anglaise. Ce n'est pas la place de développer ce dernier point de vue, mais je dirai que nous sommes intéressés à établir de très étroites relations avec les médecins français, non seulement dans le but de connaître leurs méthodes scientifiques, qui conservent toujours leur valeur et qui pourraient fort bien s'intégrer dans une médecine canadienne-française faite du meilleur des pensées médicales française, américaine et anglaise, mais surtout en vue de conserver et d'améliorer notre caractère français, notre façon française d'aborder les problèmes, de disséquer un dossier clinique, de présenter un sujet avec clarté et de contribuer ainsi à créer chez nous une originalité qu'apprécieront les étrangers. Il ne s'agit pas d'un intérêt purement sentimental, mais de la nécessité pratique pour les Canadiens français de faire valoir leur esprit français, leur culture française, et de prévenir ainsi l'engloutissement dans le grand tout américain.

La Société Médicale de Montréal n'a d'ailleurs jamais pensé autrement: les maîtres français ont trouvé chez elle une chaude hospitalité et plusieurs de ses membres ont parcouru la France, ou les pays étrangers, en vrais missionnaires des idées émises plus haut. Je suggère seulement que cette tradition soit intensifiée.

* * *

Présidé par l'homme de laboratoire qu'est le docteur Armand Frappier, il était à prévoir que, cette année, l'Exécutif de la Société Médicale s'occuperait davantage de régler avec précision les rouages de sa régie interne que d'étendre son influence extérieure.

La refonte des règlements de la Société Médicale, l'établissement d'un budget équilibré au début de son terme, les rapports annuels de notre Société au Secrétariat Provincial pour les treize dernières années, le changement des conditions requises pour prendre part au concours du Prix Ciba, etc., tels sont les principaux mécanismes de régie interne desquels s'est occupé l'Exécutif, piloté par le directeur de l'Institut de Microbiologie et de l'Ecole d'Hygiène.

Pour mener à bien la tâche que lui avait assignée son président, votre Exécutif s'est réuni tous les mardis soirs, à l'exception seulement de ceux des mois d'été. Toutefois, l'Exécutif ne s'est pas désintéressé des innovations que lui avaient léguées les exécutifs précédents.

ACTIVITÉS MÉDICALES.

Pour répondre aux désirs de tous ses membres: professeurs, praticiens, cliniciens, spécialistes, etc., l'Exécutif actuel de la Société Médicale a organisé des séances académiques, des dimanches du praticien, des séances cliniques avec présentation de malades, une séance des internes et des Journées médicales.

a) *Séances académiques.*

L'importance prise par les acides aminés dans les états lésionnels incita notre président à inviter le docteur J. S. L. Browne, de l'hôpital Royal Victoria, à venir nous exposer les résultats de ses recherches en ce domaine. Puis, la formule des symposiums s'étant révélée heureuse dans les années passées, votre Exécutif a organisé, au moment des épidémies de grippe et de poliomyélite, des symposiums sur ces sujets.

De plus, à l'occasion du centenaire de la découverte de l'anesthésie, un symposium fut organisé pour mettre en évidence les services que les anesthésistes peuvent rendre aux médecins et surtout aux chirurgiens.

b) *Dimanches du praticien.*

Aux cinq dimanches du praticien, organisés cette année, l'assistance ne fut pas également nombreuse. Les médecins, comme les autres, et peut-être plus que bien d'autres, ont besoin de repos; aussi, compta-t-on moins d'assistants les beaux dimanches, propices aux excursions sportives, que les autres dimanches.

c) *Séances cliniques.*

Certaines circonstances ont incité l'Exécutif à organiser deux séances cliniques avec présentation de malades, le mardi soir, au lieu de deux dimanches du praticien. Ce changement parut plaire à bon nombre de membres. Reviendra-t-on à la séance clinique du mardi soir, ou gardera-t-on le Dimanche du Praticien? Il appartiendra au nouveau président de décider.

d) *Séance des internes.*

Cette séance eut un grand succès. Elle fournit aux internes l'opportunité de nous faire connaître leur compétence et à nous, les membres, l'occasion de témoigner à nos jeunes confrères la bienveillance et la collaboration qu'ils sont en droit d'attendre de leurs aînés.

e) *Journées Médicales.*

Les quatre Journées Médicales de mai dernier furent des plus réussies. Les symposiums sur l'ulcus gastro-duodénal, sur les maladies estivales, sur le B. C. G. et sur le diabète, eurent de nombreux auditeurs. Aux déjeuners gracieusement offerts par des maisons de commerce, les membres de notre Société entendirent des conférences remarquables sur les violons d'Ingres des médecins.

Les deux sujets de grande actualité: l'examen médical des gens bien portants et le diagnostic précoce des principaux cancers, au cours des quatre après-midis des Journées Médicales, furent très appréciés des membres. Et qu'est-ce que les membres pouvaient désirer de mieux que le magnifique « after-dinner speech » de l'abbé Llewellyn, suivi d'une

agréable saynète, comme couronnement des Journées Médicales?

Activités sociales.

Au cours de l'année écoulée, votre Exécutif a offert un déjeuner aux médecins français, délégués au Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, tenu à Québec en juin dernier, a organisé un dîner en l'honneur du professeur Justin Besançon, conjointement avec la division québécoise de la Croix-Rouge, et a reçu à dîner plusieurs médecins éminents qui passèrent par Montréal.

L'année 1946 fut une année d'importants anniversaires pour la Société Médicale. Cette dernière commémora le centenaire de l'anesthésie par un symposium; puis, elle rappela à ses membres, par trois articles publiés dans son annuaire, le cinquantenaire de la découverte des rayons X par Rœntgen, le cinquantenaire de la mort de Pasteur et le 75e anniversaire de *L'Union Médicale.*

Deuils.

La Société Médicale a été particulièrement éprouvée au cours de cette année. Elle a perdu treize membres, dont quatre membres honoraires, six membres titulaires et trois membres correspondants. Des quatre membres honoraires, trois avaient été présidents de la Société Médicale: le docteur St-Jacques, en 1910, le docteur Emmanuel-Persillier Benoît, en 1911, et le docteur Séraphin Boucher, en 1912. Le quatrième membre honoraire, le docteur Damien Masson, avait été un membre éminent de notre Société. Les six membres titulaires décédés au cours de l'année furent: les docteurs A.-J. Lafleur, J.-Eugène Prévost, G.-H. Martineau, Auguste Desjardins, Hector Aubry et Yvon Laurier. Ce dernier avait présenté une importante communication à nos dernières Journées Médicales, quelques semaines seulement avant sa mort. Les trois membres correspondants disparus au cours de l'année furent: les docteurs Oscar Choinière, Henry-L. Racicot et Benjamin Maurault.

Sur toutes les tombes de ses membres défunts, la Société Médicale de Montréal inscrit l'épitaphe « fidèle serviteur de sa profession » et dépose l'hommage de son pieux souvenir.

Remerciements.

Si l'année courante fut très fructueuse pour les membres de la Société Médicale, cela fut dû à l'esprit de travail et de dévouement de son président actif, le docteur Armand Frappier; à la générosité et à la bienveillance de son président honoraire, l'honorable Albini Paquette, ministre de la Santé; à la sympathie agissante de Messieurs le Consul de France et le Maire de Montréal; aux déjeuners gracieusement offerts par les maisons Hoffmann-La Roche, Rougier & Frères, Désautels et Casgrain & Charbonneau, durant les Journées Médicales; à l'assistance empressée des membres aux séances académiques, aux séances cliniques et aux Journées Médicales, etc.; enfin et surtout à la collaboration de ceux qui par leur compétence ont assuré le succès de nos séances scientifiques. A tous ses bienfaiteurs et collaborateurs, ainsi qu'aux autorités des hôpitaux et du Jardin Botanique qui lui ont donné l'hospitalité, la Société Médicale offre ses plus chaleureux remerciements.

La maison Ciba mérite la gratitude de tous les membres qui ont reçu le volume des Journées Médicales de 1945, et de ceux qui profiteront, le mois prochain, du prix généreux qu'elle donne chaque année à notre Société.

A *L'Union Médicale,* à *L'Action Médicale* et aux journaux qui ont fait bon accueil à ses communiqués et à ses rapports, la Société Médicale exprime sa vive reconnaissance.

Soutenue par tant de sympathie, notre Société continuera à être l'une des plus importantes sociétés médicales du continent américain et son prestige grandissant lui assurera davantage l'adhésion des médecins, la confiance de la population et les faveurs des pouvoirs publics.

Messieurs, la liste des travaux présentés au cours de l'année 1946, que je dépose sur la table du président, est la manifestation la plus

éclatante de la vitalité de notre Société et la plus sûre garantie de sa survivance.

Le secrétaire général,
Origène DUFRESNE.

* * *

LISTE DES TRAVAUX PRÉSENTÉS EN 1946, SOUS LES AUSPICES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE

1ère séance

le mardi, 22 janvier 1946
tenue à l'hôpital Notre-Dame.

Conférence du docteur J. S. L. Browne, médecin de l'hôpital Royal Victoria, sur « Les troubles du métabolisme des protéines dans les états lésionnels et dans la convalescence ».

2ème séance

Le dimanche, 3 février 1946
tenue à l'hôpital Sainte-Justine.

DIMANCHE DU PRATICIEN

1. Les anémies par déficience de fer. — M. Albert Royer.
2. Purpura. — M. Raymond Labrecque.
3. Variétés cliniques. Pénicilline. — M. Gaspard Morin.
4. Maladies congénitales du cœur. — MM. Willie Major et Antonio Léveillé.
5. Corps étranger de l'estomac chez un prématuré. — M. Edmond Dubé.
6. Imperforation anale. — M. Emile Thomas.
7. Il avait des pigeons!... — M. Michel Mathieu.
8. Les affections aiguës et chroniques de la hanche chez l'enfant. — M. J.-C. Favreau.
9. Quelques données pratiques sur le traitement de la cryptorchidie. — M. Alcide Martel.

3ème séance

Le mardi, 19 février 1946
tenue à l'Hôtel-Dieu.

CONSACREE A LA GRIPPE

1. Etiologie et prévention. — M. Armand Frappier.
2. Epidémio'ogie. — M. Gustave Charest.
3. Symptomatologie et comp'ications. — MM. René Dandurand et Léon Lebel.
4. Traitement. — M. Léopold Morissette.

4ème séance

Le dimanche, 3 mars 1946
tenue à l'hôpital Saint-Luc.

DIMANCHE DU PRATICIEN

1. Pneumoconiose. — M. Paul-René Archambault.
2. Conséquence d'une fausse route. — M. Chs-A. Hébert.
3. Rétention de fœtus mort. — M. Alfred Leroy.
4. Une curiosité biologique. — M. G. Leroux.
5. Traumatismes crâniens. Crâniotomie. — M. L. Pesant.
6. Quelques aspects du radiodiagnostic dans la grossesse. — M. L.-Yvan Vallée.
7. Tumeur du pancréas. — M. L.-P. Desrochers.
8. Deux cas de mononucléose infectieuse. — M. Alphonse Bernier.
9. Arthrodèse au clou de Smith-Petersen dans les arthrites chroniques déformantes de la hanche. — M. Albert Couturier.
10. Dermatologie pratique. — M. Aimé Desforges.

5ème séance

Le mardi, 19 mars 1946
tenue à l'hôpital Notre-Dame.

CONSACREE A L'ANESTHESIE

1. Historique de l'anesthésie. — M. Philippe Panneton.
2. Préparation préanesthésique des patients. — M. Léon Longtin.
   (en discussion: M. J.-C. Doucet)
3. Anesthésie d'urgence en clientèle. — M. Moïse Clermont.
   (en discussion: M. Léo Coulombe)
4. Complications broncho-pulmonaires postanesthésiques. — M. Georges Cousineau.
   (en discussion: M. Maurice Bonnier)

6ème séance

Le dimanche, 7 avril 1946
tenue à l'Hôpital Général de Verdun.

DIMANCHE DU PRATICIEN

1. Epilepsie chez un nourrisson de huit mois. — M. J.-P. Bombardier.
2. Névralgie du trijumeau. — M. Fernand Charest.
3. Un cas de néoplasme du côlon. — M. A. Coutu.
4. L'Ascheim-Zondek et son interprétation. — M. R. Beaulieu.
5. Iléite et rhumatisme. — M. N. Allaire.
6. Indications et contre-indications du pentothal. — M. Roger Lussier.
7. Arythmie complète. — M. L.-P. Pelletier.
8. Goitre adénomateux et cancer. — M. Réal Doré.

7ème séance

Le mardi, 30 avril 1946
tenue à l'Hôtel-Dieu.

CONSACREE AUX PRURITS

1. Les prurits symptomatiques. — MM. Roger Dufresne et Jean-Marie Beauregard.
   (en discussion: M. Georges Hébert)

2. Les prurits allergiques. — M. Jean Denis.
(en discussion: M. Gérard Casgrain)
3. Les prurits dermatologiques. — M. Adrien Lambert.
(en discussion: M. Paul Poirier)

8ème séance

Le dimanche, 8 octobre 1946
tenue à l'hôpital Notre-Dame.

DIMANCHE DU PRATICIEN

1. Deux cas d'ostéoporose du rachis. — M. Roma Amyot.
2. Aracol et pénicilline. — M. Lucien Sylvestre.
3. Acquisitions récentes en pédiatrie. — M. Albert Guilbeault.
4. Ostéomyélite. — M. Esdras Autotte.
5. Pénicilline par voie nasale. — M. V. Latraverse.
6. Suture tendineuse et maladie de Dupuytren. — M. Geo. Cloutier.
7. Dermite médicamenteuse de contact. — M. J.-P. Foisy.
8. Cas de médecine. — M. B. Baillargeon.
9. Cas de chirurgie. — M. M. Lamoureux.

9ème séance

Le mardi, 22 octobre 1946
tenue au Jardin Botanique de Montréal.

CONSACREE A LA POLIOMYELITE

1. Epidémiologie. — M. A.-R. Foley.
(en discussion: M. Adélard Groulx)
2. Symptomatologie. — M. Paul-M. Larivière.
(en discussion: M. Roma Amyot)
3. Traitement. — M. Henri Charbonneau.
(en discussion: M. Albert Comtois)

10ème séance

Le mardi, 12 novembre 1946
tenue à l'Hôtel-Dieu.

1. Cancer de la tête du pancréas. — MM. A. Paré et J.-P. Cholette.
2. Diabète et iléus biliaire — M. R. Dandurand et Mlle M. Longtin.
3. Incontinence urinaire. — M. J.-P. Legault.
4. Hyperparathyroïdie. — MM. R. Dussault, G.-E. Cartier et A. Demers.
5. Tumeur cutanée. — M. Paul Poirier.
6. Péricardite tuberculeuse. — MM. Paul Letendre et G. Fournier.

11ème séance

Le mardi, 26 novembre 1946
tenue à l'hôpital Notre-Dame.

SEANCE DES INTERNES

1. Endométriose. — M. Georges Fortier.
2. Les cardio-spasmes. — MM. Maurice Campbell et Hector Lemieux.
3. Traitement du cancer de la prostate. — M. Jean Guay.
4. La thrombose coronarienne. — M. Clément-Marie Thivierge.
5. Abcès pulmonaires — complication d'avulsion dentaire. — M. André MacKay.

12ème séance

Le mardi, 3 décembre 1946
tenue à l'Hôtel-Dieu.

1. Formes pulmonaires de la sarcoïdose. — M. Paul Robert.
2. Diagnostic et traitement de la persistance du canal artériel. — MM. Rodrigue Lefebvre, Rigaud Cangé et Jacques Bruneau.
3. Quelques cas d'allergie. — M. Gérard Casgrain.

13ème séance

Le mardi, 17 décembre 1946
tenue à l'hôpital Notre-Dame.

1. Considérations gastroscopiques sur quelques cas d'ulcère de l'estomac. — M. René Rolland.
2. Tumeur gastrique: confrontation anatomo-clinique. — MM. Louis-Charles Simard, Yves Chaput et Arthur Vallée.
3. Signification radio-clinique de gaz dans les voies biliaires. — M. Albert Jutras.
4. Mélano-sarcome du rectum. — M. Paul Letendre.

REVUE DES LIVRES

P. THOMAS, de l'Institut Pasteur, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Lausanne: **Manuel de biochimie.** — 2e édition remaniée. — Un volume de 1,000 pages, avec 57 figures. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1946.

L'auteur indiquait dans la première édition de ce livre qu'il avait voulu donner aux médecins, aux biologistes et à tous ceux pour qui la chimie biologique constitue une science indispensable, un livre où ils puissent trouver, sous la forme la plus condensée, les idées et les faits qu'ils ont besoin de connaître.

Cela reste le but de la deuxième édition qui a été remaniée et mise à jour de façon à présenter un tableau complet des récentes découvertes.

Les notions nécessaires de physico-chimie, les données les plus récentes sur les enzymes, la constitution des protéines, les vitamines, les pénicillines, les hormones, les dernières recherches sur le mécanisme de la contraction musculaire sont exposées de façon à éviter au lecteur de se reporter à des revues scientifiques ou à des ouvrages spéciaux qu'il est toujours difficile de consulter. Les données numériques souvent difficiles à trouver ailleurs, qui donnaient à la première édition une précieuse richesse documentaire ont été notablement complétées.

L'auteur a aussi pensé dans cette nouvelle édition aux étudiants qui désirent acquérir de solides connaissances de chimie biologique. Ils lui sauront gré d'avoir débarrassé les notions nécessaires du début de l'appareil mathématique qui les alourdissait. Chaque chapitre réalisant pour eux la mise au point d'une question définie est presque toujours suivi d'exercices pratiques faciles à réaliser au laboratoire, leur permettant ainsi de se familiariser avec le sujet étudié.

Les quatre parties dont se compose l'ouvrage sont les suivantes:

I. Physico-chimie des cellules et des organismes (avec deux chapitres sur les enzymes).

II. Les substances chimiques fondamentales de la cellule (avec l'exposé des recherches de Bergmann sur la constitution des protéines).

III. Synthèse, dislocation et desmolyse. L'oxydo-réduction, le rôle des ferments ferrifères, flaviniques et pyridiniques sont présentés sur un plan nouveau.

IV. Les tissus et leur fonctionnement, avec les plus récentes acquisitions sur les vitamines et les hormones.

J. SKLADAL, professeur de Physiologie clinique à l'Université de Prague: **Syndrome cortico-pleural. Son étude clinique et expérimentale.** — Un volume de 144 pages, avec 40 figures. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1946.

On a beaucoup critiqué la notion de corticopleurite, et soutenu qu'elle n'avait aucune base anatomo-pathologique. L'ouvrage du professeur Skladal semble devoir renouveler l'aspect du problème, par les éléments originaux et personnels qu'il met en valeur.

Partant d'expériences nouvelles qui l'amenèrent à remarquer l'existence d'un dédoublement du bruit respiratoire au cours de certaines auscultations avec expirations soudaines provoquées, l'auteur a été conduit à étudier les causes et le mécanisme de ce phénomène, et à le relier aux autres signes cliniques des cortico-pleurites.

Les travaux effectués par lui de 1931 à 1939 lui ont ainsi permis d'isoler un syndrome cortico-pleural, et d'en démontrer l'autonomie. Ce sont ces résultats que le professeur Skladal expose ici. « Le syndrome cortico-pleural est caractérisé par deux groupes de signes: les

signes atéthacoustiques et les signes radiologiques. A son degré le plus simple, il est exprimé cliniquement par le syndrome de condensation corticale latente. »

Pour l'auscultation, un procédé spécial est nécessaire: c'est celui de l'expiration soudaine provoquée. Dans une première partie, l'auteur en démontre longuement le mécanisme et le bien-fondé. Il en expose méthodiquement toute l'expérimentation.

La deuxième partie est consacrée au syndrome de condensation corticale latente: ...« au point de vue de l'auscultation, il s'agit surtout de la modification du bruit expiratoire simple en un bruit dédoublé, ou bien encore triplé du rythme de galop pulmonaire. Radiographiquement, il s'agit de signes qui décèlent le substractum cortico-pleural, du point de vue physique et anatomique ».

L'auteur conclut en démontrant l'autonomie du syndrome cortico-pleural, dont la conception, dit-il, « repose sur une base expérimentale, pathologique et clinique solide ».

On ne saurait manquer de remarquer l'aisance avec laquelle le professeur Skladal s'exprime dans une langue qui n'est pas la sienne, en un français alerte et concis. En plus de son intérêt propre, cet ouvrage représente un jalon important sur la voie d'une amitié et d'une collaboration scientifique efficace entre la France et la Tchécoslovaquie.

Noël FIESSINGER, professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de Médecine: **Clinique et investigations.** — Un volume de 831 pages avec 192 figures. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1946.

Deux tendances semblaient être en opposition, il y a quelques années encore: celle du laboratoire et celle de la clinique. La barrière qui séparait les deux groupes s'est réduite, mais elle n'a pas disparu complètement et il y a encore bien souvent deux manières de penser. Pour beaucoup de médecins, le laboratoire doit trancher tous les différends, leur confiance en lui est absolue; pour d'autres, quelques faux pas leur ont inspiré au contraire à son égard une méfiance sceptique. Il est vrai que le laboratoire envahit tout: physique avec la radiologie, chimique avec les analyses sans nombre, hématologique, cytologique, anatomo-pathologique, etc... Aussi le médecin hésite-t-il entre des renseignements contradictoires. « La médecine moderne tire tout son intérêt de ce curieux affrontement qui doit adapter une science ancienne, assise, solide: la clinique, et une science jeune, mobile et encore fragile: les investigations de laboratoire ».

Le but de l'auteur est de montrer la valeur exacte des investigations dans l'élaboration du diagnostic, d'indiquer comment le clinicien doit utiliser le laboratoire, ce qu'il peut en tirer d'utile, de précis, de profitable. Au cours de sa carrière hospitalière, le prof. Fiessinger a observé des faits qui deviennent autant d'exemples; il les classe suivant l'importance des renseignements apportés par les investigations.

Toute artificielle que puisse paraître une classification des circonstances cliniques où les investigations diverses, cliniques, bactériologiques, cytologiques, hématologiques ou radiologiques peuvent apporter une lumière, les faits observés ont été répartis par l'auteur sous six rubriques qui marquent les six parties de l'ouvrage.

1° L'investigation fait tout; 2° elle dirige; 3° elle aide; 4° elle déroute; 5° la clinique suffit; 6° malgré clinique et investigations, l'erreur est possible.

Après avoir pris connaissance de ce livre, on sera saisi de l'importance de l'interpénétration du laboratoire et de la clinique dans la médecine actuelle qui réunit dans un même faisceau les symptômes cliniques et les symptômes biologiques sans établir la part réciproque qui leur revient dans l'édification du diagnostic d'un pronostic et d'un traitement.

Divisions de l'ouvrage

1° L'investigation fait tout.

La reprise globulaire thérapeutique dans l'anémie pernicieuse. Les anémies érythro-

plasmatiques. Les leucémies lymphatiques chroniques. Sur un cas de chloromyélose ou cancer vert d'Aran. Erythroblastose décalcifiante. Lymphosarcomatose généralisée à ganglions mous. Au sujet des maux perforants plantaires. Les granulies pulmonaires actuelles. Le méga-œsophage. Le coma hypoglycémique de carence.

2° L'investigation dirige.

L'exploration fonctionnelle des cirrhoses. A propos de deux néphrites aiguës. Néphrites chroniques. Autres néphrites chroniques et classification des néphrites chroniques. Ulcères de la petite courbure. Diagnostic de la pleurésie séro-fibrineuse primitive. Le diabète des cirrhoses en dehors du diabète bronzé. Le diabète bronzé.

3° L'investigation aide.

Infections, ictère catarrhal bénin et hépatite épidémique. La cirrhose de Mossé-Marchand-Mallory ou ictère cirrhogène. Les cirrhoses infantiles. Kyste hydatique et lithiase biliaire. La bilithiase. Amylose rénale et néphrite thérapeutique. La maladie de Vaquez. L'infarctus du myocarde.

4° L'investigation déroute.

Le diabète rénal. L'albuminurie orthostatique. La petite azotémie hépatique. La dystonie gastrique.

5° La clinique suffit.

A propos de deux grosses vésicules. Le cancer de la tête du pancréas. Cancer de la tête du pancréas à tumeur pancréatique accessible. Les xanthomes des ictères. Calcul du cholédoque. L'ulcère gastro-duodénal perforé bouché. La goutte aiguë. La goutte chronique. La goutte pauvre. Goutte et insuffisance hépatique. Le tétanos « post abortum ». Suppurations métastatiques dans la pneumonie.

6° Malgré clinique et investigations, l'erreur est possible.

Au sujet d'une anurie fébrile. Histoire curieuse d'un cancer uréthro-prostatique. Les vésicules inhabitées.

Maurice CAHUZAC et François JUNG. — **Le syndrome de Volkmann. Etude pathogénique et thérapeutique.** Préface du Prof. Leriche. Un volume de 98 pages. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1946.

Avec son complexe musculaire, nerveux et trophique, sa résistance à la thérapeutique, ce syndrome semblait ne pas pouvoir être réduit à un dénominateur simple. Il a provoqué en France et à l'étranger des travaux nombreux et contradictoires.

Le rapport des résultats obtenus par M. Cahuzac avec l'infiltration stellaire, patiemment renouvelée dans les cas sévères, l'analyse des multiples observations que l'on trouve dans la littérature, permettent aux auteurs d'aboutir à une synthèse qui fait rentrer le syndrome de Volkmann dans l'ordre pathologique. Ils apportent en outre des conclusions thérapeutiques fécondes.

Les praticiens, si souvent décontenancés par la brutalité de la rétraction ischémique dans ses premiers moments; les chirurgiens, dont la thérapeutique est hésitante devant un enfant qui ne peut plus se servir d'une de ses mains, trouveront dans cette monographie d'utiles éclaircissements.

Divisions de l'ouvrage

1. Les fondements pathogéniques. Les conditions étiologiques. Les constatations cliniques. Les constatations opératoires. Les constatations anatomo-pathologiques. Les faits expérimentaux. Les constatations anatomiques. Les théories pathogéniques. — II. Comment concevoir la pathogénie du Volkmann? — III. Considérations thérapeutiques. Le traitement du Volkmann menaçant. Le traitement du Volkmann constitué. Traitement pathogénique. Les méthodes palliatives. Conclusions.

Jean CIBERT. — **La tuberculose rénale. Sous l'angle de la thérapeutique.** Un volume de 536 pages avec 145 figures. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1946.

La tuberculose rénale n'avait été étudiée que dans les chapitres spéciaux de certains traités; pour se faire une idée complète de la question, il fallait consulter en outre d'innombrables monographies, communications, articles, rapports éparpillés dans la littérature. Premier travail d'ensemble, cet ouvrage rassemble tous les efforts qui ont été faits, tant en France qu'à l'étranger, sur une des affections les plus fréquentes en urologie. Il est d'autre part enrichi par les enseignements personnels d'une expérience clinique patiemment conduite. Comme le dit son titre, c'est d'un point de vue thérapeutique que l'auteur étudie la question; aussi n'ont été retenues que les notions qui, de près ou de loin, se rapportent au traitement de la maladie.

L'ouvrage fait connaître les bases de la thérapeutique de la tuberculose rénale, les méthodes de traitement, leurs indications et leurs résultats.

Divisions de l'ouvrage

1. *Bases de la thérapeutique de la tuberculose rénale.* — Bases pathogéniques. Bases anatomiques. La bacillurie tuberculeuse. Stades initiaux de la tuberculose rénale. Les formes habituelles de la tuberculose ulcéro-caséeuse. La pyonéphrose tuberculeuse. Evolution anatomique des lésions rénales. Unilatéralité et bilatéralité des lésions. Les lésions rénales dans la tuberculose bilatérale. Lésions provoquées à distance par la tuberculose rénale. Bases cliniques. Identification bactériologique de la maladie. Détermination de l'unilatéralité ou de la bilatéralité des lésions tuberculeuses et de la valeur fonctionnelle des reins. Formes évolutives et cliniques de la tuberculose rénale.

II. *Les méthodes de traitement et leurs résultats.* — Traitement médical de la tuberculose rénale. Traitement chirurgical. La néphrectomie pour tuberculose. Opérations palliatives dans la tuberculose rénale.

III. *Les indications thérapeutiques dans la tuberculose rénale.* — Indications thérapeutiques dans la tuberculose unilatérale. Contre-indications de la néphrectomie dans la tuberculose unilatérale. Indications thérapeutiques dans la tuberculose bilatérale. Indications thérapeutiques dans les troubles vésicaux qui persistent après la néphrectomie. Bilan.

J. DUCUING. — **Le fibro-myome utérin.** Un volume de 541 pages, avec 156 figures. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1946.

Cet important ouvrage n'a pas pour but d'apprendre la question du fibrome utérin, mais de faire connaître la position que les récents travaux poursuivis un peu partout et la grande expérience de l'auteur autorisent à adopter. Il est basé sur 1,500 observations personnelles dont 547 inédites, sur des travaux expérimentaux ainsi que sur tout ce qui a été écrit d'important sur le sujet.

L'auteur, qui est à la fois chirurgien et radiothérapeute, a pu dégager objectivement de cette riche documentation une vaste synthèse dans laquelle il a voulu que chaque question fût mise à sa place. Les problèmes abordés dans ce livre sont en effet très complexes, ils touchent tour à tour la chirurgie, la gynécologie, l'endocrinologie; la rœntgenthérapie, la curiethérapie, la radiologie, la jurisprudence, l'expérimentation, la physiologie, l'anatomie pathologique et la pathologie générale.

Cet ouvrage constitue donc bien une « somme », dont il est difficile de se passer si l'on veut connaître la question du fibrome utérin dans son aspect actuel.

Dans les premiers chapitres I à VI, on trouve successivement:

Une exposition d'ensemble des cas traités par l'auteur — une série d'études sur l'âge des fibromateuses —, l'âge d'apparition des premières règles chez les fibromateuses, le

complexe fibrome-grossesse, la ménopause spontanée, puis une classification anatomo-clinique basée sur les gros caractères du fibrome.

Dans le chapitre VII, l'auteur rappelle l'état actuel des recherches sur le problème considéré. Après un rappel d'anatomie et de physiologie, il fournit des renseignements sur le fibroblaste, le myomètre dans l'utérus fibromateux, l'utérus scléreux, le nodule myomateux, ses rapports avec les vaisseaux, ses éléments constitutifs. La plus grosse partie du chapitre est consacrée à l'étude de la muqueuse utérine. A ces notions, fait suite une étude de la vascularisation de l'utérus fibromateux et du fibrome. L'ovaire des fibromateuses est ensuite étudié au point de vue macroscopique et microscopique. Un rappel de physiologie sur le cycle génital de la femme, les hormones sexuelles, la coordination des cycles, l'ovulation et la menstruation précède immédiatement les grandes discussions sur la pathogénie des hémorragies et du fibrome. L'étude du mécanisme des hémorragies est ensuite abordée.

Le chapitre VIII précise quelques signes, complications, associations pathologiques et formes cliniques du fibrome.

Dans le chapitre IX, l'auteur étudie les erreurs de diagnostic et les moyens d'y remédier.

Le chapitre X porte sur les indications et les techniques dans le traitement du fibrome: traitement médical, chirurgical, radiothérapie et hormonothérapie. Les discussions sur la conservation de l'ovaire tiennent dans ce même chapitre une place importante. L'auteur étudie les indications concernant l'acte opératoire s'adressant à l'utérus fibromateux lui-même, les indications de la myomectomie, de l'hystérectomie subtotale ou totale, des hystérectomies fundiques, intermédiaires et vaginales. Il présente alors une révision des critiques faites à la radiothérapie du fibrome, puis donne la place exacte que doit occuper aujourd'hui cette thérapeutique. L'auteur termine par des notions de posologie et de techniques envisageant tour à tour l'hormonothérapie, la rœntgenthérapie, la curiethérapie. Enfin, à l'aide de quelques dessins schématiques très clairs, il expose la technique des myomectomies, des diverses hystérectomies avec ou sans conservation du bloc tubo-ovarien ou de l'ovaire, l'exérèse d'un fibrome bas, enclavé ou inclus.

Le chapitre XI étudie les résultats de la thérapeutique du fibrome, la mortalité, la morbidité, le mode de disparition des règles après l'irradiation, les troubles neuro-végétatifs de la castration, les résultats concernant le fibrome et les hémorragies.

Le chapitre XII explique la position scientifique de l'auteur à l'égard de la radiothérapie.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR F.-A. FLEURY

Le docteur F.-A. Fleury vient de mourir, âgé de 77 ans. Le défunt avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal, qui lui accorda son doctorat en 1900. Après avoir été interne en chef à l'hôpital Notre-Dame jusqu'en 1905, le docteur Fleury fit un voyage d'études en France et revint au Canada où il s'installa à Montréal. Il fut le fondateur de l'hôpital Saint-Luc dont il devint ultérieurement le directeur général; il occupait encore ce poste à sa mort. Il participa aussi très ardemment à la fondation de l'hôpital Pasteur.

—o—

LE DOCTEUR T.-A. ARCHAMBAULT

Le docteur Archambault vient de mourir à l'âge de 88 ans. Il avait étudié la médecine à l'Ecole Victoria et exerça à Saint-Paul l'Ermite.

—o—

LE DOCTEUR ARTHUR POTVIN

Le docteur Arthur Potvin est mort tout récemment à l'âge de 83 ans. Il était un diplômé de l'Université Laval de Québec, qui lui décerna son doctorat en 1889. Nous offrons nos condoléances à son gendre, le docteur Sylvio Caron.

LE DOCTEUR ELZÉAR PAQUIN

Le docteur Paquin vient de mourir à l'âge de 94 ans. Le défunt exerça la médecine jusqu'à tout récemment, soit jusqu'à l'âge de 85 ans. Manifestant par là une vitalité peu ordinaire, le docteur Paquin avait montré une grande activité, s'adonnant à la pratique de sa profession et à l'art d'écrire comme journaliste et essayiste. Le docteur Paquin était probablement le médecin le plus âgé du pays.

—o—

LE DOCTEUR HENRI BEAULAC

Le docteur H. Beaulac est décédé très récemment à 59 ans. Il avait reçu son doctorat de l'Université Laval de Montréal en 1912 et exerçait la médecine à Trois-Rivières.

—o—

LE DOCTEUR BENOÎT DUMAIS

Le docteur Dumais est mort subitement le 10 janvier à l'âge de 52 ans. Le défunt avait reçu son doctorat de l'Université Laval de Québec en 1919. Un de ses fils, Benoît, est actuellement étudiant à l'Université Laval de Québec et nous lui offrons nos condoléances.

NOUVELLES

DEUX VASTES SANATORIUMS PROJETÉS À MONTRÉAL

L'honorable docteur Paquette, ministre de la Santé, vient d'annoncer que, par suite de la construction de sanatoriums et d'hôpitaux généraux qui seront terminés en 1947, le système d'hospitalisation de la province s'augmentera de plus de 1,985 lits, cette année, dont la moitié pour les tuberculeux.

L'érection de ces maisons d'hospitalisation dans diverses parties de la province a été entreprise l'an dernier et, dans la plupart des cas, les établissements sont sur le point d'être parachevés. Ces hôpitaux et sanatoriums ont été construits avec l'aide de plus de $10,000,000 d'octrois du gouvernement qui, sur l'instigation du docteur Paquette, a entrepris l'exécution d'un vaste programme pour résoudre notre problème d'hospitalisation et répondre à tous les besoins, surtout dans le domaine de la lutte à la tuberculose.

Le ministre de la Santé a parlé d'abord des sanatoriums en voie de construction ou d'agrandissement et qui assureront près de 800 lits de plus, d'ici peu de temps, aux tuberculeux. En voici la liste: Sanatorium de Gaspé: 260 lits; Sanatorium de Sainte-Germaine (Dorchester): 260 lits; Sanatorium Cooke, à Trois-Rivières: construction d'une aile qui lui permettra de recevoir 225 malades de plus; Sanatorium de Mont-Joli (comté Matane): agrandissement projeté qui portera à 620, soit 300 de plus, le nombre de lits.

Vaste sanatorium projeté à Montréal. De plus, le docteur Paquette a déclaré qu'il est en pourparlers avec une communauté religieuse de Montréal, qu'il n'a pas désignée, pour la construction d'un vaste sanatorium de 500 lits destinés aux malades de la région montréalaise. Le ministre croit pouvoir conclure une entente avec cette communauté d'ici la fin du mois. La construction de ce sanatorium, qui porterait à plus de 1,300 le nombre de lits nouveaux pour les tuberculeux, serait entreprise incessamment.

« A mesure que la campagne de dépistage des tuberculeux se fait plus intense, a fait observer le docteur Paquette, le besoin des lits s'accroît. En sorte qu'il s'avèrera probablement urgent que nous procédions en 1947 à la construction d'un deuxième sanatorium de 500 lits, dans le district de Montréal. Si nous pouvons réaliser ce projet, je crois que nous aurons réglé le problème de l'hospitalisation des tuberculeux pour quelque temps à venir. »

Lors de la dernière session, le ministère de la Santé a été autorisé par les Chambres à dépenser un montant de $10,000,000 pour intensifier la lutte à la tuberculose. C'est ce qui lui permet de contribuer généreusement à la construction de ces divers sanatoriums.

La lutte à la tuberculose. Cette même loi pourvoyait aussi à la formation d'un comité consultatif chargé de trouver les mesures les plus appropriées pour combattre la tuberculose. Ce comité est en voie de formation et les noms de ses membres seront annoncés dans quelques jours. Ils seront au nombre de neuf, dont trois médecins. Parmi les médecins choisis, il y aura le docteur J.-A. Vidal, directeur des services antituberculeux de la province.

Agrandissement d'hôpitaux. Le docteur Paquette a annoncé ensuite la construction de plusieurs nouveaux hôpitaux et l'agrandissement de certaines autres maisons d'hospitalisation pour les malades, d'une façon générale, avec l'aide du gouvernement. Parmi les hôpitaux qui s'agrandissent, signalons celui de St-François d'Assise, de Québec, dont les travaux sont très avancés et qui pourra recevoir 200 malades de plus.

Un nouvel hôpital est en voie de parachèvement pour la région de Rouyn-Noranda, comté de Témiscamingue, et disposera de 150 lits. Les autres hôpitaux généraux qui se construisent sont les suivants: hôpital de Joliette: 135 lits; hôpital de Sorel: 150 lits; hôpital de St-Eleuthère: 50 lits; hôpital de Sherbrooke (pour les protestants): 100 lits.

A Trois-Rivières, on construit une maternité qui pourra recevoir 200 malades, tandis que l'orphelinat St-Dominique subit un agrandissement qui lui permettra d'hospitaliser 150 enfants de plus.

Le docteur Paquette a déclaré qu'il étudie d'autres projets de construction ou d'agrandissement d'hôpitaux qu'il communiquera bientôt au public, et dont la réalisation sera entreprise et poussée avec rapidité en 1947.

ÉLU PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE DRUMMONDVILLE

Lors d'une assemblée récente, le docteur J. de Montarville Taschereau, de St-Germain-de-Grantham, a été élu président de la Société Médicale de Drummondville.

UN DON DE $100,000 À L'HÔPITAL D'ARVIDA

Par l'entremise de son vice-président, M. McNeely DuBose, l'Aluminum Co. of Canada, Ltée., a remis à M. G. W. LaMountain, président du bureau des

ENFIN VOUS POUVEZ PRESCRIRE...

VICHY CELESTINS

PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

REPRÉSENTANTS EXCLUSIFS
VICHY FRANCE

AGRIPPOL

ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE

INDICATIONS

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.

COMPOSITION

Acétophénétidine, Acide acéthylsalicylique
Chlorhydrate d'aminoxide-atropine

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

HERDT & CHARTON INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

NEURÉOL

HYPNOTIQUE
SÉDATIF
ANALGÉSIQUE

Totalement dépourvu d'effets secondaires

Le NEURÉOL est un somnifère qui trouve ses indications dans les cas de surmenage intellectuel, affections spasmodiques, états de nervosité, d'émotivité, d'anxiété et les déséquilibres vaso-moteurs. Il procure un sommeil réparateur et une sensation de bien-être au réveil sans aucun malaise. NEURÉOL est la médication par excellence des divers états de surexcitabilité.

FORMULE
par cuillerée à thé

Diéthylbarbiturate de soude	0 gr. 20
Diméthyl-amino-antipyrine	0 gr. 06
Ext. de Valériane stabilisée	0 gr. 20
Teinture de Crataegus	0 gr. 20

Neuréol

Procure un sommeil calme sans malaise au réveil

NEURÉOL possède des avantages bien définis sur les autres hypnotiques. Il est bien toléré par l'estomac, ne créé pas d'accoutumance et s'élimine facilement par l'organisme. Il n'exerce aucun effet nuisible sur le coeur, les reins ou la mémoire. Présenté en solution non alcoolique, le NEURÉOL conserve intégralement l'action synergique de ses composants.

ROUGIER FRÈRES
350 rue Le Moyne
MONTRÉAL

gouverneurs de l'Hôpital Général du Saguenay (Saguenay General Hospital), un chèque de $100.000. Cette donation est la seconde faite par l'Aluminum Company à cet hôpital. En effet, l'an dernier, un montant identique était remis pour les mêmes fins. Ces sommes aideront à la construction d'un hôpital moderne à Arvida.

ÉLECTIONS TENUES À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

Lors des élections tenues récemment en l'hôpital Sainte-Justine, les docteurs C.-H. Trudeau et Hermile Trudel ont été respectivement élus président et secrétaire du bureau médical.

Les docteurs Gaston Lapierre, Henri Baril, Donat Bussières, Donat Forest et Willie Major ont été élus au conseil médical. A titre de directeur médical, le docteur Edmond Dubé fait également partie du conseil médical.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR PAUL DUMAS AUX TROIS-RIVIÈRES

La Société Médicale des Trois-Rivières a tenu une séance le 21 janvier 1947, à l'Unité Sanitaire, sous la présidence de monsieur le docteur Adélard Tétrault. Le conférencier invité était le docteur Paul Dumas, chef du service d'Endocrinologie à l'Hôtel-Dieu de Montréal et président honoraire de la Société Canadienne d'Endocrinologie. La causerie du docteur Paul Dumas était intitulée: « Considérations pratiques sur la pathologie de la puberté. » Le docteur Dumas a été remercié par le docteur J.-A. Denoncourt.

LE DOCTEUR STEPHEN J. MARTIN À LA SOCIÉTÉ DES ANESTHÉSISTES

Le docteur Stephen J. Martin, anesthésiste à l'hôpital Saint-François, Hartford, Connecticut, a été le conférencier d'honneur à la réunion scientifique mensuelle de la Société Canadienne des Anesthésistes, division de Québec, tenue le 14 janvier 1947, en l'édifice Ciba, avenue du Collège McGill. Le sujet traité était « Regional Anesthesia for Diagnosis and Therapeutic. »

Avant cette réunion, le docteur Roméo Rochette, président de la Société, recevait les membres du comité exécutif à un dîner au Cercle Universitaire, en l'honneur du distingué conférencier.

UN HÔPITAL À GIFFARD

Monsieur le docteur Albini Paquette, ministre de la Santé, a rencontré cette semaine le supérieur général des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, de Montréal, pour discuter un projet de grande envergure, dont la réalisation bénéficiera de façon toute particulière à la région de Québec. Il s'agit de la construction d'un hôpital de 125 lits pour les malades souffrant de maladies chroniques. Cet hôpital serait érigé à Giffard, près de Québec. Tout indique que les pourparlers ont porté d'heureux fruits et que le projet du ministre de la santé pourra se réaliser dès cette année.

LE DOCTEUR LOUIS-CHARLES SIMARD DÉLÉGUÉ À OTTAWA DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Les 27 et 28 janvier 1947, a eu lieu à Ottawa un congrès sur le cancer organisé par le ministère fédéral de la Santé. Le docteur Louis-Charles Simard y était le délégué officiel de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

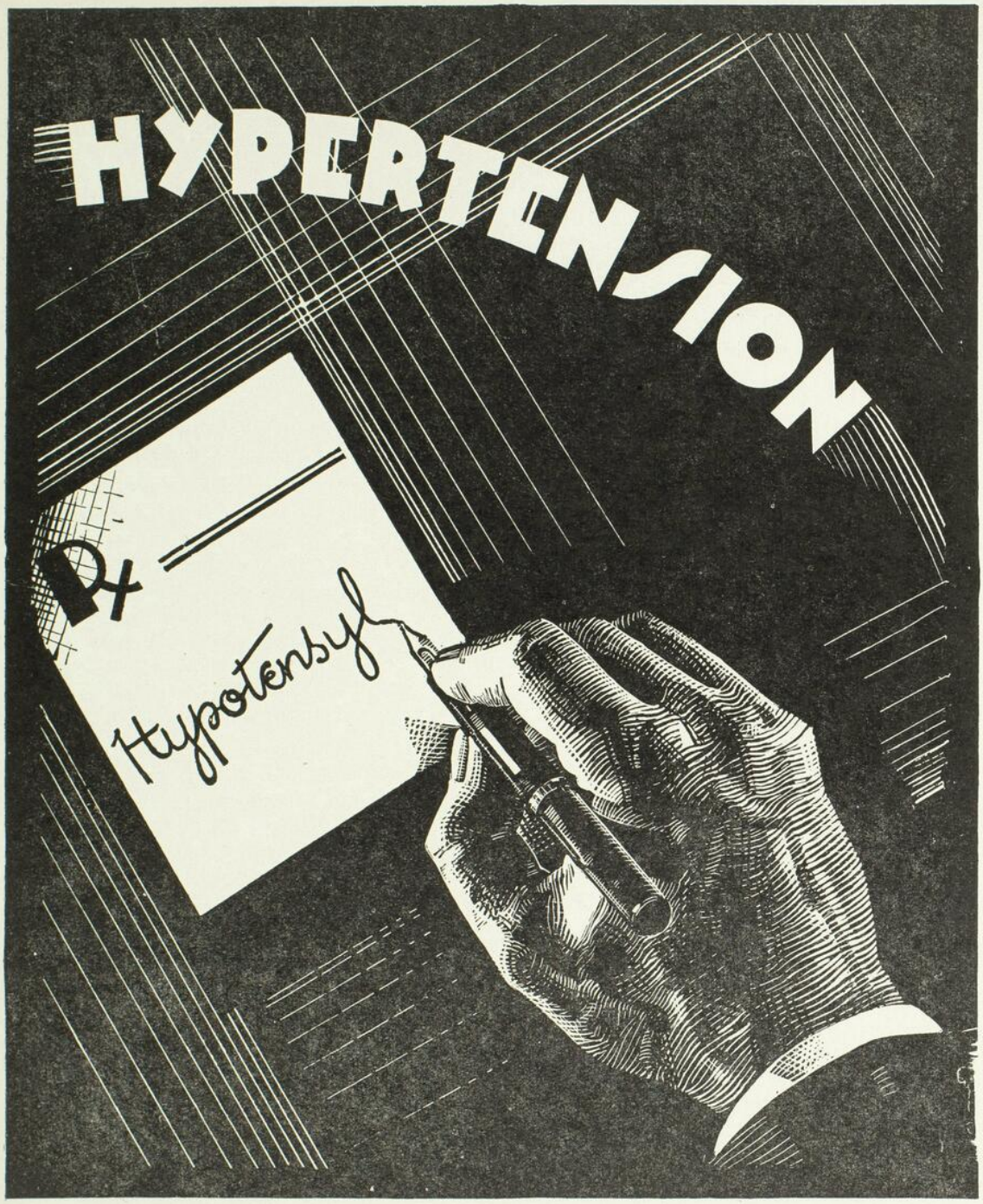
L'Association des Médecins de Langue Française du Canada, corporation constituée sous l'empire de la troisième partie de la Loi des Compagnies de Québec, s'adressera à la Législature pour demander son maintien en existence avec tous les pouvoirs additionnels qui lui sont nécessaires pour son bon fonctionnement, sa régie interne et la poursuite de ses buts.

MÉDECINS DES TROIS-RIVIÈRES À L'HONNEUR

Le docteur Lorne Berlinguet a été élu président du comité de l'Association ambulancière Saint-Jean pour la vallée du Saint-Maurice. Il succède au docteur Georges Racicot. Au terme du banquet, des certificats attestant les « efforts de guerre » furent décernés par la Commanderie au Canada de l'Ordre vénérable de l'Hôpital Saint-Jean de Jérusalem, aux docteurs Jean Racicot et Adélard Tétreault.

CONTRIBUTION DE LA MAISON HOFFMANN-La ROCHE AUX TRAVAUX DE RECHERCHES DU LABORATOIRE D'HISTOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Monseigneur Olivier Maurault, recteur de l'Université de Montréal, recevait, il y a quelques jours, de la part de la maison Hoffmann-La Roche, une somme de cinq cents dollars ($500.00) à attribuer aux recherches faites sous la direction du professeur Wil-



INDICATIONS

Troubles de l'Hypertension:

Maux de tête — Vertiges — Céphalées

Spasmes Artériels, etc.

FORMULE

Extrait de Gui

" de Foie

" Pancréatique

Echantillons sur demande.

ANGLO-FRENCH DRUG CIE, Ltée

209 est, Ste-Catherine **MONTRÉAL**

brod Bonin, directeur du laboratoire d'histologie et d'embryologie.

Par l'entremise de messieurs Paul Blanc et Donat Saulnier, de la maison Hoffmann-La Roche, le laboratoire d'histologie a reçu depuis deux ans la somme de $1,300.00.

Les travaux de recherches ainsi subventionnés portent sur le rôle de la vitamine E; ils sont exécutés par le docteur Jean Frappier, assistant-professeur d'histologie, et le docteur Arthur Gagnon, assistant-professeur de chimie physiologique.

CONFÉRENCIERS À L'HÔPITAL DES VÉTÉRANS, CHEMIN DE LA REINE-MARIE

Le programme pour les prochains mois des conférences scientifiques qui seront tenues à l'hôpital des Vétérans, du Chemin de la Reine-Marie, vient de nous parvenir. Au nom des conférenciers au programme, nous relevons les noms des docteurs Mercier Fauteux, G.-E. Gingras, Léon Gérin-Lajoie et Edmond Dubé.

Le docteur Mercier Fauteux parlera, le 11 février 1947, des progrès récents en chirurgie; le docteur Gingras participera, le 1er avril 1947, à un symposium sur la paraplégie; le docteur Gérin-Lajoie traitera, le 15 avril 1947, du diagnostic des affections gynécologiques aiguës; le docteur Edmond Dubé parlera, le 22 avril 1947, des problèmes pédiatriques du chirurgien général.

HÔPITAL DE L'INSTITUT NEUROLOGIQUE

L'hôpital à deux étages construit sur la rue de l'Université, à Montréal, et où des merveilles ont été accomplies pendant et après la guerre, dans le domaine des chirurgies cérébrales ou autres, est devenu, depuis le 17 janvier 1947, en permanence une partie d'une autre grande institution chirurgicale de Montréal, l'Institut Neurologique de l'Université McGill.

Le ministre de la Défense, l'hon. B. Claxton, a remis à l'Institut l'aile ajoutée à son édifice par le ministère de la Défense au cours de la guerre et qui a coûté $150,000 pour le soin des patients militaires. Il est entendu, cependant, que 30 lits seront réservés, dans l'annexe, au ministère des Affaires des anciens combattants et un tarif fixe par jour a été fixé pour les patients militaires.

La cession de cet hôpital a été l'occasion d'une cérémonie d'une grande ampleur, à laquelle ont pris part le ministre fédéral de la Défense, le Maire de Montréal, le Principal de l'Université McGill et les doyens des universités de Montréal et de McGill.

Le docteur Antonio Barbeau, professeur de Neurologie de l'Université de Montréal et chef du Service de Neurologie à l'Hôtel-Dieu, a présenté, en français, une brillante allocution à cette occasion et le docteur Wilder Penfield a fait un discours dont le thème portait sur le rôle de la chirurgie en temps de guerre.

ATTRIBUTION DU PRIX CIBA 1946, DÉCERNÉ PAR LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

A la séance du 21 janvier 1947 de la Société Médicale de Montréal, tenue à l'Hôtel-Dieu, la décision des membres du jury du Prix Ciba a été rendue publique. Le premier prix a été décerné au docteur J.-A. Baudouin, pour son travail intitulé « Notre bilan-vie »; le second prix a été accordé au docteur Léon Longtin, anesthésiste à l'Hôtel-Dieu de Montréal, pour un essai intitulé « La climatisation de l'air inspiré au cours des anesthésies générales prolongées, avec circuit fermé et absorption de CO_2 »; le docteur Raymond Lecours, de St-Jacques l'Achigan, a obtenu le troisième prix pour ses travaux de recherches, intitulés « La mesure des pressions abdominales humaines »; le docteur J.-Gérard Hébert, attaché à l'Hôpital des Vétérans, chemin de la Reine-Marie, a reçu le quatrième prix pour son travail « Un nouvel appareil d'immobilisation dans la chirurgie réparatrice et reconstructive du nez ».

Les membres du jury étaient au nombre de cinq. Le président était le professeur Louis Berger, directeur de l'Institut d'anatomie pathologique de Québec. Les autres membres étaient le professeur Fraser B. Gurd, chirurgien en chef du « Montreal General Hospital »; le professeur Sclater D. Lewis, du « Royal Victoria Hospital » et professeur de thérapeutique à l'Université McGill; le professeur Roméo Blanchet, secrétaire de la Faculté de Médecine de l'Université Laval de Québec, et le professeur Joseph-Luc Riopelle, président sortant de charge de la Société de Biologie de Montréal et pathologiste à l'Hôtel-Dieu.

ASSEMBLÉE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

Mercredi, le 15 janvier 1947, a eu lieu, au Cercle Universitaire de Montréal, le dîner annuel suivi de l'assemblée générale de la Société de Chirurgie de Montréal.

Le dîner était présidé par le docteur Joseph-H. Rivard. A la fin du dîner, les docteurs Antonio Samson, Paul Bourgeois et J.-E. Cabana, présentèrent leurs rapports annuels puis le docteur Charles Hébert prononça une courte allocution à titre de nouveau président de la société; après quoi il présenta l'invité d'honneur et conférencier, le docteur Georges Préfontaine, directeur de l'Institut de Biologie de l'Université de Montréal. Ce dernier donna une causerie

Il ne peut même pas l'arrêter dans cette ruelle !

LE RACHITISME APPARENT EST EN RÉGRESSION . . . Mais, en dépit de la diminution du nombre de ceux dont les os sont **grossièrement** déformés, l'incidence du rachitisme est toujours **d'une** fréquence alarmante (46.5% pour les enfants de 2 à 14 ans[1]).

1. Follis Et Al (Am. J. Dis: Child.: juillet 1943).

LA CARIE DENTAIRE N'EST PAS EN RÉGRESSION . . . Mais l'importance de la fluorine par rapport au maintien de dents saines est maintenant reconnue et l'avenir augure bien pour la génération future.

L'ORICAL E.B.S. EST RICHE EN CALCIUM, PHOSPHORE ET VITAMINE D, TOUS DES ÉLÉMENTS ESSENTIELS POUR LA FORMATION D'UNE BONNE OSSATURE.

L'Orical E.B.S. contient 1/80e grain de **FLUORINE** par comprimé.

L'Orical E.B.S. plaît aux enfants par son **GOÛT AGRÉABLE.**

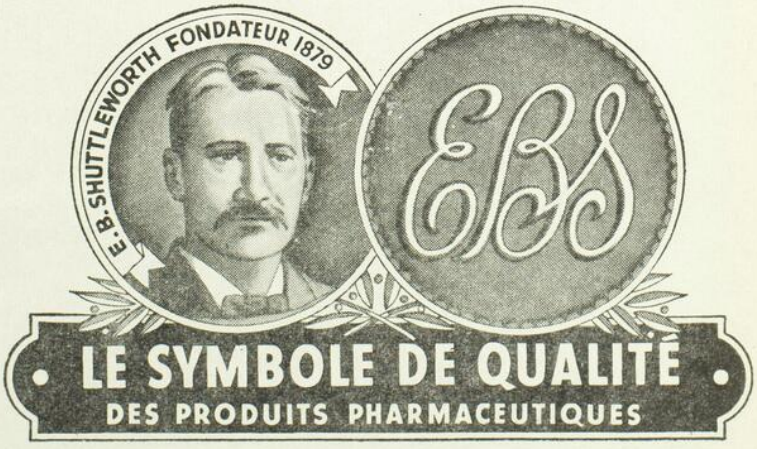
Remarque: Nous avons abandonné la vente de cette préparation sous la marque "Calfos", car cela prêtait à confusion avec la marque d'un autre fabricant. Il n'y a pas eu, toutefois, de changement dans la nature ou la qualité de notre préparation qui est maintenant offerte sous la désignation de "Orical E.B.S. C.T. No 175".

Contenu des comprimés Orical:

5 gr. d'OS BROYÉS	Calcium	25%
	Fluorine	0.25%
	Phosphore	11%
VITAMINE D	400 Unités Int.	

The E. B. SHUTTLEWORTH Chemical Co., Ltd
525 LOGAN AVENUE, TORONTO 6

Une compagnie entièrement canadienne
ÉTABLIE EN 1879



agrémentée de transparents sur « les phoques à fourrure de la mer de Behring ».

Les remerciements d'usage furent offerts au docteur Préfontaine par le docteur Edouard Desjardins.

LE DOCTEUR J.-ÉDOUARD MORIN DÉLÉGUÉ EN FRANCE

Le professeur Joseph-Edouard Morin, de la Faculté de Médecine de l'Université Laval de Québec, était au nombre des délégués invités du Gouvernement français aux séances de commémoration du cinquantenaire de la mort de Louis Pasteur, tenues à Paris et en province.

LE DOCTEUR GENEST RAPPORTEUR À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU "JOHNS HOPKINS HOSPITAL"

La réunion régulière de la Société Médicale de l'Université Johns Hopkins a été tenue lundi, le 13 janvier, à 8.15 heures, au « Hurd Memorial Hall ».

On notait au programme un rapport présenté par le docteur Jacques Genest, de Montréal, en collaboration avec le docteur E. V. Newman et le docteur John Franklin, intitulé « The mechanism of excretion of ammonium thiosulfate ».

CONGRÈS DE L'"AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS"

Le congrès de l'« American College of Surgeons » a été tenu à Cleveland, Ohio, en décembre 1946.

Parmi les congressistes de Montréal, on comptait le docteur Fraser B. Gurd, élu régent en cette occasion, les docteurs Charles Lefrançois, Gaston Gosselin, Antonio Samson, P.-M. Ricard et Jean Tremblay.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL SAINT-CHARLES DE SAINT-HYACINTHE

Monsieur le docteur Paul Morin a été nommé président du bureau médical de l'hôpital Saint-Charles de Saint-Hyacinthe; M. le Dr Léo Benoît, vice-président; M. le Dr Ovila Desmarais, secrétaire. Le bureau se compose de membres honoraires, de membres consultants, associés et actifs. Parmi ces derniers, MM. les docteurs J.-E.-A. Collette et Jean Morin furent nommés membres du conseil de direction.

Les chefs des principaux services du bureau médical sont: MM. les docteurs J.-E.-A. Collette, médecine; Paul Morin, chirurgie; Hervé Gagnon, obstétrique; Ovila Desmarais, pédiatrie; Jean Morin, radiologie; Antonio Perrault, laboratoire. Spécialistes en oto-rhino-laryngo-ophtalmologie: MM. les docteurs Jules Morin et Charles Dion.

CONFÉRENCES, À PARIS, DU DOCTEUR ARMAND FRAPPIER

Lors de son bref séjour aux fêtes de l'Institut Pasteur, le docteur Armand Frappier a eu l'occasion de prononcer deux conférences. La première a eu lieu le 20 novembre 1946, à 6 heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris. Le docteur Frappier a parlé sur le B.C.G. comme mesure d'hygiène publique. Sa conférence était sous la présidence du docteur Gastinel; il a été présenté à l'auditoire par le docteur Justin Besançon et remercié par le docteur Gastinel.

Le docteur Frappier a également prononcé une causerie à l'Institut Pasteur, cette fois le 2 décembre 1946, à 9.30 heures a.m. Cette conférence a eu lieu dans le service et sous la présidence du professeur Dujarric de la Rivière. Il avait alors choisi comme sujet la « vaccination anti-coquelucheuse ».

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE

Lors de la réunion de décembre 1946, le bureau suivant pour 1947 a été élu à la Société de Phtisiologie de Montréal: président: docteur J.-P. Paquette; vice-président: docteur J.-A. Millet; secrétaire général: docteur Guy Bégin; trésorier: docteur Jean-Louis Pilon; secrétaire des séances: docteur Denis Langlois. Le président sortant de charge était le docteur Léo Ladouceur.

CENTENAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

Le docteur Georges Baehr, président de l'Académie de Médecine de New-York, organisme qui célébrera cette année son centième anniversaire de fondation, en a fait dernièrement un bref historique et a montré le rôle qu'il a tenu dans le progrès de la médecine. De son côté, le docteur I. M. Rabinowitch, de Montréal, a prononcé une causerie sur le diabète.

La célébration du centenaire aura lieu le 6 mars prochain, alors que le professeur John A. Ryle, ancien doyen de la Faculté de Médecine de Cambridge et maintenant directeur de l'Institut de médecine sociale d'Oxford, sera le conférencier invité.

UN HÔPITAL DE 100 LITS À SAINTE-ANNE-DE-LA-POCATIÈRE

L'érection d'un spacieux hôpital à Sainte-Anne-de-la-Pocatière pouvant répondre aux besoins de la région du bas de Québec, vient d'être décidée par les autorités religieuses et civiles de l'endroit. Cet hôpital portera le nom de l'hôpital Painchaud, en l'honneur

La formule qui stigmatise le mieux nos habitudes modernes de vie, c'est l'avertissement constamment répété: NE COUREZ PAS. MARCHEZ. Mais ralentir n'est pas toujours facile. Le traitement de l'hypertension, de même, ne consiste pas simplement à apporter un soulagement de quelques jours ou de quelques semaines.

VERATRITE présente un avantage singulier pour le traitement de cette maladie chronique. Ce produit entraîne un abaissement paisible et progressif de l'hypertension en même temps qu'une sédation du système nerveux. L'action essentielle du VERATRITE dépend d'un vaso-dilatateur neurogénique, le VERATRUM Viride standardisé biologiquement, combiné au nitrite de soude et au phénobarbital.

veratrite

pour le traitement de l'hypertension essentielle

Présenté en flacons de 100, 500, 1000.

IRWIN, NEISLER & COMPANY 61st YEAR Irwin Neisler Decatur, Illinois

Echantillon médical et documentation complète sur demande.

HERDT & CHARTON, INC.

MÉDICAMENTS DE MARQUE

de M. Chs-F. Painchaud, fondateur du collège de Sainte-Anne. Il aura une capacité de 100 lits, sera ultra-moderne, bien outillé et pourvu de tous les services nécessaires.

NOUVEAU SURINTENDANT MÉDICAL

Le docteur Lucien Larue vient d'être nommé surintendant médical de l'hôpital Saint-Michel Archange, à Beauport, Québec.

CONFÉRENCE, À TORONTO, PAR LE DOCTEUR LOUIS-C. SIMARD

Le docteur Louis-Charles Simard, de l'Université de Montréal, a été l'invité d'honneur à une séance de la « Toronto Physiological Society » tenue à l'Université de Toronto, le 20 janvier 1947, sous la présidence du docteur C. H. Best.

STREPTOMYCINE

Les manufacturiers canadiens ayant réussi à accroître considérablement la production de streptomycine, il est maintenant possible de distribuer ce produit aux hôpitaux sans restriction. En conséquence, le Comité de la Streptomycine du Conseil National des Recherches ne voit plus la nécessité de contrôler sa distribution. Ou trouvera, sur le marché, de la streptomycine en quantité relativement considérable et disponible, non seulement pour les fins thérapeutiques ordinaires, mais pour la poursuite de recherches cliniques par quelque membre de la profession que ce soit.

UN HÔPITAL GÉNÉRAL À TROIS-PISTOLES

Un groupe de citoyens des Trois-Pistoles a obtenu des lettres patentes du gouvernement provincial, en vue d'établir et de mettre en opération un hôpital général dans cette ville, ou la banlieue, sous le nom de l'« hôpital Notre-Dame des Neiges ».

À LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Lors de leur réunion plénière, ces jours derniers, les membres de la Société de Biologie de Montréal ont élu les officiers suivants pour le mandat 1947: président, M. Roger Barré; 1er vice-président, le docteur Armand Frappier; 2e vice-président, le docteur Eugène Robillard; secrétaire-trésorier, M. Victorien Frédette.

Les deux derniers présidents sortant de charge, les docteurs Pierre Masson et J.-L. Riopelle, font également partie du conseil de la Société de Biologie.

NOUVELLES D'EUROPE

Le Collège Royal des Chirurgiens d'Angleterre organise des examens outre-mer

Le Collège Royal des Chirurgiens d'Angleterre vient d'adopter une nouvelle politique à la demande des Collèges Royaux de Chirurgiens de plusieurs pays du Commonwealth Britannique. A leur intention et pour répondre à une très grande demande de candidats, le Collège Royal de Londres tiendra une session d'examens primaires au Caire, à Madras, à Sydney, à Melbourne et à Dunedin.

Trois examinateurs anglais: sir Heneage Ogilvie, Mr. B. A. McSwiney et Mr. G. Hadfield, ont été choisis à cet effet et se rendront dans les villes choisies pour y présider aux séances d'examens.

Discours à l'Académie de Médecine de Paris

La séance annuelle de l'Académie de Médecine de Paris a eu lieu le 24 décembre 1946. Le discours traditionnel fut consacré à « Duchenne, de Boulogne et son temps » et il fut prononcé par M. Jean Lhermite.

Election à l'Académie de Médecine

A la séance du 17 décembre 1946 de l'Académie de Médecine de Paris, M. Rist a été élu vice-président pour l'année 1947.

Elections à l'Académie de Chirurgie

L'Académie de Chirurgie de Paris a fait, à sa séance du 11 décembre 1946, le choix de son bureau pour 1947. M. Brocq a été élu président; M. Sauvé a été élu vice-président et le docteur J. Leveuf a été choisi comme secrétaire général.

Les Journées Médicales de Bruxelles en 1947

Les prochaines Journées Médicales de Bruxelles sont en bonne voie d'organisation et se tiendront du 21 au 25 juin 1947. Le professeur O. Weill les présidera et le secrétaire général en sera le docteur René Loicq.

Nouveau chirurgien des hôpitaux de Paris

Le 4e concours pour 1946 de chirurgien des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de M. Gabriel Laurence.

Doctorats honorifiques conférés par l'Université de Paris

A la séance de rentrée de l'Université de Paris, tenue le 12 décembre 1946, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne sous la présidence de M. le recteur Roussy, la Faculté de Médecine a conféré le titre de

formule spéciale

action spécifique

Le 'Prothricin' est un décongestionnant nasal antibiotique associant la tyrothricine (0.02%) au chlorhydrate de 'Propadrine' (1.5%) dans le but spécifique de rétablir le drainage normal, et de combattre l'infection bactérienne dans le traitement local de la sinusite, de la rhinite, du coryza et de la congestion nasale.

Comme antibiotique local, la tyrothricine possède plusieurs avantages sur la pénicilline et les sulfamidés. Le degré d'efficacité bactéricide de la tyrothricine est essentiellement le même que celui des sulfamidés, mais en application locale la tyrothricine ne provoque aucun précipité sur la muqueuse ciliée pouvant empêcher le drainage et entraver les fonctions normales.

En application locale, la tyrothricine atteint rapidement les micro-organismes, et sa faible tension superficielle favorise la pénétration dans les fissures et les follicules tissulaires aussi bien que dans les replis de la muqueuse. La pénicilline, à l'encontre de la tyrothricine, est rapidement absorbée et enlevée de la région où elle est appliquée.

Le 'Prothricin' comme décongestionnant, en outre de l'action bactéricide de la tyrothricine qu'il possède, a aussi pour effet de favoriser le drainage et le rétablissement des fonctions normales des muqueuses au moyen du chlorhydrate de 'Propadrine', vaso-constricteur efficace, remarquablement exempt d'effets secondaires désagréables attribuables à l'éphédrine et autres produits similaires.

Le 'Prothricin', décongestionnant nasal antibiotique, est présenté en flacons compte-gouttes d'une once ne portant aucune date d'expiration, car cette solution est stable et garde son efficacité bactéricide et vaso-constrictive constante à la température de la chambre.

Sharp & Dohme (Canada), Ltd., Toronto 5, Ontario

SHARP & DOHME

'PROTHRICIN'

décongestionnant nasal antibiotique

docteur honoris causa à trois savants: le professeur Herbert M. Evans, de l'Université de Berkeley, en Californie, E.-U.; le professeur P. Judine, des Etats Soviétiques, et le professeur J. Schaumann, de Suède.

Leçon inaugurale du professeur Verne

Une nouvelle chaire a été créée à la Faculté de Paris et son titulaire, le professeur J. Verne, en a pris possession le 3 décembre 1946. Cette chaire est celle de biologie médicale.

Leçon inaugurale du professeur Lavier

M. le professeur G. Lavier a fait sa leçon inaugurale de la chaire de pathologie exotique, le lundi, 6 janvier 1947.

Leçon inaugurale du professeur Moreau

Le professeur Moreau a fait sa leçon inaugurale à la chaire de pathologie médicale au grand amphithéâtre de la Faculté de Paris, le 12 décembre 1946.

NOMINATION DU DOCTEUR J.-ANTONIO LECOURS

Le docteur J.-Antonio Lecours, d'Ottawa, chirurgien à l'Hôpital Général, et secrétaire du prochain Congrès des Médecins de Langue française, vient d'être nommé « Fellow » du « Collège Américain des Chirurgiens ».

PRIX CASGRAIN et CHARBONNEAU

Nous avons l'honneur de vous rappeler que la maison Casgrain et Charbonneau offre:

« Un prix de $500 à être attribué au meilleur travail — recherche ou amélioration scientifique — se rapportant à la médecine, à la pharmacie, à la dentisterie, à la chimie ou bio-chimie, ce qui comprend toute découverte médicale ou pharmaceutique, toute amélioration importante de traitement médical ou d'opération chirurgicale, toute découverte scientifique d'ordre médical. »

1. Peuvent prendre part au concours: les diplômés de l'Université de Montréal.
2. Les travaux devront être envoyés au Recteur de l'Université, avant le 15 mai 1947.
3. Ces travaux devront être inédits.

6,358 DÉCÈS DUS AUX MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Au cours de 1943, dernière année pour laquelle nous avons des statistiques définitives, les diverses maladies de l'appareil digestif ont causé, directement ou indirectement, dans notre pays, 6,358 décès dont 2,604 dans la seule province de Québec. La plupart de ces affections de l'estomac proviennent d'une alimentation mal équilibrée, défectueuse ou du moins elles en sont la conséquence, plus ou moins éloignée. Dans les deux cas, on observe que ce sont les hommes qui succombent en plus grand nombre: au Canada. 3,655 hommes contre 2,703 femmes sont morts d'une maladie de l'appareil digestif. Dans le Québec, tandis que la mort fauchait de ce chef 1,459 hommes, elle emportait 1,145 femmes seulement.

Chaque année, au temps de Noël et du Premier de l'An, la tentation et l'occasion de faire des excès de table deviennent plus grandes, plus nombreuses. Voilà pourquoi les hygiénistes du ministère de la Santé que dirige l'hon. Dr J.-H.-A. Paquette, rappellent à la population qu'une sage prévoyance, dans le domaine de l'alimentation, est une garantie de santé et une juste précaution exigée par l'hygiène et la médecine préventives.

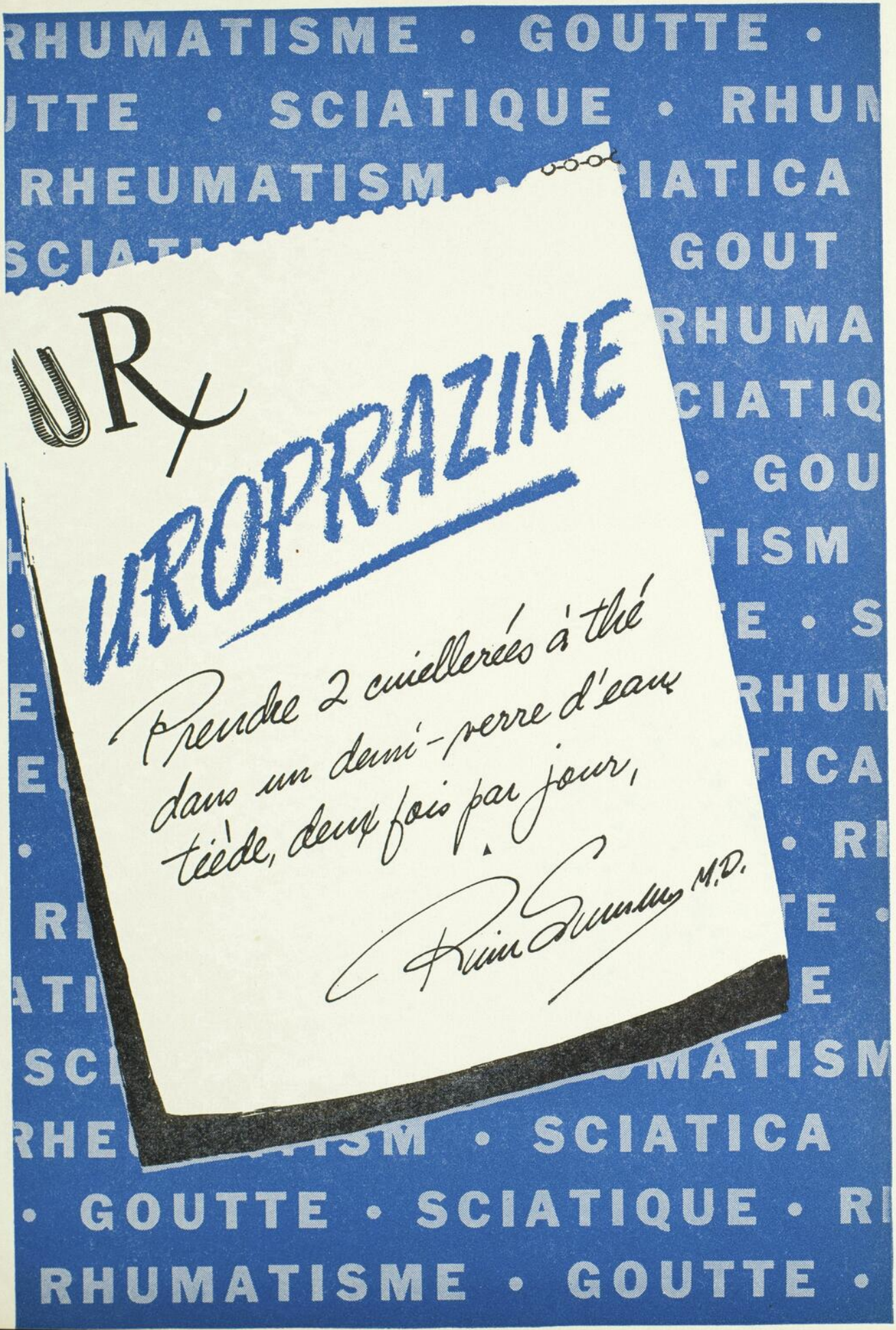
Personne ne l'ignore, mais chacun est tenté de l'oublier: les aliments gras rendent la digestion plus pénible et sont la cause d'une forte proportion de troubles digestifs; un repas trop riche en aliments gras déclenche souvent des désordres graves dans un foie dont les fonctions jusque là étaient, sans qu'on le soupçonnât, en équilibre instable.

N'oubliez donc pas que les repas trop copieux peuvent causer des troubles digestifs graves; en effet, tout comme l'excès des liquides, une masse copieuse dilate l'estomac. De plus, les graisses prolongent le séjour des aliments dans la poche stomacale; si les repas ne sont pas suffisamment espacés, il se peut que le premier ne soit pas digéré quand le second entre dans l'estomac. Toujours en travail, cet organe ne peut se reposer et finit par se fatiguer. La machine humaine, comme tout mécanisme, a besoin d'être ménagée.

Par conséquent vous devez vous surveiller dans le boire et le manger. Comme le conseille la division de nutrition du ministère que dirige l'honorable Dr J.-H.-A. Paquette, si vous pouvez dépenser davantage pour la nourriture, profitez-en pour compléter vos menus: augmentez si nécessaire la ration de lait, variez un peu plus les légumes et les fruits, mais n'allez pas tomber dans les excès contre lesquels tout votre organisme protestera tôt ou tard.

MÉDECINE DE L'AVIATION CIVILE

Le ministère de la Santé Nationale et du Bien-Etre social vient d'établir une nouvelle division, celle de médecine de l'aviation civile, pour renseigner le ministère des Transports sur tous les aspects sanitaires de l'aviation civile. La Commission fédérale du Ser-


RHUMATISME • GOUTTE •
UTTE • SCIATIQUE • RHUM
RHEUMATISM
IATICA
GOUT
RHUMA
CIATIQ
• GOU
TISM
E • S
RHUM
TICA
• RI
TE •
E
MATISM
• SCIATICA
• GOUTTE • SCIATIQUE • RI
RHUMATISME • GOUTTE •
℞
UROPRAZINE
Prendre 2 cuillerées à thé
dans un demi-verre d'eau
tiède, deux fois par jour,
M.D.

vice civil vient d'annoncer un concours pour le poste de chef de la nouvelle division.

Cette dernière sera chargée de diriger le développement et le maintien des normes médicales pour les personnes qui s'occupent d'aviation civile. Elle rédigera des règlements pour assurer la sécurité, le confort et la santé des aviateurs, au point de vue médical, et donnera des conseils sur les aspects généraux de tous les problèmes d'hygiène qui se rapportent à la santé des passagers. Cela comprendra les approvisionnements en oxygène, le mal de l'air et le daltonisme.

La division travaillera en étroites relations avec le ministère des Transports, le C.A.R.C. et les organismes particuliers qui font des recherches dans cette branche de la médecine.

Le chef de la division doit être un docteur en médecine, de préférence avec formation spécialisée, posséder au moins quatre années d'expérience dans la médecine de l'aviation et avoir à son crédit bon nombre d'heures de vol.

RECENSEMENT DES MÉDECINS

Notre pays pourra devenir bientôt l'un des mieux dotés du monde en médecins, vu que les services armés en ont libéré des centaines après la guerre et que l'on s'attend à ce que les facultés de médecine des universités canadiennes en forment un plus grand nombre que jamais en temps de paix.

Ce fait est révélé dans un récent rapport d'un comité de recherches institué par le ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre social. Toutefois, on fait observer que bien des facteurs interviendront pour déterminer si cette augmentation attendue dans le nombre des médecins sera jugée suffisante pour répondre à la demande toujours croissante de services médicaux.

Le rapport indique que pendant 40 ans, de 1901 à 1941, il n'y a eu presque aucun changement dans le nombre des médecins par rapport à la population du pays, mais qu'on peut s'attendre à une bonne augmentation dans le nombre relatif des médecins, au cours des quelques prochaines années, pour servir la population qui croît sans cesse. En 1901, il y avait un médecin par 970 personnes; un par 1,072 en 1941 et un par 1,017 en 1946, les médecins militaires n'étant pas compris dans les chiffres de 1941 et 1946. Le comité estime que le taux très bas d'un médecin par 854 personnes pourra s'atteindre en 1951.

Une analyse détaillée de la répartition des médecins dans le pays montre que les régions rurales ne sont pas aussi bien dotées que les régions urbaines bien que la concentration des chercheurs, administrateurs, professeurs et spécialistes de la profession médicale existe surtout dans les grands centres. Le rapport population-médecin dépasse 11,000 dans certains districts ruraux, tandis que des centres urbains comptent le taux très bas de 511 personnes par médecin.

Une comparaison avec un certain nombre de pays choisis montre que le Canada fait bonne figure en disponibilités. Les derniers chiffres que l'on possède révèlent que la Suède est le pays le mieux doté sous ce rapport: un médecin par 723 personnes seulement.

Le plus grand nombre de cas hospitalisés, la demande accrue de l'industrie pour des services médicaux, les initiatives plus étendues de l'hygiène vieillards par rapport à la population du pays, et divers autres facteurs qui peuvent modifier la suffipublique, l'augmentation du nombre d'enfants et de sance du nombre de médecins au Canada sont mentionnés dans le relevé.

CONFÉRENCE SUR LE CANCER

Ottawa. — En ouvrant la conférence sur le cancer, l'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-Etre social, a déclaré que les administrateurs de la Caisse anticancéreuse du Jubilé du roi George V seront disposés à commanditer un plan national de lutte contre le cancer au Canada, bien conçu et bien coordonné, si un tel plan peut être élaboré.

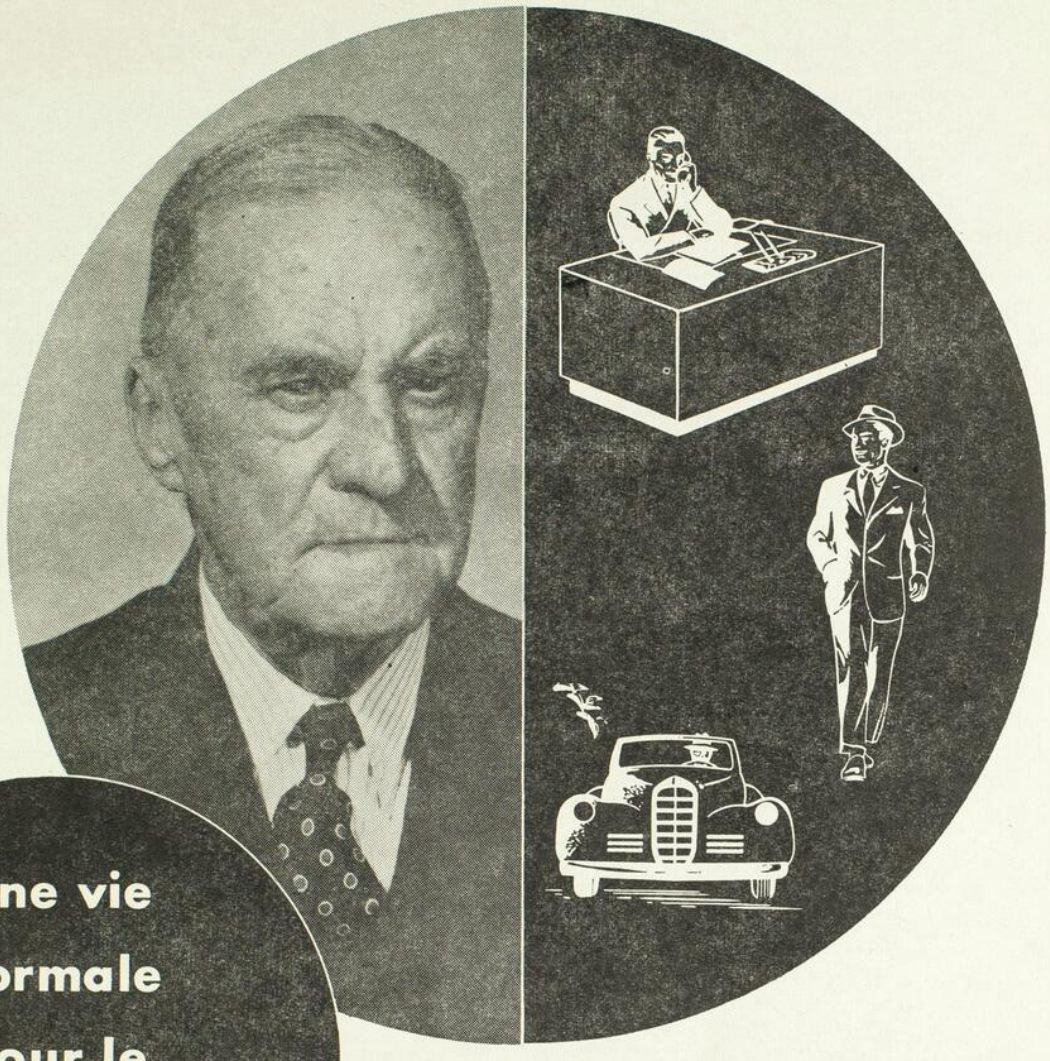
Environ quarante représentants des neuf ministères provinciaux de la Santé, des sociétés bénévoles et des centres de recherches anticancéreuses assistèrent à la conférence, convoquée par le ministère de la Santé nationale.

M. Martin a prié la conférence d'étudier la possibilité d'élargir son programme et de répartir les champs d'action. Les dispositions actuelles sont peut-être les meilleures possibles, a-t-il dit, mais peuvent se fortifier. Le ministre a toutefois observé que son département ne propose pas de méthodes à suivre, et laisse les délégués choisir les plans qui seront adoptés.

Le programme de la conférence comprenait l'étude des questions d'éducation publique et professionnelle, de recherches, de diagnostic et de traitement, et des questions financières.

La Caisse anticancéreuse du Jubilé du roi George V a été établie en 1935, sous la direction d'un conseil d'administration présidé par le juge en chef du Canada. Elle peut accorder des subventions pour fins de recherche, de bourses, d'enseignement de l'hygiène, pour favoriser le diagnostic et le traitement dans les hôpitaux, et pour toute autre fin susceptible de réduire le taux de la mortalité due au cancer au Canada. La Caisse dispose d'environ £490,000.

Parmi les associations, institutions ou services représentés à la conférence, citons: le Conseil national



Une vie normale pour le "cardiaque chronique"

Le praticien connaît bien les effets saisissants de la Coramine dans l'insuffisance respiratoire. Mais, administré sous forme de gouttes au malade ambulant atteint d'une affection cardio-vasculaire, ce médicament donne aussi d'excellents résultats. Les

GOUTTES CORAMINE

sont indiquées dans les cures d'entretien où une amélioration progressive est préférable à une action énergique immédiate. L'administration orale de gouttes Coramine permet au patient de vaquer modérément à ses occupations ordinaires, L'ESPRIT TRANQUILLE. Ce facteur psychologique compte pour beaucoup dans le succès du traitement des troubles cardiaques.

PRÉSENTATION

GOUTTES, pour administration buccale: flacons de 15, 45 et 100 c.c.

AMPOULES pour administration intramusculaire: 1.5 c.c., boites de 5, 20 et 100; 5 c.c., boites de 3, 12 et 100.

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE • MONTRÉAL

de recherches, la Canadian Cancer Society, la Canadian Medical Society, la Canadian Public Health Association, l'Ontario Cancer Treatment and Research Foundation, le Manitoba Cancer Relief and Research Institute, la British Columbia Cancer Foundation, tous les ministères provinciaux de la Santé, et neuf universités canadiennes.

INSPECTION SANITAIRE DE 5,447 ÉTABLISSEMENTS DE DENRÉES ALIMENTAIRES

Confiscation de 15,512 livres d'aliments impropres à la consommation

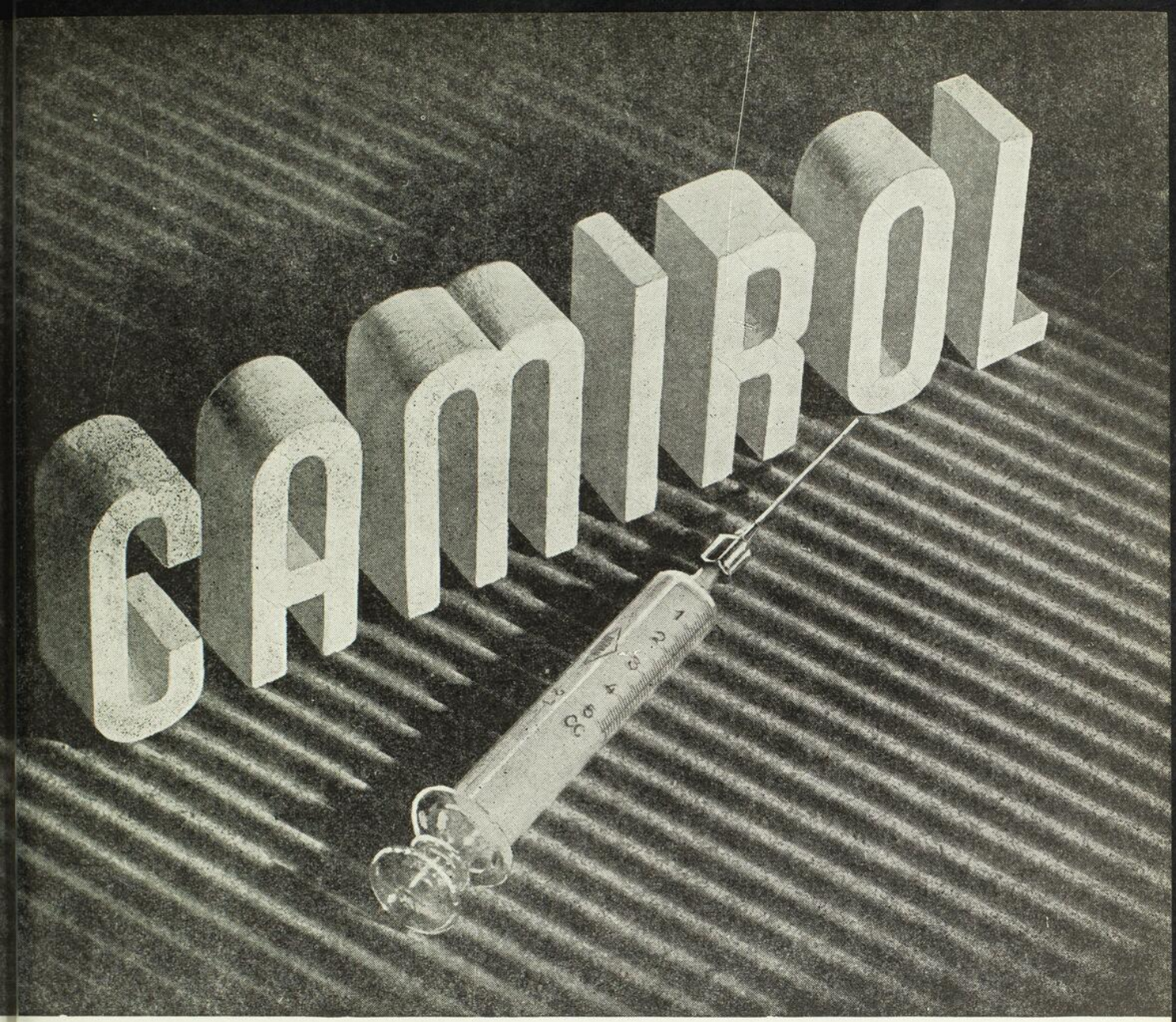
La surveillance sanitaire de tout ce qui touche directement ou indirectement à l'alimentation des individus protège la santé publique contre les divers dangers qui peuvent provenir des sources d'approvisionnement. Ainsi, durant le mois d'octobre, 5,447 établissements de denrées alimentaires ont reçu la visite des inspecteurs sanitaires du ministère provincial de la Santé. Au cours de ces inspections, on a confisqué 15,512 livres d'aliments impropres à la consommation.

Le ministère de la Santé, que dirige l'honorable Dr J.-H.-A. Paquette, entend préserver la santé publique et exerce en conséquence une surveillance étroite sur nos sources d'approvisionnements. L'inspection sanitaire a trois objets: retirer de la circulation des aliments qui ne sont pas sains et que l'on offre en vente; préserver les détaillants qui auraient à leur insu des aliments malsains dans leurs établissements et assurer la propreté des marchés, des épiceries et des étals. Ce sont là trois facteurs importants de l'hygiène publique. Les inspecteurs apportent un soin particulier à la surveillance des produits alimentaires. Au cours d'octobre 1946, ils ont visité 56 beurreries et fromageries, 247 laiteries publiques, 179 usines de pasteurisation et 411 vacheries et laiteries du producteur. Leurs inspections les ont également conduits dans 210 boulangeries, 1,514 épiceries 682 restaurants, 1,928 boucheries et 220 marchés publics.

Par ailleurs, dans les laboratoires du ministère provincial de la Santé, pour les seules Unités sanitaires, on a fait l'examen de 3,742 prélèvements: eau, lait, pour diphtérie, pour typhoïde, pour tuberculose.

POSTE MÉDICAL À CÉDER

Bon poste médical à céder, situé à 28 milles de Montréal, paroisse florissante, 1800 de population; 3 paroisses voisines sans médecin résident. Avenir très brillant pour médecin actif. Condition: achat de propriété. Prière communiquer avec le Dr J.-O. Bellemare, St-Jean-Baptiste, comté de Rouville, P. Q.



Nouvelle Médication

pour la sinusite et les infections des voies respiratoires

Injection Intramusculaire

FORMULE

Iodoforme — Menthol
Iodures — Camphre

Ampoule de 1 cc.
(En solution huileuse de faible acidité)

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRESENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLEGE McGILL, MONTRÉAL

SYMBOLES DE HAUTE VALEUR

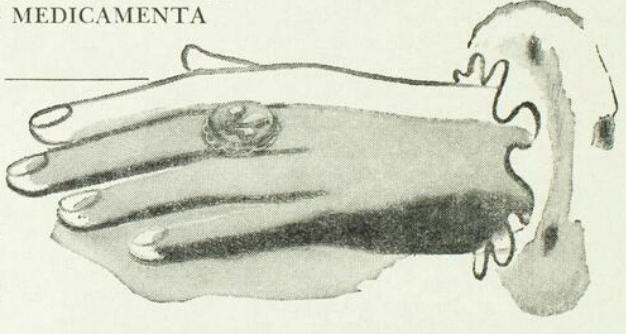
Tyrothricin

Une touche royale

• Le désir de l'homme d'obtenir une médication topique simple, d'une touche vraiment royale, est presque comblé par la production de la TYROTHRICINE et par l'application d'une thérapeutique antibiotique locale. Plusieurs micro-organismes gram-positifs subissent l'action bactéricide de la TYROTHRICINE dans les plaies infectées, plusieurs formes d'ulcères, les abcès, l'ostéomyélite et certaines infections de l'œil, des sinus nasaux et de la cavité pleurale.

Chaque fois qu'on trouvera des streptocoques, des staphylocoques et des pneumocoques directement accessibles, on peut employer la TYROTHRICINE en application locale, par irrigation, instillation et pansements humides.

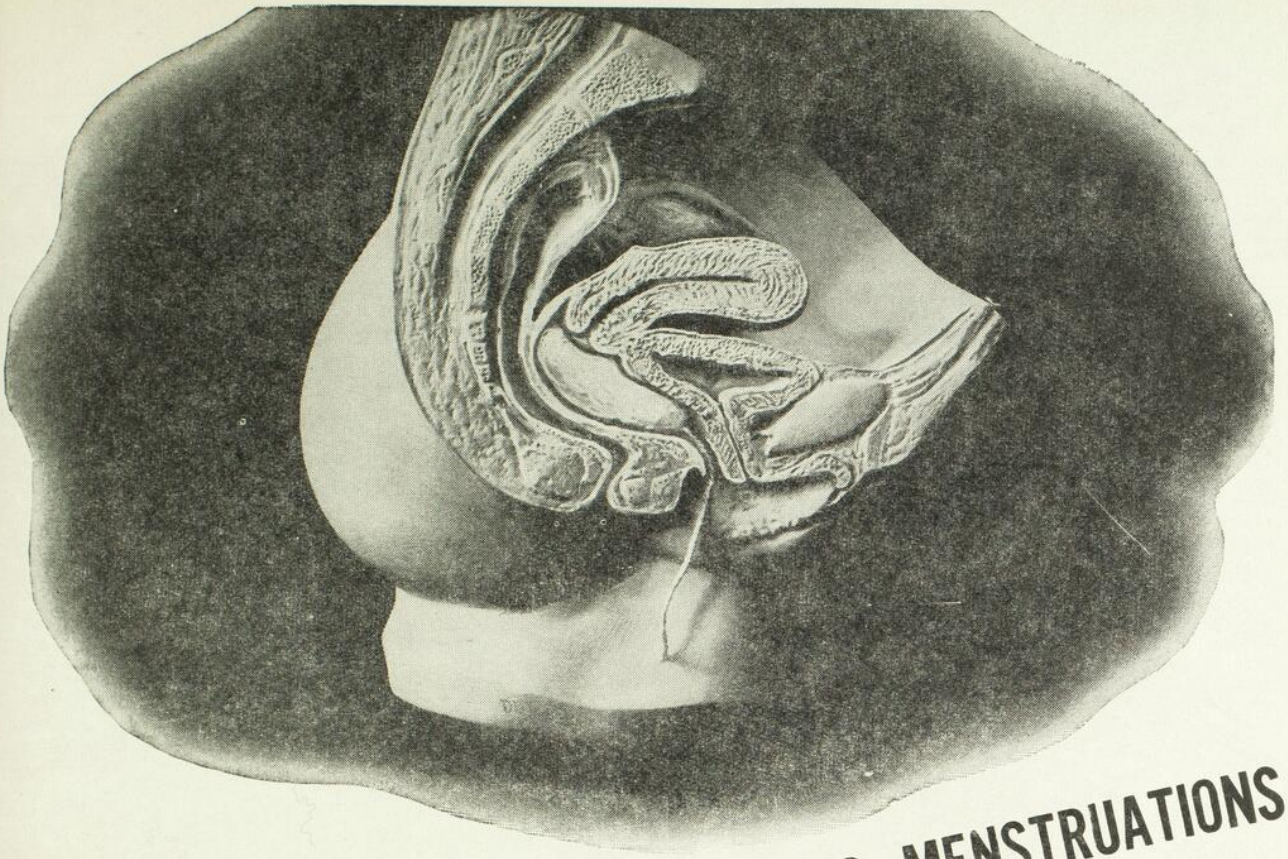
La « TYROTHRICIN, P. D. & CO. », est une des nombreuses préparations de Parke-Davis qui, par les services rendus à la profession médicale, ont créé un véritable symbole de haute valeur en thérapeutique — MEDICAMENTA VERA.



La « TYROTHRICIN, P. D. & Co. » est présentée en flacons de 10 c.c. et de 50 c.c. sous la forme d'une solution à 2% que l'on doit diluer avec de l'eau distillée stérile avant usage.

PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD. • WALKERVILLE, ONTARIO

MEDICAMENTA VERA — P D & CO.



AMÉLIORATION DU TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE DES MENSTRUATIONS

Pour des raisons *physiologiques* très judicieuses, les médecins recommandent de plus en plus l'usage du tampon TAMPAX comme protection menstruelle *interne*. Le bassin de la femme est constitué tout comme s'il était *destiné à garder un tampon en place*, de sorte que l'emploi de ce dernier est des plus confortables. En absorbant l'écoulement à sa source même, TAMPAX diminue les possibilités d'odeur désagréable, et de ce fait il contribue beaucoup à donner l'impression d'une propreté raffinée. Le tampon TAMPAX élimine la chaleur, la friction et la pression occasionnées par les serviettes externes sur le clitoris. Enfin, il diminue de beaucoup le danger d'étendre certaines infections du rectum au vagin*. TAMPAX est disponible sous trois degrés d'absorption: « Super », « Régulier » et « Junior » pour répondre aux besoins particuliers de chaque femme. Le coupon ci-dessous est à votre disposition pour votre demande d'échantillons.

Dessin préparé sous la direction de Robert L. Dickinson, M.D.

* Dickinson, R. L.: J. A. M. A., 128: 490, 16 juin 1945.

TAMPAX

POUR UNE MEILLEURE PROTECTION MENSTRUELLE

PUBLICITÉ ACCEPTÉE PAR « THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION »

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.
BRAMPTON, ONT.

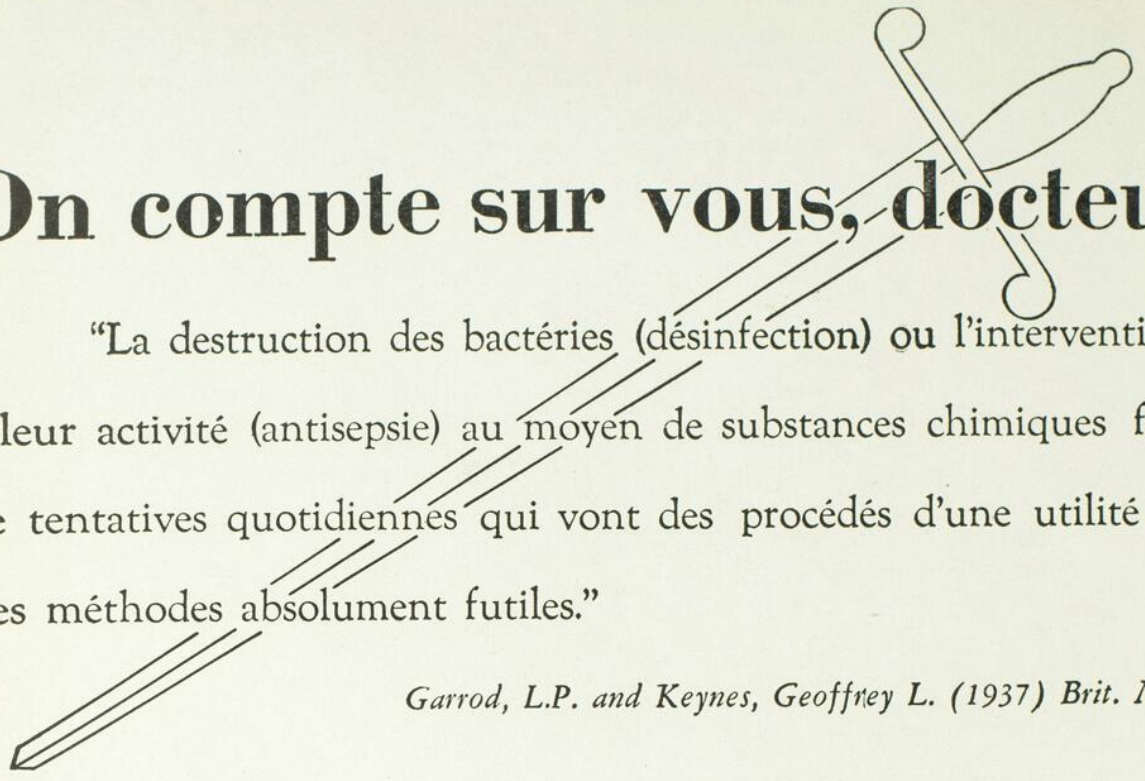
Auriez-vous l'obligeance de m'envoyer des échantillons de Tampax sous les trois degrés d'absorption — ainsi que de la littérature?

Nom .....
(lettres moulées)

Adresse .....

Ville ..... **Prov.** .....

P7-4



On compte sur vous, docteur . . .

"La destruction des bactéries (désinfection) ou l'intervention opposée à leur activité (antisepsie) au moyen de substances chimiques font le sujet de tentatives quotidiennes qui vont des procédés d'une utilité éprouvée à des méthodes absolument futiles."

Garrod, L.P. and Keynes, Geoffrey L. (1937) Brit. Med. J. 2, 1233.

SI DIRECT que semble cet avertissement adressé à la profession médicale elle-même, combien plus encore le profane — l'homme de la rue — a-t-il besoin de conseils!

TOUS LES AGENTS ANTIBACTERIENS — qu'il s'agisse de traitement curatif ou préventif — doivent être choisis avec un certain discernement. Le choix d'une substance biotique ou chimico-thérapeutique pour combattre une infection déclarée dépend de votre conpétence. Mais le choix d'un antiseptique pour usage préventif à la maison dépend évidemment des avis que vous donnerez.

POUR USAGE GENERAL entre des mains inexpertes, il est manifeste qu'il faut préférer l'agent le moins sélectif.

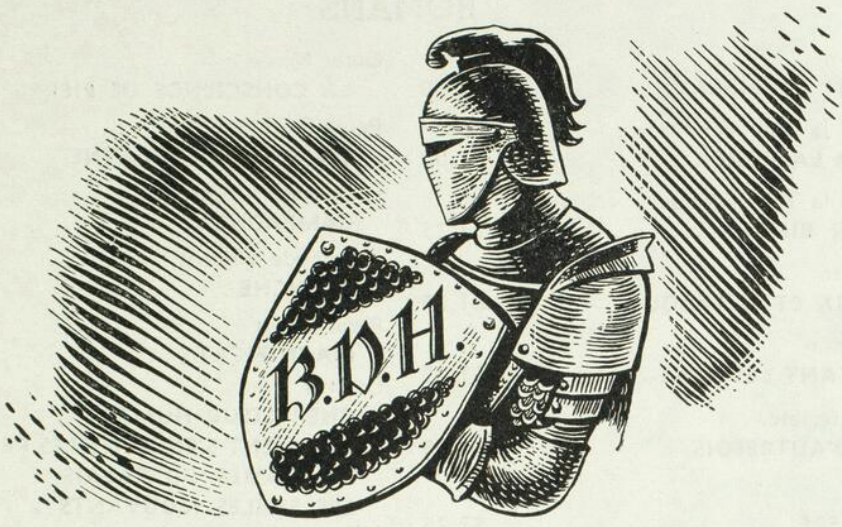
MAINTENANT, un des nombreux avantages de 'Dettol', c'est d'être rapidement mortel à toute une diversité d'organismes pathogéniques ordinaires; au streptocoque hémolytique, au streptocoque pyogène, au staphylocoque doré, au colibacille, au bacille typhique et à des agents de contamination des plaies comme le *Bacillus proteus* et le *Ps-pyocyanea.* Et, à cause de cette faible sélectivité, 'Dettol' n'est pas toxique, mais hautement bactéricide en présence de sang, de pus et d'autres débris provenant des plaies. Son odeur est plaisante, il ne laisse de taches ni sur le linge ni sur la peau.

SON POUVOIR GERMICIDE ELEVE, sa sécurité et sa présentation plaisante ont gagné à 'Dettol' la préférence de toutes les grandes maternités du Canada. La valeur d'un tel antiseptique dépourvu de toxicité pour servir à tout hasard à la maison (là où il peut y avoir de jeunes enfants) n'a pas à être démontrée.

LA POMMADE OBSTETRICALE 'DETTOL' est une préparation à 30% de 'Dettol' dans un véhicule approprié, juste la bonne concentration pour usage immédiat en obstétrique. Appliquée sur la peau de la patiente et sur les gants de l'opérateur, elle forme pendant plus de deux heures une barrière sûre contre la réinfection par le streptocoque hémolytique.

RECKITT & COLMAN (CANADA) LIMITED, DIVISION PHARMACEUTIQUE, MONTREAL M14F

CETTE "ONCE DE PROTECTION"...



COMPLÉMENT NUTRITIF B.D.H.

VITAMINES
chaque capsule contient:

Vitamine A.....1,500 U.I.
Pro-vitamine A
(Beta-carotène).....1,500 U.I.
Vitamine D..... 600 U.I.
Chlorhydrate de thiamine
(Vitamine B_1)..... 1.2 mg.
Riboflavine
(Vitamine B_2)..... 1.0 mg.
Amide d'acide nicotinique..10.0 mg.
Acide ascorbique
(Vitamine C).....25.0 mg.

SELS MINÉRAUX
chaque comprimé contient:

Sulfate ferreux B.P.
desséché.....2.0 grains
Phosphate de calcium
B.P.....2.0 grains

Pour préserver le chlorhydrate de thiamine de l'action destructrice des sels de fer, le Supplément Nutritif B.D.H. est présenté sous deux formes: les vitamines en capsules et les sels minéraux en comprimés.

● Le « régime mixte ordinaire » ne fournit pas toujours l'apport suffisant d'aliments « protecteurs ». La santé et le bien-être peuvent être efficacement sauvegardés par l'administration quotidienne du Complément Nutritif B.D.H.

VITAMINES EN CAPSULES
SELS MINÉRAUX EN COMPRIMÉS

Une capsule et un comprimé constituent une seule dose

Présentation: en boîtes contenant un flacon de 100 capsules et un flacon de 100 comprimés.

THE BRITISH DRUG HOUSES
(CANADA) LIMITED
Toronto Canada

71A

EDITIONS BEAUCHEMIN

(Extrait du catalogue)

ROMANS

Angus Graham
NAPOLÉON TREMBLAY $1.50

Geneviève de la Tour Fondue
RETOUR À LA VIGIE $1.00

Geneviève de la Tour Fondue
MONSIEUR BIGRAS $1.25

Louis Fréchette
ORIGINAUX ET DÉTRAQUÉS $1.25

Edmond Grignon
EN GUETTANT LES OURS $1.25

Louis Fréchette, etc.
CONTES D'AUTREFOIS $1.25

Léon Bloy
LE DÉSESPÉRÉ $1.25

Z.-B. Markevitch
STEPPES D'UKRAINE $1.00

Oscar Masse
LA CONSCIENCE DE PIERRE LAUBIER $0.75

Paule Régnier
L'ABBAYE D'ÉVOLAYNE $1.25

Raymonde Vincent
CAMPAGNE $1.25

Raymonde Vincent
BLANCHE $1.25

René Bazin
MAGNIFICAT $1.25

Colette Yver
CHER CŒUR HUMAIN $1.25
COMMENT S'EN VONT LES REINES . . $1.50
LES DAMES DU PALAIS $1.75
LES SABLES MOUVANTS $1.75
PRINCESSE DE SCIENCE $1.75
UN COIN DU VOILE $1.25
VOUS SEREZ COMME DES DIEUX . . $1.35

LITTÉRATURE

H. de Balzac
TRAITÉ DE LA VIE ÉLÉGANTE $1.25

Marie de Villers
RÉPONSE À DÉSESPOIR DE VIEILLE FILLE $0.75

Leon Chancerel
LES JEUX DRAMATIQUES $0.75

Rina Lasnier
MADONES CANADIENNES $3.50

Léo-Pol Morin
MUSIQUE $2.00

Guy Sylvestre
SONDAGES $1.00

Marius Barbeau
L'HOMME AUX TROIS FEMMES . . . $1.25

Marcel Dugas
UN ROMANTIQUE CANADIEN: LOUIS FRÉCHETTE $1.25

HISTOIRE

René Grousset
HISTOIRE DE LA CHINE $1.50

Jean Bruchesi
HISTOIRE DU CANADA POUR TOUS, 2 vol. $2.50

Léon Marchal
VILLE-MARIE. Les origines de Montréal $1.25

Abbé Charles Journet
VUES CHRÉTIENNES sur la POLITIQUE $1.00

Louis Rougier
LES ACCORDS PÉTAIN-CHURCHILL . $2.00

Henri de Kerillis
DE GAULLE DICTATEUR $2.00

Léon Marchal
DE PÉTAIN À LAVAL $1.50

Kenneth Pendar
LE DILEMME FRANCE-ÉTATS-UNIS . $2.50

Ernest Gagnon
LOUIS JOLLIET $2.00

Major Sévigny
FACE À L'ENNEMI $1.25

Major Poulin
696 HEURES D'ENFER avec le Royal 22e . $1.35

EN VENTE CHEZ TOUS LES LIBRAIRES

AMINO-VITOL contient les ingrédients indispensables à être administrés dans les déficiences protéiniques, les anémies symptomatiques, l'amaigrissement, et la perte d'appétit ainsi que durant les diètes sévères.

AMINO-VITOL, contenant 10% d'acides aminés, pourra être prescrit dans l'hypoprotéinémie. L'extrait de foie et le fer combattront la déglobulisation et les vitamines B stimuleront l'appétit et arrêteront l'amaigrissement.

AMINO-VITOL

CONTIENT PAR 100 C.C.:

Acides Aminés avec Tryptophane	10 grms
Extrait de foie	5.417 grms
Hémoglobine	1.296 grms
Glycérophosphate de soude	0.864 grms
Peptone	0.434 grms
Sérum frais de cheval	134 gouttes
Chlorure de thiamine "B_1" par c.c.	0.158 mgms
Riboflavine "B_2" par c.c.	0.062 mgms

POSOLOGIE
Deux cuillerées à thé, trois ou quatre fois par jour.

MONODIUM

VOMICIDE

TONISEDINE

VEINASE

HEMO-VITOL

Laboratoire

MAROIS

Montréal

OXYCHOLINE

TROUVE SON CHAMP D'ACTION DANS L'ENGORGEMENT DU FOIE, LA CHOLÉCYSTITE, LA LITHIASE ET LA CIRRHOSE BILIAIRES

Dans l'insuffisance hépatique, le déficit biliaire doit être compensé à cause de l'indigestion des gras. L'agent puissant qui servira à la transformation de ces derniers sera l'acide déoxycholique qui augmentera la sécrétion biliaire sans nuire à la vésicule. Il entre dans la proportion d'un cinquième dans la sécrétion quotidienne d'acide biliaire.

Nous joignons à son action celle de l'extrait de foie indiquée dans toutes les formes d'insuffisance hépatique légère secondaires aux infections et aux intoxications aiguës ou chroniques.

Ne devra pas être prescrit dans l'hépatite aiguë et l'obstruction complète des conduits.

POSOLOGIE: Un à deux comprimés deux ou trois **fois** par jour, après les repas.

Traitement Reparateur

- **Pour réconforter le malade**
- **Pour guérir l'inflammation**
- **Pour opérer la décongestion**

EMPLOYEZ

"Le Cataplasme-Plus"

NUMOTIZINE

Numotizine pourvoit aux effets analgésiques et antifébriles du gaiacol et du créosote qui sont rapidement absorbés de leur base de kaolin amélioré. Il est donc spécialement recommandé pour le soulagement d'une variété étendue de lésions inflammatoires: affections de la poitrine, furonculoses, abcès, foulures, contusions, gonflements de glandes.

En pots de 4, 8 et 30 onces.

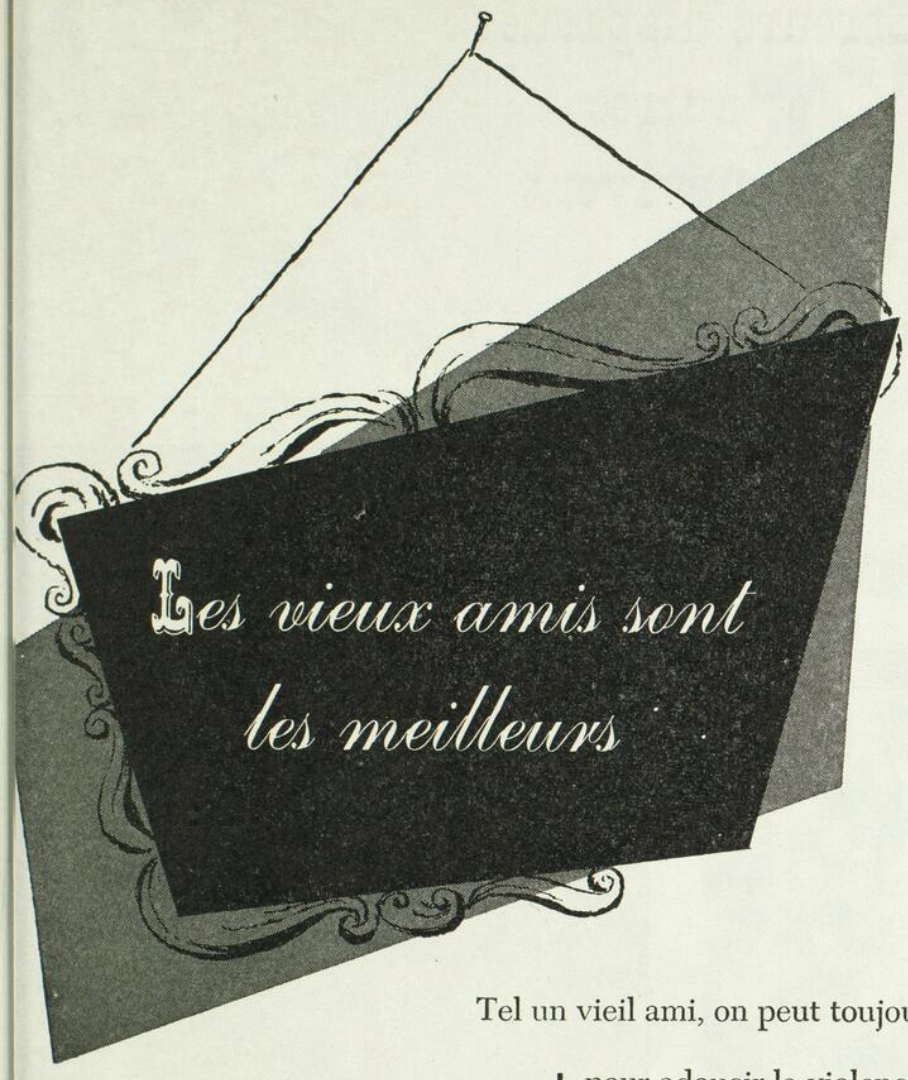
FORMULE

Gaiacol	2.6
Créosote de Hêtre	13.02
Salicylate de Méthyle	2.6
Formaline	2.6

C. P. Glycérine et Silicate d'Aluminium 1000 parts

NUMOTIZINE, INC.
900 NORTH FRANKLIN STREET CHICAGO, U. S. A.

Fabriqué au Canada et distribué par :
WINGATE CHEMICAL CO., LTD., 378 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.



Tel un vieil ami, on peut toujours se fier au Chéracol*

1. pour adoucir la violence de la toux sans l'abolir
2. pour détacher les mucosités visqueuses et adhérentes sans irritation ou gout désagréable
3. pour calmer localement et systématiquement.

Le Chéracol est agréable au goût et les malades l'acceptent volontiers. Il est savoureux, efficace et disponible. De une à trois cuillerées à café toutes les 2 à 4 heures préserve les forces du malade et lui assure le repos nécessaire.

Présentation: Bouteilles de 16, 80 et 160 onces fluides.

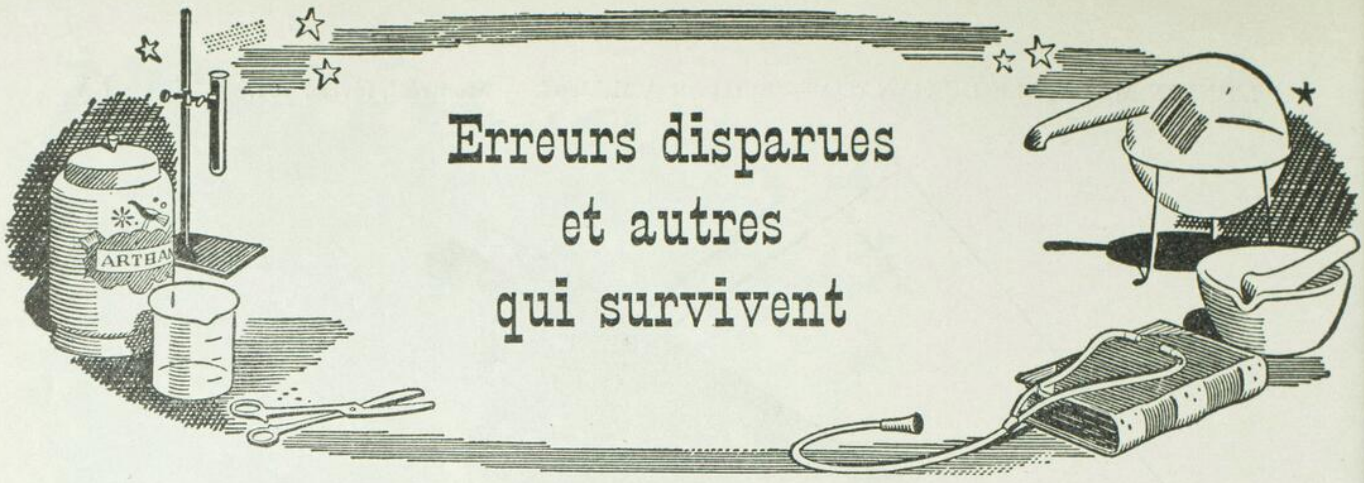
Chéracol

*Trademark

FABRICANTS DES MEILLEURS PRODUITS PHARMACEUTIQUES DEPUIS 1886

Upjohn
TORONTO, ONTARIO

384, RUE ADÉLAIDË, QUEST



Erreurs disparues et autres qui survivent

Un orgelet, suivant une croyance ancienne, devait être traité en le faisant lécher par un chien. Quand ce traitement était inefficace, le patient devait essayer de le frapper neuf fois avec la queue d'un matou, ou le frotter avec une alliance.

Encore très répandue parmi les gens de cette génération est la croyance qu'on devrait faire cuire les aliments en boîtes. Ceci, naturellement, est faux — car, au cours du procédé de mise en boîtes, les aliments sont bien cuits. Pour les servir, il suffit de les faire chauffer et de les assaisonner au goût.

CANCO

AMERICAN CAN COMPANY

MONTRÉAL • HAMILTON • TORONTO • VANCOUVER

AUCUN AUTRE RÉCIPIENT NE PROTÈGE COMME LA BOÎTE MÉTALLIQUE

OMNIVALENT
ATOXIQUE
INDOLORE

1 à 4 ampoules par jour

Lantol

Rhodium colloïdal électrique

adopté par
les hôpitaux
de Paris

GRIPPES INFECTIEUSES
BRONCHO-PNEUMONIES
ÉRYSIPÈLES
THYPHOÏDES
SEPTICÉMIES PUERPÉRALES
TOUTES HYPERTHERMIES

Laboratoires COUTURIEUX, 18 Avenue Hoche, PARIS

Agents pour le Canada: LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, rue Vallée, MONTRÉAL.

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS . INJECTIONS

MALADIES DÉGÉNÉRATIVES
LYMPHATISME - SCROFULE

Laboratoires ROBIN, 13, rue de Poissy, PARIS

AMPOULES 2 cmc

Glycérophosphate de Soude	0.05
Nucléinate de Soude . .	0.005
Méthylarsinate disodique .	0.01

Gms. par c.c. 1 ou 2 inj. par 24 hres.

GRANULÉ et COMPRIMÉS

Glycérophosphate de Ca. .	0.125
Glycérophosphate de Soude	0.0125
Nucléinate de Soude . .	0.0125
Méthylarsinate disodique .	0.01

Grammes par cuillerée-dose ou comprimé.

2 à 3 cuill. ou comprimés aux repas.

Agents pour le Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE**, 200, rue Vallée, **Montréal.**

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

(sans but lucratif)

Excipient huileux

"ARACOL"

Pour prolonger l'action de la PÉNICILLINE (et d'autres médicaments) en injection intramusculaire.

Le **Service des Antibiotes** de l'Institut de Microbiologie, cédant à la demande des praticiens, a mis au point et distribué le véhicule huileux ARACOL préparé suivant la formule de Cohn.

Effet de Prolongation.

Ce Service de l'Institut n'a pas cessé d'étudier les effets thérapeutiques obtenus à l'aide d'ARACOL, de produits similaires et de mélanges à base de cire d'abeille. Ces recherches expérimentales et cliniques démontrent et confirment la valeur d'ARACOL pour le prolongement de l'action antibiotique de la Pénicilline et des médicaments.

L'ARACOL

est:

COMMODE. Il suffit de fluidifier ARACOL à la chaleur de la main.
S'émulsionne instantanément si on observe scrupuleusement la technique recommandée.
S'injecte aisément sans danger de briser les seringues.
Une émulsion bien faite peut se conserver 24–48 heures à la glacière.

INDOLORE. L'addition d'un analgésique rend l'injection indolore.
Aracol se résorbe sans laisser de traces.

ÉCONOMIQUE. Économise le temps du médecin par la réduction du nombre d'injections journalières de Pénicilline — une ou deux injections par jour suffisent.
Coût négligeable et le plus bas de tous les excipients similaires.
Cette méthode diminue les frais et les inconvénients du traitement pour le patient.

IMPORTANT — Bien mesurer les quantités à la seringue:
1.4 cc. d'eau pour dissoudre la Pénicilline. 3.4 cc. d'Aracol liquéfié à douce chaleur.

•

FORMULE SUPÉRIEURE ET ÉPROUVÉE

•

Distributeurs:

MILLET, ROUX & CIE LIMITEE

1215, rue St-Denis – Montréal, 18

J. EDDÉ LIMITÉE

Édifice New Birks, **MONTRÉAL**

PRODUITS

récemment arrivés de France

TRÉPHONYL du Dr Roussel

Ampoules buvables.

Extrait de Foie frais embryonnaire. Sérum hémopoïétique.

Régénérateur de la cellule.

SALICYLNA

Comprimés dosés à 0 Gr. 50 de Salicylate de Soude chimiquement pur,

Toutes les indications du Salicylate.

EUTENSYL

Régulateur de l'hypertension.

BALSAMORHINOL

Huile balsamique, antiseptique et décongestionnante.
(Flacon avec bouchon instillateur)

GOUTTES I.A.M.

Iode, Arsenic et Manganèse.

Tonique puissant et d'effet rapide.

VULCASE

Comprimés.

Dépuratif soufré.

Toujours

MANCHES DE BISTOURIS B-P

SOUMIS À DES ÉPREUVES DE PRÉCISION

SOUS PLUSIEURS RAPPORTS les qualités essentiellement supérieures introduites dans chaque manche de bistouri Bard-Parker, sont aussi importantes pour le chirurgien que les qualités également supérieures des lames Rib-Back qui en font les meilleurs fils tranchants que l'on puisse obtenir.

Les manches B-P se distinguent pour leur durabilité. On vérifie méticuleusement leur poids, leur équilibre, leur fini, et, ce qui est très essentiel, leur capacité d'accomoder exactement et fermement chaque lame que l'on achètera pour être usée avec le manche, comme d'une seule pièce.

Les manches B-P peuvent se distinguer d'autres manches disponibles; leurs extrêmités distales sont effilées et taillées en biais en forme d'arc pointu, ce qui les rend pratiques et permet d'économiser du temps dans les dissections non tranchantes.

LES MANCHES SPÉCIAUX COMPRENNENT:

NOS. 3L ET 4L . . . Manches allongés pour être employés dans la chirurgie profonde.

NO. 3L, EN RELIEF . . . Manche allongé, en relief, pour être employé dans les hysterectomies.

NO. 9 . . . Petit manche, bien équilibré, spécialement adapté pour la chirurgie des yeux et la chirurgie plastique, et pour la pratique de la chirurgie mineure, en général.

Addressez-vous à votre Fournisseur **BARD-PARKER COMPANY, INC.,** Danbury, Connecticut

B-P

A BARD-PARKER PRODUCT

Darthronol

comme traitement de base plus efficace dans l'arthrite

CHAQUE CAPSULE CONTIENT :

Vitamine D	50,000 unités int.
Vitamine A	5,000 unités int.
Acide ascorbique	75 mg.
Chlorhydrate de thiamine	3 mg.
Riboflavine	2 mg.
Chlorhydrate de pyridoxine	0.3 mg.
Pantothénate de calcium	1 mg.
Niacinamide	15 mg.
Tocophérols naturels mixtes (alpha tocophérol)	3 mg.

DANS le traitement de l'arthrite et des troubles de l'organisme qui s'y rattachent, l'administration de toutes les vitamines essentielles doit se faire en quantités beaucoup plus grandes que celles nécessitées dans l'alimentation normale.

Le Darthronol offre — en une seule capsule — neuf vitamines en doses suffisamment élevées pour amener des résultats thérapeutiques des plus satisfaisants chez des malades atteints d'arthrite chronique.

Bibliographie complète sur demande.

J. B. ROERIG & CO. (Canada) Ltd. 256 CHILVER RD., WINDSOR, ONTARIO

Belle Chirurgie et moins "Ennuis D'aiguilles"

Les nouveaux Sutureurs Chirurgicaux Singer sont reconnus comme l'une des plus grandes innovations en fait d'instruments chirurgicaux servant aux temps successifs de la suture pendant l'acte opératoire. • Parmi leurs nombreux avantages, ces instruments...très perfectionnés et habilement réalisés...contribuent à éloigner l'une des principales sources de difficultés opératoires...le problème des aiguilles. Ces instruments, en outre, éliminent la stérilisation élaborée, l'enfilement de l'aiguille et l'agrafage, ce qui évite une perte de temps et des pas inutiles. Plus d'aiguilles décrochées, épointées ou de surfaces rugueuses. • Le Sutureur Chirurgical Singer renferme en un seul instrument, complet par lui-même, l'aiguille, le manche, le matériel à suturer et (avec quelques aiguilles) un tranchant à sectionner. On peut utiliser toute une série de 47 aiguilles, de grosseurs et de modèles variés, avec le Sutureur Singer; l'aiguille s'enclenche sûrement dans l'un des sept angles, selon les besoins. L'aiguille ne se décroche pas, même lorsqu'on la change de position. Tout matériel à suturer standard peut être employé avec cet instrument. • Diminuer les "ennuis d'aiguilles" n'est qu'un seul des nombreux avantages des Sutureurs Chirurgicaux Singer. Pour plus de détails, demandez la brochure illustrée

LE SUTUREUR CHIRURGICAL

SINGER

Vues cinématographiques très intéressantes en couleurs, au service de personnes en groupe.

SINGER SEWING MACHINE COMPANY
Division du Sutureur Chirurgical
700 ouest, rue Ste-Catherine, Montréal, Canada

Auriez-vous l'obligeance de m'envoyer gratuitement un exemplaire de votre brochure illustrée.

NOM_____

ADRESSE_____

VILLE_____ PROVINCE_____

Copyright Etats-Unis, 1946, par The Singer Manufacturing Company. Tous droits réservés pour tous pays.

LU-27

Comprimés S. P. L. 611

pour soulagement de la douleur

L'action analgésique, antipyrétique et antirhumatismale de cette formule scientifique est déjà acceptée par la profession médicale.

Les comprimés S.P.L. 611 peuvent être prescrits avec confiance dans les cas de maux de tête, rhumes de cerveau, influenza, la grippe, rhumatisme, fièvre rhumatismale, névralgie, myalgie, etc.

Présenté en flacons de 100 et 1000 comprimés.

•

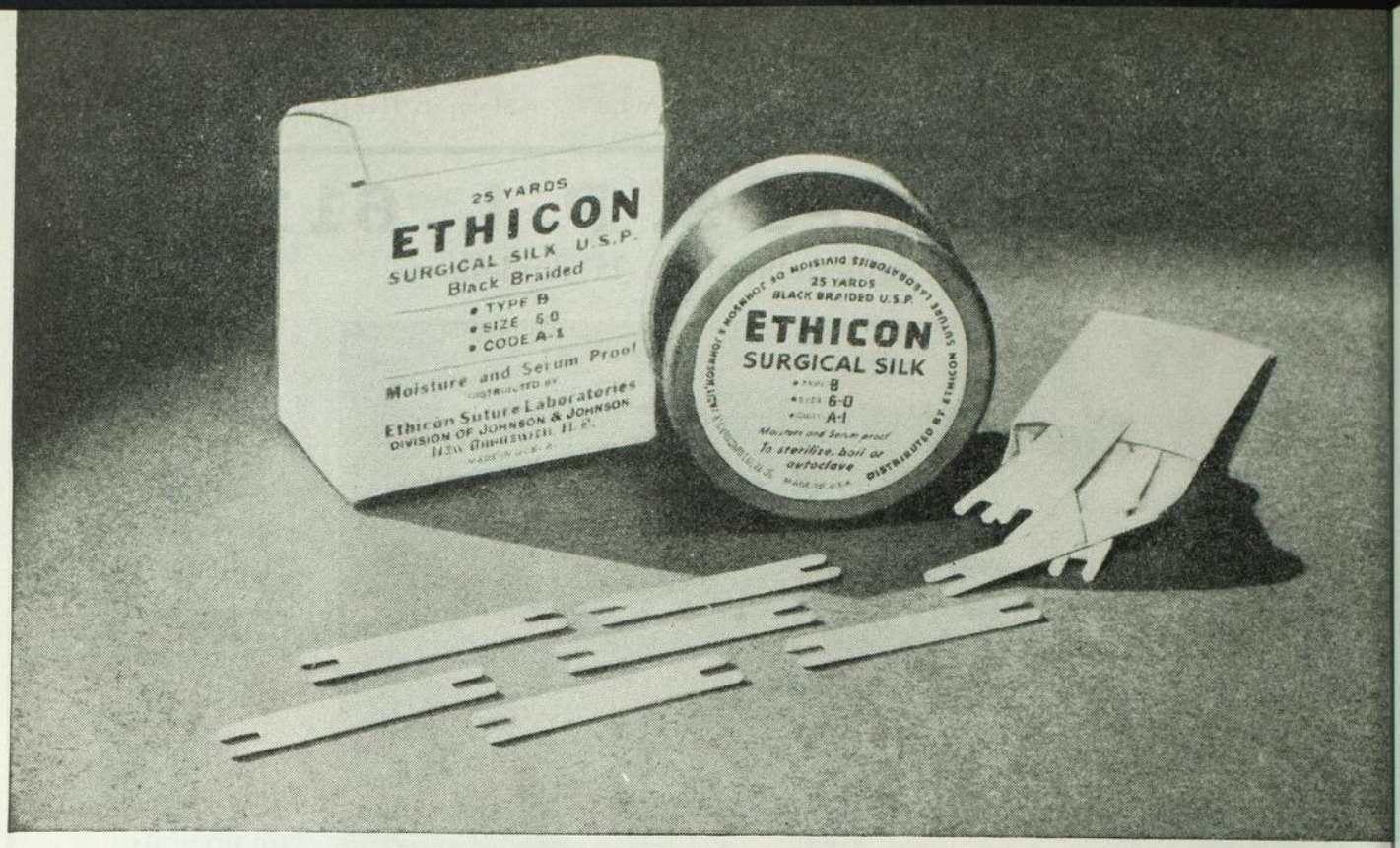
Littérature et échantillons sur demande.

•

SMALLWOOD PHARMACEUTICALS LIMITED

Biologistes — Pharmaciens — Chimistes

TORONTO CANADA ORANGEVILLE



MAINTENANT...

VOTRE HÔPITAL PEUT COMMANDER DE SOIE AVEC LES AUTRES SUTURES ETHIC

COMMODITÉ — Votre hôpital peut, par une seule et même commande, obtenir de la soie en même temps que des Sutures Ethicon.

SPÉCIAL — des rouleaux supplémentaires sont fournis avec chaque bobine de Soie Ethicon afin de faciliter la stérilisation. Enroulée lâche sur la bobine, la soie est prête à servir. Elle épargne du temps dans la salle d'opération.

QUALITÉ — *La soie Ethicon (soie noire tressée) solide* — elle est plus forte que ne le requier pharmacopée américaine. Elle n'est pas c laire, elle est à l'épreuve du sérum, elle n'est toxique et n'irrite pas. Elle n'adhère pas non aux tissus.

Onze grosseurs régulières, 6-0 à 5 en bobines d verges.

SOIE

ETHICON *Sutures*

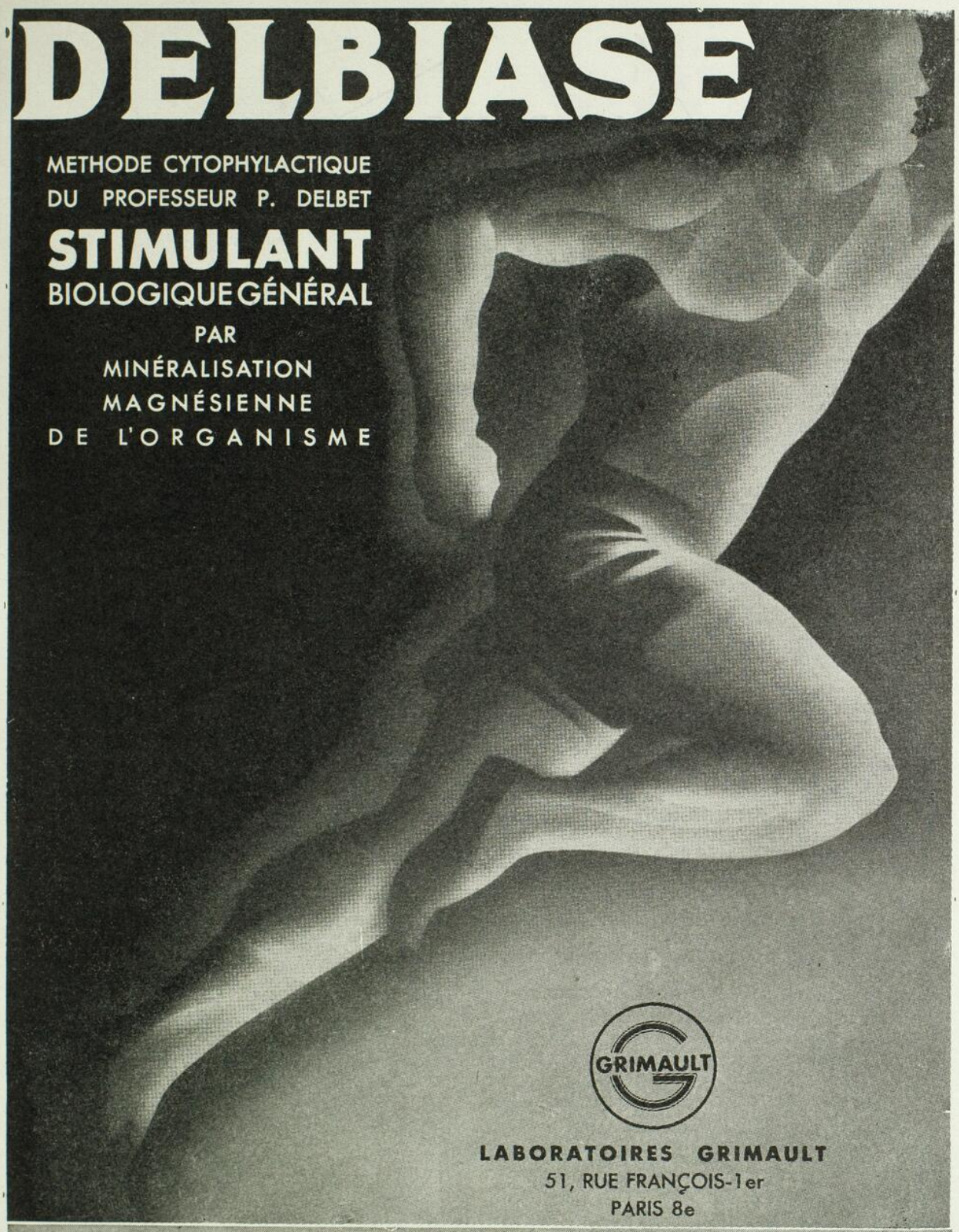
DIVISION DE SUTURES

Johnson & Johnson

DELBIASE

METHODE CYTOPHYLACTIQUE
DU PROFESSEUR P. DELBET

STIMULANT
BIOLOGIQUE GÉNÉRAL
PAR
MINÉRALISATION
MAGNÉSIENNE
DE L'ORGANISME



GRIMAULT

LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-1er
PARIS 8e

SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE
INCORPORÉE
680 OUEST, RUE SHERBROOKE, MONTRÉAL

AU POINT DE VUE CLINIQUE ----

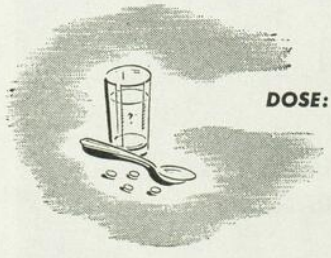
Le Lait de Magnésie Phillips'

peut être prescrit dans les cas ou une douce action laxative et antiacide gastrique est indiquée telle que:

CONSTIPATION	**RHUMES**
ULCÈRES	**HYPERACIDITÉ**

Comme laxatif: agit doucement sans occasionner de besoins pressants et embarrassants.

Comme antiacide: Ne contient aucun carbonate, donc aucun gonflement incommode. Assure un soulagement efficace.



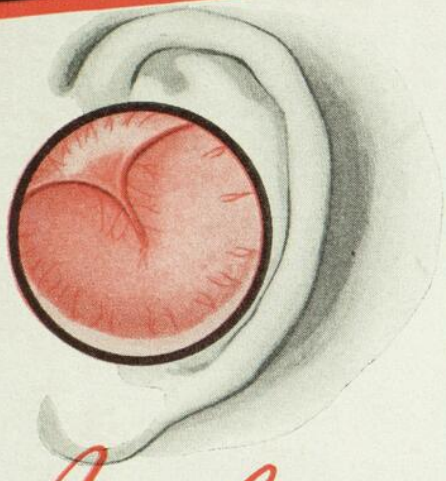
DOSE: **Laxatif:** 2 à 4 cuillerées à soupe
Antiacide: 1 à 4 cuillerées à thé, ou 1 à 4 comprimés
Avis: Employez-le tel que prescrit seulement.

EMPAQUETAGES
Liquide
Bouteilles de 4 onces
Bouteilles de 12 onces
Bouteilles de 26 onces
Comprimés
Boîte de 30
Flacons de 75
Flacons de 100

Le Lait de Magnésie Phillips'
est préparé exclusivement par

THE CHAS. H. PHILLIPS CO. DIVISION
of Sterling Drug Inc. • 1019 ELLIOTT STREET, WEST • WINDSOR, ONTARIO

Médicaments de Choix
CONTRE CERTAINES AFFECTIONS SPÉCIFIQUES



Auralgan

contre l'OTITE MOYENNE AIGUË

Symptômes:

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

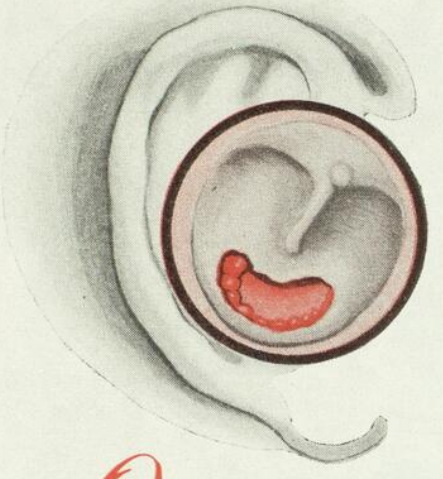
Traitement:

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

Effets:

Régression de la congestion, analgésie, bactériostase.

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



Otosmosan

contre l'OTITE MOYENNE SUPPURANTE CHRONIQUE

Symptômes:

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

Traitement:

Otosmosan.

Formule:

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

Effets:

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

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

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.

Montréal • New-York 13 • Londres

Itinéraire retardé - 1909

Il est consolant de constater que, de nos jours, votre programme chargé n'est pas affecté par ce genre de retard.

Cependant, bien que les temps soient changés, certains sentiments restent les mêmes — par exemple l'attachement au Savon Ivory. Depuis près de soixante ans, le Savon Ivory a été reconnu par nombre de médecins comme le prototype de pureté et de douceur pour un savon. C'est pourquoi ils le recommandent sans hésitation.

Aujourd'hui, naturellement, Ivory est un savon encore meilleur qu'il ne l'était à la fin du siècle dernier. Maintenant 216 épreuves pratiquées au cours de sa fabrication assurent le contrôle de sa qualité. Vous pouvez être assuré que le Savon Ivory est aussi pur que le plus beau Castille. En outre, les expériences qui se poursuivent dans les grands laboratoires de Procter & Gamble constituent un double contrôle pour la douceur du Savon Ivory.

Voilà pourquoi, depuis des générations, tant de médecins ont répété aux mères cette recommandation: « Pour le bain du bébé, employez un savon pur et doux comme Ivory. »

FABRIQUÉ AU CANADA

99 44/100 % Pur - - - Il flotte

PÉNICILLINE CRISTALLINE — CONNAUGHT

Les recherches effectuées dans les Connaught Medical Research Laboratories permettent d'offrir maintenant à la profession médicale canadienne une pénicilline hautement purifiée sous forme cristalline.

AVANTAGES

GRANDE PURETÉ — Ce produit est présenté sous forme de poudre cristalline blanche.

MINIMUM DE DOULEUR OU DE RÉACTION LOCALE. — En raison de sa très grande pureté, la douleur consécutive à l'injection ou les réactions locales sont extrêmement rares.

STABLE À LA TEMPÉRATURE DE LA PIÈCE — La pénicilline cristalline est stable à la chaleur et, sous forme sèche, on peut la garder à la température de la pièce pour une période d'au moins trois ans. Aucune réfrigération n'est nécessaire, excepté lorsque la substance est en solution.

PHOTOMICROGRAPHIE
DE CRISTAUX DE PÉNICILLINE

PRÉSENTATION

On peut se procurer la pénicilline cristalline aux laboratoires en quantités de 100,000, 200,000, 300,000 et 500,000 unités internationales, en fioles scellées par un bouchon en caoutchouc.

CONNAUGHT MEDICAL RESEARCH LABORATORIES
University of Toronto **Toronto 4, Canada**

Il faut plus de temps et d'effort pour faire quelque chose de *mieux*. Les comprimés de véritable "Aspirin" sont soumis à soixante-dix vérifications et essais différents pour en garantir la qualité, la pureté, l'uniformité et la désagrégation rapide.

"ASPIRIN"

sédatif - antispasmodique

ACTION TRIPLE Le Syntronal 'Roche' exerce une action inhibitrice sur les terminaisons nerveuses parasympathiques, abaisse le tonus des fibres musculaires lisses et calme la tension nerveuse et l'angoisse qui accompagnent généralement les états spasmodiques.

Le Syntronal 'Roche est le médicament de choix dans les spasmes de l'appareil digestif et des voies urinaires et dans la dysménorrhée spasmodique. Le Syntronal est présenté en dragées contenant chacune 50 mgm. de Syntropan (phosphate de l'ester 3-diéthylamine-2, 2-diméthylpropylique de l'acide tropique) et 15 mgm. de phénobarbital. Echantillons à la disposition de MM. les médecins.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

SYNTRONAL

'Roche'

Flacons de 30 et 100 dragées

Écrémé à 50%
irradié...
concentré

...Ce lait est de digestion plus facile pour les nourrissons.

ON constate tellement de troubles digestifs chez les poupons, à cause d'un lait trop riche, que de nombreux pédiatres favorisent l'usage du lait écrémé partiellement comme base des formules.

Jusqu'à ces derniers temps, il était impossible de conjuguer les avantages d'un lait concentré et d'un lait écrémé, partiellement.

Pourtant aujourd'hui, grâce au développement du Lait "Farmer's Wife", on réunit ces deux avantages dans un seul produit dont la popularité croissante s'explique bien.

Le lait "Farmer's Wife" est du lait de vaches, spécialement choisies, recueilli dans une région que n'inquiète pas la tuberculose, et dont on a partiellement retiré le gras de beurre. Il est ensuite évaporé, pour obtenir une double concentration, homogénéisé, irradié et stérilisé. Dilué avec une égale partie d'eau, il donne un lait écrémé à 50% (2% de gras).

Le lait "Farmer's Wife" a une teneur en Vitamine "D" de 400 Unités Internationales par pinte reconvertie (moitié "Farmer's Wife" — moitié eau).

La composition du lait "Farmer's Wife" est standardisée et donc uniforme. C'est décidément un avantage, car il n'est pas commode d'écrémer partiellement le lait à la maison et de le rendre uniforme, puisque la proportion de gras de beurre, dans le lait liquide, varie de 3% à plus de 6%.

Le lait "Farmer's Wife" est toujours propre et stérile.

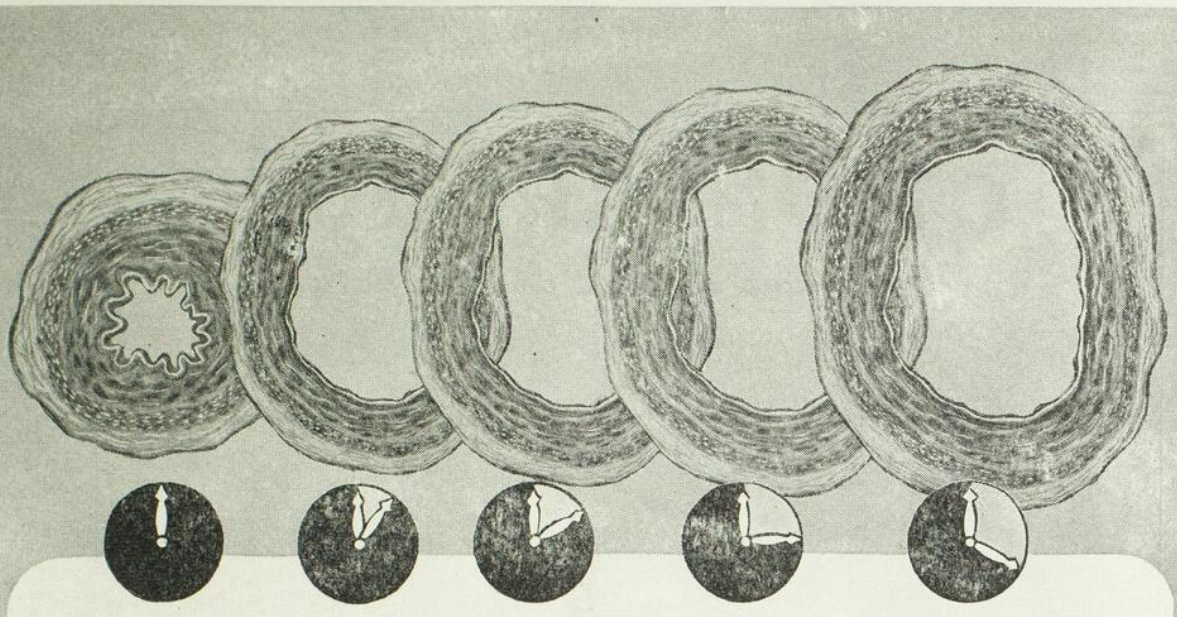
Pour ajouter à sa digestibilité déjà assurée par la faible proportion de gras, le surchauffage, durant l'évaporation et la stérilisation, tend à le rendre encore plus digestible.

•

Même si, à l'heure actuelle, à cause de règlements du Gouvernement, la distribution du lait "Farmer's Wife" ne se fait pas dans toutes les parties du Canada, on s'attend à ce que — une fois toutes les restrictions levées — il soit à la portée de toute la population du Dominion.

COW & GATE (CANADA) LIMITED

GANANOQUE, ONTARIO



NITRANITOL

Son action vaso-dilatatrice est lente, sûre et prolongée — en comparaison de l'action éphémère des nitrites qui provoquent, dans la tension artérielle, des fluctuations subites pouvant endommager les artères. De plus, le Nitranitol peut être pris pendant des périodes prolongées sans provoquer de manifestations toxiques. Il ne cause pas de nausée. Les maux de tête sont rares et l'on peut habituellement les supprimer en réduisant temporairement la dose.

INDICATIONS

Le Nitranitol est indiqué dans les cas d'hypertension artérielle idiopathique, pour le soulagement de symptômes tels que le mal de tête, le vertige, la palpitation, la dyspnée, l'engourdissement et l'arythmie. Bien qu'il agisse d'une façon trop graduelle pour être utile dans le paroxysme aigu de l'angine de poitrine, l'effet soutenu que ce médicament produit est précieux pour aider à prévenir les attaques, spécialement les attaques nocturnes.

DOSE

Il faut ajuster, autant que possible, la dose de Nitranitol aux besoins de chaque patient en particulier. Là où la tension systolique dépasse 200, il faut donner au moins deux comprimés quatre fois par jour. Dans les autres cas, la dose habituellement efficace est de un à deux comprimés toutes les quatre à six heures. Chaque Comprimé de Nitranitrol (bisséqué pour être coupé en deux) contient ½ grain d'hexanitrate de mannitol.

NITRANITOL AVEC PHÉNOBARBITAL

Pour les cas d'hypertension où des facteurs étiologiques psychogéniques sont en évidence, il y a un comprimé contenant ½ grain d'hexanitrate de mannitol et ¼ grain de phénobarbital.

Les Comprimés de Nitranitol et les Comprimés de Nitranitol avec Phénobarbital sont tous deux vendus dans les pharmacies d'ordonnances, en flacons de 100 et de 1000.

« Nitranitol » est une Marque Déposée de The Wm. S. Merrell Company.

MERRELL
1828

THE WM. S. MERRELL COMPANY · CINCINNATI, E. U. A.
DÉPÔT CANADIEN: 1705 ST. CLAIR AVE. W., TORONTO 9, ONT.

ACTION GRADUÉE

conforme aux besoins de vos patients

LÉNITIF

LAXATIF

PURGATIF

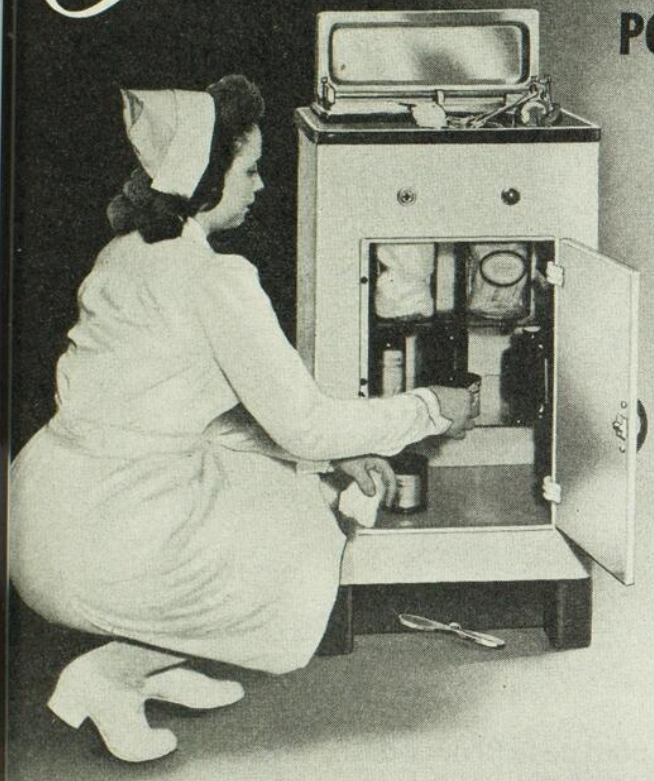
Un produit de

BRISTOL-MYERS Company of Canada, Ltd., 3035 F, rue Saint-Antoine, Montréal, Canada.

Comparez

l'état avancé du fonctionnement automatique des

STERILISATEURS "AMERICAN" POUR LES PETITS INSTRUMENTS



Appliqué à ces stérilisateurs supérieurs pour le cabinet privé du médecin, le terme "automatique" comprend tout. Il signifie non seulement contrôle automatique de température pendant le fonctionnement intermittent; il inclut la sûreté PERMANENTE au moyen de l'interruption due au bas niveau d'eau . . . sûreté automatique qui garantie contre les risques de "brulûre" et qui protège en même temps les instruments et le stérilisateur.

Si on le laisse fonctionner seul, sans que personne le surveille, comme par exemple, pendant une visite urgente ou en un jour férié ou fin de semaine, il n'en résulte aucun dommage pour les instruments ni le stérilisateur. Quand l'interruption est due au bas niveau d'eau, le fonctionnement peut être renouvelé en remplissant le dépôt d'eau et en établissant le courant électrique manuellement. Parmi les milliers d'appareils en usage on n'a pas rapporté un seul cas de "brulûre".

NOUS OFFRONS MAINTENANT

Des modèles portatifs et de cabinet, de 35 cm. et 40 cm. Il y a une selection de modèles de cabinet, bellement achevés, sujets à leur disponibilité.

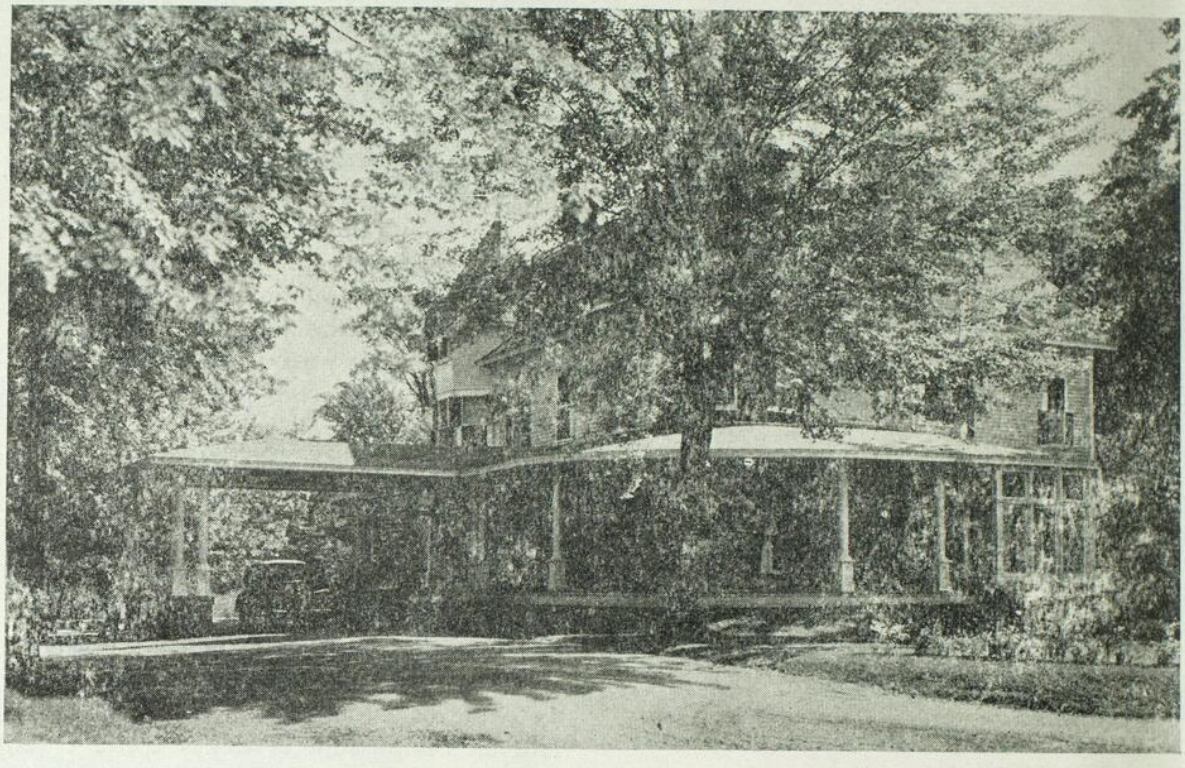
COMMANDEZ AUJOURD'HUI ou demandez-nous les brochures descriptives.

AMERICAN STERILIZER COMPANY

Erie, Pennsylvania

DESIGNERS AND MANUFACTURERS OF SURGICAL STERILIZERS, TABLES AND LIGHTS

SANATORIUM PRÉVOST



Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Grand parc boisé de 600,000 pieds carrés. Tennis et jeux. Chambres confortables. — Cuisine soignée.

ÉTABLISSEMENT CONSACRÉ
AU **TRAITEMENT INDIVIDUEL**
DES AFFECTIONS DU SYSTÈME
NERVEUX

par deux médecins spécialistes et un personnel hospitalier de grande expérience. - Cures de repos. - Régimes. - Physiothérapie. - Traitements spéciaux des toxicomanies. - Pyrétothérapie. - Electro-chocs.

•

Direction médicale confiée aux docteurs Jean Saucier et Roma Amyot, professeurs agrégés de neurologie à l'Université de Montréal et spécialistes agréés par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

•

4455 ouest, Boulevard Gouin **Téléphone: BYwater 2405**

SEULS les Aliments Libby's pour Bébés sont HOMOGENEISES

L'Homogénéisation accélère la digestion des fécules

Lorsque des purées ordinaires pour bébés furent comparées avec les aliments Libby's passés au tamis et Homogénéisés, les expériences démontrèrent que presque toutes les fécules renfermées dans les purées de légumes étaient toujours intactes dans les cellules végétales et qu'il fallait de deux à quatre heures pour digérer ces fécules. D'autre part, aucune cellule intacte ne fut retrouvée dans les légumes Homogénéisés Libby's. Toute la fécule se trouvait en dehors des cellules et la digestion se faisait en moins d'une heure. Ces résultats indiquent clairement que l'Homogénéisation des aliments pour bébés rend ceux-ci plus digestibles, même par l'appareil digestif, délicat d'un jeune bébé — ils sont bien tolérés dès la sixième semaine. L'homogénéisation rehausse aussi la valeur nutritive des aliments, car elle augmente l'assimilation des éléments nutritifs qui y sont contenus. Ces deux conclusions ont été observées au cours d'épreuves cliniques. Ces avantages nutritifs évidents sont l'apanage exclusif des Aliments Libby's pour Bébés parce que seuls les aliments Libby's sont Homogénéisés.

ÉCRIVEZ POUR RECEVOIR LE RAPPORT DU Dr KILLIAN SUR L'ALIMENTATION INFANTILE

Une série de bulletins préparés par le Dr Killian, discutant et résumant les études de laboratoire et de clinique sur l'alimentation infantile est à la disposition des pédiatres et des médecins. S'adresser à Libby's, Chatham, Ontario.

LE PROCÉDÉ D'HOMOGÉNÉISATION DE LIBBY'S

1. Ouvre les parois cellulaires, libère la nourriture et la disperse d'une façon homogène.
2. Pulvérise les cellules indigestes et les fibres coriaces.
3. Expose la nourriture à l'action des sucs digestifs sur une surface considérablement accrue, facilitant ainsi la digestion.
4. Augmente la disponibilité de la nourriture, facilitant ainsi son utilisation.
5. Rend la cellulose mécaniquement douce, sans nuire à l'effet physiologique de la masse sur la motilité intestinale.

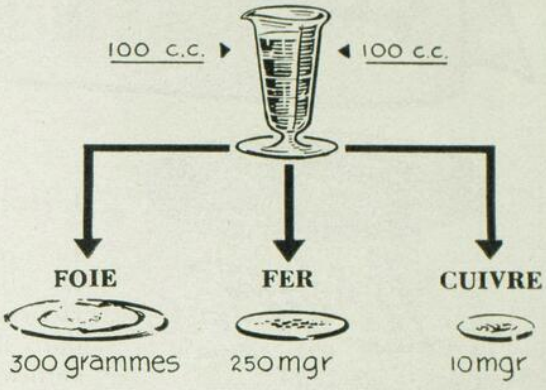
Libby's HOMOGENIZED (EXTRACELLULAR) BABY FOODS

BFM 10-46

LIBBY, McNEILL AND LIBBY OF CANADA, LIMITED, CHATHAM, ONTARIO

HEMOGENE

. . . contient tous les facteurs importants concourant à la formation du sang:



Anémie secondaire

. . . Il est indiqué dans tous les cas où est déréglé le mécanisme hématopoïétique:

Grossesse, Lactation, Etats Hémorragipares, Convalescence, Régimes Restrictifs et Dons de Sang.

. . . Seul le foie, pris régulièrement, en association avec le fer- et le cuivre comme catalyseur - préviendra la naissance et entravera le développement de l'anémie secondaire.

LABORATOIRES Lafayette LTÉE

1410, rue Wolfe, Montréal

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . COQUELUCHE . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes — Ne cause ni intolérance ni complication.

•

Littérature sur demande

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

FAlkirk 3537

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: 4156, rue Adam. 1926, rue Plessis.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

3 façons d'introduire la substance nutritive des tomates dans l'alimentation infantile

Dès l'âge de 2 semaines . . .

Le jus de tomates tamisées Aylmer peut être donné pour fournir la vitamine C. On peut diluer 1 cuillerée à thé de jus de tomates tamisées Aylmer dans 1 cuillerée à soupe d'eau bouillie. On augmente graduellement la quantité jusqu'à ce que le bébé absorbe 2 onces de jus de tomates dans 2 onces d'eau par jour.

Dès l'âge de 3½ mois . . .

On peut donner au bébé la soupe aux tomates tamisées Aylmer. Pour les premiers repas la soupe doit être bien diluée, lorsque le bébé avance en âge la dilution sera diminuée.

Dès l'âge de 4½ à 5 mois . . .

Au début, les tomates tamisées Aylmer avec farine peuvent être données diluées à la consistance d'une soupe. C'est une façon particulièrement avantageuse de servir des tomates quand l'enfant commence à manger seul.

Tous les aliments tamisés Aylmer pour bébés sont cuits dans des boîtes stérilisées et hermétiquement fermées pour en assurer la pureté . . . et garantir la conservation des vitamines et des sels minéraux.

Plus de 20 variétés
SOUPES, LÉGUMES, FRUITS, COSSETARDES DE FRUITS.

ALIMENTS TAMISÉS POUR BÉBÉS

AYLMER

Pour échantillons:
Ecrivez à Canadian Canners Ltd., Hamilton.

CHACUN LE DIT:

"Aylmer est vraiment sûr de ses tomates"

Les futurs citoyens du Canada méritent la qualité AYLMER

Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY Limited, Montréal et Toronto.

UN MÉLANGE LACTÉ
de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de Maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de Maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

The CANADA STARCH CO., Ltd., Montréal

Veuillez m'envoyer
- ☐ CALCULATEUR
- ☐ Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- ☐ TABLETTES DE FORMULES
- ☐ La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- ☐ La brochure: "DEXTROSOL"

Nom .....

Adresse .....

.....

SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de Maïs . . . un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants ... des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

Toujours le même but:

RÉDUIRE LE TAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Par la Qualité de nos Produits

J. J. Joubert LIMITÉE

Vos Plus Nouveaux Patients Apprécient la Saveur. la Couleur et la Consistance des Aliments

PRESCRIVEZ AUX BÉBÉS LES ALIMENTS HEINZ POUR LEUR FAIRE PLAISIR

Personne ne connaît mieux qu'un médecin l'importance qu'il y a à faire prendre à bébé des aliments savoureux, de couleur invitante et de bonne consistance. Les Aliments Heinz pour Bébés occupent une place enviable, à ces trois points de vue. Et ils sont soutenus par l'une des plus anciennes et des plus belles traditions de qualité qui existent dans l'industrie des produits alimentaires.

ALIMENTS HEINZ POUR BÉBÉS

U GUIDE POUR UNE MEILLEURE ALIMENTATION et d'autres données scientifiques sur les Purées sont maintenant disponibles en

KLIM simplifie l'alimentation infantile

Les formules pour bébés peuvent facilement être préparées pour répondre aux exigences de l'alimentation infantile, en ajoutant de l'eau pure et des hydrates de carbone au Klim.

Klim est du lait complet en poudre provenant des vaches les plus saines qui soient. Seule l'eau en a été retirée. Et ses avantages simplifient tant de problèmes.

Beaucoup de médecins simulent des formules de lait frais en redonnant au Klim sa force normale. Quand l'eau y est remise, la solution contient les mêmes éléments constituants que le lait liquide de la meilleure qualité.

Cependant, Klim est plus facile à digérer, pour les bébés, que le lait qui n'a pas été pulvérisé. Ceci est le résultat du procédé de pulvérisation qui réduit considérablement la dimension des grosses gouttes de matières grasses du lait de vache ordinaire.

Klim est présenté en boîtes hermétiques. Etant sous forme de poudre, il n'a pas besoin de réfrigération. Et il est idéal pour le bébé qui voyage ou qui est loin de chez lui. Il se liquéfie rapidement et peut être donné au bébé immédiatement.

Pour renseignements professionnels et tableaux de dosage, veuillez vous adresser à The Borden Company, Limited, Spadina Crescent, Toronto 4, Ontario.

KLIM

Préféré dans le monde entier

Ces produits

Dès le début, le savon, l'huile et la poudre Baby's Own étaient des produits **vraiment doux** destinés à la peau sensible des bébés.

sont faits spécialement

Les produits Baby's Own ne contiennent que des ingrédients purs, soumis à des épreuves minutieuses. Ils sont le résultat de 75 années d'expérience et d'épreuves scientifiques.

pour la peau des bébés

Vous pouvez, en toute sûreté, recommander ces produits extra-purs et extra-doux. Ils méritent votre entière confiance.

LES PRODUITS BABY'S OWN
savon·huile·poudre
POUR LA TOILETTE DES BÉBÉS

THE J. B. WILLIAMS CO (CANADA) LIMITED
La Salle, Montréal

Même les seins les plus lourds sont parfaitement soutenus par un

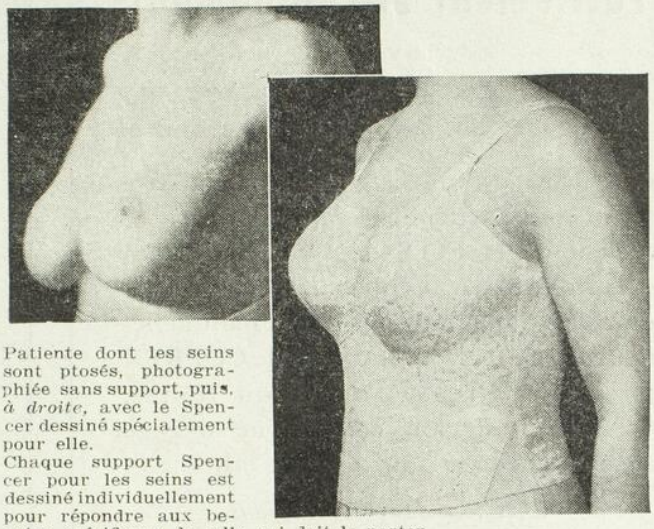
Support Spencer pour les seins

En retenant les seins en position voulue pour améliorer la circulation, les supports Spencer pour les seins aident la nature à restaurer la tonicité des tissus.

Le Spencer soutient les seins sans mettre de tension sur les épaules. Ainsi, le haut de la poitrine, le cou et le haut du dos sont soulagés de toute tension.

Quand on le dessine pour porter pendant la grossesse, le support Spencer pour les seins protège les tissus internes et aide à empêcher que la peau ne s'étire ou se brise. Le même support peut servir après les couches, comme sauvegarde contre la coagulation et les abcès.

Pour atteindre une marchande de supports Spencer, consultez le bottin du téléphone, sous « Corsetière Spencer », ou écrivez-nous directement.



Patiente dont les seins sont ptosés, photographiée sans support, puis, *à droite*, avec le Spencer dessiné spécialement pour elle.
Chaque support Spencer pour les seins est dessiné individuellement pour répondre aux besoins spécifiques de celle qui doit le porter.

SUPPORTS *DE DESSIN INDIVIDUEL* **SPENCER**

pour l'abdomen, le dos et les seins

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED
Rock Island, Québec.
Aux Etats-Unis: Spencer, Incorporated, New Haven, Conn.
En Angleterre: Spencer (Banbury) Ltd., Banbury, Oxon.

Veuillez m'adresser la brochure intitulée "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

Nom ..... M.D.
Rue .....
Ville et province 151-2-47

SANATORIUM de BLOIS

51e année d'existence

Maison de repos, de régime et de convalescence

AFFECTIONS NERVEUSES EN GÉNÉRAL

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

MÉDECIN-DIRECTEUR . . . Dr Charles de BLOIS

DIRECTEUR-ADJOINT . . . Dr Georges de BLOIS

MÉDECINS CONSULTANTS:

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières; Dr Benoît JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. VEILLEUX (Radiologiste), Trois-Rivières.

PRIX MODÉRÉS—Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

Pour renseignements supplémentaires et réservations: s'adresser par lettre, télégramme ou téléphone au Directeur:

Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.
Spécialiste agréé par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

SANATORIUM de BLOIS

PROSPECTUS ILLUSTRÉ SUR DEMANDE

Téléphone 3420 **225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.**

EXTERMINEZ

Les poux du corps, les puces, les lentes

Facilement et rapidement

avec

CUPREX

CUPREX est une préparation mise à point tout particulièrement pour le traitement de la PEDICULOSE—(affection occasionnée par les poux de tête, les poux du corps ou du pubis). Il suffit habituellement d'une seule application de CUPREX pour détruire les oeufs ou lentes. CUPREX est non collant, ne dégage aucune odeur et son prix est minime.

Chez tous les pharmaciens

CUPREX
UN PRODUIT DE MERCK

MERCK & CO., LIMITED, FABRICANTS CHIMISTES,
MONTRÉAL TORONTO

J.-O. GIROUX

Optométriste-Opticien

Membre diplômé de l'A.E.P.O. de Paris

LUNETTES, LORGNONS
VERRES OPHTALMIQUES

Assisté d'optométristes et opticiens diplômés

Pour rendez-vous
PLateau 5151, Local 29

BUREAUX CHEZ

Dupuis Frères
LIMITÉE

MONTRÉAL

L'emploi d'un médicament est-il nécessaire pour corriger la constipation?

Des recherches nouvelles soulignent l'importance du régime alimentaire dans le traitement de la constipation

DANS un article publié récemment par l'*American Journal of Digestive Diseases* *, l'auteur passe en revue les causes de la constipation, et conseille un simple traitement diététique aux malades dont les résidus cellulosiques sont insuffisants.

On y rappelle aux médecins que les malades souffrant de constipation ont souvent l'habitude de se traiter eux-mêmes; c'est pourquoi il est important de déterminer et de traiter les processus physiologiques de chacun de ces malades pendant une période de 24 heures.

MODE DE TRAITEMENT RECOMMANDÉ

Instituer un régime bien équilibré en quantité et en qualité, fournissant le volume résiduel et une valeur nutritive adéquats.

Les régimes préparés par des chercheurs exigent du son de blé — tel que le All-Bran Kellogg — pour les raisons suivantes:

1. Teneur en cellulose. Le son de blé offre la cellulose essentielle au fonctionnement normal des voies digestives.

2. Propriétés laxatives. Le son de blé facilite la régularité de la motricité intestinale en agissant sur le contenu du côlon plutôt que sur le côlon même.

CONCLUSION

Si ce simple traitement ne corrige pas la constipation, surtout chez les malades dont le régime alimentaire manque de substances cellulosiques, il faut recourir aux médicaments.

* *Management of Chronic Constipation*, par Michael H. Streicher, M.D.

La Compagnie Kellogg, productrice du All-Bran Kellogg, enverra avec plaisir un extrait de l'article résumé dans ce rapport. Veuillez vous servir du coupon ci-dessous.

VEUILLEZ M'ENVOYER un extrait de l'article du Dr Streicher, publié dans l' "American Journal of Digestive Diseases".

Nom .....

Adresse .....

.....

Adresser à Kellogg Company, London, Ontario, Canada.

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

.bbott Laboratories Ltd. (Nembutal) XLI
.bbott Laboratories Ltd. (Capsules Dayamine) XLII
.merican Sterilizer Company (Stérilisateurs "American") LXXX
.merican Can Company (Erreurs disparues et autres qui survivent) LXI
.nglo-Canadian Drug Co. (Ulcaps) XXXVII
.nglo-French Drug Cie (Hypotensyl) XLVI
.yerst, McKenna & Harrison Ltée ("Thironex") I
.yerst, McKenna & Harrison Ltée ("Théravite") — ("Supplavite") XXII
.yerst, McKenna & Harrison Ltée ("Prémarine") XXI
ard-Parker Company, Inc. (Manches de bistouris B-P) . LXV
ayer Company Ltd. (Aspirin) LXXV
orden Company, Ltd., The (Klim) LXXXVII
ristol-Myers Co. of Canada, Ltd. (Sal Hepatica) . . . LXXIX
ritish Drug Houses (Canada) Ltd. (Supplément nutritif B. D. H.) LVI
urroughs Wellcome & Co. (Ephédrine) XXIII
anada Drug Co., Ltd. (Pavéral) LXXXIII
anada Starch Co., Ltd., The (Sirop de maïs "Crown Brand" et "Lily White") LXXXV
anadian Canners Ltd. (Aliments tamisés pour bébés) LXXXIV
anadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax) LIV
asgrain & Charbonneau, Ltée (B-B-Crine) XX
asgrain & Charbonneau Ltée (Discamin) XXVIII
ollège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Avis concernant les examens en 1947) IV
onnaught Medical Research Laboratories (Pénicilline cristalline Connaught) LXXIV
ompagnie Ciba Ltée (Coramine) LI
ow & Gate (Canada) Ltd. (Lait "Farmer's Wife") . . LXXVII
enver Chemical Manufacturing Company, The (Antiphlogistine) XVII
ohow Chemical Company Ltd. (Médicaments de choix) LXXII
ddé, J., Limitée (Tréphonyl) — (Salicylna) — (Eutensyl) — (Balsamorhinol) — (Gouttes I.A.M.) — (Vulcase) . LXIV
li Lilly and Company (Canada) Ltd. . . . . . Première page de la couverture
rosst, Charles E. & Co. . . . . . IX-X-XI-XII
iroux, J.-O. (Opticien) LXXXIX
einz Company of Canada Ltd., H. J. (Aliments Heinz pour bébés) LXXXVI
erdt & Charton, Inc. (Camirol) LII
erdt & Charton, Inc. (Uroprazine) L
erdt & Charton, Inc. (Veratrite) XLVIII
erdt & Charton, Inc. (Agrippol) XLIV
offmann-La Roche Limitée (Syntronal "Roche") . . . LXXVI
orner, Ltd., Frank W. (La science au service de la médecine) XXXV
hnson & Johnson Ltd. (Ethicon) LXIX
J. Joubert, Ltée (Produits) LXXXV
ellogg Company (All-Bran) LXXXIX
aboratoires Desautels (Enterydine) — (Pyélose) XXIV

Pages

Laboratoires Desbergers-Bismol (Oestrilin) . . . . . 4e page de la couverture
Laboratoires Jean Olive (Lantol) — (Nucléarsitol Robin) . LXII
Laboratoires Lafayette (Laryngobis) II
Laboratoires Lafayette (Hemogene) LXXXIII
Laboratoires Marois (Amino-Vitol) — (Oxycholine) . . LVIII
Laboratoires Poulenc Frères (Pastilles Gonacrine) . . . . . 2e page de la couverture
Laurentian Agencies, Reg'd. (Ertron) . . . . . XVIII-XIX
Libby, McNeill & Libby of Canada Ltd. (Les Aliments Homogénéisés Libby pour bébés) LXXXII
Librairie Beauchemin Limitée (Extrait du catalogue) . . LVII
Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Oleum Percomorphum) . . . . . 3e page de la couverture
Merck & Co. Ltd. (Pyridium) V
Merck & Co. Ltd. (Streptomycine) XXXII
Merck & Co. Ltd. (Cuprex) LXXXIX
Merrell Co. The Wm. S. (Nitranitol) LXXVIII
Millet, Roux & Cie (Néo-Spasmyl) XIII
Millet, Roux & Cie (Aracol) LXIII
Monty, Gagnon et Monty LXXXIII
Mowatt & Moore Ltd. (V. M. O's) XXVII
Numotizine, Inc. (Numotizine) LIX
Parke, Davis & Company, Ltd. (Tyrothricin) LII
Phillips Co. Division. The Chas. H. (Lait de magnésie Phillips) LXXI
Procter & Gamble (Ivory) LXXIII
Reckitt & Colman (Canada) Ltd. ("Dettol") LV
Reed & Carnrick (Canada) Ltd. (Nephritin) XL
Roerig & Co. (Canada) Ltd. (Darthronol) LXVI
Rougier Frères (Xantophen) III
Rougier Frères (Neuréol) XLV
Sanatorium de Blois (51e année d'existence) . . . LXXXVIII
Sanatorium Prévost LXXXI
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. ('Prothricin') XLIX
Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Orical E.B.S.) XLVII
Singer Sewing Machine Co. (Sutureur chirurgical Singer) LXVII
Smallwood Pharmaceuticals Limited (Comprimés S.P.L. 611) LXVIII
Société d'Expansion pharmaceutique (Delbiase) LXX
Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) LXXXVIII
Squibb, E. R., & Sons of Canada Ltd. (Pénicilline de Squibb) VII
Stearns & Company of Canada, Ltd., Frederick (Néo-Synéphrine) XXV
Stearns & Company of Canada, Ltd., Frederick (Parenamine) XXXIX
Upjohn (Chéracol) LX
Usines Chimiques du Canada Inc. (Valor) XCI
Vichy France (Célestins) XLIII
Vinant Limitée (Pulmo-Bailly) XXXVI
Vinant Limitée (Proveinase Midy) — (Génatropine) . XXXVIII
White's Laboratories of Canada, Ltd. (Mol Iron) . . XXX-XXXI
Williams Co. (Canada) Ltd., The J. B. (Baby's Own) LXXXVII
Wingate Chemical Co. Ltd., The (Glysennid) XXIX
Winthrop Chemical Company Inc. (Creamalin) XV
Winthrop Chemical Company Inc. (Demerol) XXVI
Wyeth & Bros., (Canada) Ltd., John (Hematinic Plastules) XXXIII
Wyeth & Bros., (Canada) Ltd., John (Vitules) XXXIV

Sal-Iodum Valor

UN SPECIFIQUE DU RHUMATISME

L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.

L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, *les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.*

Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, *dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.*

Posologie: *Une injection* (20 c.c.) *peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.*

SOLUTIONS STANDARDISEES

A PRIX RAISONNABLES

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTRÉAL

VALOR

LA VITAMINE D DEVRAIT-ELLE ÊTRE ADMINISTRÉE SEULEMENT AUX NOURRISSONS?

LA VITAMINE D a donné de si bons résultats dans la prévention du rachitisme chez le nourrisson, qu'on a peu insisté sur la nécessité de continuer son administration après l'âge de deux ans.

Cependant, une étude histologique approfondie a démontré l'existence du rachitisme à un taux exceptionnellement élevé chez les enfants de 2 à 14 ans. Follis, Jackson, Eliot et Park * rapportent que l'autopsie pratiquée chez un groupe de 230 enfants de cet âge a révélé que la fréquence totale du rachitisme était de 46.5%.

Des transformations rachitiques furent observées même jusqu'à l'âge de 14 ans, et l'incidence fut plus élevée chez les enfants mourant d'une affection aiguë que chez ceux mourant d'une maladie chronique.

Les auteurs concluent: « Nous doutons que le rachitisme bénin, tel que nous le rencontrons chez plusieurs de nos enfants, puisse nuire à une bonne santé et au développement normal, mais nos recherches entières démontrent bien la raison de prolonger l'administration de la vitamine D jusqu'à la limite d'âge que nous avons étudiée, 14 ans. Ces recherches indiquent surtout la nécessité de surveiller le rachitisme et de prendre les moyens nécessaires pour protéger les enfants malades contre cette affection. »

* R. H. Follis, D. Jackson, M. M. Eliot et A. Park: Prevalence of Rickets in children between two and fourteen years of age. Am. J. Dis. Child. 66: 1-11, July 1943.

L'OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD, associé à d'autres huiles de foie de poisson et Viostérol, offre une source efficace de vitamine A et D que les enfants plus âgés accueillent favorablement parce qu'on peut l'administrer en petites doses ou sous forme de capsules. Cette administration facile favorise son usage tout le long de l'année, y compris les périodes de maladie.

L'OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD fournit 60,000 unités de vitamine A et 8,500 unités de vitamine D par gramme. Présenté en flacons de 10 et de 50 cc., et en bouteilles de 50 et de 250 capsules. Présenté selon l'éthique.

MEAD JOHNSON & COMPANY, Belleville, Ontario.

OESTRILIN

(ESTROGÈNES DESBERGERS)

EN COMPRIMÉS

NOUVEAUX PRIX RÉDUITS AUX PATIENTS

Hormones Oestrogéniques Naturelles

(d'origine chevaline)

•

Voie buccale

DEUX FORMULES:

Simple

0.65 mgm. Sulfate d'Estrone par comprimé

•

Avec Phénobarbital

0.65 mgm. Sulfate d'Estrone et 0.03 gm. Phénobarbital par comprimé

INDICATIONS:

PERTURBATIONS DE LA MÉNOPAUSE

UN PRODUIT "DESBERGERS"