Tome 79 — Numéro 2

MONTRÉAL, février 1950

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

XXe congrès de l'A.M.L.F.C., Montréal

les 25, 26, 27 et 28 septembre 1950

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

UNE QUESTION . . . UNE RÉPONSE

En réduisant les termes le plus simplement possible, on peut dire que la science médicale essaie de répondre à une seule question: Qu'est-ce qui est le meilleur pour le patient? Un avis médical compétent, doublé d'un traitement adéquat et prompt est la seule solution. Eli Lilly and Company coopère avec le médecin et protège le patient en préparant des produits pharmaceutiques et biologiques de haute qualité dont la publicité et la distribution sont faites exclusivement par l'entremise de moyens professionnels.

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

. . . quand l'insomnie est accompagnée de douleur

SONALGIN

un nouveau médicament qui depuis quelques années en Europe donne d'excellents résultats

DESCRIPTION: SONALGIN combine, dans une heureuse association, les propriétés hypnotiques du SONÉRYL* et l'action analgésique de la codéine et de la phénacétine.

AVANTAGES:

la formule du SONALGIN ne contient pas d'aminopyrine; son efficacité est due à l'action synergique de ses constituants

SONALGIN peut être prescrit sans danger pendant de longues périodes de temps

SONALGIN exerce une action rapide et prolongée

SONALGIN est bien toléré et peut être administré aux patients de tout âge et dans les cas d'épuisement

INDICATIONS:

nervosité et insomnie dues à la douleur
agitation causée par la fièvre
dysménorrhée, migraine
névralgie, sciatique

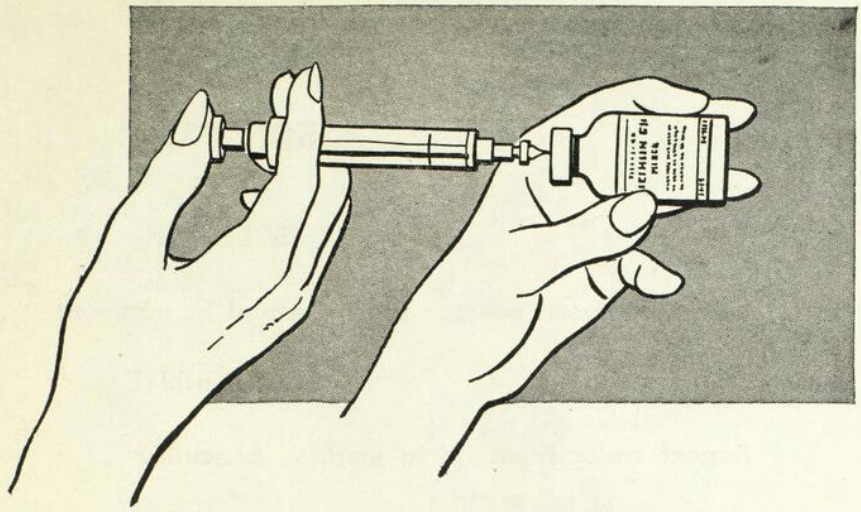
POSOLOGIE: la dose maximum est de 3 comprimés à la fois. Dans les cas d'administration répétée, on recommande 1 à 2 comprimés 3 fois par jour. En général, la posologie maximum est de 6 comprimés par 24 heures.

PRÉSENTATION: chaque comprimé de SONALGIN renferme
SONÉRYL* 65 mg. (1 grain)
phénacétine 0.23 Gm. (3½ grains)
phosphate de codéine 8 mg. (⅛ grain)

tubes de 20 et flacons de 100

*marque déposée de la butyl-éthyl-malonylurée

POULENC Limitée **Montréal**



POUR

obtenir un effet thérapeutique rapide

La pénicilline G sodique cristallisée Merck, en raison de sa prompte absorption après injection de la solution aqueuse, produit un effet thérapeutique rapide. Il est sans conteste que cette forme de pénicilline est indiquée dans les cas d'infections foudroyantes graves, où l'effet rapide du médicament est de la plus grande importance.

D'une pureté parfaite — elle convient à toutes les voies d'administration — et elle est d'un emploi très facile.

Documentation sur demande.

MERCK

MERCK & CO. LIMITED
Chimistes Fabricants
MONTRÉAL • TORONTO
VALLEYFIELD

Pénicilline G Sodique Cristallisée Merck

SOMMAIRE

•

BULLETIN

Roma AMYOT
La criminologie, science profondément humanisante 125

LA STÉRILITÉ

Paul DUMAS
Aspect endocrinien de la stérilité masculine 127

Samuel LETENDRE
Quelques considérations sur le facteur tubaire dans le problème de la stérilité chez la femme 132

Roland SIMARD
Le facteur ovarien en stérilité 142

RECUEIL DE FAITS

J. PRÉVOST et F. LAFLEUR
Tuberculose pulmonaire, osseuse et génitale 144

INDICATIONS :

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique
Goutte
Diabète arthritique

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

VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

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

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

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

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

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

- **Constriction intra-nasale prolongée**
- **Bactériostase puissante**
- **Digne de confiance**

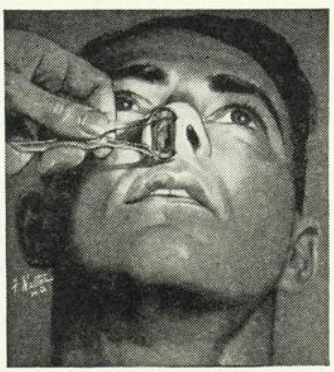
Par-Pen possède ces trois avantages

Par-Pen contient la solution aqueuse de bromhydrate de Parédrine. Il constricte la muqueuse nasale plus rapidement et d'une manière plus prolongée que l'éphédrine sans effet central ennuyeux. En soulageant la congestion, la Parédrine expose le siège même de l'infection à une bactériostase efficace.

Par-Pen contient 500 unités de pénicilline par cc., concentration classique pour emploi topique. Grubb et Puetzer ont trouvé que la pénicilline parvient à réduire la flore microbienne intra-nasale de 7,363 par cc. à 42 par cc. de solution de lavage nasal!

J. Lab. & Clin. Med. 32:566

Ni irritant ni piquant, Par-Pen n'empêche pas l'action des cils vibratils. Par-Pen est inoffensif à la muqueuse du nez. Par-Pen est présenté en flacon de 1 once liq.



Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 1

Par-Pen

pénicilline vasoconstricteur pour usage intra-nasal

SOMMAIRE
(Suite)

•

Jules BRAHY
Trou dans la macula 146

REVUE GÉNÉRALE

Jean-Paul BOURQUE
La rétention urinaire post-opératoire et son traitement 148

Maurice BONNIER
Atélectasie pulmonaire post-opératoire

Jean BOUCHARD et Carleton B. PEIRCE
Images radiologiques dans l'atélectasie 156

Lucien JULIEN
A propos de quelques cas de chirurgie du nourrisson 159

PETITE CLINIQUE

Roma AMYOT
Les yeux qui dévoilent le secret 166

Pour le traitement de L'ARTHRITE

COMPOSÉ d'"OSTOFORTE"
(S.E.C. No. 671 Frosst)

Pour les cas où le régime alimentaire habituel renferme suffisamment de vitamine A et de vitamines du groupe B:

"OSTOFORTE"
(S. E. C. No 651 "FROSST")
Chaque capsule contient 50,000 unités int. de vitamine D.

IMPORTANT: *Le Composé d'Ostoforte et l'Ostoforte ne doivent pas être donnés aux sujets dont le rein ne fonctionne pas normalement, ni (à doses répétées) aux enfants.*

FORMULE:

	Dans chaque capsule	*Dans la dose quotidienne moyenne (4 capsules)*
Vitamine D	50,000 unités int.	200,000 unités int.
Vitamine A	1,666 unités int.	6,664 unités int.
Vitamine B_1 (chlorhydrate de thiamine)	0.67 mg.	2.67 mg.
Riboflavine (vitamine B_2)	1.00 mg.	4.00 mg.
Niacine (acide nicotinique)	6.67 mg.	26.67 mg.
Vitamine C (acide ascorbique)	15.00 mg.	60.00 mg.

PRÉSENTATION: Boîtes de 50 et 100 capsules (pour ordonnances).

DOSE: Jusqu'à concurrence de six capsules par jour. Posologie complète à la demande des intéressés.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

Digitaline Nativelle

telle qu'isolée par Nativelle en 1868

la MARQUE D'ORIGINE DE "DIGITOXINE"

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

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

(1) *References*

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

Présentation:

COMPRIMÉS:—0.1 et 0.2 mg.

AMPOULES:—Intrav. 0.2 et 0.4 mg.

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

Rougier Frères

SPÉCIALITÉS DE PRESCRIPTION MÉDICALE

50, RUE LE MOYNE MONTRÉAL 1, QUÉBEC

SOMMAIRE

(Suite)

•

ÉDITORIAL

Roger-R. DUFRESNE

Les analeptiques 169

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

Ad. GROULX

L'émission de la carte de santé 172

VARIÉTÉS

Alphonse BERNIER

Le praticien et les spécialistes 175

CONGRÈS

Léon GÉRIN-LAJOIE

Quatrième congrès international des médecins catholiques (Rome) (suite et fin) 182

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Georges BLANC

La peste 189

Roma AMYOT

Extraits de journaux 190

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1881 192

ANALYSES 193

MÉDECINE

Diabète juvénile (193). **La thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Une analyse des résultats 5 à 26 ans après l'opération** (193). **Traitement de l'anémie pernicieuse par la vitamine B_{12}** (193). **Les corps étrangers non-opaques; cause d'hémoptysie et de suppuration pulmonaire fréquente chez les enfants** (194).

PHTISIOLOGIE

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

PÉDIATRIE

Sur un cas de stéatorrhée infantile, accompagnée de troubles respiratoires graves. Guérison par un régime pauvre en graisses et par l'emploi de ferments pancréatiques (195).

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Mastoïdectomie radicale modifiée. Indications et technique. Mastoïdectomie type Bondy (195). **Atrésie congénitale des choanes** (197).

SOCIÉTÉS 199

La Société Médicale de Montréal: séance du 22 novembre 1949 (199).
Réunion scientifique du bureau médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 27 octobre 1949 (200).

NÉCROLOGIE 209

NOUVELLES 210

REVUE DES LIVRES 230

A ST-VALENTIN — Une délicieuse légende veut que, y a plusieurs siècles, un prêtre nommé Valentin ait reçu un message ù on lui suggérait de "faire des actions simples — voilà en quoi onsiste le devoir". De là naquit la coutume d'adresser des mes- ages d'amitié le jour de la St-Valentin — le 14 février. Cette in- piration de St-Valentin, aucun groupe d'hommes ne la mérite autant ue la profession médicale quand on songe à son dévouement nvers l'humanité. La maison Charles E. Frosst & Co. s'efforce onstamment de satisfaire aux besoins des médecins canadiens en laborant et fabricant des produits pharmaceutiques de qualité pignée qui les aident dans l'exercice de leur profession.

Faits intéressants à noter

LE COMPOSÉ *"QUESTRIN"

Le produit qui renferme les facteurs PLUS

Le traitement de l'insuffisance oestrogène au moyen du Composé Questrin présente de nombreux avantages:

- Le Composé Questrin contient des hormones naturelles dont le métabolisme se fait normalement et efficacement.
- Le Composé Questrin est actif "per os"; son absorption est facile et son efficacité rapide.
- L'addition de vitamines B complexes garantit une concentration suffisante des facteurs du groupe B qui sont essentiels au maintien intégral de l'habileté du foie à opérer le métabolisme des hormones oestrogènes.

COMPOSÉ "QUESTRIN" 10 M

S.C.T. Nº 430 "Frosst"
(Coloration rose)

Chaque tablette contient:
une quantité de "Questrin" équivalant à l'activité de 1.25 mg. de sulfate d'oestrone sodique,
PLUS

levure de bière concentrée	100 mg.
chlorhydrate de thiamine	3 mg.
riboflavine	2 mg.
niacinamide	10 mg.
chlorhydrate de pyridoxine	1 mg.
d-pantothénate de calcium	5 mg.
acide ascorbique	25 mg.
vitamine D	500 U.I.

COMPOSÉ "QUESTRIN" 5 M

S.C.T. Nº 429 "Frosst"
(Coloration orange)

Chaque tablette contient:
une quantité de "Questrin" équivalant à l'activité de 0.625 mg. de sulfate d'oestrone sodique,
plus
les mêmes facteurs qu'énumérés au produit S.C.T. Nº 430

Posologie

De 1 à 3 tablettes par jour

Présentation

Flacons de 20 et de 100 tablettes.

*"QUESTRIN" — marque "Frosst" de substances oestrogènes naturelles, conjuguées (équines), hydro-solubles et actives "per os", standardisées colorimétriquement et biologiquement.

LE COMPOSÉ "QUESTRIN"

Pour le soulagement des symptômes d'insuffisance oestrogène

Il semble y avoir une préférence marquée pour l'emploi d'oestrogènes naturels dans le traitement d'insuffisance oestrogène, et de plus, l'administration de ces substances naturelles par voie buccale s'annonce comme étant la méthode de choix.

Cette préférence repose essentiellement sur le fait que l'administration d'oestrogènes naturels s'accompagne beaucoup moins souvent d'effets fâcheux, tels que nausées et vomissements; en outre, les patientes remarquent généralement, de leur chef, qu'elles éprouvent une sensation de bien-être physique et moral inconnue à la suite de l'emploi des produits synthétiques.

L'on a définitivement établi que l'affaiblissement même léger des fonctions hépatiques peut modifier appréciablement le métabolisme des oestrogènes, et que les vitamines du groupe B jouent un rôle important dans le maintien intégral de l'habileté du foie à supporter ces substances. Certaines indications nous portent à croire qu'un grand nombre de femmes n'absorbent pas de vitamines du groupe B en quantité suffisante, surtout à l'âge de la ménopause, et l'association avec "Questrin" de facteurs du groupe B semble judicieuse du point de vue thérapeutique. [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]

La posologie du composé "Questrin" varie considérablement selon le cas ainsi que les réactions de la patiente. On le présente donc en deux concentrations désignées respectivement sous les noms de Composé Questrin 10 M et 5 M.

INDICATIONS ET POSOLOGIE

SYMPTÔMES DE LA MÉNOPAUSE, VAGINITE SÉNILE ET KRAUROSIS DE LA VULVE. Comme dose initiale, administrer une tablette de Composé Questrin 10 M trois fois par jour après les repas. Sur répression des symptômes, diminuer la dose à une tablette de Composé Questrin trois fois par jour après les repas.

AMÉNORRHÉE

Si l'aménorrhée relève de l'insuffisance ovarienne, il peut être judicieux, pour des raisons psychologiques, de provoquer la menstruation par la méthode qui suit, méthode qu'on peut définir par les mots de "tentative de simuler l'ordre, l'enchaînement naturel des phénomènes": une tablette de Composé Questrin 10 M ou 5 M trois fois par jour après les repas, pendant 21 jours; administrer en plus de 10 à 20 mg. de Progestin Oral "Frosst" par jour pendant trois ou quatre autres jours. Cesser alors toute médication. La menstruation devrait survenir de 3 à 5 jours plus tard. Répéter ce traitement de mois en mois. Après plusieurs menstruations incitées de cette façon on observe parfois la répétition régulière du cycle sans autre traitement.

DYSMÉNORRHÉE

Si elle est associée à l'hypofonctionnement ovarien et/ou à une réaction insuffisante de l'utérus en présence des hormones naturelles, on administrera une tablette de Composé Questrin 10 M ou 5 M trois fois par jour après les repas, pendant les 17 jours qui suivent la fin du dernier flux menstruel; administrer en plus de 10 à 20 mg. par jour de Progestin Oral "Frosst" pendant trois ou quatre autres jours. L'écoulement sanguin survient d'ordinaire de 3 à 5 jours après la cessation du traitement. Ce traitement, sérié durant 3 ou 4 mois, soulage parfois complètement la menstruation difficile et douloureuse.

Complication possible. Il peut arriver que l'administration de doses thérapeutiques entières du composé Questrin soit suivie de nausée chez les femmes particulièrement sensibles aux oestrogènes. Une diminution de la dose sera généralement suivie d'une prompte disparition des symptômes.

Sources à consulter

1. "The effect of Estrogen on the Utilization of the Vitamin B Complex", Sutton and Ashworth, Arch. Int. Med., 69, 15, 1942.
2. "Effect of vitamin B complex deficiency on inactivation of estrone in the liver", Biskind and Biskind, Endocrinology, 31, 109, 1942.
3. "The Role of Factors of the B Complex in Estrogen Metabolism." Recent Progress in Hormone Research, Vol. 2, Academic Press Inc., New York, N.Y.
4. "Nutritional Deficiency in the Etiology of Menorrhagia, Metrorrhagia, Cystic Mastitis and Premenstrual Tension: Treatment with Vitamin B Complex", Biskind, J. Clin. Endocrinology, 3, 227, avril 1943.
5. "Excretion of Estrogen After the Injection of Estradiol and Estrone into Men with Cirrhosis of the Liver", Glass, Edmonson and Ball, J. Clin. Endo., 4, 54, février 1944.
6. "The effect of vitamin deficiency on estradiol inactivation by liver", Singher, Kensler, Taylor, Rhoads and Unna, J. Biol. Chem., vol. 154, 79, 1944.
7. "The role of the vitamines of the B complex in estrogen metabolism", Segaloff and Segaloff, Endocrinology, 34, 336, 1944.

"NOCTINAL"

Le sédatif "intermédiaire", idéal pour sédation diurne

Il est parfois recommandable d'avoir recours à un sédatif comme médication adjuvante de l'oestrogénothérapie. L'action favorable de ce traitement sur la patiente ménopausée, en calmant le nervosisme et l'irritabilité, favorise considérablement l'harmonie tant au foyer que dans le monde commercial ou social.

Dans de telles circonstances, le sédatif employé devrait produire une action légère et non-cumulative; le degré de sédation ne devrait pas être tel que les occupations journalières des patientes en souffrent. La durée de l'action du sédatif doit être intermédiaire entre les barbiturates à action rapide, tel que le pentobarbital, et ceux d'action prolongée et cumulative, tel que le phénobarbital.

Le "Noctinal" (marque "Frosst" de butabarbital N.N.R.) possède ces caractéristiques; il possède en outre d'autres propriétés très désirables: élimination rapide dans l'organisme, absence d'accumulation; même à dose thérapeutique maximum, son effet toxique sur le coeur, la respiration, la pression sanguine et le rein est nul. Grâce à sa présentation dans une grande variété de concentrations, la prescription de doses congrues est possible.

1. "Selective Utilization of Barbiturates as Illustrated by a Study of Butabarbital Sodium (N.N.R.)." Dripps, J.A.M.A., vol. 139, p. 148, le 15 janvier 1949.

"NOCTINAL"

Marque "Frosst" de butabarbital N.N.R.
S.C.T. N° 352 "Frosst"
Noctinal sodium..... ½ gr.
S.C.T. N° 419 "Frosst"
Noctinal sodium..... ¾ de gr.
S.C.T. N° 353 "Frosst"
Noctinal sodium..... 1½ gr.

POSOLOGIE

Sédation bénigne et continue:
de ½ à 1 grain, deux à trois fois par jour.
Surexcitation: de 1½ à 3 grains deux ou trois fois par jour.

PRÉSENTATION

Flacons de 100 et 500 tablettes

ÉLIXIR DE NOCTINAL

Élixir N° 601 "Frosst"
Chaque once liquide contient:
Noctinal sodium..... 4 gr.

ÉLIXIR DE BROMURE ET DE "NOCTINAL"

Élixir N° 603 "Frosst"
Chaque once liquide contient:
bromure de sodium ..... 20 gr.
noctinal sodium..... 2 gr.

POSOLOGIE: de 1 à 2 cuillerées à thé 2 ou 3 fois par jour.

PRÉSENTATION: Flacons de 16 onces liquides et de ½ gallon.

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Fondée en 1872

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Pierre Smith

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

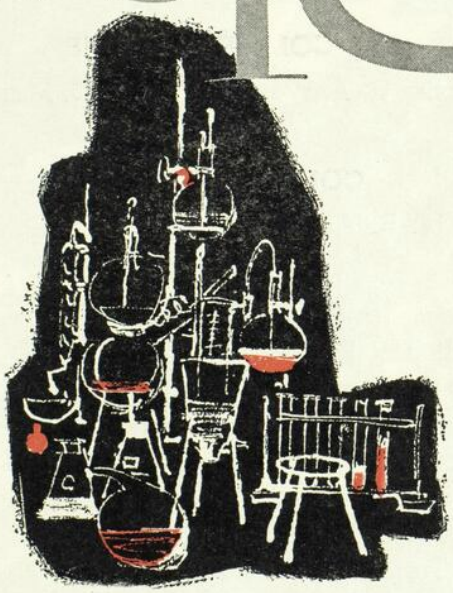
BUREAU DE COLLABORATION

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

L'AURÉOMYCINE

dans les infections staphylococciques rebelles

AUREO-MYCIN



On a pu démontrer la grande utilité de l'Auréomycine dans le traitement des infections staphylococciques, dont de nombreux cas se montrent très résistants aux autres antibiotiques et aux agents chimiothérapiques. Dans les infections staphylococciques, septicémiques, le pronostic est suffisamment grave pour que l'on songe à recourir sans délai au traitement le plus efficace, et à le poursuivre durant un à plusieurs jours après l'apyrexie.

L'Auréomycine a montré son efficacité dans les infections suivantes: septicémie à bactéroïdes, brucelloses, infections à gram-négatif (y compris ceux causés par le groupe coli-aerogenes), infections à gram-positif (notamment celles dont les agents pathogènes sont le streptocoque et le pneumocoque), le granulome inguinal, la lymphogranulomatose inguinale subaiguë, les infections par *Hémophilus influenzae,* la pneumonie atypique primaire, la psittacose, la fièvre Q, la vérole à rickettsies, la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, l'endocardite infectieuse subaiguë pénicillino-résistante, la tularémie, le typhus, les infections bactériennes et les infections à virus de l'œil.

Présentation:
Capsules: Flacon de 25 capsules à 50 mg. par capsule. Flacon de 16 capsules à 250 mg. par capsule.
Onguent: Tubes de 1 once, à 30 mg. par Gm.
Ophtalmique: Fiole de 25 mg. avec compte-goutte; solution à préparer par addition de 5 c.c. d'eau distillée.
SPERSOIDS*: Pot de 25 doses. **Troches:** Flacon de 25 pastilles à 15 mg. par pastille.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION North American Cyanamyd Limited, 7335, boul. St-Laurent, Montréal 14, P. Q.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

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

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

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.

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

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel,
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

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

COMITÉ DU XXe CONGRÈS

J.-A. VIDAL, président.

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

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

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

ANCIENS PRÉSIDENTS

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

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1950
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q. 1952
BAILLY, Roland, Saint-Pie de Bagot, P. Q. 1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta 1950
BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-E. 1952
BIBAUD, Barthélémi, Valleyfield, P. Q. 1952
BLAIN, Emile, 444 est, rue Sherbrooke, Montréal 1952
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec 1952
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal 1950
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q. 1950
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec 1952
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1050
DANDURAND, René, 847, rue Cherrier, Montréal 1952
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1950
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1952
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec 1952
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. 1952
DUBE, Edmond, 6055, rue Saint-Denis, Montréal 1950
GAUTHIER, C.-A., 53½, rue Saint-Louis, Québec 1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. 1950
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. .. 1952
LECOURS, J.-A., 538, avenue King Edward, Ottawa .. 1952
LEMIEUX, J.-R., 17, rue Sainte-Ursule, Québec 1952
MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville Saint-Laurent, P. Q. 1952
MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-Etienne-Cartier, Montréal 1952
MICHAUD, R., 170 est, rue Laurier, Ottawa 1950
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. .. 1952
MORRISSETTE, Pierre, Saint-Georges, Beauce, P. Q. .. 1952
PELLETIER, A., Winchendon, Mass. 1950
PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. ... 1952
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1950
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1950
POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q. 1950
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. 1950
ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté Nicolet, P. Q. . 1952
SORMANY, Albert, Edmundston N.-B. 1950
TANGUAY, Rodolphe, Sudbury, Ont. 1950
TETRAULT, Adélard, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. 1950
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. 1950
VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. 1950

2 FERS AU FEU

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

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

NEURO-TRASENTINE

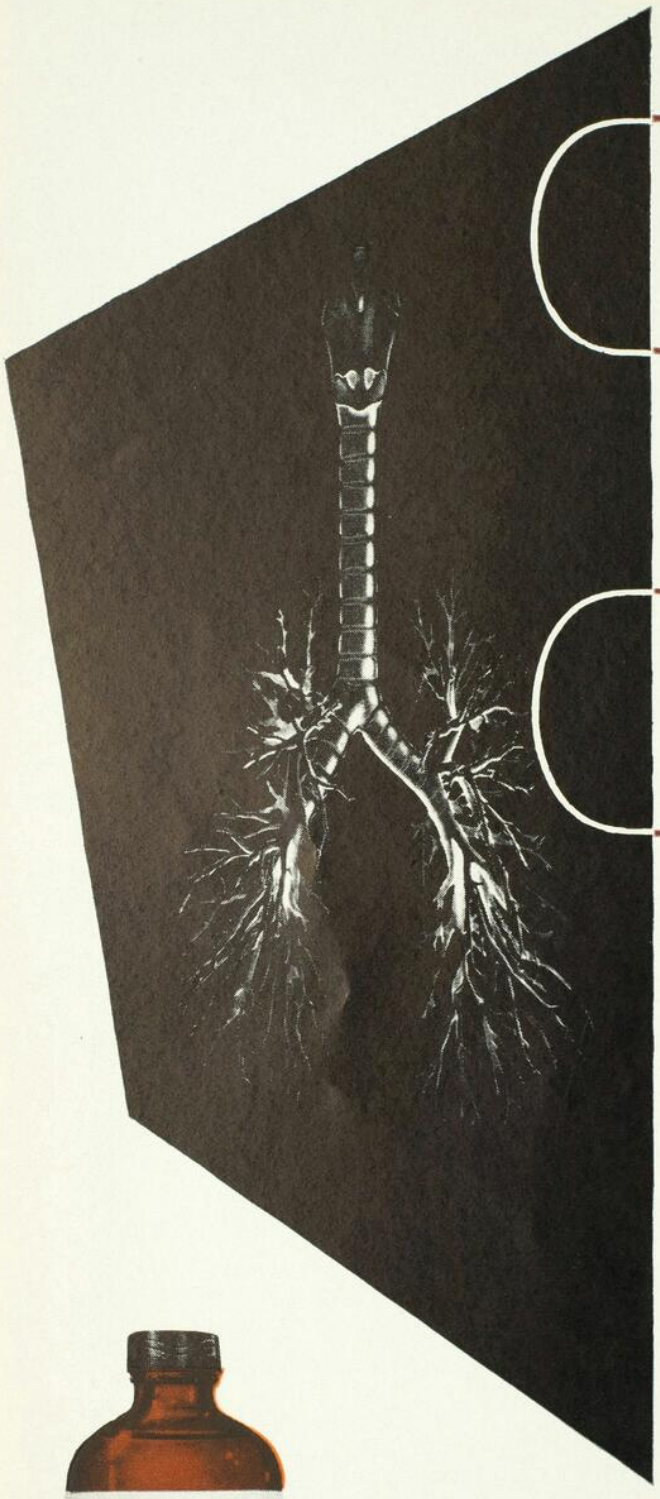
NEURO-TRASENTINE "FORTE"

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

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

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE, MONTRÉAL

UN CONCEPT MODERNE DE LA



Maîtrise Active de la Toux

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

Chaque once fluide de PYRIBENZAMINE EXPECTORANT contient:

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

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

Pyribenzamine* **EXPECTORANT AVEC ÉPHÉDRINE**

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE MONTRÉAL

dans *l'Arthrite*

Le traitement BEREX (oral) rétablit une action physiologique normale...

« Dans un groupe de 396 cas d'arthrites traités par une combinaison de succinate de calcium et d'acide acétylsalicylique, on a constaté un SOULAGEMENT EFFICACE des symptômes et le contrôle des troubles métaboliques associés à l'arthrite . . . » *

Les cas étudiés comprenaient 208 cas d'OSTEOARTHRITE, 17 cas d'ARTHRITE INFECTIEUSE AIGUË, 27 d'ARTHRITE DÉFORMANTE, 15 d'ARTHRITES MIXTES et 34 cas de POLYARTHRITE RHUMATISMALE AIGUË.

Dans chaque groupe étudié, le traitement au SUCCINATE SALICYLATE a procuré un soulagement des symptômes et a promptement rétabli une action physiologique normale.

Le TRAITEMENT BEREX est indiqué dans tous les cas d'arthrite et de rhumatisme, y compris l'ostéoarthrite, l'arthrite infectieuse aiguë, l'arthrite déformante, la fièvre rhumatismale et la névrite arthritique.

Le TRAITEMENT BEREX (oral)

- *tend á restaurer l'action physiologique normale*
- *agit sur les troubles du métabolisme*
- *soulage les symptômes*
- *est le seul produit à base de succinate-salicylate* ÉTUDIÉ *et peu coûteux*

et le BEREX n'est PAS TOXIQUE.

BIBLIOGRAPHIE: Ohio St. Med. Jo., Oct., 1947; J. A. M. A. 135: 1114 (Dec. 20, 1947).

Depose en 1949. Fabrique sous licence des proprietaires. BEREX est le nom depose de ce produit.

Pour obtenir de la documentation et un tiré-à-part de l'étude *«TRAITEMENT DE L'ARTHRITE PAR LE SUCCINATE-SALICYLATE», s'adresser à

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

Niveaux dans le sang plus élevés obtenus plus vite en toute sécurité

Il a été prouvé (1) que des niveaux dans le sang plus élevés pouvaient être obtenus plus rapidement par l'emploi de la sulfadiazine, lorsque celle-ci est combinée avec un agent auto-alcalinisant systématique, le lactate de sodium. La SULFADIAZINE avec LACTATE DE SODIUM — MRT vous offre une suspension liquide de goût agréable, contenant 0.5 mg. de sulfadiazine et 1.5 de lactate de sodium par cuillerée à thé.

De plus, la SULFADIAZINE avec LACTATE DE SODIUM — MRT élimine le problème des complications rénales possibles (2) (3), celui de l'administration simultanée et désagréable de bicarbonate de soude, ainsi que l'éventualité d'une alcalinisation excessive (4).

Nous préparons aussi le Composé de sulfas et lactate — MRT (qui combine la sulfadiazine, la sulfamerazine et le lactate de sodium).

Sulfadiazine avec LACTATE DE SODIUM* MRT

La sulfadiazine fluide pour administration par voie buccale, sûre et de goût agréable.

The WINGATE CHEMICAL CO. LTD.

MONTRÉAL

ACCEPTED COUNCIL ON PHARMACY AND CHEMISTRY AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

(1) Boyd, E. M. & Dingwell, R. W. A. J. Med. Sciences, Mai, 1947.

(2) Gilligan, D. R. et al, Annals of Internal Med. 20:604, 1944.

(3) Fox, C. L. et al. J.A.M.A. 121:1147, 1943.

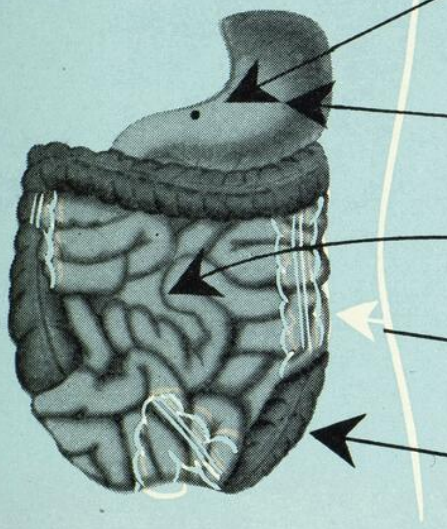
(4) Lehr, D. Bull. N.Y. Med. Col. 6:70, 1943.

**Fabriqué sous brevet américain 2,460,437*

ouvelle Thérapie de l'Ulcère Peptique

COUCHE PROTECTRICE

et de plus



PAS DE GAZ

PAS DE CONSTIPATION

PAS DE DIARRHEE

FECES MOLLES ET ABONDANTES

Le contrôle médical efficace des ulcères peptiques dépend directement de la protection offerte à la surface ulcérée et de la neutralisation de l'acide gastrique. CARBOCEL (carboxymethylecellulose de sodium et oxide de magnesium) est une préparation neutre, non-absorbable, laquelle atteint ces deux objectifs sans aucun effet indésirable.

CARBOCEL produit un soulagement rapide et soutenu de la douleur et, de plus, aide à normaliser l'action du tractus gastro-intestinal.

CARBOCEL

+ **forme une couche mucoide protectrice sur la muqueuse de l'estomac.**
+ **produit un soulagement rapide et soutenu de la douleur.**
+ **neutralise l'acidité de l'estomac pour une période de temps prolongée.**
+ **aide à l'épithélialisation en produisant un pH favorable.**
+ **ne constipe pas.**
+ **ne cause pas de diarrhée.**
+ **n'engendre pas de production de gaz.**

CARBOCEL est présenté sous forme de comprimés pour faciliter le contrôle de la posologie.

Chaque comprimé contient:

Carboxymethylecellulose de Sodium..... 4½ grs.
Oxide de Magnesium..... 1½ grs.

Mode d'emploi:- De 2 à 4 comprimés 3 ou 4 fois par jour entre les repas, ou tel que prescrit par le médecin. Ne pas mastiquer.

M&M Pharmaceutiques

Mowatt & Moore Ltd
PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX

• L'ACIDE DÉHYDROCHOLIQUE "augmente de 144% le volume de la sécrétion biliaire". Schmidt, C. R. et al., A. J. Digest. Dis., **4**: 613-616, 1938.

• L'ACIDE DÉHYDROCHOLIQUE "active la circulation dans l'artère hépatique". Ivy, A. C.: J. A. M. A., **117**: 1151, 1941.

• **L'ACIDE DÉHYDROCHOLIQUE**

. . . CONSTITUANT DE .

CHOLIBILE

AVEC LE CASCARA SAGRADA ET LA VITAMINE B¹

est donc indiqué dans

- Cholécystite — Cholangite
- Jaunisse — Insuffisance hépatique
- Anorexie — Constipation

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.
MONTRÉAL

Nouvelle formule

GOUTTES VITAMINÉES MISCIBLES A L'EAU

pour nourrissons et enfants

"Alphamette" Aqueux - No 929

Chaque gramme contient:	Chaque goutte contient:
Vitamine A....28,000 U.I.	1,000 U.I.
Vitamine D....14,000 U.I.	500 U.I.

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

Gouttes "Supplavite" - No 931

Chaque millilitre (cc.) contient:		Dose journalière (0.6 cc.-10 gouttes)
Vitamine A.....	8,333 U.I.	5,000 U.I.
Vitamine D.....	1,666 U.I.	1,000 U.I.
Acide ascorbique.....	83.3 mg.	50 mg.
Thiamine.....	2.5 mg.	1.5 mg.
Riboflavine.....	1.6 mg.	1 mg.
Niacinamide.....	33 mg.	20 mg.
Pyridoxine.....	1.6 mg.	1 mg.
d-Pantothénate de calcium	8.3 mg.	5 mg.
Tocophérols naturels mixtes (antioxidant)	3.3 mg.	2 mg.

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

Les "Alphamettes" et l'"Alphamette" Liquide se recommandent aussi comme sources de vitamines A et D. La "Supplavite" en Liquide et en Comprimés et la "Supplavite" avec Sels minéraux constituent une médication vitaminée de complément.

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens

Montréal, Canada

Une longue bibliographie confirme les avantages remarquables de la "Prémarine" dans le traitement des troubles ménopausiques.

L'amélioration symptomatique se manifeste d'ordinaire promptement.

"Prémarine" dans la ménopause

Bien que très puissante, la "Prémarine" est exceptionnellement bien tolérée et provoque rarement des effets secondaires nuisibles.

La sensation de bien-être qui, presque toujours, fait suite à l'emploi de la "Prémarine", contribue à ramener la confiance de la malade et son activité normale.

Présentée en quatre dosages, outre la forme contenant du phénobarbital, la "Prémarine" a une posologie très souple et se prête aux diverses modalités de l'oestrogénothérapie.

"Chez 95.8 pour 100 des malades traitées avec une dose journalière de 3mg.75 ou moins, le soulagement des troubles a été complet . . . L'action tonique était digne d'attention et la plupart des clientes qui ont nettement exprimé leur opinion au sujet des médicaments utilisés préfèrent la "Prémarine".—Perloff, W. H.: Am. J. Obst. Gynec. **58**:684 (oct.) 1949.

Ayerst

La "Prémarine" existe sous forme de comprimés à 0mg.3, 0mg.625 (avec ou sans phénobarbital, ½ grain), 1mg.25 et 2mg.5 de substances oestrogènes conjuguées (équines) et en liquide à 0mg.625 par cuillerée à thé.

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

N'oubliez pas

vos deux applications

quotidiennes

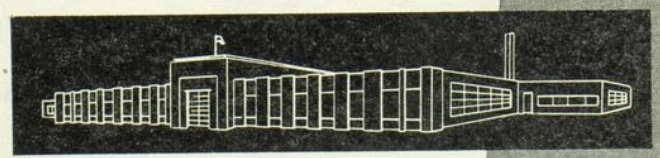
d'ARTHRALGEN N.D.

onguent arthralgésique

aux régions articulaires et musculaires douloureuses. Le soulagement de la gêne squelettomusculaire se produit en quelques minutes après une seule application et peut durer jusqu'à six heures suivant l'application concomitante de chaleur sèche ou humide aux parties affectées. Pourquoi l'Arthralgen agit-il si bien? Sa formule spéciale réunit avantageusement les idées anciennes et modernes sur le traitement local. La rubéfaction par le thymol et le menthol et l'analgésie par le salicylate de méthyle sont combinées synergiquement avec l'action vasodilatrice unique du chlorure de méthacholine. L'Arthralgen dilate les capillaires et les artérioles. L'hyperémie active qui en résulte s'oppose au vaso-spasme qui se rencontre dans le rhumatisme articulaire et non articulaire, soulage la douleur et la gêne et apporte une agréable sensation de chaleur et de détente. Tout cela est favorisé par la base spéciale de l'onguent Arthralgen contenant des agents mouillants sélectionnés qui stimulent la pénétration de la surface et facilitent l'action rapide des ingrédients actifs.

L'Arthralgen produit des résultats bienfaisants dans le traitement des arthralgies, des myalgies et des névralgies — entorses, lumbago, synovite, bursite, névrite et myosite. Dans l'arthrite chronique l'Arthralgen est un précieux adjuvant topique du traitement général.

L'Arthralgen, Onguent Arthralgésique, contient 0.25 pour cent de chlorure de méthacholine, 1 pour cent de thymol, 10 pour cent de menthol et 15 pour cent de salicylate de méthyle. Il se vend en tubes de 1 once et en pots d'une demi-livre.



Whittier

LABORATORIES • Division Nutrition Research Laboratories • Chicago 30, Illinois

Concessionnaires exclusifs pour le Canada: Laurentian Agencies Reg'd, Montréal 1, Québec, Canada.

ANTIGRIPPINE MIDY

MÉDICAMENT COMPLET DE LA GRIPPE

Composition: Phenacetine, Aspirine, Gelsemium, Codéine base, Vitamine C.

Propriétés: Par le Gelsemium, supprime la douleur de tête, de reins, des membres; par la Codéine, arrête la toux, décongestionne les muqueuses respiratoires, facilite l'expectoration; par l'Aspirine, abaisse la température; par la Vitamine C, combat l'infection et les toxines bactériennes, stimule l'appétit.

Indications: Etat grippal.

Posologie: Un comprimé toutes les quatre heures, jusqu'à concurrence de cinq par jour.

Présentation : Boîte de 12 comprimés.

Laboratoires MIDY, Paris

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

PIPÉRAZINE EFFERVESCENTE MIDY

(Granulé effervescent)

ANTI-URIQUE TYPE

THIODÉRAZINE MIDY

(injectable) **(Ampoules 5 cc.)**

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE

THIODÉRAZINE MIDY

(buvable) **(Gouttes)**

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE

THIODACAÏNE MIDY

(Ampoules 20 cc.)

Traitement local de la DOULEUR RHUMATISMALE

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

MANDELAMINE

MANDELAMINE

Nom déposé

Antiseptique urinaire de choix — dans le traitement de longue durée ou pour les cas aigus.

On continue de reconnaître [1, 2, 3], la MANDELAMINE* comme étant un antiseptique de choix, non seulement dans les cas typiques non compliqués, mais aussi dans les infections plus opiniâtres nécessitant un traitement de longue durée.

Dans le traitement de longue durée —
Efficacité soutenue et sécurité lorsque le traitement doit être de longue durée: vu son efficacité antibactérienne soutenue, vu l'absence virtuelle de réactions secondaires et grâce au fait que le patient l'accepte parfaitement, on devrait logiquement choisir la MANDELAMINE lorsque la chimiothérapie doit être de longue durée ou lorsque l'infection devient résistante à d'autres médications.

Dans les cas aigus —
Résultats rapides dans les infections urinaires courantes. Dans une série de 200 cas d'infections courantes des voies urinaires, Carroll et Allen [3] obtinrent des résultats heureux chez environ 74% des cas — souvent en moins de trois jours.

Comprimés entériques de 0.25 g. (3¾ grains) chacun, en flacons de 100, 500 et 1,000.

*MANDELAMINE est le nom déposé par Nepera Chemical Co., Inc. pour leur marque d'hexydaline (mandélate de méthenamine).

1. Butt, A. J.: Florida M. A., 35: 430 (janv.) 1949.
2. Merricks, J. W.: West Virginia M. J., 44: 157 (juin) 1948.
3. Carroll G., et Allen, H. N.: J. Urol., 55: 674 (juin) 1946.
4. Scudi, J. V., et Duca, C. J.: J. Urol., (fév.) 1949.

6 CARACTÉRISTIQUES IMPORTANTES

1. **Pas d'intolérance gastrique.**
2. **Pas de régime solide ou liquide.**
3. **Pas d'acidification supplémentaire (excepté s'il existe des organismes qui ont la propriété de dédoubler l'urée).**
4. **Vaste champ d'activité antibactérienne.**
5. **Aucun danger de résistance au médicament.**
6. **Simplicité du mode d'emploi — 3 ou 4 comprimés, trois fois par jour.**

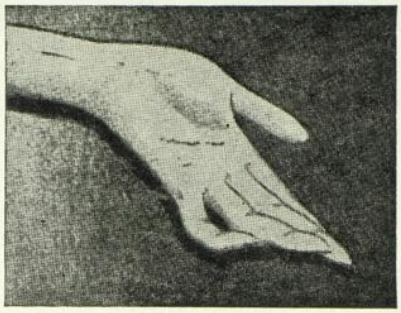
NEPERA

NEPERA CHEMICAL Co. Inc.

Distributeurs exclusifs

MERCK & CO. Limited

Montréal - Toronto - Valleyfield



la nécessité du fer chez la femme est continue*

Quand la croissance, la menstruation, la grossesse, la convalescence ou les restrictions alimentaires augmentent les besoins en fer de la femme...

Fergon®

Marque du gluconate ferreux

Dans les anémies hypochromes

MIEUX TOLÉRÉ: Grâce à son faible degré d'ionisation, le Fergon est pour ainsi dire non astringent, non irritant et il est rarement cause de malaises gastriques.

MIEUX ABSORBÉ: Le Fergon — gluconate ferreux stabilisé — est soluble et facilement absorbable par voie digestive en milieu acide ou alcalin.

MIEUX UTILISÉ: Des études cliniques comparatives ont démontré que le gluconate ferreux est plus efficacement utilisé que toute autre forme de fer.†

Indications: Traitement et prophylaxie des anémies par carence de fer; particulièrement efficace chez les malades qui tolèrent difficilement les autres formes de fer.

Posologie: La dose moyenne pour adulte est de 3 à 6 comprimés (5 grains) ou 1 à 4 cuillerées à thé d'élixir par jour.

Présentation : Comprimés de 0.325 gm. (5 grains), flacons de 100 et 500; élixir à 5%, flacons de 6 et de 16 onces liquides.

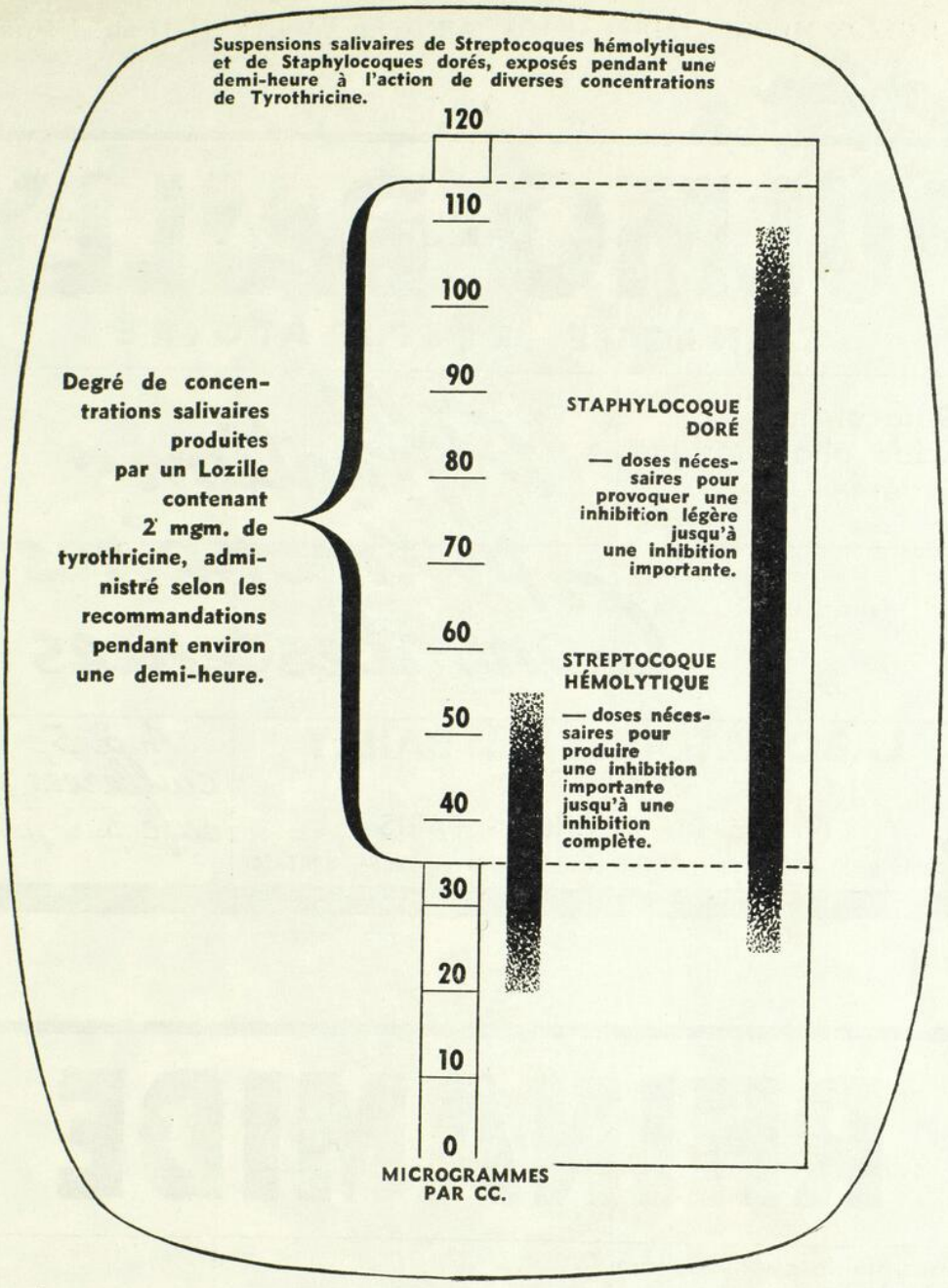
* "Jusqu'à l'âge de la ménopause, la femme a besoin de deux à quatre fois plus de fer que l'homme... La femme enceinte a aussi un plus grand besoin de fer... les besoins de fer sont accrus... au moment de la puberté... (surtout chez les filles)..."

Goodman, L et Gilman, A.: The Pharmacological Basis of Therapeutics. New York. The Macmillan Company, 1941, p. 1110, 1115.

†Reznikoff, P. et Goebel, W. F.: J. Clin. Investigation, **16:** 547. 1947.

FERGON marque de commerce enregistrée.

Winthrop-Stearns INC.
NEW YORK 13, N. Y. WINDSOR, ONT.
443 Sandwich Street — Windsor, Ontario.



Concentrations salivaires actives de Tyrothricine

Quand il est administré comme il se doit, un Lozille conserve pendant environ une *demi-heure* les concentrations salivaires indiquées sur le graphique.

La concentration salivaire prolongée assure une action antibactérienne générale contre les organismes gram-positifs, causes des infections oropharyngées aiguës.

La Tyrothricine, contrairement à la pénicilline pour usage topique, se distingue par une absence de toxicité locale. D'un goût agréable, les Lozilles contiennent aussi de la propésine, qui produit une analgésie non-toxique et durable.

Chaque Lozille contient 2 mgm. de tyrothricine et 2 mgm. de propésine. Se vend en fioles de 15 Lozilles.

LOZILLES

PASTILLES DE TYROTHRICINE-PROPÉSINE

WHITE LABORATORIES of Canada, Ltd., 64-66 Gerrard Street East, Toronto, Ont.

PULMO-BAILLY

TONIQUE RESPIRATOIRE

Gaïacol
Acide phosphorique
Codéine

Affections pulmonaires Convalescences

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

4 à 5 cuillerées à café par jour

RHINAMIDE

para-amino-phényl-sulfamide
éphédrine
élycaïne

Affections du Rhino-Pharynx

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

instillations pulvérisations

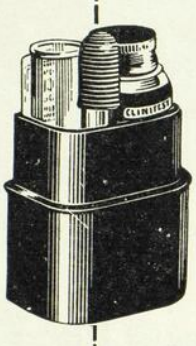
Donnez une portée plus grande aux examens de routine que vous faites au bureau

Comprimés-réactif

CLINITEST

(nom déposé)

Pour la recherche de la glycosurie.



Dans le diabète, plus tôt on découvre le sucre, plus favorable est le pronostic. D'où il ressort que l'épreuve courante de glycosurie fait partie intégrante de chacun des examens que vous pratiquez au bureau. Les comprimés-réactif *Clinitest* (nom déposé) se prêtent exceptionnellement bien à cet usage. L'épreuve est simple, rapide et sûre. Nul besoin d'appliquer de la chaleur extérieure. Ensembles pour le bureau ou le laboratoire et rechanges de 24 et de 36 comprimés.

Comprimés-réactif

ACETEST

(nom déposé)

Pour la recherche des corps cétoniques.

L'emploi des comprimés-réactif *Acetest* (nom déposé) facilite au médecin la découverte de la cétose dans le diabète — et dans plusieurs autres affections où l'acidose peut se produire. Ce test unique permet de découvrir avec rapidité et facilité les corps cétoniques. Le sensibilité est de 1 partie dans 1,000. Flacons de 100 et de 1,000 comprimés.

Comprimés-réactif

HEMATEST

(nom déposé)

Pour la recherche du sang occulte.

La présence de sang occulte dans les fèces, les crachats ou l'urine constitue souvent la première preuve d'un processus pathologique dont on ne soupçonnerait pas la présence autrement. Avec les comprimés-réactif *Hematest* (nom déposé), une méthode précise, rapide et commode, la découverte du sang (présent dans la proportion de 1 partie ou plus dans 20,000), devient une pratique facile dans la routine du bureau. Flacons de 60 et de 500 comprimés.

AMES COMPANY OF CANADA, LTD • TORONTO, ONTARIO

PARTURIOL LAFA

(OCYTO-NARGÉNOL RM 206)

Composition : Campho-Sulfonate de dihydroxycodéinone, Campno-Sulfonate de scopolamine, Campho-Sulfonate d'éphédrine, Sulfate de Spartéine, Phénylpropionate de dihydroxycodéinone, Sérum physiologique.

Propriétés : Hâte le travail — Atténue la douleur — Conserve la lucidité — Ne provoque jamais d'apnée.

Indications : Accouchements.

Posologie : 4 cc. en injection intramusculaire quand la dilatation est à 5 francs. 2 cc. en injection de rappel au besoin.

Présentation : Boîte de 3 ampoules 2 cc.
Boîte de 50 ampoules 2 cc.

Laboratoires Associés Franco-Anglais

Licence
Laboratoires CLIN, Paris

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

VALERIANATE PIERLOT

Calme les Maladies Nerveuses — Traite la Neurasthénie

Composition: Valérianate d'Ammonium.

Propriétés: Antispasmodique.
Stimulant diffusible et énergique, régulateur de l'innervation.

Indications: Excitabilité nerveuse, Insomnie, Migraines, Vapeurs, Toux nerveuse, Palpitations, Tremblement, Spasmes, Chorée, Convulsions, Attaques de nerfs, Hystérie, Névralgies, Sciatique, Règles douloureuses ou difficiles.

Posologie: Une à deux cuillerées à thé dans un quart de verre d'eau sucrée, matin et soir. Pour les enfants, moitié ou tiers d'une cuillerée à thé.

Présentation: Flacon de 120 cc.

Laboratoires H. RIVIER — Paris

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

PONDETS

LOSANGES À LA PÉNICILLINE WYETH

DÉLICIEUX

BONBONS-LOSANGES

À LA PÉNICILLINE

POUR LES INFECTIONS DE LA BOUCHE

La délicate saveur de cerise des PONDETS (Losanges Wyeth à la pénicilline, sous forme de bonbon dur) réussit à dissimuler si parfaitement l'amertume typique de la pénicilline que le malade qui les prend ne se rend même pas compte qu'ils contiennent de la pénicilline—pourtant présente à raison de 3,000 unités de pénicilline potassique cristallisée par losange.

En raison de leur nature de bonbon dur, les PONDETS se dissolvent lentement et uniformément et apportent au siège même de l'infection une concentration continue de pénicilline. A l'opposé de la plupart des losanges qui se dissolvent en quelques minutes, le PONDET exerce son action protectrice pendant 30 minutes chez la plupart des malades. Le PONDET lui-même se dissout en 10 minutes environ mais l'on peut déceler dans les 20 minutes suivantes, des concentrations résiduelles de pénicilline dans la salive.

FLACON DE 20 LOSANGES

Wyeth

Marque déposée

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

LA PREUVE CLINIQUE...

La **Néohétramine** a empêché le développement du rhume banal chez 95% des 300 sujets traités pendant une période de 6 mois, d'octobre 1948 à avril 1949.

ARMINIO & SWEET, INDUSTRIAL MED. DEC. 1949.

Aucune reaction secondaire

"Durant toute la durée du traitement prophylactique à la Néohétramine, on n'observa aucun de ces symptômes de toxicité . . . signalés avec les autres antihistaminiques."

La précocité de l'administration est chose essentielle

Arminio, Murray et Brewster sont unanimes à signaler les excellents résultats obtenus de l'administration de l'antihistaminique aux tout premiers symptômes de coryza. Brewster, commentant ce qu'il appelle "la guérison phénoménale des rhumes traités très précocement," conclut en disant que "si les antihistaminiques étaient universellement et correctement employés, ils pourraient amener la disparition presque complète du rhume de cerveau."

Posologie

Administrer la Néohétramine à raison de 100 mg. par jour en doses séparées, soit 25 mg. avant chaque repas et au coucher, ou 50 mg. deux fois par jour. Chez les sujets particulèrement prédisposés aux rhumes, on peut utiliser la Néohétramine comme agent prophylactique au cours de l'automne, de l'hiver et du printemps.

COMPRIMÉS DE Néohétramine
THONZYLAMINE HYDROCHLORIDE

à 25 mg. Flacons de 25, 100, 1000
à 50 mg. Flacons de 100, 1000
à 100 mg. Flacons de 100, 1000

Wyeth
Marque déposée

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

"Nous n'avons jamais eu d'autres sels de fer aussi efficaces..." [1]

Dans le traitement de l'anémie hypochrome, on trouve que le nouveau complexe molybdène-fer, Mol-Iron, est remarquablement plus avantageux, à doses équivalentes, que le sulfate ferreux seul, associé à de l'extrait de foie-estomac ou à de l'acide folique.

Dans des cas de grossesse atteints d'anémie relativement résistante causée par carence de fer, des tests comparés ont résulté en une regénération plus rapide de l'hémoglobine et en une tolérance gastrique très améliorée.

Des chercheurs ont trouvé que "les cas d'augmentation de l'hémoglobine (avec le Mol-Iron), étaient... frappants et... rapides;"[1] "la réponse était plus prompte qu'avec le sulfate ferreux...;"[2] "extraordinairement efficace et bien toléré dans... l'anémie hypochrome;"[3] "les résultats encourageants obtenus avec le complexe sulfate ferreux-molybdène dans la variété microcytique hypochrome promet pour l'avenir un pronostic meilleur dans ces conditions (anémie de la grossesse)."[4]

White's

Mol-iron

Complexe Sulfate Ferreux-Molybdène

Comprimés
Liquide

— un complexe stable, spécialement préparé, co-précipité, contenant 3 mg. d'oxyde de molybdène (1/20 gr.) et 195 mg. de sulfate ferreux (3 gr.). En flacons de 100 et de 1,000 comprimés. Aussi présenté sous forme d'un liquide très agréable au goût, en bouteilles de 12 onces mesurées.

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

1. Dieckmann, W. J., et Priddle, H. D.: American J. Obstet. & Gynec., 57: 541--546 (mars) 1949.
2. Chesley, R. F., et Annitto, J. E.: Bull. Margaret Hague Maternity Hospital, 1: 68-75 (sept.) 1948.
3. Healy, J. C.: Journal-Lancet, 66: 218-221 (juillet) 1946.
4. Talso, P. J.: Ins. Med., 4: 31-34 (déc.-janv.-fév.) 1948-1949.

UN NOUVEAU JALON IMPORTANT

dans la thérapeutique des affections arthritiques...

Les sources les plus autorisées[2,3,5,6] sont d'accord que "la guérison [de la fièvre rhumatismale] dépend non seulement de l'obtention mais du maintien d'un niveau salicylé élevé dans le plasma."[5] La corrélation entre ces niveaux sanguins et l'amélioration symptomatique est indiquée dans le tableau en bas à droite.[6] Le Pabalate —le produit le plus nouveau résultant des recherches de Robins—aide maintenant à obtenir et à maintenir *des niveaux salicylés plus élevés dans le sang avec des doses plus faibles de salicylate.*

Ce résultat est rendu possible par la réunion dans le Pabalate de l'acide para-aminobenzoïque atoxique et du salicylate de sodium. Ainsi qu'on peut le voir sur le graphique en bas à droite, l'acide para-aminobenzoïque (lui-même un anti-rhumatismal)[7] exerce une action réciproque lorsque les deux drogues sont administrées simultanément—provoquant une élévation brusque des niveaux salicylés dans le sang (à doses constantes de salicylate),[1,4] avec augmentation sensible de son propre niveau.[4]

La signification clinique de cette synergie offre un avantage important dans la thérapeutique des affections arthritiques. Le Pabalate 'Robins' est annoncé exclusivement au corps médical. On peut se le procurer dans toutes les bonnes pharmacies.

Niveau salicylé dans le sang (mg. par 100 cc.)	*Vitesse de sédimentation globulaire*
Moins de 20 mg.	aucune diminution
20-30 mg.	diminution lente
30-40 mg.	RETOUR À LA NORMALE RÉGRESSION DES SYMPTÔMES CLINIQUES

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

indications: Arthrite rhumatismale; fièvre rhumatismale aiguë; fibrosite; goutte; ostéo-arthrite.

posologie: Deux ou trois comprimés glutinisés toutes les trois ou quatre heures, sans bicarbonate de soude.

composition: Chaque comprimé glutinisé contient:
Salicylate de sodium U.S.P. (5 grains) 0.3 gramme;
Acide para-aminobenzoïque (sel sodique) (5 grains) 0.3 gramme.

présentation: Flacons de 100 comprimés glutinisés.

Pour un niveau salicylé élevé dans le sang avec des doses peu élevées de salicylate—

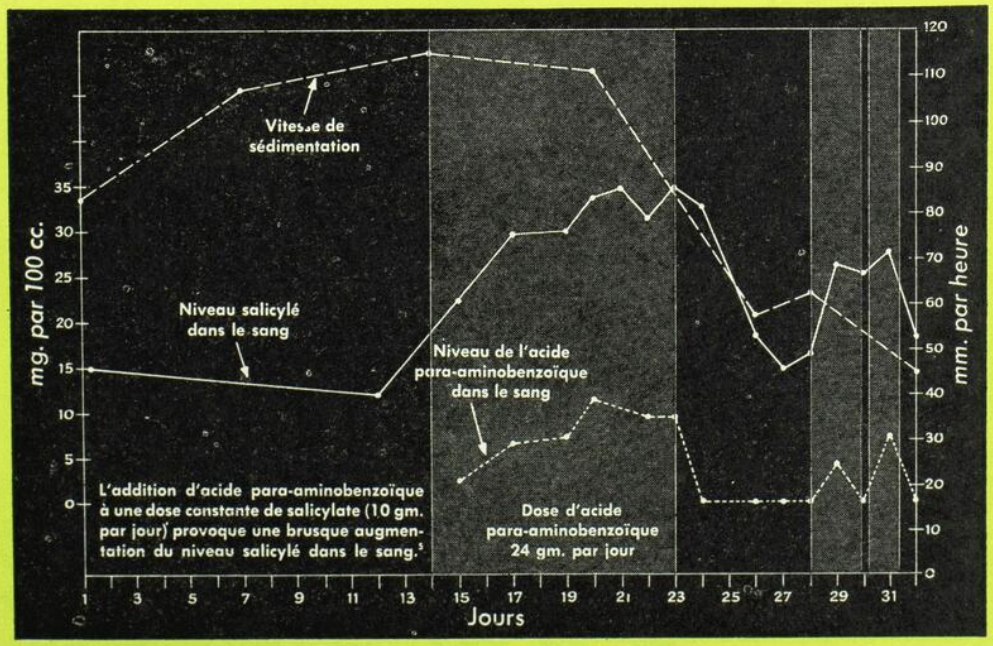
Pabalate®

Les comprimés de Pabalate sont glutinisés pour prévenir l'irritation gastrique et assurer une tolérance optimum.

Robins

Agents pour le Canada

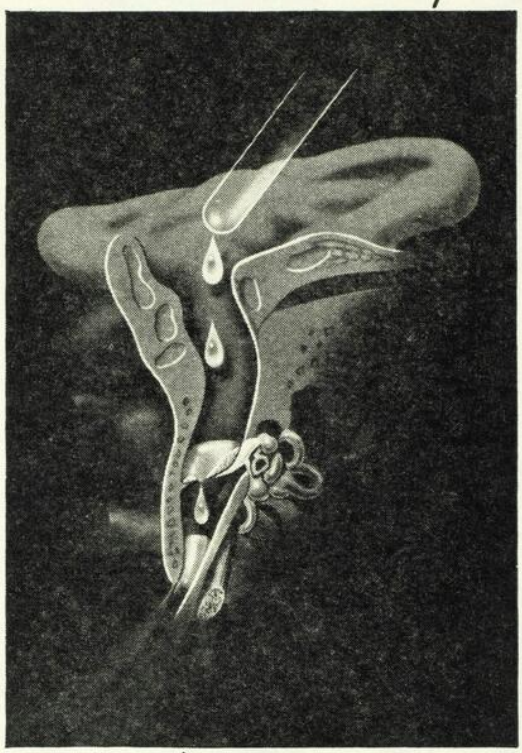
THE LEEMING MILES CO., LTD.
1 Notre Dame St. West, Montreal 1, Quebec



bibliographie:

1. Bélisle, M.: L'Union Médicale du Canada, 77:392, 1948.
2. Brodie, B. B. et al.: J. Pharmacol. and Exper. Therap., 80:114, 1944.
3. Coburn, A. F.: Bull. Johns Hopkins Hosp., 73:435, 1943.
4. Dry, T. J. et al.: Proc. Staff Meetings Mayo Clin., 21:497, 1946.
5. Editorial: J.A.M.A., 138:367, 1948.
6. Reid, J.: Quarterly J. Med., 17:139, 1948.
7. Rosenblum, H. and Fraser, L. E.: Proc. Soc. Exper. Biol. and Med. 65:178, 1947.

traitement topique parfait des infections de l'oreille moyenne et externe



1. Efficacité antibactérienne élevée — concentration élevée de sulfa-urée au foyer d'infection.
2. Débridement chimique — le foyer d'infection est rapidement nettoyé — la fétidité est diminuée, et les débris nécrotiques sont enlevés.
3. Analgésique et antipruritique — le chlorobutanol soulage la douleur et la démangeaison.
4. Action fongicide — enraye le danger de contagion par les fongicides ordinaires.
5. Hygroscopique — absorbe l'excès d'humidité et possède une action décongestive.

L'Otomide White est une solution stable contenant 5% de sulfanilamide, 10% d'urée (carbamide), et 3% de chlorobutanol anhydre dans un excipient composé de glycérine d'une activité hygroscopique très élevée.

Présenté en flacons compte-gouttes contenant ½ once fl. (15 cm³).

White's Otomide

Quintuple attaque contre les infections de l'oreille.

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

Augmentez votre prestige en améliorant le rendement de votre service

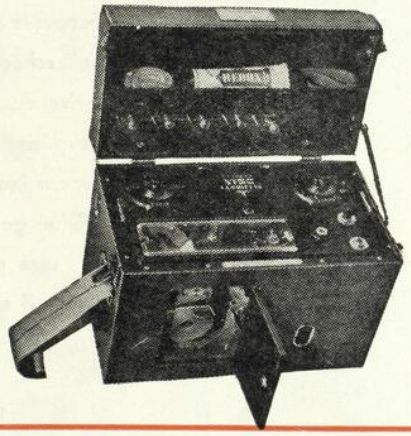
Ayez confiance en ces appareils de qualité pour vos diagnostics

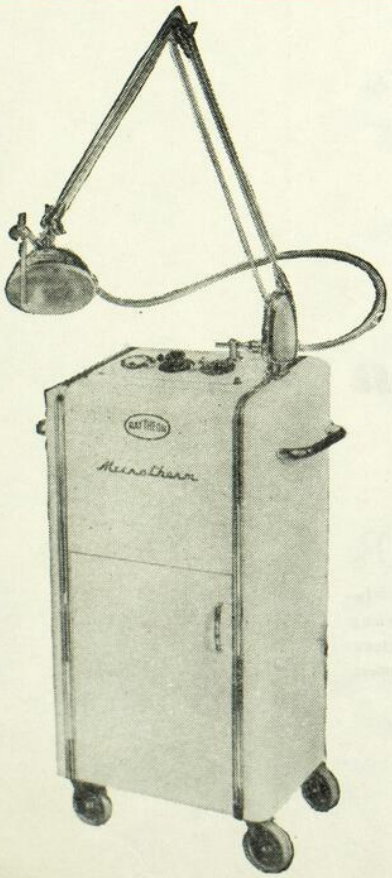
Le "METABULATOR" SANBORN offre de nombreux avantages.

Tous les contrôles au même niveau. Enregistrement horizontal et continu sur un large rouleau. Tracés toujours visibles. Un bras léger pivotant et télescopique facilite un ajustement rapide des tubes. Facile à emporter pour travail à domicile.

Pour des électrocardiogrammes bien faits . . . excellent rendement avec le VISO-CARDIETTE SANBORN

Coordonnés exactement rectangulaires; pas de déviation des complexes ou des lignes de temps. Chronomètre synchrone indépendant. Contrôle à volonté de la vitesse du papier enregistreur. Galvanomètre encore plus rapide. Stabilité améliorée de la ligne de base malgré les variations de potentiel. Ajustement possible de la plume enregistreuse.





Pour le confort et la sécurité du patient . . . plus grande efficacité . . . grande pénétration MICROTHERM RAYTHEON

Absorption plus grande. Meilleur rapport entre les températures cutanée et musculaire. Production efficace et hyperhémie active. Application contrôlée d'une façon précise, autant pour les petites que pour les grandes surfaces. Elimination complète des tampons et des électrodes et, par le fait même, du danger d'étincelles. Aucun contact entre le patient et la source de chaleur.

Sur demande, nous vous enverrons tous les renseignements voulus sur ces appareils ou nous pourrons même vous en faire des démonstrations.

X-ray AND Radium INDUSTRIES LIMITED

261 Davenport Rd. - Toronto

Egalement distributeur exclusifs au Canada des appareils à Rayons X Keleket. Toutes nos succursales peuvent vous donner un service expérimenté en plus de vous vendre ces appareils.

MONCTON — MONTRÉAL — WINNIPEG — RÉGINA — CALGARY — EDMONTON — VANCOUVER

Un nouveau sirop

contre la toux nocturne

EFFICACE • AGRÉABLE AU GOÛT • BIEN TOLÉRÉ

Le Sedulon est un nouveau composé non narcotique d'une efficacité telle qu'il peut remplacer la codéine. Découvert après de longues études dans les Instituts de Recherches Roche, ce composé exerce une action sédative douce, même dans les toux les plus rebelles. L'expérience clinique démontre que le Sedulon est spécialement indiqué dans les quintes de toux nocturnes. D'un goût agréable, le sirop de Sedulon 'Roche' sera préféré par les patients jeunes ou vieux. Il est présenté en flacons de 4 et 16 onces.

Le Sedulon est la 3,3-diéthyl-2,4-dioxo-pipéridine.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE • MONTRÉAL

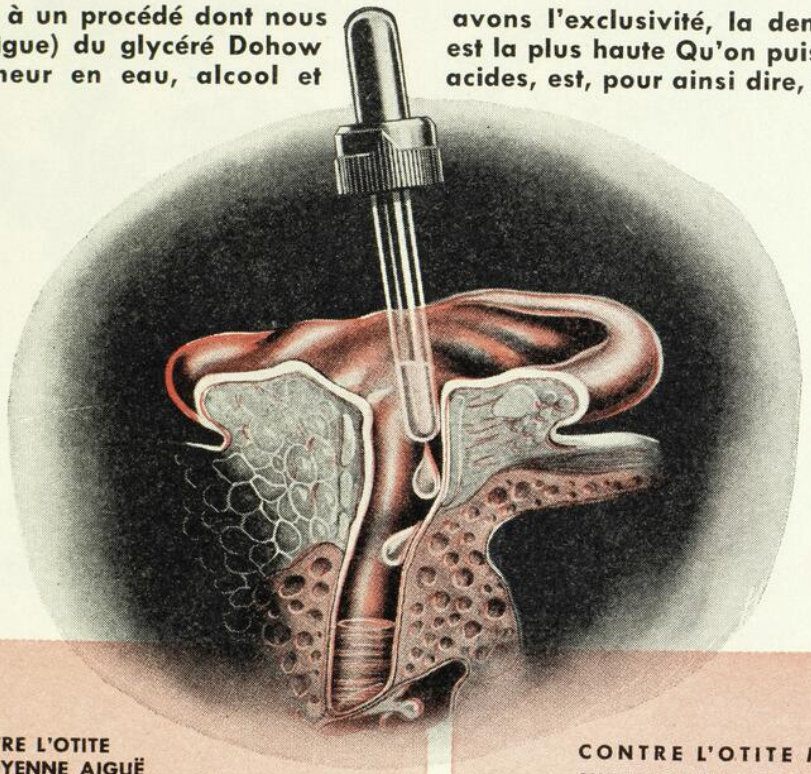
sedulon *'Roche'*

℞

Sedulon 'Roche' $\bar{3}$ iv
Sig. 5 i toutes les 2 heures;
$\bar{3}\bar{s}\bar{s}$ au coucher
(contre la toux nocturne chez les adultes)

LA NOTION FOURNIE PAR L'EXAMEN DU MALADE DICTE LE CHOIX DE LA MÉDICATION

Grâce à un procédé dont nous avons l'exclusivité, la densité (gravité spécifigue) du glycéré Dohow est la plus haute Qu'on puisse obtenir— sa teneur en eau, alcool et acides, est, pour ainsi dire, nulle.



CONTRE L'OTITE MOYENNE AIGUË

ENLÈVEMENT DES CONCRÉTIONS CÉRUMINEUSES

COMME ADJUVANT D'UNE MÉDICATION ORGANIQUE CONTRE CERTAINS AGENTS INFECTIEUX (PÉNICILLINE, etc.)

OTOPATHIES ASSOCIÉES AUX MALADIES CONTAGIEUSES

SERVEZ-VOUS

d'Auralgan

...parce que ses propriétés puissamment analgésiques et déshydratantes diminuent la congestion, calment promptement la douleur, et soulagent l'inflammation, dans tous les cas qui intéressent un tympan encore intact.

FORMULE:

Glycéré DOHOW.....17.90 g
(la plus haute densité qui puisse etrê obtenue)
Phénazone.....0.87 g
Benzocaine.....0.23 g

CONTRE L'OTITE MOYENNE SUPPURANTE CHRONIQUE, LA FURONCULOSE ET LA DERMATOMYCOSE AURICULAIRE,

SERVEZ-VOUS

d'O-TOS-MO-SAN

... parce que cette combinaison chimique des plus efficaces (et non pas une simple mixture), qui réunit le sulfathiazole et l'urée dans un excipient de glycéré AURALGAN (DOHOW), exerce une puissante action dissolvante sur les protides, liquéfie et dissout les granulations tissulaires exubérantes, nettoie le conduit auditif, supprime la fétidité, et tend à activer la réparation normale des tissus en présence d'une otite moyenne suppurante chronique.

FORMULE:

Urée.....2.0 g
Sulfathiazole.....1.6 g
Glycéré DOHOW (base).....16.4 g

Documentation et échantillons enovyés á la demande de MM. les médecins.

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD. · fabricants de l'AURALGAN et de l'O-TOS-MO-SAN

Montréal **New York-13** **Londres**

Le SPASME engendre la DOULEUR

NEUROPHEN

lève le SPASME

FORMULE

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

INDICATIONS

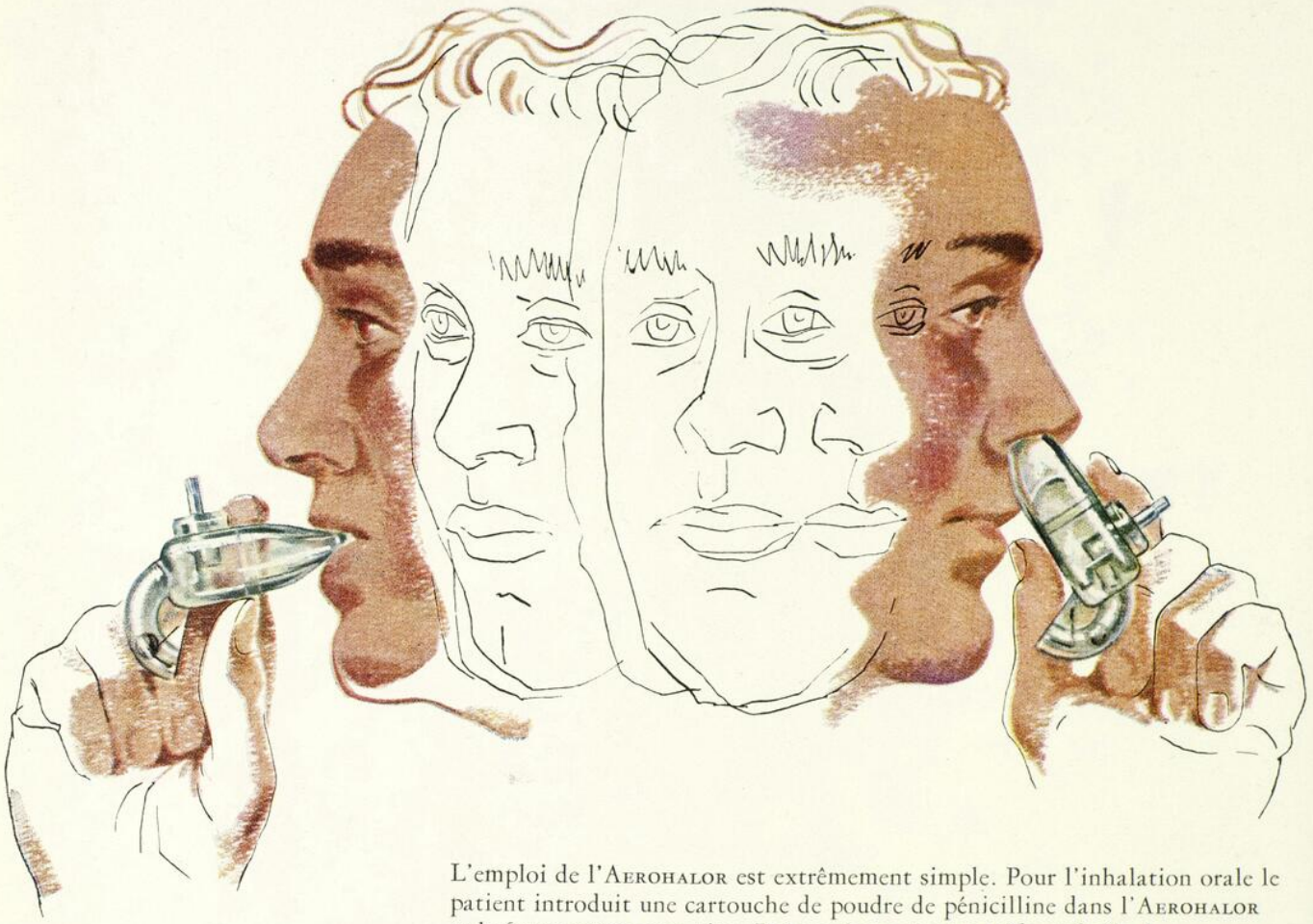
- Douleur spastique
- Dysménorrhée
- Coliques biliaire et rénale
- Pyloro- et entéro-spasme

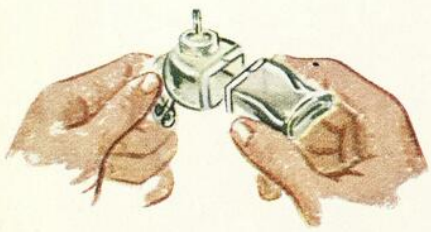
LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.
MONTRÉAL

PAINTED BY UMBERTO ROMANO

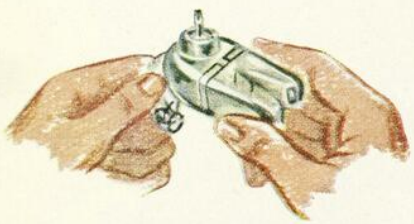
Pour un changement rapide et facile...

...de l'inhalation orale à l'inhalation nasale de la poudre de pénicilline





Retirez l'embouchure buccale détachable



Remplacez-la par l'embouchure nasale interchangeable

L'emploi de l'AEROHALOR est extrêmement simple. Pour l'inhalation orale le patient introduit une cartouche de poudre de pénicilline dans l'AEROHALOR et le fume comme une pipe. Par un changement rapide et facile de l'embouchure buccale à l'embouchure nasale, l'inhalation nasale peut se faire de la même façon et aussi simplement.

Quand le patient respire, le choc sur le tamis ne dégage qu'une petite quantité de poudre à chaque inspiration; et la large embouchure buccale de l'AEROHALOR offre les conditions optimums pour le passage inobstrué de l'air à travers la bouche.

La valeur clinique de l'AEROHALOR est bien établie[1], et il peut être employé à domicile, au travail ou à votre bureau. Le dispositif est portatif, permanent et facile à nettoyer. La poudre de pénicilline est stable à la température de la chambre.

L'AEROHALOR se vend tout monté pour l'inhalation orale. Il est accompagné d'une embouchure nasale. Les Cartouches AEROHALOR*, ne servant qu'une fois et contenant chacune 100,000 unités de pénicilline G potassique finement pulvérisée, se prescrivent séparément en quantité voulue. Aimeriez-vous des renseignements plus complets?

La littérature vous sera envoyée promptement sur demande.
LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE, Montréal 9.

Abbott

Specifiez l'

AEROHALOR*

(INHALATEUR DE POUDRE D'ABBOTT)

1. Krasno, L. R., and Rhoads, P.S. (1949), The Inhalation of Penicillin Dust; Its Proper Role in the Management of Respiratory Infections, Amer. Prac., 11:694, July.

*Nom Déposé de la Cartouche-Tamis Abbott. L'Aerohalor et la Cartouche Aerohalor sont brevetés au Canada et à l'étranger.

*Nom Déposé

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 78:

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

...Autre caractère non moins important à connaître, c'est que la sclérose en plaques n'appartient pas à la catégorie des maladies fatalement progressives et incurables. Sa marche, en effet, est souvent entrecoupée par des rémissions et des arrêts, même par des rétrocessions *possibles...*

... Laissez-moi encore, pour vous préparer à cette étude, vous mentionner quelques manifestations anormales. Les îlots de sclérose peuvent dans quelques cas frapper les cornes antérieures de la moelle. Les cellules de ces cornes, à l'instar des cylindraxes, pourront bien continuer à fonctionner plus ou moins longtemps, mais il y a une limite à toute résistance et elles finiront peut-être à la longue par disparaître. Et, en conséquence de cette destruction, vous verrez survenir une amyotrophie *plus ou moins prononcée. D'autre part, les troubles vésicaux, les douleurs, les anesthésies qui n'appartiennent pas davantage au cadre vulgaire de la sclérose en plaques, peuvent également survenir dans quelques cas exceptionnels et reproduire alors les* apparences de l'ataxie locomotrice progressive.

Ce sont là des complications qui doivent vous faire entrevoir les difficultés de certains problèmes diagnostiques. Sans doute, lorsque le tremblement et la dysarthrie existent, que le tableau est complet, en un mot, ou à peu près le diagnostic est écrit en gros caractères. Mais, comme je le disais déjà en 1877: « Il n'est pas une seule des pièces de l'appareil symptomatique qui ne puisse faire défaut. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, le tableau clinique de la sclérose en plaques se trouve dans certains cas réduit, à peu de chose près, à la seule contracture des membres inférieurs, avec ou sans rigidité concomitante des membres supérieurs. En pareil cas, la cœxistence actuelle ou passée de quelqu'un des symptômes dits céphaliques, tels que: nystagmus, diplopie, embarras particulier de la parole, vertiges, attaques apoplectiformes, troubles spéciaux de l'intelligence, cette cœxistence, dis-je, fournirait déjà cependant un document d'une portée en quelque sorte décisive. »

Au surplus, ces formes atypiques ont déjà une histoire que je dois vous esquisser rapidement. Elle date du jour où une autopsie à surprise vint donner au diagnostic formulé durant la vie un démenti anatomique. C'était en 1877. A cette époque, deux exemples convaincants de ce désaccord anatomo-clinique furent publiés par M. Pitres, aujourd'hui doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, alors mon interne. Dans l'un d'eux, il s'agissait de paraplégie spasmodique; au lieu de rencontrer la myélite transverse que nous avions diagnostiquée durant la vie, non sans quelques réserves cependant, M. Pitres trouva des îlots de sclérose disséminés dans la moelle et dans le bulbe. Il trouva pareillement, dans le second cas, des foyers scléreux épars dans le système nerveux cérébro-spinal, alors que, du vivant du malade, nous nous étions rattachés au diagnostic de sclérose latérale amyotrophique.

Ces résultats imprévus nous mirent sur une voie nouvelle et devinrent pour nous un sujet de méditations et de recherches...

CHARCOT.

BULLETIN

LA CRIMINOLOGIE, SCIENCE PROFONDÉMENT HUMANISANTE

Tout récemment, on posait les premiers jalons d'une « Société Canadienne de Criminologie ».

La « Société Internationale de Criminologie » fut fondée en 1928. Et c'est à l'occasion de la venue à Montréal du très dynamique et distingué secrétaire général de cette société, M. Piprot d'Alleaume, et sous sa communicante impulsion, que fut prise l'initiative d'une société canadienne.

C'est d'ailleurs dans les vues du secrétaire général, qui semble être l'âme dirigeante de la Société Internationale, de fonder dans chaque pays une société nationale de criminologie.

Ces organismes locaux pourront éventuellement faire converger leurs travaux et le produit de leurs études vers la « Société Internationale » et vers un Institut International en voie de création. Et cet Institut deviendra, en définitive, un centre de recherches en criminologie, en loi pénale et en défense sociale.

On comprendra, sans autre explication, la haute portée de toutes ces activités, de ces projets et le bien incalculable qui peut en résulter pour la société et surtout pour le rehaussement de la conception de l'homme à l'égard de l'homme.

Cela comporte, en surplus, les premiers gestes qui inaugureront une révolution en profondeur dans l'attitude et la réaction de la société en face du criminel.

Bien entendu, la société devra toujours se protéger contre le crime.

Par ailleurs, ne se donnera-t-elle jamais d'autre souci que de confier, sans plus, ses criminels aux juristes qui leur appliquent des sentences selon une loi pénale strictement codifiée et les envoient soit sur l'échafaud, ce qui pose un point final, soit dans les prisons qui sont les milieux de culture les plus déplorables de la criminalité?

La criminologie étayée sur des disciplines diverses, comme la psychologie, la sociologie, la psychiatrie, la biologie, les sciences

morales, basée sur la connaissance entière de l'homme appliquée à l'individu qui a commis un crime, se propose d'aboutir à la criminogénèse, à la notion complète de l'origine du crime, se propose également de modifier la doctrine à caractère exclusivement pénal qui motive l'attitude actuelle de la société à l'égard du criminel.

La criminologie, solidement édifiée par des faits, des expériences et des études sérieuses surabondamment accumulées dans tous les pays et tous les milieux, durant des années de réflexion et de méditation en regard des vastes problèmes de la criminalité, sera en mesure d'apporter de saines mesures de prévention du crime et des méthodes de réhabilitation des délinquants.

On peut dès lors juger que le plan sur lequel sera étudié et traité le criminel, n'est pas celui où on le saisit actuellement. Et on peut aussi comprendre que la criminologie difficilement et lentement acquise permettra un jour de moins le juger peut-être que de le comprendre.

Les bienfaits qu'elle pourra apporter serviront d'autant mieux qu'ils seront plus en mesure de prévenir le crime et de transformer les prisons, de maisons de retraite et de punition qu'elles sont aujourd'hui, en institutions de réelle réhabilitation.

Tout cela ne peut s'accomplir en un tour de main, ni du jour au lendemain. Une science nouvelle doit s'édifier, des préjugés nombreux doivent être vaincus, de grandes et nombreuses difficultés d'application devront être circonvenues; il faudra concilier la pratique, qui exigera toujours la protection de la société, et la réalisation du concept idéologique de la prévention du crime doublée de la réhabilitation des criminels, avec tout ce que cela exigera d'organisation excellemment coordonnée.

Que de bouleversements chez les juristes, au sein même du code pénal et quel décalage des rôles joués dans ce grand drame humain de tous les temps!

D'aucuns, sceptiques, croiront qu'il s'agit d'un beau rêve; d'autres, ayant plus de foi en la perfectibilité des institutions humaines, ont grand espoir; enfin les artisans sincères et dévoués de cette grande œuvre humanitaire sont des apôtres de la charité évangélique en notre monde contemporain.

Roma AMYOT.

LA STÉRILITÉ

ASPECT ENDOCRINIEN DE LA STÉRILITÉ MASCULINE[1]

Paul DUMAS,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

La stérilité masculine peut être causée par deux facteurs:

1° — Une déficience relative ou absolue de la spermatogénèse;

2° — Une obstruction sur un point quelconque des voies séminales.

Si l'on met à part les lésions traumatiques, inflammatoires ou tumorales du testicule, les troubles de la spermatogénèse relèvent surtout de l'endocrinologie, alors que les stérilités d'origine obstructive sont du ressort exclusif de l'urologue.

Nous allons passer en revue les syndromes endocriniens les plus courants qui peuvent entraîner la stérilité chez l'homme ainsi que les méthodes de diagnostic de la stérilité de nature hormonale puis nous tâcherons d'établir les bases du traitement de cette affection et d'indiquer les résultats que l'on peut en attendre.

* * *

L'étude clinique de la stérilité masculine ne date que de quelques années. Elle s'est poursuivie à la faveur des progrès récents dans nos connaissances de l'endocrinologie sexuelle, à la faveur aussi de ce regain d'intérêt pour les problèmes de la natalité qui se manifeste habituellement au cours des guerres. Les auteurs qui ont apporté leur contribution à cette étude sont unanimes à déplorer la pauvreté numérique de leur matériel clinique. L'homme, qui en d'autres circonstances n'éprouve aucune hésitation à retirer ses chausses, répugne autant que la plus farouche des vierges à se soumettre à un examen de son appareil reproducteur lorsque son ménage est affligé de stérilité. Pourtant, de l'avis des principaux auteurs, 40% des couples stériles le sont par la faute du mari. Disons toutefois qu'il y a plus de maris inféconds par suite d'un coup de pied de Vénus qu'à cause d'une déficience hormonale. Les affections endocriniennes qui entravent la spermatogénèse sont sans doute relativement fréquentes, mais comme elles s'accompagnent généralement d'une atteinte de la fonction androgène du testicule et, partant, d'une atrophie de l'instinct sexuel, il s'ensuit que les porteurs de ces affections s'aventurent rarement dans le mariage. Pour toutes ces raisons, les endocrinologues ne peuvent fonder leur opinion touchant le problème de la stérilité masculine que sur un nombre forcément limité de cas.

Rappelons tout d'abord de façon schématique les notions élémentaires de l'endocrinologie du testicule.

Le testicule possède deux fonctions principales:

1° — *Une fonction germinative, la spermatogénèse* qui s'opère à l'intérieur des canaux séminifères et qui comporte les cinq stades de maturation successifs que vous connaissez, la spermatogonie, cellule souche, les spermatocytes de premier et de deuxième ordre, le spermatide et le spermatozoïde.

2° — *Une fonction endocrine proprement dite,* la sécrétion par les cellules interstitielles de Leydig de l'hormone testiculaire, *la testostérone,* qui préside au développement de l'appareil génital, à l'apparition des caractères sexuels secondaires somatiques et psychiques et au maintien de l'instinct sexuel.

La spermatogénèse est subordonnée à la stimulation anté-hypophysaire par l'hormone folliculo-stimulante (FSH, HFS, prolan A, etc.); la testostérone qui exerce une influence encore mal connue sur l'épithélium germinatif paraît aussi nécessaire au maintien de cette fonction.

En effet, elle maintient la spermatogénèse

1. Communication lue aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1949.

chez l'animal hypophysectomisé, mais elle ne peut la provoquer chez l'animal impubère.

La thyroïde, par son action sur le métabolisme général favorise également la spermatogénèse. Celle-ci est de plus soumise à un certain nombre de facteurs non hormonaux. Elle se produit par exemple à une température inférieure à celle du corps (34°-35°C ou 93°-95°F) ; toute élévation thermique, qu'elle soit due à la cryptorchidie, à des infections fébriles, à la pyrétothérapie, au port d'un suspensoir, etc., est susceptible d'entraver la spermatogénèse. Enfin, le facteur diététique a son importance et la dénutrition, les régimes pauvres en certains acides aminés, arginine, lysine, tryotophane, les carences en vitamines A.B.C. et E semblent diminuer la spermatogénèse. La privation de vitamine E plus particulièrement entraîne des altérations dégénératives importantes de l'épithélium germinatif.

Quant à la fonction hormono-sécrétoire du testicule, elle dépend de la stimulation anté-hypophysaire par l'hormone luteinisante (LH, HL, prolan B, etc.,).

Passons maintenant en revue les syndromes endocriniens qui s'accompagnent d'une déficience de la spermatogénèse.

Ils sont à vrai dire fort nombreux. Nous n'insisterons pas toutefois sur tels états endocriniens extrêmes ou peu communs tels que la cachexie hypophysaire de Simmonds, la maladie de Cushing, l'acromégalie à la phase terminale ou les infantilismes irréversibles, mogolisme, crétinisme, syndrome de Lawrence-Moon-Biedl, progeria, dans lesquels la stérilité reste évidemment un syndrome de second plan.

La stérilité masculine peut être due à un développement insuffisant de la glande sexuelle ou à une régression involutive de celle-ci à la période post-pubérale.

L'on observe de l'hypogénitalisme dans les infantilismes réversibles qui sont causés par une déficience anté-hypophysaire globale ou gonadotrophique. Ce sont:

1° — *L'infantilisme génito-statural du type Lévi-Lorrain,* dont l'étiologie est encore mal définie et peut être d'ordre génétique, infectieux ou tumoral (habituellement par un crâniopharyngiome).

2° — *L'adiposo-hypogénitalisme de Babinski-Froelich,* syndrome mixte diencéphalo-hypophysaire, d'étiologie encore plus mal définie (adénome chromophobe, craniopharyngiome, infections, lésions dégénératives de nature génétique ou par carence?).

3° — *Le giganto-infantilisme génital du type eunuchoïde,* d'étiologie également mal déterminée.

Ajoutons à ce groupe:

4° — *L'infantilisme génito-statural d'origine thyroïdienne* du type Brissaud.

Les étiquettes de ces syndromes sont suffisamment descriptives pour qu'il ne soit pas nécessaire d'insister sur leur symptomatologie. Ils possèdent le caractère commun de l'infantilisme génital avec hypoplasie testiculaire et pénienne et caractères sexuels secondaires absents ou rudimentaires; à l'exploration par les méthodes dont nous parlerons plus loin, ils présentent de l'hypoplasie de l'épithélium germinatif et des cellules de Leydig et un abaissement du taux des gonadotrophines urinaires, sauf dans le cas de l'infantilisme thyroïdien où l'on observe les stigmates de l'hypothyroïdie et un abaissement du M.B.

A côté de ces syndromes prépubertaires d'origine extra-testiculaire, il convient de mentionner le cryptorchidie dont l'étiologie peut être due soit à une déficience anté-hypophysaire, soit à un obstacle mécanique, en quel cas elle ne s'accompagnera pas d'infantilisme sexuel mais simplement de stérilité.

A la période pubérale, Kleinefelter, Reifenstein et Albright ont décrit un syndrome caractérisé par de la gynécomastie, de l'azoospermie, une dégénérescence hyaline des tubes séminifères avec intégrité anatomique des cellules de Leydig et augmentation du taux de l'hormone folliculo-stimulante dans les urines. Albright, Forbes, Fraser, Miller et Reifenstein ont aussi décrit un syndrome d'eunuchoïdisme

avec élévation du taux de HFS tandis que del Castillo, Trabucco et de la Balze ont observé un syndrome caractérisé par une absence d'épithélium germinatif sans altération des cellules de Sertoli et de Leydig ni d'eunuchoïdisme par conséquent. Les causes de déficience spermatogénique à l'âge adulte sont les suivantes:

1° — *Les carences* nutritives et vitaminiques qui amènent une stérilité habituellement passagère comme l'a démontrée l'expérience des camps de concentration européens et asiatiques.

2° — *Le myxoedème* dont les effets stérilisants sont inconstants;

3° — Les *cirrhoses,* en particulier la cirrhose pigmentaire, et le *diabète grave,* vraisemblablement par perturbation du métabolisme des hormones stéroïdes.

4° — Le *surmenage sexuel* d'ordre qualitatif autant que quantitatif, les coïts trop rapprochés diminuent le taux des spermatozoïdes dans le sperme tandis que l'habitude des pratiques sexuelles anormales amène une usure sexuelle précoce.

5° — L'apparition à l'âge adulte d'un *syndrome de déficit antéhypophysaire tumoral* ou infectieux.

6° — *La ménopause masculine.*

Disons un mot en passant de l'impuissance masculine. Nos gens du peuple croient volontiers que la frigidité et la stérilité vont de pair chez la femme; de même associent-ils souvent la stérilité et l'impuissance masculines. L'impuissance, qu'elle se manifeste par l'acte bref ou par l'incapacité d'érection sans modification de l'éjaculation est un trouble de nature purement psychique. Elle n'amène pas de stérilité vraie mais peut limiter la fécondité du couple quand le mari honteux et confus refuse de soumettre ses armes défaillantes à l'essoufflante humiliation de défaites renouvelées. Et surtout l'impuissance ne doit pas se traiter avec des hormones mais par une psycho-thérapie bien conduite associée à des médicaments anodins et impressionnants.

Pour traiter la stérilité masculine avec quelque espoir de succès, il importe d'en identifier la cause avec le plus de précision possible. Tout cas de stérilité doit donc être soumis, en plus des vérifications urologiques dont vous parlera le Dr Bourgeois, à un questionnaire approfondi et à un examen somatique et endocrinien très minutieux. Cet examen visera à mettre en lumière non seulement des syndromes grossièrement évidents comme les infantilismes mais surtout les petits signes révélateurs d'une déficience endocrinienne antérieure ou d'un dérèglement hormonal discret ou inapparent. En plus des analyses de routine, hémogramme, glycémie, mesure du M.B., dosage des 17-cétostéroïdes l'examen complet d'un cas de stérilité doit comporter le dosage des gonadotrophines, l'examen du sperme et la biopsie du testicule.

Le dosage des gonadotrophines urinaires nous renseignera sur l'activité gonadotrope du lobe antérieur de l'hypophyse et nous aidera ainsi à déterminer si le trouble de la spermatogénèse est d'origine testiculaire ou hypophysaire.

L'examen du sperme a pour but de vérifier le pouvoir fécondant du spermatozoïde. Les détails techniques en ont maintes fois été expliqués, notamment dans la monographie de Hotchkiss et dans les revues générales de Bourgeois (Un. Méd. nov. 1943) et McCullagh (Med. Clin. N. Am. janv. 1949). Nous en résumerons simplement les points saillants. Le sperme est recueilli dans un flacon de verre à gros goulot après masturbation ou coïtus interruptus[1] et doit être examiné en deça de trois heures après l'émission. Les critères les

1. Ces deux procédés, bien que mis en œuvre ici pour corriger la stérilité conjugale, sont réprouvés par les milieux catholiques. Par contre, l'usage du condom perforé de même que le prélèvement du sperme dans le vagin à la suite d'un coït récent comportent des objections sur le plan scientifique. Nous ne voyons quant à nous qu'une seule technique qui puisse rallier à la fois médecins et théologiens: *coitus interruptus,* mesure quantitative de la salve spermatique puis introduction dans les voies génitales de quelques gouttes d'icelle, le reste du spécimen étant évidemment destiné à l'analyse. Procédé peu poétique sans doute mais où la rigueur scientifique et les exigences de la morale sont sauvegardées.

plus probables de la fertilité des spermatozoïdes sont la numération spermatozoaire, la morphologie, la motilité et la viabilité des spermatozoïdes. Le volume d'une salve spermatique varie de 2 à 5 cc. ou davantage et le spermogramme chez le sujet fécond et continent depuis au moins trois jours indique un chiffre variant suivant les auteurs de 50.000.000 à 120.000.000 de spermatozoïdes par cc. Le taux des spermatozoïdes mobiles dans un spécimen frais doit être de 80 à 90% et la proportion des formes anormales ne doit pas dépasser 20%. L'examen du sperme permet de vérifier la présence, la diminution ou l'absence de spermatozoïdes dans la liqueur séminale. En cas d'oligospermie ou d'azoospermie, la biopsie du testicule démontrera si la cause siège dans les tubes séminifères ou résulte d'une obstruction dans les voies séminales.

La biopsie du testicule est beaucoup moins redoutable qu'il ne semble. Elle se pratique sous anesthésie générale au pentothal. Après incision angulaire de la peau du scrotum, on prélève à l'aide de ciseaux fins un petit fragment coniforme de tissu testiculaire au pôle inférieur de la glande. Cet examen histologique nous renseigne sur l'intégrité architecturale du testicule et la valeur fonctionnelle de l'épithélium germinatif, il permet de vérifier l'existence de lésions dégénératives ou tumorales des tubes séminifères ou d'une interruption, dans la lignée germinative, lesquels peuvent se produire à l'intérieur du testicule en l'absence de tout autre symptôme; il a conduit à l'identification des syndromes de Klinefelter, d'Albright et de del Castillo et il contribuera sûrement à éclaircir le chapitre encore mal exploré de l'hypogonadisme masculin.

En terminant nous envisagerons brièvement le traitement hormonal de la stérilité masculine d'origine endocrinienne. Ce traitement n'est pas encore tout à fait au point et donne le plus souvent des résultats décevants. Il faudra donc se garder de promettre aux malades des cures mirobolantes.

Le traitement hormonal par les gonadotrophines hypophysaires ne doit s'appliquer qu'aux cas de cryptorchidie et qu'aux hypogonadismes d'origine anté-hypophysaire qui présentent un abaissement du taux des gonadotrophines urinaires. Dans les troubles de la spermatogénèse liés à une lésion dégénérative ou à une hypoplasie de l'épithélium germinatif et qui s'accompagnent d'un élévation ou d'un taux normal des gonadotrophines, il est absolument inutile de tenter le traitement par les hormones anté-hypophysaires puisque dans ces cas le testicule ne semble pas réceptif à leur stimulation.

Les préparations hypophysaires dont nous disposons sont au nombre de trois: 1) les gonadotrophines hypophysaires extraites de l'hypophyse de mouton, qui possèdent un pouvoir folliculo-stimulant et que l'on trouve dans le commerce seules ou associées aux gonadotrophines urinaires humaines; 2) les gonadotrophines extraites du sérum de jument gravide et 3) les gonadotrophines extraites de l'urine de femme enceinte qui ont toutes deux des propriétés surtout lutéinisantes. Toutes ces préparations sont instables, présentent, suivant les lots, une activité pharmaco-dynamique inégale, ont une action fugace et qui paraît inversement proportionnelle à l'âge du sujet récepteur, sont susceptibles de provoquer des manifestations anaphylactiques chez les malades allergiques au mouton ou au cheval et entraînent au bout de quelques mois une réaction anti-hormonale qui nécessite la suspension du traitement.

Pour toutes ces raisons, nous croyons que chez les adultes l'administration des gonadotrophines doit être poursuivie de manière intensive si l'on espère obtenir un résultat, vg en associant les gonadotrophines hypophysaires et urinaires à raison de trois à cinq injections par semaine pendant deux mois. Si la biopsie testiculaire et l'examen du sperme ne marquent aucun progrès au bout de ce laps de temps, l'on interrompra le traitement. Le traitement de la cryptorchidie doit être institué précocement. Les auteurs ne sont pas d'accord touchant l'âge auquel il convient de commen-

cer le traitement hormonal de la cryptorchidie et des infantilismes hypophysaires; nous estimons quant à nous que l'âge de choix se situe à 11-12 ans, c'est-à-dire au début de la période pubertaire. Dans les cas de cryptorchidie, si le testicule n'est pas descendu au bout de six à huit semaines on recommandera l'orchidopexie. Certains infantilismes se corrigent d'eux-mêmes à l'adolescence et nous ne saurions trop recommander la prudence dans le traitement de ces cas que l'on risque parfois de transformer en « surhommes ». D'autre part devant les résultats décevants et contradictoires obtenus par les divers auteurs dans le traitement hormonal de la stérilité et devant les progrès capricieux et très variables des infantilismes à la suite du traitement anté-hypophysaire, il est permis de se demander si les résultats heureux ne sont pas dus le plus souvent à la *vis medicatrix naturæ*. Quant à la testostérone, les données expérimentales ne nous permettent pas de savoir si elle peut suffire à assurer la spermatogénèse; quelques très rares succès thérapeutiques ont été publiés alors que l'on a fait le silence autour des cas d'insuccès qui ont du être infiniment nombreux si l'on en juge par l'emploi abusif que l'on a fait de la testostérone depuis dix ans. Jusqu'à plus ample informé, cette hormone demeure donc surtout un agent puissant de masculinisation des eunuchoïdes. L'extrait thyroïdien conserve ses indications dans les cas d'hypothyroïdie ou de myxœdème et, à petites doses, dans les autres cas, il semble sensibiliser le testicule à l'action des hormones hypophysaires.

Bien entendu le traitement hormonal de la stérilité doit comporter l'hygiène, du repos et de l'activité sexuelle, de même qu'un régime contenant tous les éléments diététiques requis. Mentionnons en terminant les agents physiques, la radiothérapie excitatrice et la diathermie hypophysaires que l'on préconisait il y a quelques années et qu'il serait intéressant de soumettre à l'épreuve des méthodes nouvelles et très précieuses d'investigation et de contrôle thérapeutique que sont le dosage des gonadotrophines, l'examen du sperme et la biopsie du testicule.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE FACTEUR TUBAIRE DANS LE PROBLÈME DE LA STÉRILITÉ CHEZ LA FEMME[1]

Samuel LETENDRE (Montréal).

Présumant que l'ovulation effectivement se produit, qu'il y a eu de la part du mâle une émission de spermatozoïdes en quantité normale et de qualité également satisfaisante et que ces derniers ont franchi le canal cervical pour enfin atteindre la cavité utérine, existe-t-il plus loin quelque obstacle qui les empêche de poursuivre librement leur ascension dont le but ultime est la rencontre et la fécondation de l'ovule? Voilà le problème que nous nous proposons d'étudier dans cette présente communication et que nous soumettons à votre discussion.

* * *

Les trompes de Fallope représentent des organes qui s'apparentent de près à l'utérus quant à leur origine, leur structure et, à plusieurs points de vue, le rôle qu'elles doivent jouer. Elles dérivent, en effet, de la partie supérieure du système embryonnaire du canal de Müller. Il arrive encore assez fréquemment que nous rencontrions sur le parcours des trompes des anomalies congénitales telles que nodosités, enroulements, torsions, élongations, absence d'une ou des deux trompes ou la fermeture de ces dernières soit à l'*ostium utérinum* soit à leur extrémité abdominale; à ces malformations peuvent s'associer des anomalies et des conditions d'hypo-développement de l'utérus.

Il serait superflu de discuter ici l'anatomie macroscopique des trompes, puisque leur description se trouve dans les traités d'anatomie et de gynécologie. Pour les besoins de la discussion, qu'il nous suffise de rappeler qu'au point de vue structural on divise habituellement la trompe en quatre portions:

1) une portion interstitielle ou murale,
2) une portion étroite, qu'on appelle l'isthme,
3) une portion, plus large, occupant environ le tiers moyen de la trompe et qu'on appelle l'ampoule,
4) enfin l'extrémité distale ou abdominale de la trompe appelée infundibulum et caractérisée par la présence de franges.

Au point de vue histologique, la trompe est constituée de dehors en dedans par trois couches différentes: une couche séreuse, une coumusculeuse (formée de fibres circulaires et longitudinales) et la plus intéressante qui est la couche muqueuse ou endosalpinx. Certains auteurs y ajoutent une quatrième couche qu'ils appellent la couche ciliée; mais, de fait, cette dernière fait partie de la couche muqueuse. Il serait peut-être utile d'ajouter ici que contrairement à l'ancienne croyance qui voulait que l'épithélium tubaire fût constitué exclusivement par des cellules cylindriques ciliées, des études poursuivies en ces derniers temps ont démontré qu'une partie seulement des cellules sont ciliées et que, de fait, on rencontre trois types de cellules distinctes et qui sont 1) les cellules ciliées, 2) les cellules non ciliées ou sécrétoires; et 3) les cellules intercallaires (« peg cells », des Anglais et Américains ou « Stiftchenzellen » des Allemands.)

Ces diverses couches possèdent des fonctions caractéristiques pour ce qui est de la propulsion de l'ovule et de sa nidification. Il est maintenant établi que l'endosalpinx, tout comme l'endomètre, subit l'influence des hormones ovariennes, et que vraisemblablement il est le siège de modifications périodiques correspondant aux diverses phases du cycle menstruel. Bien plus, au cours de la grossesse,

1. Travail présenté aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1949.

on peut constater des changements caractéristiques au niveau de la muqueuse tubaire et cette dernière peut refléter dans sa structure histologique certains troubles fonctionnels tels que la stimulation excessive de substances œstrogènes qui au niveau de l'utérus produisent l'hyperplasie de l'endomètre.

* * *

La trompe de Fallope joue un double rôle dans l'histoire de la reproduction de l'être humain en préparant d'abord un lieu de rencontre pour les spermatozoïdes et l'ovule et secondairement en fournissant un milieu de culture ou un véhicule nutritif pour la protection, la conservation et le transport du tout jeune embryon vers la cavité utérine. Cette double fonction est sous le contrôle des influences nerveuses et hormonales, lesquelles sont en retour sous la dépendance du système nerveux central et de l'ovaire.

Sorio, en 1935, rapportait le fait que l'innervation tubaire est intimement liée à l'innervation de l'ovaire et démontrait que le système d'apparence sphinctérienne situé à la jonction tubo-utérine possède une action rythmique. De même Kok, en 1925, et Westman, en 1926 et 1930, affirment qu'il existe une innervation motrice produisant au niveau de la trompe un courant péristaltique qui, selon toute probabilité, aide à la migration de l'œuf en direction de la cavité utérine.

Point n'est besoin d'insister sur l'importance clinique de ces faits; car, assez fréquemment, après une insufflation ou une hystérosalpingographie, on porte à tort le diagnostic d'imperméabilité tubaire, alors qu'en réalité la trompe peut être perméable. Il est bon de se rappeler qu'une obstruction tubaire peut n'être que temporaire et purement physiologique, due probablement à l'existence d'un spasme ou de contractions antipéristaltiques à la suite d'une émotion, telle que la visite chez un médecin ou la crainte de l'examen. Nous connaissons également depuis longtemps l'action des hormones du corps jaune sur les trompes dans la seconde partie du cycle menstruel qui peut constituer une cause de telles interprétations erronées.

Dans cette brève communication, nous pourrons paraître à certains moments un peu didactiques pour les besoins de la clarté du sujet traité; nous croyons qu'il vaut la peine d'émettre une opinion plausible et acceptable, même si elle est partiellement hypothétique, afin d'amorcer le sujet en vue de la discussion qui doit suivre.

Bien des théories ont été mises de l'avant pour expliquer le mécanisme qui voit à la réception de l'œuf par l'*infundibulum* lors de l'ovulation et à la migration du jeune embryon à travers la trompe vers la cavité utérine. Il est regrettable qu'avec l'avancement actuel de nos connaissances dans le domaine génital, on soit si peu renseigné sur la physiologie exacte de la trompe et son fonctionnement normal; car la possession de ces données précises nous aiderait grandement à établir les bases d'une pathologie plus claire et plus adéquate.

Si, chez certains animaux, on a pu observer au moment de l'ovulation l'ampoule tubaire s'accoler à l'ovaire à la façon d'une ventouse, et si chez la guenon on a pu voir les franges de la trompe venir en contact avec la surface de l'ovaire par un mécanisme d'allongement ou de raccourcissement des ligaments ovariens, on ignore encore si les mêmes phénomènes se produisent chez l'être humain. Ainsi a-t-il été jusqu'à date impossible d'observer directement les contractions ou le péristaltisme de la trompe humaine.

Pour résumer, on pourrait peut-être simplifier le rôle joué par les trompes dans le mécanisme complexe de la reproduction de la façon suivante: une des principales fonctions des cils vibratils consiste à balayer la lumière tubaire et la garder libre de toute obstruction ou blocage causés par des débris organiques; sous l'influence des hormones ovariennes les contractions péristaltiques favorisent l'arrivée des spermatozoïdes jusqu'à l'extrémité distale de l'ampoule et par un effet mécanique exercent en direction de l'utérus des modifications

de pression suffisantes pour aspirer l'ovule et le faire pénétrer dans l'ampoule tubaire. Il est plausible d'admettre que les cils vibratils viennent en aide aux contractions musculaires en soutenant l'œuf fécondé le long de son parcours pendant que les cellules non ciliées ou cellules à forme de gobelet secrètent et fournissent un milieu propre au développement nécessaire du tout jeune embryon jusqu'au moment où ce dernier atteindra la cavité utérine pour y nidifier.

Partant d'une telle conception du rôle joué par les trompes on peut imputer à ces dernières l'existence d'un état d'infertilité:

1) quand l'obstruction qui bloque les voies de passage est telle qu'elle paralyse la fonction normale des cils vibratils qui consiste à repousser hors la trompe toute particule organique obstruante;

2) quand pour des raisons d'ordre mécanique ou dans certaines conditions pathologiques le péristaltisme tubaire est limité dans ses fonctions ou complètement paralysé;

3) quand les franges tubaires, devenues trop longues ou étant très courtes ne peuvent adhérer à la surface de l'ovaire dans le mouvement de succion qui résulte des ondes péristaltiques;

4) quand la sécrétion des cellules à mucus s'avère insuffisante et inadéquate et que, de ce fait, elle n'arrive pas à fournir au jeune embryon les éléments nutritifs dont il a besoin.

Dans les cadres restreints de cette communication comme dans les limites du temps qui nous est alloué, nous ne pouvons que signaler en passant les facteurs les plus importants qui s'opposent à la fonction normale de la trompe; et conséquemment leur traitement dans l'ensemble doit être dicté par la nature spécifique de chacun des troubles en cause.

Disons d'abord que l'obstruction de la lumière tubaire peut-être physiologique. Comme il a été définitivement établi que l'endosalpinx, tout comme l'endomètre, subit l'influence des hormones ovariennes et que vraisemblablement il est le siège d'un cycle histologique correspondant aux diverses phases du cycle menstruel, on peut logiquement présumer que la desquamation cyclique des cellules sécrétoires et l'agglutination de leurs noyaux avec un mucus épais arrivent à former de petites agglomérations de débris organiques qui sans doute s'accumulent à l'occasion dans le tiers proximal de la trompe où la lumière est la plus étroite et où également le travail de balayage des cils est le moins effectif.

L'obstruction « physiologique » peut être également due à un plissement exagéré au niveau d'une trompe tortueuse ou à un spasme musculaire se produisant à la jonction utérotubaire. Bien qu'anatomiquement on n'ait pas pu démontrer l'existence d'un réel sphincter à cet endroit, tous ceux qui ont l'habitude de l'hystéro-salpingographie ont eu l'occasion d'y observer une image ressemblant fortement à un appareil sphinctérien et qui est due au spasme de la couche musculaire circulaire.

Plus grave de conséquence et beaucoup plus fréquente est l'obstruction tubaire due à un état pathologique aigu ou chronique soit de l'utérus, soit de la trompe elle-même, soit des organes voisins de la cavité pelvienne. Les causes bactériennes de salpingite communément rencontrées sont le gonocoque, le streptocoque, le staphylocoque et le bacille tuberculeux, bien qu'à l'occasion d'autres organismes peuvent être en cause. Au point de vue étiologique aussi bien que clinique et suivant leur comportement pathologique on peut répartir ces diverses causes bactériennes en trois groupes:

1) Le groupe gonococcique,
2) Le groupe pyogénique,
3) Le groupe tuberculeux.

Le groupe gonococcique représente environ 60% de tous les cas. L'on sait que le Neisser pénétrant par la voie basse du tractus génital atteint les trompes en passant par la cavité utérine. Il attaque la trompe par voie interne, produit d'abord une endo-salpingite et a vite fait d'envahir les autres couches tubaires. L'effet destructeur de cette infection sur la

muqueuse tubaire aboutit en général à une occlusion de la trompe parfois seulement partielle et souvent complète. D'où l'énorme importance de ce type d'infection lorsqu'on envisage le point de vue des grossesses à venir.

Le groupe pyogénique est celui qui cliniquement correspond à l'infection post-partum ou post-abortum. Il va sans dire que si cette infection est communément rencontrée c'est encore l'avortement criminel qui l'emporte tant par l'importance de son tableau clinique que par la gravité des conséquences désastreuses qui s'ensuivent. En dehors des infections post-partum ou post-abortum, le groupe pyogène peut, quoique beaucoup moins fréquemment, faire suite à des interventions chirurgicales bien indiquées telles qu'une cautérisation du col ou un curettage utérin. Dans ces cas l'infection prend une voie d'envahissement différente de celle suivie par le gonocoque et elle utilise alors les voies lymphatiques et sanguines du paramètre et des ligaments larges, déterminant habituellement à des degrés variables de la cellulite, des phlébites et périphlébites, de la lymphangite ou de la périlymphangite, pour se terminer parfois par un abcès du ligament large.

Les caractéristiques pathologiques distinctives de cette variété de salpingite s'expliquent bien par le fait que dans ce type pyogène l'infection atteint la trompe par voie externe. La poussée de l'infection se fait dans la couche interstitielle, de telle sorte que la paroi tubaire est terriblement infiltrée tout comme le méso-salpinx et le ligament large. En dépit d'un envahissement très marqué des autres couches, la muqueuse, elle, peut demeurer intacte ou ne montrer que peu de changement et alors la lumière de la trompe ne contiendra que peu ou pas d'exsudat. Cet état de chose marque un contraste frappant avec la variété gonococcique où l'on rencontre si fréquemment une destruction de la muqueuse et une distension de la lumière tubaire par une sécrétion purulente.

Fait important à noter, l'immunité relative que conserve la muqueuse tubaire dans ce groupe d'infection pyogène explique pourquoi, dans ce cas, le pronostic est de beaucoup plus favorable quant à la possibilité de grossesses futures.

En dernier lieu, nous avons affaire à une salpingite *tuberculeuse* qui est assez répandue et comprend environ 5% de tous les cas. Les voies d'envahissements de la trompe par le bacille tuberculeux sont variables mais la voie sanguine est la plus fréquente, le bacille de Koch provenant de foyers situés plus loin, particulièrement des poumons. Bien qu'elles puissent l'être parfois, ces lésions ne sont pas nécessairement cliniquement actives. Dans d'autres cas, la salpingite tuberculeuse est la conséquence de l'extension d'une tuberculose péritonéale où, alors, les lymphatiques jouent un rôle de première importance.

Il est donc facile de comprendre comment les infections tubaires, le plus souvent gonococciques, mais aussi streptococciques et staphylococciques et parfois tuberculeuses peuvent se terminer par des cicatrices ou des adhérences qui obstruent les voies de passage interne de la trompe. De même l'obstruction tubaire peut être due à la pression exercée par des tuméfactions bénignes ou malignes de quelque organe pelvien que ce soit. Ainsi pourra-t-on incriminer la présence de fibromes, de myomes, de kystes dermoïdes, d'endométriose, de néoplasmes de l'ovaire ou du recto-sigmoïde.

Il va sans dire que de telles infections ou tumeurs peuvent grandement diminuer le péristaltisme tubaire et même le réduire complètement au silence. Tout processus pathologique qui par des adhérences tiraille, déforme, abaisse un ou plusieurs segments de la trompe ou bien cause un épaississement et de l'œdème des ligaments larges, inévitablement s'oppose à toute contraction normale de la trompe.

Par un défaut congénital ou empêchées par la présence d'adhérences, les franges tubaires seront dans l'impossibilité de s'apposer d'une façon adéquate à la surface de l'ovaire. Parfois un méso-salpinx démesurement dévelop-

pé forcera les franges de la trompe à aller se poser bien au-delà de la surface ovarienne et même si la trompe possède une perméabilité et un péristaltisme normaux, la succion qui doit s'effectuer au niveau de l'ovaire fera en sorte que les franges iront s'accoler sur la paroi pelvienne, sur l'intestin ou sur tout organe qui lui est voisin.

Il semble qu'on doive imputer à un corps jaune déficient des sécrétions tubaires qui s'avèrent impuissantes à nourrir d'une façon adéquate l'œuf qui vient d'être fécondé. D'autres phénomènes d'ordre physico-clinique entrent peut-être également en ligne de compte.

Nous vous avons présenté quelques-unes des diverses conditions dans lesquelles les lésions ou les anomalies des trompes de Fallope peuvent être les facteurs responsables de la stérilité. Leur diagnostic n'est pas toujours chose aisée. Il est généralement assez facile de mettre en évidence une obstruction de la lumière tubaire par la répétition du test de Rubin et de l'hystéro-salpingographie et un tracé kymographique des pressions intra-utérines nous fournira certains renseignements sur le péristaltisme tubaire. Ces deux méthodes, toutefois, ne sauraient nous permettre de déceler la présence d'adhérences membraneuses situées à la partie externe de la trompe, ni la situation exacte des franges elles-mêmes, constatations qui ne peuvent s'obtenir que par l'observation directe. Enfin, si l'on veut obtenir une appréciation des sécrétions tubaires, il faut, par analogie, étudier celles de l'endomètre et alors recourir aux biopsies endométriales dans la seconde moitié du cycle menstruel.

Avant d'aborder toute discussion sur le diagnostic et le traitement des malformations et des troubles fonctionnels des trompes dans le problème de la stérilité, il est bon, croyons-nous, d'insister sur le fait que les trompes ne constituent qu'un des divers stages dans l'échelle de la reproduction. Ainsi, de quelle utilité seraient des trompes perméables chez une patiente présentant un cycle anovulatoire constant? A tout événement, dans l'étude approfondie d'un cas de stérilité conjugale, il faut d'abord tenter de découvrir tous les facteurs possibles qui contribuent à cette stérilité et, partant, n'utiliser qu'un ou les deux excellents procédés de diagnostic pour ce qui regarde les trompes — l'insufflation kymographique de Co2 et l'hystéro-salpingographie — qu'après avoir éliminé toute contre-indication spécifique.

Ainsi ne faudrait-il pas tenter de telles manipulations avant qu'un examen physique général ne nous ait rassuré sur l'état de santé de la patiente, éliminant du même coup l'existence d'une maladie cardiaque grave, d'une tuberculose ou de toute autre condition qui en elle-même contre-indique la grossesse.

Dans la stérilité chez la femme, le facteur tubaire dans la plupart des cas se classe le premier par ordre d'importance, comparativement aux autres facteurs en cause. Comme conclusion de ses propres constatations et de celles d'autres auteurs (formant un total d'environ 43.930 cas) Rubin estime que le facteur tubaire constitue 47% des cas. Un bon nombre d'anomalies des trompes ne sauraient être décelées seulement par l'historique de la malade et un examen pelvien minutieusement conduit. Vouloir établir un diagnostic de perméabilité tubaire en se basant seulement sur l'histoire d'une infection péritonéale ancienne et un examen génital bimanuel, c'est poser un geste médical dont la valeur est bien hypothétique et douteuse. Car une trompe palpable épaissie et augmentée de volume ne dénote pas nécessairement l'existence d'une occlusion tubaire, pas plus qu'un examen pelvien entièrement négatif ne permet d'affirmer une perméabilité tubaire. Dans une série de 600 cas d'Aldridge, l'examen bimanuel s'est montré négatif dans 44% de cas de stérilité primitive et de ce pourcentage 29,5% avaient une obstruction tubaire soit partielle, soit complète, comme ce fut prouvé par le test de perméabilité.

Nous estimons qu'avant de poser les indications de l'insufflation utéro-tubaire kymographique de Co2 et de l'hystéro-salpingographie il serait peut-être plus sage de mentionner les contre-indications qui existent à l'endroit de

ces tests et qui sont à peu près les mêmes pour les deux procédés utilisés. Ainsi on s'abstiendra de toute tentative de ce genre:

1) en présence d'une lésion inflammatoire pelvienne aiguë, sub-aiguë ou récente.

2) dans les cas d'endocervicite chronique avec écoulement cervical purulent.

3) dans les cas d'infection des glandes urétrales ou de Bartholin,

4) lors d'une menstruation ou d'une hémorragie anormale,

5) à la suite d'une dilatation et d'un curettage,

6) chez une patiente présentant des lésions cardio-vasculaires et pulmonaires,

7) dans les cas de maladies nerveuses importantes telles que l'épilepsie et les troubles mentaux,

8) enfin, et ce n'est pas la moindre, toutes les fois qu'il y a lieu de soupçonner une grossesse en cours.

Ceci posé voyons maintenant quelles sont les indications de l'utilisation de l'insufflation utéro-tubaire kymographique de Co 2 comme méthode de diagnostic et de traitement.

Les principales indications sont les suivantes:

1) dans les cas de stérilité primitive et secondaire où l'on a pu éliminer tous les facteurs sauf l'obstruction tubaire.

2) dans la stérilité primitive subséquente à une infection pelvienne d'origine gonococcique mais dont les signes d'activité ont disparu depuis au moins six mois et dans laquelle le taux de sédimentation est normal.

3) dans les cas de stérilité primitive et secondaire faisant suite à des interventions chirurgicales pré et post-nuptiales pour appendicite où il peut y avoir des séquelles de péritonite.

4) dans la stérilité relative qui survient à la suite d'une histoire d'avortement, de fausse couche et d'infection puerpérale.

5) à la suite d'une grossesse ectopique ou d'une salpingectomie unilatérale afin de se rendre compte de la perméabilité de l'autre trompe.

6) après de multiples myomectomies afin de savoir si l'ostium utérinum est demeuré intact.

7) après une salpingostomie pour traitement de stérilité en vue de démontrer le succès de l'intervention qui a été faite.

8) dans un but de diagnostic avant toute tentative d'insémination artificielle.

Quelles sont maintenant les indications de l'hystérosalpingographie? On peut dire qu'en général elles sont à peu près les mêmes que pour l'insufflation utéro-tubaire de Co2. Cependant on aura grand intérêt à utiliser l'hystéro-salpingographie dans les cas suivants:

1) Quand une insufflation de Co2 nous a donné une courbe d'imperméabilité tubaire et qu'on désire localiser l'endroit de l'occlusion en même temps qu'on veut savoir si cette occlusion est uni- ou bilatérale. Il est très important de posséder ces renseignements surtout lorsqu'il s'agit d'envisager l'opportunité d'une intervention chirurgicale et de déterminer quel sera le procédé opératoire auquel on s'adressera pour tenter de lever l'obstacle tubaire — que ce soit une salpingostomie, une excision de l'extrémité des franges, la résection de l'isthme avec implantation dans l'utérus ou de corriger toute lésion de la trompe.

2) On s'adressera à l'hystéro-salpingographie toutes les fois qu'à la suite d'une insufflation tubaire, d'un examen génital bimanuel ou de toute méthode de diagnostic utilisée à cet effet, on n'arrive pas à découvrir d'une façon satisfaisante la véritable cause de la stérilité.

3) Comme c'est un procédé plus objectif, l'hystéro-salpingographie nous apportera de précieuses informations dans le diagnostic des coudures et torsions des trompes, dans l'évaluation d'un hydro-salpinx, des anomalies de développement — telles que utérus infantile ou bifide, malpositions utérines, tumeurs cer-

vicales et intra-utérines ainsi que les tumeurs pelviennes extra-utérines.

Les contre-indications de l'hystéro-salpingographie sont en général les mêmes que celles de l'insufflation tubaire. Peut-être pourrait-on ajouter: l'utilisation d'un produit de contraste non recommandable et d'une mauvaise technique. Car il faut bien l'avouer, ce test n'est pas un procédé anodin et exempt de tout danger.

Nous voilà donc en présence de deux tests, deux procédés à la fois de diagnostic et de traitement dans la stérilité féminine. Possèdent-ils la même valeur objective? Comportent-ils les mêmes dangers d'utilisation? Doit-on opter pour l'un deux ou détriment de l'autre? Nous n'avons nullement l'intention de nous engager dans cette discussion qui serait longue et fastidieuse. Disons tout d'abord qu'avant d'affirmer la supériorité d'une méthode sur l'autre il faut connaître à fond ces deux méthodes. Car il est évidemment très difficile pour quelqu'un qui n'utilise pas les deux méthodes, préférant l'une à l'autre, de tirer des conclusions adéquates des résultats qu'il publie. Ainsi certains auteurs bien connus et certains gynécologues réclamant pour le lipiodol une supériorité incontestable, ajoutant même que l'insufflation utéro-tubaire de Co 2 n'est pas nécessaire et est même inutile puisqu'on finit toujours par le lipiodol. A la suite d'autres auteurs également bien connus et dont la valeur est indiscutable, nous affirmons que ces conclusions sont inexactes et erronées et, pour le prouver, nous avons des dossiers à l'appui.

Dans la discussion de ces deux méthodes on oublie trop souvent une notion fondamentale qui est la physiologie d'un organe. Or, il en est de la trompe comme de tous les autres organes du corps humain: il y a, d'une part, l'anatomie de la trompe et, de l'autre, sa physiologie. Et si, par l'hystéro-salpingographie, on peut obtenir et voir des yeux une perméabilité et un passage tubaires on ne peut encore à ce moment, au point de vue pronostic, être certain que ces trompes possèdent toutes les qualités requises pour la fécondation et la migration de l'œuf. De plus si, dans certains cas, on obtient par l'injection lipiodolée un passage tubaire là où l'insufflation de Co2 avait donné une courbe d'imperméabilité il ne faut pas oublier que l'inverse également se produit.

Cette façon de nous exprimer peut vous porter à croire que nous sommes chauds partisans de l'insufflation tubaire au point de méconnaître l'hystéro-salpingographie. Or, il n'en est rien. Car, depuis dix ans environ, nous nous sommes beaucoup intéressés au problème de la stérilité conjugale. Et c'est justement parce que nous avons eu l'occasion d'employer les deux méthodes sur un nombre assez considérable de cas que nous pouvons conclure aujourd'hui d'une façon bien impartiale que les deux méthodes ont leur place et droit de cité mais qu'elles ont également leurs indications propres.

L'insufflation ou test de Rubin a l'avantage de se pratiquer au cabinet du gynécologue. L'appareil le plus perfectionné permet un passage du gaz à un débit constant dans un système de pression contrôlée et l'addition du kymographe nous fournit en même temps un graphique de courbes sur une feuille d'enregistrement permanent qui met en évidence les modifications de pression tubaire. Avec Douay, de Paris, nous pouvons dire que « pour bien réussir une insufflation il y a plus de difficultés à surmonter que pour faire correctement une injection de lipiodol. »

Avec l'expérience d'un grand nombre d'années d'observations, des auteurs, tels que Rubin, Douay et autres, reconnaissent que l'injection lipiodolée a des inconvénients que n'a pas l'insufflation. En plus de créer certaines obstructions mécaniques et une irritation tubaire, des images montrent parfois un résidu laissé dans les trompes à la suite de la pression exercée pour vaincre une obstruction; ce résidu peut s'éliminer en vingt-quatre ou quarante-huit heures mais aussi s'accumuler et former un corps étranger sous forme de

granulome (Rubin). Par ailleurs, une complication grave peut se produire sans qu'on puisse mettre en cause une faute de l'opérateur c'est le pyosalpinx consécutif à l'infection d'un hydrosalpinx latent.

Après avoir observé de près le fonctionnement d'un bon nombre de consultations de stérilité, tant en Europe qu'aux Etats-Unis, voici la façon de procéder qui est le plus communément en usage: après un examen gynécologique attentif et minutieux permettant d'éliminer les contre-indications, nous pratiquons à la date optima c.à.d. 9 à 12 jours après le premier jour des menstruations, une insufflation utéro-tubaire de Co2, qui, en quelques minutes, nous permet de poser le diagnostic de perméabilité, de sténose ou d'imperméabilité tubaire.

Si cette perméabilité est nulle ou seulement douteuse ou insuffisante on peut pratiquer quelques jours après ou le mois suivant selon les circonstances, une hystéro-salpingographie qui nous apportera plus de renseignements sur la localisation de l'obstacle, sur son degré et son étendue. Il va sans dire que ce renseignement devient indispensable si l'on envisage une opération plastique.

L'insufflation et la salpingographie représentent deux procédés de diagnostic standard, mais leur valeur se limite en somme à nous renseigner sur la perméabilité tubaire seulement, de même que l'enregistrement kymographique des contractions nous permettra de conclure à un péristaltisme normal des trompes; mais encore faut-il être jusqu'à un certain point un peu réticent devant ces conclusions puisqu'elles représentent forcément la réaction à l'introduction traumatique et non physiologique de gaz ou d'huile sous pression.

Notre exposé demeurerait incomplet si nous omettions de signaler au moins en passant deux autres procédés de diagnostic qui, dans les mains de certains auteurs, se sont avérés comme possédant une valeur appréciable. La gynécographie, développée par Stein, consiste à produire une pneumopéritoine. On a perfectionné suffisamment cette méthode pour pouvoir mettre en évidence la position et les anomalies des organes pelviens. On peut très bien juger du volume de l'utérus, des trompes et des ovaires. Et lorsqu'on combine la gynécographie à la salpingographie on arrive à mettre exactement en relief le trajet des trompes et leur relation avec les ovaires.

Le second de ces deux récents procédés est le culdoscope de Decker qui consiste à apporter une visualisation directe des organes pelviens sans avoir recours à la laparotomie.

Ces deux procédés requièrent nécessairement une expérience et une instrumentation spéciales; ils nous permettent de découvrir quelques-unes des conditions pathologiques susceptibles d'entraver l'activité normale des trompes même si ces dernières se montrent perméables à l'insufflation ou à la salpingographie.

Lorsqu'on envisage le traitement des conditions pathologiques des trompes considérées comme étant les causes de la stérilité, il faut nécessairement faire entrer en ligne de compte tous les aspects du problème tant chez le mari que chez la femme. Et ceci est particulièrement vrai lorsqu'on songe à l'éventualité d'une opération plastique qu'on ne devra jamais envisager avant d'être sûr qu'il n'y a pas d'autre cause apparente de stérilité que l'occlusion tubaire.

Dans le cas d'une inflammation chronique démontrée par un examen gynécologique minutieux si, au moins après trois tests négatifs de Rubin et une salpingographie, la cause nous semble évidente, on pourra utiliser l'application de chaleur sous forme de douches vaginales deux fois par jours, de traitement d'Elliot, de Thermo Flo ou de diathermie.

Il y a environ 11 ans Clauberg publia un article sur l'usage des œstrogènes pour provoquer une hyperémie et une prolifération au niveau de la muqueuse tubaire; réclamant le succès de trois grossesses sur 13 cas chez qui les trompes avaient été précédemment reconnues comme étant imperméables. L'effet de ce traitement peut facilement être mis en évi-

dence par la comparaison des salpingogrammes faits avant et après le traitement. Nous croyons cependant que ce traitement ne devrait être que transitoire puisque trop prolongé il serait susceptible d'aller à l'encontre du but pour lequel il est institué c. à. d. en supprimant l'ovulation.

En présence d'une occlusion tubaire bilatérale contrôlée par Rayons X qui a résisté aux insufflations et aux salpingographies répétées la seule arme qui reste est l'intervention chirurgicale. Comme ce dernier procédé n'offre environ que 5% de chances de grossesse il faut être très circonspect avant d'en faire le choix définitif.

Nous n'avons pas l'intention dans cette présente communication de passer en revue les nombreuses techniques chirurgicales recommandées dans le traitement des occlusions tubaires. Mentionnons seulement en passant que l'obstruction localisée à l'endroit des franges, donc à l'extrémité distale de la trompe, offre les meilleures chances de succès. Il ne faudrait cependant pas oublier que quelque soit le procédé employé la trompe reste en général privée pathologiquement de ses franges normales qui sûrement jouent un rôle important pour happer l'œuf lors de l'ovulation.

Le cas d'une occlusion tubaire localisée à l'isthme constitue un problème beaucoup plus sérieux; car après une excision d'un segment tubaire oblitéré, qu'il s'agisse de vouloir faire une anastomose ou une ré-implantation dans la cavité utérine, il faut envisager deux problèmes très importants: le geste opératoire qui raccourcit une trompe effectue un mouvement de traction qui éloigne cette trompe de son voisinage intime avec l'ovaire et dans les deux procédés il est toujours très difficile d'assurer une perméabilité constante après l'opération. Ce qui revient à dire que le chirurgien ne doit entreprendre une salpingostomie qu'avec la plus grande réserve. Et si une intervention est entreprise, il faudra accorder une attention de tous les moments à chaque détail de restauration de la topographie pelvienne normale et éviter toutes les manœuvres susceptibles de nuire au péristaltisme tubaire.

Conclusion

Dans la stérilité féminine le facteur tubaire dans la plupart des cas se classe le premier par ordre d'importance, comparativement aux autres facteurs en cause. Et, à la suite de diverses statistiques, on estime qu'il constitue 47% des cas.

Au point de vue étiologique le groupe gonococcique représente environ 60% de tous les cas; suit le groupe pyogénique où l'avortement criminel est le plus grave de conséquence. Le troisième groupe est le groupe tuberculeux qui comprend environ 5% de tous les cas.

On établira le diagnostic de lésions tubaires considérées comme étant la cause de stérilité par l'utilisation adéquate de l'insufflation utéro-tubaire kymographique de Co2 et de l'hystéro-salpingographie qui nous renseigneront sur l'état de perméabilité et de péristaltisme tubaires ainsi que sur l'inter-relation tubo-ovarienne.

Le traitement des conditions pathologiques existantes exige souvent une patiente répétition de ces méthodes de diagnostic qui, en elles-mêmes, deviennent assez souvent une méthode thérapeutique. La chirurgie plastique dans ce domaine ne s'adressera qu'à des cas tout à fait particuliers et après qu'on aura éliminé tous les autres facteurs possibles.

BIBLIOGRAPHIE

Louis BONNET: *Insufflation tubaire kymographique par la méthode de Rubin.* G. Doin et Cie, édit., Paris, 1938.

André CHALIER: « Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine. » *L'Expans. Scient. Fr.*, Paris, 1936.

Gaston COTTE: « Le radiodiagnostic en gynécologie. » *Gynéc. et Obst.*, **24**: sept. 1931.

Gaston COTTE: *Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme.* Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

E. DOUAY: « L'hystéro-salpingographie et ses dangers. » *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris,* **25**: 514, 1936.

Earl I. ENGLE: *Proceedings*: *Conference on Diagnosis in Sterility.* Charles C. Thomas, Publisher, 1946.

J. P. GREENHILL: *Year Book of Obst. and Gynecology,* 1948.

P. F. E. LEVESQUE: *Etude comparative des méthodes d'exploration de la perméabilité tubaire.* Thèse de Paris, 1939.

R. MORICARD et Mme F. MORICARD: « L'exploration cyto-hormonale. Nouvelle classification causale et fonctionnelle. » Extrait du vol. des *Rapports* du 1er Congrès international de Biologie clinique, *Rapports,* p. 139, 1948.

Emil NOVAK: *Gynecological and Obstetrical Pathology.* W. B. Saunders Co., Philadelphie et Londres, 1947.

I. C. RUBIN: *Utérotubal Insufflation.* The C. W. Mosby Co., St. Louis, 1947.

Jean SEGUY: « La stérilité. Etude étiologique et clinique. » *L'Expansion scientifique fr.,* Paris, 1936.

Samuel L. SIEGLER: *Fertility in Women.* J. B. Lippincott Co., 1944.

M. SOFERMAN: *L'Insufflation utéro-tubaire (comparaison des méthodes pour l'étude de la valeur fonctionnelle des trompes).* Thèse de Paris, 1937.

Somers H. STURGIS: *Tubal Disease in Sterility.* Transactions of the Third Amer. Cong. on Obst. and Gynec., St. Louis, Miss., 1947. Publié par The Western J. of Surg. Publis. Co., 1948.

LE FACTEUR OVARIEN EN STÉRILITÉ[1]

Roland SIMARD,
Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

D'après Samuel Meaker, l'ovaire est seul responsable de la stérilité dans 22% à 25% des cas; par conséquent, il est indispensable d'en bien connaître la physiologie générale et l'on doit, tout particulièrement, étudier ce qui a trait à l'ovulation, à savoir si elle existe et à quelle période du cycle elle apparaît.

Avant de vous parler des méthodes qui aident à déterminer l'ovulation et qui sont employées dans les cliniques américaines, je tiens à résumer brièvement les principaux facteurs qui peuvent entraîner des troubles dans ce domaine.

1° L'hypoplasie, ovaires plus ou moins développés dont le fonctionnement est parfois suffisant pour maintenir les caractères sexuels secondaires et qui peut être déficient si l'on pratique les dosages hormonaux appropriés.

2° Certains facteurs constitutionnels, tels que débilité générale, mauvaise alimentation, carence vitaminique, etc..., jouent un rôle important, de la puberté à la ménopause, en diminuant le rendement de l'ovaire au point qu'il ne peut plus répondre à tous ses besoins, ce qui conduit à des cycles anovulaires. J'insiste sur la question de la nutrition qui favorise la stérilité et à laquelle on n'attache pas suffisamment d'importance, bien qu'elle soit fréquemment en cause.

3° Quelques variétés de tumeurs solides ou kystiques de l'ovaire, perçues au cours de l'examen de routine, dont les signes cliniques se manifestent, dans la plupart des cas, par des troubles de la fonction menstruelle.

4° Les lésions abdomino-pelviennes récentes ou anciennes, infections habituellement accompagnées de paramétrites et de pelvi-péritonites plus ou moins marquées, lesquelles peuvent supprimer l'ovulation, soit par continuité ou encore par troubles circulatoires.

5° L'endométriose ovarienne, lésion suspecte et difficile à diagnostiquer à cause du peu de signes cliniques qu'elle présente, ne donnant qu'une dysménorrhée acquise sans modifier, le plus souvent, la fonction menstruelle.

6° Tous les troubles fonctionnels provenant soit uniquement de l'ovaire ou encore par l'intermédiaire de l'hypophyse, de la thyroïde ou de la surrénale et se traduisant par des pseudo-menstruations vu que, dans la majorité de ces cas, on est en présence de cycles anovulaires.

En résumé, au point de vue pratique, il est essentiel de s'assurer d'abord qu'il y a ovulation et, par la suite, déterminer à quel moment du cycle elle a lieu. A cet effet, plusieurs méthodes ont été préconisées mais je m'abstiendrai de vous les énumérer toutes pour me limiter aux plus importantes et aux plus précises, celles qui semblent à date avoir donné les meilleurs résultats.

Courbe de température: les modifications de la température basale, au cours du cycle menstruel, et ses relations avec l'ovulation et la grossesse ont été étudiées d'une façon très élaborée depuis dix ans. Palmer et De Villers émettent l'opinion qu'une courbe de température typique est quasi la signature d'une fonction ovarienne normale et que les irrégularités de la courbe sont l'indice d'un cycle anovulaire. A cet effet, ils ont expérimenté qu'en injectant des substances œstrogéniques à une femme castrée, ils obtenaient une légère baisse de la température et que l'injection de progestérone, au cours de la seconde phase du cycle, en provoquait plutôt une élévation; c'est d'ailleurs exactement ce que nous observons dans une courbe de température chez une femme qui ovule normalement. Bien que ce procédé soit simple, je dois admettre qu'il requiert plusieurs mois d'entraînement de la part des malades avant de pouvoir en retirer des résultats satisfaisants, car beaucoup d'erreurs se commettent au début.

Il ne faut pas oublier que cette température doit être prise dans les conditions basales requises, c'est-à-dire le matin, dès le réveil. On a expérimenté qu'il y a peu de différence

1. Travail présenté aux « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1949.

sur l'allure générale de la courbe entre la température buccale, rectale ou même vaginale; il m'a été permis d'observer ces trois courbes superposées chez plusieurs malades et, dans l'ensemble, on a pu retrouver les mêmes caractères, sans modification appréciable.

Biopsie de l'endomètre: d'après Novak, la biopsie est le meilleur critérium de l'état de l'endomètre et le procédé qui donne les renseignements les plus précis relativement à l'ovulation. D'après l'auteur, on peut considérer la muqueuse utérine comme étant la preuve évidente du fonctionnement de l'ovaire en autant, bien entendu, que cette muqueuse possède un pouvoir de réceptivité normale vis-à-vis des œstrogènes. Une muqueuse utérine du 28ème jour qui a atteint une maturité complète et qui est accompagnée de signes manifestes de différenciation sécrétoire, avec présence de glycogène dans la lumière glandulaire, confirme l'ovulation.

La biopsie doit être pratiquée vers le 25ème jour du cycle et, encore mieux si possible, dans les premières heures de la menstruation, pour les raisons suivantes:

1° la biopsie est toujours pratiquée dans les mêmes conditions;
2° elle permet d'obtenir le maximum de muqueuse et, par conséquent, d'en faire une étude plus détaillée;
3° une biopsie, toujours pratiquée dans des conditions identiques, nous aide à établir certaines relations entre les cycles précédents, ce qui contribue à préciser le diagnostic;
4° cette méthode facilite le contrôle de chaque patiente soumise à une médication opothérapique;
5° ce procédé, de plus, permet de constater si la muqueuse a atteint une maturité complète, soit une muqueuse du 28ème jour ou, encore, si elle n'est pas à maturité, c'est-à-dire, présentant l'aspect d'une muqueuse du 20ème ou du 22ème jour du cycle.

Il découle donc qu'en présence d'une muqueuse normale, avec signes de différenciation sécrétoire et une courbe de température caractéristique, on peut admettre, de façon assez précise, que l'ovulation a eu lieu et même avoir une idée approximative du jour qu'elle est apparue.

Une dernière méthode, qui a tendance à prendre de plus en plus d'importance et qui se pratique couramment, en particulier à la Clinique de Meigs, est la détermination du cycle vaginal préconisée, en 1941, par Papanicolaou et Shorr. L'épreuve est basée sur le fait que la prolifération de la muqueuse vaginale est dépendante de la fonction œstrogénique; cependant, comme pour la courbe de température, cette épreuve doit être pratiquée pendant plusieurs cycles consécutifs chez une même malade avant de pouvoir obtenir des conclusions précises. Plusieurs facteurs peuvent en fausser les résultats, en particulier, toutes les vaginites d'origine infectieuse ou parasitaire. Cette méthode, bien spéciale, requiert les services d'un cytologiste expérimenté dans ce domaine, c'est d'ailleurs un moyen de dépistage précoce du cancer du col et du corps utérin et la littérature abonde présentement sur cette question.

Comme conclusion, en stérilité, le facteur ovarien est très important et l'on doit l'étudier surtout en regard de l'ovulation.

Pour ce faire, plusieurs méthodes ont été préconisées mais le médecin s'intéressera probablement à celles qu'il pourra effectuer couramment et sans trop d'ennuis, au bureau ou à l'hôpital; j'ai donc essayé de vous exposer brièvement les épreuves qui sont présentement le plus au point.

L'expérience semble démontrer, cependant, qu'il n'existe qu'une seule ovulation au cours du cycle menstruel et qu'elle apparaît, en moyenne, entre le 8ème et le 18ème jour d'un cycle de 28 à 30 jours.

Quant au traitement médical ou opothérapique, il est impossible de conseiller une forme de thérapeutique générale; il faut d'abord poser un diagnostic précoce et instituer, par la suite, le traitement approprié à chaque cas.

RECUEIL DE FAITS

TUBERCULOSE PULMONAIRE, OSSEUSE ET GÉNITALE[1]

J. PRÉVOST et F. LAFLEUR (Montréal).

Il s'agit d'un patient âgé de 24 ans qui est commis de bureau et qui a été admis le 17 dernier. Il se plaignait:

1° — D'un écoulement purulent à deux endroits au scrotum.

2° — D'une tuméfaction molle à la face externe du ⅓ supérieur.

Antérieurement, en janvier dernier, en soulevant un poids, il a ressenti une vive douleur à la région sacrée, douleur qui s'est atténuée progressivement et qui a disparu par la suite. Ce n'est que vers le mois de juin qu'apparut sans douleur et progressivement la tuméfaction à la cuisse. Au moment de l'admission, la tuméfaction est molle, rénitente, non douloureuse, de la grosseur d'un pamplemousse, elle est rouge mais la température locale ne semble pas augmentée.

Vers la fin d'août, en une nuit, brusquement et sans douleur, le testicule gauche double de volume, durcit et, 5 jours plus tard, un écoulement purulent apparaît en 2 endroits au scrotum. Au moment de l'admission, on note un testicule gauche qui présente une double tuméfaction dure, non douloureuse, reliée à la paroi scrotale qui, par ailleurs, laisse sourdre un liquide blanchâtre épais à travers deux fistules.

A part un amaigrissement récent de 5 livres environ, le reste de l'examen subjectif est négatif.

L'examen objectif attire l'attention vers une pathologie pulmonaire que le patient n'accuse pas.

Au cou: Microadénopathie non douloureuse.

Aux poumons: Sub-matité aux 2 sommets, respiration très soufflante aux 2 sommets et surtout à droite, bronchophonie et pectoriloqui aphone aux deux sommets, surtout à droite, pas de râles.

Avec de tels renseignements, une radiographie des poumons et de la colonne lombo-sacrée s'imposait. La radio pulmonaire démontre une tuberculose active fibro-caséeuse aux 2 apex et aux deux régions sous-claviculaires, avec possibilité de cavité aux deux mêmes régions. La radio de la colonne lombo-sacrée démontre:

1° — Une importante scoliose lombaire à concavité droite.

2° — Pincement important du disque intervertébral entre L3 et L4.

3° — Destruction au niveau de la surface inférieure du corps de la 3ème vertèbre.

D'où le radiologiste conclut en une lésion osseuse caractéristique d'un mal de Pott.

Avec toutes ces données, rien de surprenant alors que le liquide gastrique contienne du Bacille de Koch.

Fait à noter: Mantoux (1/1000) négatif.
Mantoux (1/100) négatif.
Sédimentation globulaire normale (12mm).
Pus de la cuisse: pas de B.K.

Diagnostic: — T.B. pulmonaire.

27-10-49: — CONSULTATION GÉNÉRALE.

Histoire de cas présentée par le Dr F. Lafleur, commentaires par le Dr J. Prévost.

Le *Dr E.-D. Gagnon* demande si l'on a eu l'analyse d'urine.

Le *Dr Prévost*: « Oui ».

Le *Dr J.-U. Gariépy* demande si l'on a eu analyse de pus.

1. Clinique du Thorax de l'hôpital Notre-Dame.

Le *Dr Prévost* répond qu'il y a eu ponction, mais que, par erreur, le pus a été jeté et on a injecté de la streptomycine. Cependant le patient a été reponctionné, mais le liquide est stérile, le patient ayant reçu dans la fistule de la streptomycine 48 h. auparavant. Présentation du malade qui est examiné plus spécialement par les Drs J.-U. Gariépy et E.-D. Gagnon.

Lecture des films par le Dr J.-L. Léger: infiltration bilatérale pulmonaire avec images arrondies, cavitaires au sommet gauche qui se superposent exactement sur la clavicule. Il y a probablement d'autres cavités à droite au sommet. Sur la radiographie de la colonne entre L3 et L4, il y a pincement de l'espace intra-vertébral, aussi visible sur la latérale, avec zone de destruction osseuse dans le corps vertébral de L3 et de L4, beaucoup moins marqué à ce niveau. Cette zone de destruction est postérieure. Il n'y a que deux lésions qui peuvent donner cette image; un mal de Pott ou une fièvre de Malte, qui est très rare ici.

A une question, le *Dr Léger* répond que la métastase épargne le disque inter-vertébral.

Le *Dr Prévost* demande si l'ostéomyélite peut donner une image semblable.

Cette lésion, répond le *Dr Léger*, est très rare à la colonne.

Le *Dr E.-D. Gagnon* demande s'il y a eu des radiographies du reste de la colonne.

La réponse est qu'il n'y en a pas eu de demandée.

Le *Dr Prévost* commente qu'il s'agit d'un cas de tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse, osseuse et génitale, d'un type exsudatif avec conservation extraordinaire, dans les circonstances, d'un excellent état général. Le Mantoux négatif s'explique de bien des façons; le rapporteur, après en avoir donné le mécanisme, insiste à nouveau sur la négativation de la réaction tuberculinique chez les cobayes tuberculisés traités à la streptomycine.

De plus, il demande l'opinion des chirurgiens à savoir s'il y a intérêt ou non à intervenir sur la lésion génitale? Médicalement, il insiste sur la cure sanatoriale et sur les indications de la streptomycine et de l'APS dans un tel cas.

Vu l'état général et les nombreuses infections tuberculeuses que présente le patient, le Dr Gagnon a l'impression qu'il n'y a pas de traitement chirurgical actif à faire, seulement un traitement général avec immobilisation relative, par exemple dans une gouttière plâtrée ou un lit dur sur lequel le patient ne devra pas s'asseoir. Le traitement de l'abcès ossifluent est la ponction par longues aiguilles, comme déjà amorcé. Répéter fréquemment, au début toutes les semaines puis espacer. Seulement plus tard, quand l'abcès sera tari, on devra envisager une greffe osseuse et une fixation de sa colonne. Au point de vue tuberculose génitale, il semble que la tendance actuelle soit de ne pas opérer et laisser ces patients-là au repos. La streptomycine a donné un essor plus grand à ce traitement conservateur par association streptomycine et huile de Moogrol ou association streptomycine et acide para-amino-salicylique. On cite aussi un article scandinave par Semb où celui-ci est d'avis qu'on doit faire un traitement conservateur. A Toronto on a déjà traité d'une façon conservatrice, depuis 12 ans, des patients atteints de tuberculose génitale. En conclusion, il a l'impression que ce patient doit être traité d'une façon conservatrice avec aspiration d'abcès, streptomycine, repos sanatorial, etc., et, plus tard, traitement de la tuberculose osseuse par traitement chirurgical actif. Aussi avoir des radiographies complètes de la colonne, pour voir s'il n'y aurait pas, à d'autres niveaux, des tuberculoses osseuses qui ne sont pas encore cliniquement décelables.

Le *Dr J.-U. Gariépy* demande si le taux de calcémie est fait.

Le *Dr Prévost*: « Non. »

Le *Dr Gariépy* rappelle une ancienne méthode qu'il a employée qui consistait à injecter de l'éther iodoformée et on bouche l'aiguille pour amener une éthérisation d'iode. Ça donnait autrefois de bons résultats.

EN CONCLUSION: cure sanatoriale pour le moment.

TROU DANS LA MACULA

Jules BRAHY (Montréal).

Observation. [1]

M. B. G., 34 ans, se présente à la consultation pour la première fois, le 18 octobre 1948, se plaignant d'un point noir fixe et permanent dans le champ visuel de son œil droit depuis deux mois. Il l'avait remarqué pour la première fois un matin en se rasant et se rappelait qu'il avait passé la journée de la veille à la plage, se baignant et prenant des bains de soleil.

La vision de l'œil gauche était normale, tandis que la vision de l'œil droit se résumait à la simple perception lumineuse.

Les pupilles réagissaient bien à la lumière et à la convergence, il n'y avait aucun signe de paralysie des muscles de l'orbite et la tension oculaire était normale, mais le champ visuel révéla un petit scotome très central de l'œil droit, bien qu'un examen minutieux du fond de l'œil droit (avec mydriatique) ne put faire déceler la moindre lésion pathologique.

Examen général:

Histoire non confirmée de lithiase rénale, quelques années auparavant. Très légères traces d'albumine dans les urines; azotémie et glycémie normales; Bordet-Wassermann négatif; numération globulaire normale; pression artérielle: 110/80; une dent cariée à droite; la radiographie du crâne révéla que le sinus maxillaire droit était légèrement voilé.

Le 26 octobre, il se plaignit de maux de tête, de vertiges et d'hémianopsie temporale droite.

Les oreilles étaient normales et il n'y avait aucune histoire d'otite antérieure. Au champ visuel, il n'y avait pas d'hémianopsie, mais la persistance du scotome central et le fond de l'œil était encore normal. L'examen neurologique fut négatif.

Ce malade n'est revenu que le 14 décembre, alors que la vision de l'œil droit, de simple perception lumineuse, s'était améliorée à 5/30, mais, cette fois-là, l'examen du fond de l'œil révéla un trou dans la macula, de la grosseur d'une grosse tête d'épingle, très rond, à circonférence très unie et presque blanc, quatre mois après l'apparition du premier symptôme.

* * *

Nous connaissons tous les certaines dégénérescences de la macula qui peuvent survenir chez les myopes — surtout dans la myopie progressive — et chez certaines personnes âgées, mais l'histoire, l'évolution et les découvertes ophtalmoscopiques sont tout à fait différentes de ce que nous avons noté chez le sujet en question.

La littérature médicale n'abonde pas en références sur les trous dans la macula survenus à la suite de bains de soleil ou autrement. Cependant, il y a eu un travail « Solar Burns of the Fundi » présenté au Troisième Congrès d'Ophtalmologie tenu à La Havane, en janvier 1948, par le Dr Charles A. Trutz de New-York, où, en résumé, il dit ce qui suit:

« Le spectre de toute source de lumière contient à la fois des rayons visibles et invisibles. Avoisinant le rouge, il y a les rayons invisibles infra-rouges, dits thermiques, et au-delà du violet, se trouvent les rayons invisibles, courts, ultra-violets dont l'action est chimique. Selon Duke-Elder, les rayons visibles de la lumière que l'œil absorbe peuvent produire un des trois effets suivants: visuel, thermique ou photochimique (abiotique). »

« Les réflections provenant de l'eau, du sable ou de la neige, ou encore le fait de regarder longtemps le soleil, une éclipse, de fortes lumières électriques ou les flammes d'une fournaise, peuvent produire des effets nocifs sur la

1. Histoire de cas présentée à la réunion de la Société d'Ophtalmologie de Montréal, hôpital Notre-Dame, le 15 décembre 1949.

2. Référence: « Solar Burns of the Fundi », Dr Charles A. Trutz, New-York, N. Y., Troisième Congrès d'Ophtalmologie, La Havane, 8 janvier 1948.
Cf. *New York State Journal of Medecine,* vol. 48, no 22, 15 novembre 1948, pp. 2489-91.

macula. Il peut en résulter un scotome permanent. »

« Selon Parsons, tous les rayons visibles et certains rayons infra-rouges atteignent la rétine sans embâcle. Une bonne partie de cette irradiation est absorbée par l'épithélium pigmentaire et il est probable que les changements pathologiques observés soient produits par l'effet thermique qui en résulte. Au début, l'examen du fond de l'œil pourra fort bien ne rien révéler de pathologique, mais, plus tard, il pourra y avoir autour de la macula des dépôts pigmentaires qui seront remplacés par un trou. »

« On pourra également observer parfois, autour d'une petite hémorragie, une teinte grisâtre généralisée de la rétine, du côté temporal. Certains croient que cette pathologie est due à un spasme local des artérioles et capillaires rétiniens, amené par l'action des rayons infra-rouges, thermiques, suivi par une dilatation compensatrice qui amènera à son tour une augmentation de la perméabilité capillaire, de l'œdème, une véritable nécrose de la rétine et, finalement, un trou dans la macula. »

« Le pronostic doit être réservé. Bien qu'il puisse se produire une amélioration, il en résulte la plupart du temps un scotome définitif avec troubles visuels permanents. »

Après dix-huit mois, l'acuité visuelle de notre malade est de 1/20, sans erreur de réfraction, le trou dans la macula est définitivement établi et le scotome central de l'œil droit persiste toujours.

REVUE GÉNÉRALE

LA RÉTENTION URINAIRE POST-OPÉRATOIRE ET SON TRAITEMENT

Jean-Paul BOURQUE, F.R.C.S. (C), F.A.C.S., F.I.C.S.,

Professeur agrégé d'Urologie à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal,
Chef de service en Urologie à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

La rétention urinaire post-opératoire est une complication très fréquente et qui est souverainement ennuyeuse et désagréable, tant pour le patient que pour le chirurgien.

1. CAUSES.

Cette affection peut être causée par divers facteurs qui peuvent être uniques ou multiples, prédisposants ou déterminants, selon les cas et selon les interventions.

Comme facteur *prédisposant*, l'infection urinaire préexistante se rencontre très fréquemment.

Ensuite, il y a l'existence d'une obstruction au niveau du col vésical ou au niveau de l'urèthre; dans le premier cas, il peut s'agit d'*hyperplasie musculaire du col*, ou encore, chez des personnes plus âgées, d'une *hypertrophie de la prostate*, et enfin, chez la femme, d'une *cystocèle* plus ou moins marquée; dans le second cas, il peut s'agit d'un *rétrécissement* à un niveau quelconque de l'urèthre.

Enfin, il peut s'agir d'*atonie vésicale* pure et simple qui se rencontre souvent chez des malades ayant été porteurs ou étant porteurs de lésions nerveuses, soit centrales, soit périphériques.

Parmi les facteurs *déterminants*, le plus fréquent, c'est la *parésie post-anasthésique* consécutive à une anesthésie générale par n'importe quel agent ou à une anesthésie régionale. Cette parésie est exceptionnelle après les anesthésies locales, d'autant plus que, de nos jours, celles-ci ont fait place à l'anesthésie régionale dans la majorité des cas.

Dans toutes les anesthésies, il faut compter avec le facteur toxique car celui-ci, par l'abolition des sensations, de la sensibilité et du tonus musculaire, joue sûrement un rôle d'inhibition au niveau des terminaisons nerveuses d'où le retard dans le retour à la normale des sensations, de la sensibilité et du tonus musculaire, ce qui est en relation directe avec son élimination. Ceci explique donc facilement les difficultés que le malade éprouve à uriner dans les suites post-opératoires et souvent, dans certains cas, la rétention aiguë.

Un autre facteur extrêmement fréquent, auquel on n'attribue pas assez d'importance, c'est la *douleur*. Il est assez facile de concevoir qu'un sujet opéré et qui est porteur d'une laparotomie médiane, lombaire ou autre, a une paroi musculaire douloureuse, immobilisée, où les mouvements sont réduits. Comme l'évacuation de la vessie se fait par la contraction de la vessie elle-même, aidée par la contraction des muscles abdominaux et périnéaux, il est facile de concevoir que, si un de ces adjuvants manque ou est dans l'impossibilité d'agir à cause de la douleur, une rétention puisse s'installer.

En troisième lieu, la rétention urinaire post-opératoire est en relation avec les *interventions pratiquées sur le petit bassin* et est plus fréquente dans ces cas. D'abord, dans tous les cas de chirurgie du petit bassin, il y a compression plus ou moins importante de la vessie, soit par les écarteurs ou par autres instruments; il y a aussi compression plus ou moins importante des nerfs vésicaux, qu'il s'agisse des nerfs hypogastriques, des nerfs érecteurs ou des ganglions hypogastriques,

tous transportant les influx nerveux vésicaux. De plus dans les manipulations des organes du voisinage, comme dans les hystérectomies et surtout dans les résections abdomino-périnéales du rectum, on note une parésie vésicale plus marquée qui est consécutive à des sections nerveuses ou encore parce que la paroi postérieure de la vessie, dénudée, avivée, se trouve prise dans une gangue de tissus en pleine réaction cicatricielle où l'influx nerveux est à peu près absent. Dans ce dernier cas, les nerfs vésicaux sont souvent touchés surtout au niveau des ganglions hypogastriques.

Un autre facteur déterminant qui intervient très fréquemment et auquel on ne pense pas assez souvent, c'est tout simplement la *position du malade* au lit. Nombreux sont les sujets normaux qui ne peuvent uriner en position couchée ou en position assise, que ce soit en décubitus latéral, abdominal ou dorsal; il s'en suit donc que, dans bien des cas, ces sujets là, immobilisés par une intervention, peuvent d'autant moins évacuer leur vessie.

Enfin, il peut s'agir dans bien des cas de *psychisme* un peu particulier qu'on rencontre fréquemment chez tous les opérés, qui craignent un peu tout ce qui pourrait survenir comme complication, ce qui explique facilement dans certains cas des rétentions post-opératoires.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Au point de vue anatomo-pathologique, que se passe-t-il au niveau de la vessie en rétention?

La première phase, due à la distension, est d'abord une hyperhémie au niveau des vaisseaux de toute la muqueuse. Ces vaisseaux sont augmentés de volume, sont congestionnés à cause de difficultés circulatoires. Souvent même, il se produit des œdèmes consécutifs à ces retards de la circulation et parfois de l'extravasation. Secondairement, la paroi musculaire vésicale elle-même s'infiltre par un œdème plus ou moins important et cet œdème va même envahir les tissus périvésicaux par extravasation. La distension, la congestion et cet œdème gênent encore, de plus en plus, la circulation de retour et compriment la paroi vésicale qui est refoulée sur les organes du voisinage par la grande quantité de liquide qu'elle contient.

III. — COMPLICATIONS.

Avec ces modifications pathologiques qui se produisent au niveau de la vessie et dans son voisinage, il est très facile de comprendre pourquoi l'infection s'y installe si facilement. Il y a tous les facteurs désirables pour que ceci se réalise et il sufft d'avoir quelques colibacilles, staphylocoques ou streptocoques ou autres microbes dans les urines pour voir immédiatement une paroi vésicale affaiblie s'infecter et donner lieu aux complications que nous allons décrire.

Ces complications de la rétention urinaire post-opératoire peuvent s'étudier sous deux groupes: les *complications infectieuses* et les *complications mécaniques*.

Dans le premier groupe, la complication la plus fréquente, c'est la cystite. C'est une complication locale. Règle générale, c'est une cystite banale qui se guérit assez facilement, tout simplement par l'administration d'antiseptiques urinaires ordinaires, sans avoir recours à d'autres manipulations, mais qui nécessite parfois des soins prolongés; chez l'homme, la prostatite se rencontre très souvent à cause de la congestion locale; et, enfin, les deux sexes peuvent présenter de la pyélite qui se manifeste par de l'hyperthermie, un état de prostration avec grande fatigue, douleurs aux régions lombaires, frissons, etc.

Dans le second groupe, les complications mécaniques sont d'abord: la rétention chronique consécutive à la distension vésicale qui a amené une rupture des fibres musculaires vésicales ou une élongation de celles-ci, d'où affaiblissement de la paroi vésicale; ensuite, comme autre complication, il y a l'atonie vésicale consécutive au même processus que nous venons de décrire. Souvent ces complications ne peuvent rentrer dans l'ordre définitivement que par des résections du col vésical et il faut par-

fois même aller jusqu'à certaines résections nerveuses, quand il n'y a pas d'obstacles, à l'évacuation de la vessie. Les complications mécaniques peuvent être dues, enfin, à des scléroses péri-vésicales consécutives aux œdèmes péri-vésicaux post-rétentionnels.

IV. — TRAITEMENTS.

Comment doit-on traiter une rétention urinaire post-opératoire?

Contrairement à toutes les données observées depuis longtemps, où il est prescrit d'éviter ou, tout au moins, de retarder le cathétérisme, nous croyons que c'est justement le contraire qu'il faut faire, c'est-à-dire, ne pas attendre douze, quatorze heures avant de pratiquer ce cathétérisme; il faut agir assez tôt justement pour éviter ces transformations pathologiques locales décrites plus haut. Il faut donc pratiquer un *cathétérisme précoce,* et, par précocité, nous entendons dans les sept ou huit premières heures, c'est-à-dire, quand le malade a éprouvé la sensation du besoin d'uriner sans pouvoir se satisfaire. Règle générale, chez tout malade qui n'a pas uriné huit heures après son intervention, il vaut mieux faire un cathétérisme, pratiqué avec toutes les précautions d'usage, que d'attendre la distension et toutes ses complications. Nous sommes d'avis, après expérience, que les infections urinaires après cathétérisme sont moins souvent dues au cathétérisme lui-même, qu'à l'état de la vessie distendue, irritée, congestionnée, qui souvent saigne et s'infecte tout simplement à cause d'agents pathogènes présents dans les urines. Ceci est à peu près de règle dans tous les cas.

Pour les malades qui ont subi des interventions sur le petit bassin: hystérectomies élargies, résections abdomino-périnéales du rectum, etc., nous conseillons la mise en place d'une sonde à demeure à la fin de l'opération. Cette sonde à demeure sera laissée en place pendant quelques jours et on la retirera dès que le malade pourra se lever, quand le gros des douleurs sera passé et quand tous les effets toxiques parésiques post-opératoires auront disparu.

Un deuxième point qui aidera énormement, c'est le lever précoce; car, dans la majorité des cas, le seul fait de faire lever les malades précocement après les interventions leur permettra d'évacuer leur vessie spontanément et nous évitera d'avoir recours au cathétérisme.

Enfin, s'il faut aider ce malade, nous pourrons prescrire à faibles doses, des médicaments qui aident la contracture vésicale. Nous avons expérimenté pendant longtemps le bromure de prostigmine à petites doses, soit un demi-comprimé trois fois par jour, et nous avons été entièrement satisfait des résultats.

Conclusion.

En résumé, la rétention urinaire est une complication fréquente. La rétention urinaire crée des perturbations pathologiques au niveau de la vessie, et il faut les éviter, car elles sont à la source de maintes infections qui sont difficilement curables parfois, ou, tout au moins, lentes à guérir. Il y a deux façons de traiter la rétention urinaire post-opératoire, soit: le lever précoce du malade ou le cathétérisme précoce. Nous croyons qu'avec cette ligne de conduite, des tas d'ennuis seront évités, le malade en sera plus heureux et le chirurgien de même.

ATÉLECTASIE PULMONAIRE POST-OPÉRATOIRE

Maurice BONNIER, F.C.C.P.,
Chef du service de broncho-œsophagologie à l'hôpital du Sacré-Cœur et à l'hôpital Sainte-Justine,
Broncho-œsophagologiste consultant à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Les complications pulmonaires survenant à la suite d'interventions chirurgicales, surtout si une anesthésie générale a été employée, sont relativement fréquentes. Parmi ces complications, il en est une qui survient plus souvent qu'on ne serait porté à le croire; cette entité morbide à laquelle on peut remédier avec une grande rapidité par les moyens bronchoscopiques c'est l'atélectasie pulmonaire post-opératoire.

En 1927, Mastier et ses collaborateurs, basés sur leurs observations personnelles émettaient l'opinion que 70% de toutes les complications pulmonaires post-opératoires comprenaient de l'atélectasie. Reconnaissant que l'atélectasie massive ne formait qu'un faible pourcentage parmi les différents types cliniques de ce phénomène, ils suggéraient quatre types cliniques à savoir: 1° le type fulminant massif; 2° le type modéré; 3° le type tardif ou bénin; 4° le type transitoire. Cette classification est trop indéfinie pour être de quelque valeur pratique. Churchill et Holmes différencient une lésion appelée atélectasie lobaire qu'ils ont rencontrée très fréquemment à la clinique, à la radiologie et à la salle d'autopsie. La classification anatomique nous semble la plus appropriée et la plus conforme à la nomenclature généralement admise à savoir,

1. atélectasie massive;
2. atélectasie lobaire;
3. atélectasie lobulaire;
4. atélectasie segmentaire, intermédiaire entre l'atélectasie lobaire et l'atélectasie lobulaire.

Il n'y a pas de doute que la majorité des lésions post-opératoires qui étaient considérées antérieurement comme une pneumonie post-opératoire ou une broncho-pneumonie de déglutition étaient des lésions d'atélectasie.

Bien des théories ont été émises sur la pathogénie et les facteurs étiologiques de l'atélectasie post-opératoire. Bien des auteurs, avec Elliott et Dingley, admettent qu'elle est la résultante d'une immobilisation du diaphragme et d'une obstruction bronchique qui entraînent la résolution par le sang de l'air intra-alvéolaire. Dans un grand nombre de cas en effet, les bronchoscopistes à la suite de Chevalier et Chevalier Lawrence Jackson, Tucker, Clerf ont enlevé des masses de sécrétions bronchiques qui obstruaient la bronche desservant le territoire pulmonaire atélectasié. Il n'y a pas de doute que l'obstruction bronchique et l'immobilisation du diaphragme peuvent entraîner de l'atélectasie pulmonaire. Mais que ce soit les seules causes, nul n'est prêt à l'affirmer.

Tucker rapporte un cas d'atélectasie provoqué expérimentalement chez un chien au moyen de sécrétions endo-bronchiques épaisses et visqueuses aspirées par bronchoscopie de la bronche gauche d'un malade qui avait présenté le tableau d'une atélectasie massive qui avait suivi une opération inguinale droite sous anesthésie à l'éther. L'aspiration avait été faite par le Dr Clerf, 10 heures après le début des symptômes cliniques. La culture ne présentait que des pneumocoques. Les sécrétions, environ 9 grammes, furent conservées sur la glace pendant 24 heures puis insufflées sous bronchoscopie dans la bronche droite d'un chien par le Dr Tucker. Le chien avait reçu une injection de morphine. avait été anesthésié à l'éther; on avait en plus eu soin d'ouvrir puis de refermer la cavité abdominale par des plans de suture; enfin on avait appliqué une bande large de diachylon autour de la portion inférieure du thorax afin d'immobiliser à ce niveau autant que possible. Quinze minutes à peine après cette manœuvre, on nota un grand malaise respiratoire au point qu'on craignit la

mort du chien. Mais le poumon opposé sembla compenser. A la fin de la première demi-heure, ce côté devint élargi par rapport au droit, lequel apparut au contraire affaissé et immobile. Les mouvements respiratoires du côté sain étaient exagérés. En un mot on observa des phénomènes en tous points semblables à ceux qu'on rencontre chez les humains souffrant d'atélectasie pulmonaire. Trois heures après la mise en place des sécrétions, une radiographie a démontré que les trois lobes du poumon droit du chien étaient atélectasiés, que le cœur et le médiastin étaient complètement attirés du côté obstrué c'est-à-dire à droite. Le diaphragme droit élevé se confondait aux ombres radiologiques denses et diffuses du poumon atélectasié.

Ce tableau de constatations expérimentales correspond en tous points à celui montré chez les humains et que nous-mêmes avons rencontré chez nos cas d'atélectasie post-opératoire. Ajoutons seulement qu'il y avait pâleur et cyanose, sensation de serrement endo-thoracique et d'impuissance à tousser et à expectorer, dyspnée ou tachypnée, angoisse, élévation subite de la température, du pouls et de la respiration. Chez nos opérés atélectasiés, le plus souvent tout un poumon est atteint à cause du collapse immédiat post-thoracoplastique ou post-lobectomique du lobe supérieur ou de la base. Mais il n'y a pas de doute que l'obstruction concomitante des autres lobes du poumon atélectasique était responsable des phénomènes pathologiques d'anoxémie rapide avec tableau clinique et radiologique particulier. Dans presque tous nos cas nous avons noté la présence de quelques sécrétions du côté opposé mais en quantité minime ne pouvant gêner que partiellement la ventilation du poumon sain. Dans tous les cas la quantité des sécrétions n'était que de quelques grammes mais toujours elles étaient d'une grande viscosité nécessitant l'emploi d'un aspirateur large et d'une force de succion puissante. Presque tous nos cas sont revenus rapidement en quelques heures, à un état normal. Dans les cas d'exception il s'agissait d'une complication mixte de broncho-pneumonie et d'atélectasie post-opératoires lorsque la mort ne pouvait être imputée à la maladie ou à l'opération.

En général, nous avons noté une matité complète de la région atélectasiée avec abolition ou diminution considérable des bruits respiratoires. Parfois quelques râles bronchiques surajoutés étaient perceptibles mais le plus souvent ils étaient transmis du côté opposé.

En conclusion, les signes respiratoires étaient proportionnels au degré d'obstruction et à la localisation des lésions. Selon que cette obstruction par les sécrétions était plus ou moins complète, l'abolition de la courbe respiratoire et des bruits respiratoires normaux et pathologiques et la matité étaient plus ou moins marquées de ce côté; de même, du côté opposé, l'expansion compensatrice et l'emphysème étaient proportionnels.

Legendre et Bailey en 1844 ont été les premiers à décrire l'atélectasie pulmonaire qu'ils attribuaient à la fois à l'obstruction endobronchique et à la défectuosité ou l'inefficacité des mouvements respiratoires. Mendelsohn (1844), Traube (1846), Sichthenin (1879) et une série d'autres chercheurs par la suite ont reconnu le bouchonnement endobronchique comme une des causes de l'atélectasie. W. Pasteur (1908) signala l'importance de cette condition en attirant l'attention sur l'incidence de l'atélectasie d'un lobe pulmonaire ou plus à la suite d'interventions chirurgicales; en 1914, il suggéra comme cause étiologique un facteur neurogénique. Après 1924, Jackson, Lee, Tucker admettent avec Legendre et Bailey que les deux grands facteurs responsables sont l'interférence avec les mouvements respiratoires et l'obstruction bronchique.

Par ailleurs, les recherches de Coryllos et Birnbaum (1928) portèrent ceux-ci à croire que seule l'obstruction bronchique est le facteur responsable de l'atélectasie, tous les autres éléments n'intervenant que comme facteurs prédisposants. Les autres causes qui furent suggérées comme la paralysie du diaphragme, l'inhibition du réflexe de la toux, la contraction réflexe de la musculature bronchi-

que, le jeu de soupape d'arrêt d'un bouchon de sécrétions se ramènent à l'une des deux grandes conditions fondamentales à savoir, l'obstruction bronchique ou la respiration défectueuse.

Evan C. Galbraith et Bernhard Steiberg en 1937 ont fait un travail expérimental considérable sur une trentaine de chiens afin de déterminer quelles pouvaient être les relations de l'obstruction bronchique avec l'atélectasie pulmonaire. Ils avaient en effet constaté dans des autopsies avec d'autres observateurs, des lésions bien définies d'atélectasie d'un ou de plusieurs lobes pulmonaires sans la présence de corps étrangers. Coryllos et Birnbaum expliquèrent ces constatations en disant qu'une obstruction seulement temporaire était suffisante pour produire une atélectasie définitive. Ils firent des travaux sur l'obstruction bronchique et l'échange des gaz pulmonaires qui furent des contributions importantes au problème de l'atélectasie.

Partant de constatations cliniques, radiologiques et bronchoscopiques, dans les nombreux cas de corps étrangers des bronches, et les rapportant à des constatations semblables dans un grand nombre d'affections pulmonaires, Jackson père et fils, puis les membres de son Ecole ont dû conclure à l'existence de phénomènes pulmonaires secondaires à une obstruction bronchique qui modifiaient ou empêchaient la ventilation et le drainage. Ils ramènent cette obstruction à trois types de soupapes:

1° — soupape à sens unique;

2° — soupape de régulation ou dans les deux sens;

3° — soupape d'arrêt.

Lorsque la ventilation et le drainage sont coupés complètement par l'interposition d'une soupape, il s'ensuit rapidement de l'atélectasie.

Nos constatations nous ont démontré que dans nos cas d'atélectasie post-opératoire il y avait soupape d'arrêt presque complète: bouchon de sécrétions visqueuses dans une bronche déjà aplatie par l'effet d'un mode collapsothérapique puissant (temps de thoracoplastie ou de lobectomie) présentant une muqueuse inflammatoire gonflée.

En 1927 Archibald, à la suite d'une série d'injections dans les bronches de différentes substances contenant du lipiodol a tenté de démontrer que ces substances, sous l'influence de réflexes de toux occasionnés par l'irritation mécanique du pharynx, étaient entraînées à un niveau inférieur et même presque dans les alvéoles. Selon Archibald, à l'effort expiratoire de la toux suit un vide puissant qui entraîne un effort inspiratoire accompagné de l'entrée d'un volume peut-être plus grand d'air dans les alvéoles. Cet effort pourrait expliquer la pénétration plus avant de sécrétions qui n'auraient pu être expulsées au temps expiratoire.

Qu'il nous soit permis de dire qu'au cours de nos instillations endo-bronchiques de lipiodol (quelques milliers) nous avons observé presque toujours le phénomène suivant lorsqu'il n'existait pas de dilatations bronchiques:
1° — l'huile iodée s'écoule rapidement et atteint vite la périphérie lorsque les bronches et le parenchyme pulmonaire sont sains. Elle est expulsée aussi vite sinon plus vite par l'effort de toux;

2° — l'huile iodée s'écoule lentement dans un système broncho-alvéolaire malade et atteint difficilement la périphérie du poumon lorsqu'elle réussit à l'atteindre;

3° — l'huile iodée s'écoule parfois lentement dans des arbres qui ne présentent aucune pathologie évidente sur les images bronchographiques.

Par nos constatations, il n'y a pas de doute qu'en plus d'un facteur obstacle par accumulation ou présence de sécrétions ou autres, souvent il nous fallait impliquer un trouble dans le mouvement physiologique des bronches. Les bronches, par un mécanisme encore à déterminer, s'objectent plus ou moins complètement au passage du lipiodol. Fréquemment nous avons observé ces phénomènes chez les asthmatiques. Etait-ce dû à une contrac-

tion spasmodique des bronches ou à une pression périphérique refoulante à cause d'emphysème ou aux deux à la fois? Je crois que tous ces facteurs peuvent être impliqués. Mais, fait certain, dans les cas d'asthme essentiel, le facteur de début est un déséquilibre vago-sympathique à influence bronchique. N'est-il pas possible que, chez des candidats particuliers et sous l'influence de l'anesthésie générale, le mouvement physiologique ne soit altéré au point de devenir contracturé, parésié ou paralysé temporairement. Les cils vibratils seraient en plus influencés directement. Le mucus sécrété par une muqueuse directement irritée par les gaz, ayant une consistance visqueuse, immobiliserait encore davantage l'action des cils et ne pourrait être chassé au dehors à cause de l'abolition des moyens de défense naturelle. L'accumulation d'une petite quantité de ces sécrétions suffit à faire bouchon et à déclencher les phénomènes d'atélectasie.

Nos bronchoscopies démontrent que les sécrétions sont tellement épaisses qu'elles ne sont pas ou très peu mobiles et font bouchon vraisemblablement là où elles se forment. D'ailleurs les glandes augmentent en nombre et ont un pouvoir sécrétoire qui s'accentue de bas en haut. Ce qui explique leur prédominance d'action dans la trachée et les troncs bronchiques principaux.

Tous les facteurs qui empêchent ou diminuent les pouvoirs d'expectoration naturelle en influençant les diaphragmes, les muscles inspirateurs ou expirateurs, la sensibilité réflexe de la paroi broncho-alvéolaire et la mobilité des cils vibratils, le mouvement physiologique des bronches, la statique ou la dynamique pulmonaire, doivent être tenus en considération. Pour nous c'est la synergie concomitante de plusieurs de ces facteurs qui produit l'obstruction nécessaire pour créer l'atélectasie pulmonaire post-opératoire, comme d'ailleurs toutes les autres atélectasies, avec cette différence que leur action est massive dans l'atélectasie lobaire ou l'atélectasie de tout un poumon.

En 1937, à Toledo (Ohio), Evan G. Galbraith et Bernhard Steinberg ont étudié le mécanisme du développement de l'atélectasie pulmonaire chez plus de trente chiens. D'après les constatations expérimentales de ces auteurs, il semble que, dans les conditions dans lesquelles ils opéraient: 1° — l'atélectasie pulmonaire survenait à la suite d'une interférence marquée avec les mouvements respiratoires c'est-à-dire avec l'inflation et la déflation des poumons. L'obstruction bronchique n'est qu'un des mécanismes responsables d'atélectasie;

2° — Il y avait apparition d'une série d'événements pulmonaires successifs au cours de la formation de cette atélectasie, à savoir une stase initiale des artères pulmonaires commençant à la périphérie du poumon, prouvée et déterminée par l'étude de sections microscopiques et la lecture radiologique du système artériel opacifié par l'injection d'huile iodée. Cette stase était suivie d'une atélectasie d'abord régionale puis diffuse et à l'occasion d'œdème, de pneumonite, d'abcès et de nécrose; 3° — l'obstruction bronchique partielle conduisait à un état infectieux qui ressemble à la broncho-pneumonie humaine mais non à l'atélectasie, à cause de la conservation du mouvement respiratoire. Avant que l'atélectasie ne soit établie complètement, un processus infectieux surajouté apparaît tout d'abord dans les bronches sous forme de bronchite purulente aiguë. En quelques heures, une infiltration cellulaire diffuse envahit les alvéoles et les espaces interstitiels. Cette apparence de pneumonite peut être attribuable à une extension de l'infection bronchique ou à un processus indépendant. Le processus inflammatoire à la suite d'obstruction bronchique incomplète ressemble à la broncho-pneumonie humaine mais diffère de la pneumonite associée à l'atélectasie. Il diffère aussi en sévérité et dans la terminaison de l'infection.

L'atélectasie pulmonaire, dans ces stades tardifs, semble donc associée avec un processus infectieux à caractère diffus (pneumonite) aboutissant à la formation de l'abcès et du tissu de nécrose.

L'interprétation des radiographies des chiens indique que le diagnostic de l'atélectasie n'est pas possible à moins qu'un poumon ou qu'un lobe entier soit pris et que l'œdème et la pneumonite soient surajoutés. Pas de différenciation possible entre l'atélectasie, l'œdème léger et la pneumonite, ou la pneumonite marquée et l'abcès en formation. La suppression de la cause de l'atélectasie, avant la production de l'œdème et de la pneumonite, permet le retour des poumons à la normale. Ce retour est accéléré (même en quelques minutes) par la respiration artificielle. Plusieurs causes apparaissent être responsables de la production de l'atélectasie mais l'interférence avec les mouvements respiratoires semble être la cause fondamentale. Cette interférence semble être produite surtout par l'obstruction complète d'une bronche. L'occlusion complète mais temporaire, non suffisamment prolongée, ne produit pas d'atélectasie contrairement à ce qu'affirmaient Coryllos et Birnbaum.

A la suite de toutes ces considérations et ayant en vue les conclusions logiques qui en découlent, nous en avons conclu qu'en aspirant les sécrétions bronchiques avant, au cours ou après les interventions thoraciques, nous mettions en œuvre les moyens pour prévenir toute interférence sérieuse dans les mouvements respiratoires entre autres, l'accumulation de sécrétions visqueuses qui pourraient empêcher l'inflation et la déflation des poumons. Notre technique varie suivant la gravité de l'opération qui doit être exécutée.

Lorsqu'une lobectomie ou une pneumonectomie doit être exécutée, une ou plusieurs aspirations bronchoscopiques sont faites dans les jours qui précèdent l'opération: l'anesthésie générale est intra-trachéale et réalisée par l'insinuation dans la trachée d'un tube Honegger ou en soie tressée. Le tube est maintenu « in situ » pendant toute l'opération afin que l'anesthésiste puisse donner et maintenir les pressions intra-thoraciques requises au cours des différents temps opératoires afin d'éviter le collapse circulatoire et respiratoire. En plus, pendant toute l'intervention, les sécrétions sont aspirées au moment de leur formation par l'insinuation d'une petite sonde en caoutchouc dans la trachée et les bronches à travers le tube intra-trachéal. Chaque fois, l'anesthésiste enlève son masque pour une courte période de temps pour ne pas interrompre l'anesthésie.

Dans certains cas de lobectomie ou de thoracoplastie désignés par le chirurgien, qui présentent une expectoration abondante, sur demande nous pratiquons une aspiration bronchoscopique immédiatement après le temps opératoire pendant que le patient est encore sous anesthésie générale.

IMAGES RADIOLOGIQUES DANS L'ATÉLECTASIE[1]

Jean BOUCHARD et **Carleton B. PEIRCE,**
Radiologistes à l'hôpital Royal Victoria (Montréal).

L'atélectasie pulmonaire acquise est un état d'affaissement des parois de l'alvéole accompagné de rétrécissement de sa lumière respiratoire, résultant du manque partiel ou complet d'aération par suite d'obstruction ou de compression bronchique. Le collapsus pulmonaire est synonyme d'atélectasie.

L'obstruction bronchique interne ou externe est la cause principale de l'atélectasie. L'air peut être empêché de circuler normalement dans les bronches et les alvéoles par suite d'*un obstacle à l'intérieur* de la bronche elle-même tel qu'une tumeur, un corps étranger, un bouchon de mucus provenant de sécrétions inspirées ou d'exsudats bronchiques ou alvéolaires, ou encore une sténose bronchique. Jacobaeus, Selander et Westermark ont signalé quelques cas d'atélectasie survenus à la suite de bronchographie au lipiodol et aussi à la suite d'accumulation de sang dans les bronches et les alvéoles au cours d'hémoptysies. La libre circulation de l'air dans le poumon peut occasionnellement être entravée par *une compression extrabronchique* causée par des ganglions hypertrophiés, une tumeur péribronchique, un anévrysme ou encore une hypertrophie cardiaque marquée. Plus rarement l'atélectasie peut résulter d'une compression extrapulmonaire, telle que rencontrée au cours d'un hydrothorax, d'un hémothorax, d'un pneumothorax, ou dans un cas de hernie diaphragmatique, ou dans les paralysies diaphragmatiques, ou encore quand il existe des déformations marquées des parois thoraciques d'ordre congénital, accidentel ou chirurgical.

Quelle que soit la cause de l'atélectasie les signes radiologiques en sont les mêmes. Toutefois, ces signes radiologiques seront essentiellement variables selon les cas. Aussi, pour bien comprendre et interpréter les images radiologiques données par l'atélectasie, il faut bien saisir la physiopathologie de ce processus pathologique. Il est important de bien réaliser l'influence des mécanismes de production, de la distribution bronchique du processus et du facteur temps en ce qui concerne la rapidité de production et la durée du phénomène atélectatique au moment de l'examen radiologique.

Tous les signes radiologiques résultent de la disparition graduelle ou rapide des gaz emprisonnés dans les bronches, par suite de l'absorption de ces gaz par voie sanguine. Quand il existe une obstruction bronchique complète, au bout de quelques minutes, la pression de l'air et du gaz carbonique dans les bronches est devenue égale à celle des mêmes gaz au niveau du sang dans les capillaires pulmonaires, et, à partir de ce moment, cette absorption gazeuse cesserait complètement si le phénomène de l'élasticité du poumon n'entrait en jeu en entraînant une diminution de volume du poumon et en augmentant ainsi la pression des gaz encore contenus dans les bronches pour permettre la continuation de leur absorption par voie sanguine. En effet Lichteim a démontré que l'air cesse d'être absorbé lorsqu'il existe un obstacle à la circulation sanguine dans le territoire de la bronche obstruée. D'autre part Coryllos et Birnbaum ont prouvé que, dans l'atélectasie massive, l'état de collapsus se produit graduellement et n'atteint son plein développement qu'au bout de six heures, alors qu'il sera pleinement démontrable radiographiquement. Par ailleurs le même phénomène serait entièrement démontrable au bout d'une demi-heure si les bronches étaient remplies d'oxygène au lieu d'air et d'anhydride carbonique.

Les signes radiographiques apparaissent dans l'ordre suivant:

1 — Accentuation de la trame broncho-vas-

1. Communication aux Journées Médicales de la Société Médicale de Montréal, mai 1949.

culaire par suite de la disparition progressive de l'air au niveau de la lumière bronchique. En même temps le collapse commence à s'établir, ce qui entraîne une incurvation des ombres linéaires correspondantes.

2 — Augmentation de densité du parenchyme pulmonaire due à l'absorption de l'air au niveau des alvéoles en même temps qu'à la diminution de volume du segment de lobe ou du lobe affecté. C'est l'état graduel de collapse.

3 — Elévation de la coupole diaphragmatique du côté affecté.

4 — Déplacement du médiastin et du cœur du côté affecté.

5 — Diminution des espaces intercostaux, également du côté affecté.

6 — Modification de l'apparence et de la position des scissures interlobaires, surtout visible dans l'atélectasie lobaire. La position des scissures se modifie légèrement vers le lobe en état de collapsus alors que l'ombre linéaire des scissures devient courbe du côté du lobe affecté.

Les quatre derniers signes mentionnés se produisent simultanément et progressivement au fur et à mesure que l'état de collapse augmente et s'établit d'une façon plus complète. Ils sont dus en grande partie à un phénomène compensatoire mécanique tendant à suppléer dans une certaine mesure à la diminution de volume subie par le poumon affecté. Cependant les deux derniers signes indiqués, soit le déplacement du cœur et du médiastin ainsi que les changements de forme et de position des scissures, sont en outre dus à:

7 — L'emphysème compensatoire qui s'établit dans les parties non affectées du même poumon et dans le poumon du côté opposé, ce qui augmente la pression subie par ces parties et tend à les déplacer du côté atélectasié. A l'examen fluoroscopique on remarque en plus une diminution de l'expansion thoracique du côté affecté au moment de l'inspiration. De plus, du même côté, l'excursion de l'hémidiaphragme est restreinte aux deux temps de la respiration ce qui entraîne un certain mouvement de balancement du médiastin.

Il est évident que l'on rencontre ces signes radiologiques au complet et à leur maximum dans l'atélectasie massive intéressant tout un poumon ou encore dans l'atélectasie lobaire affectant tout un lobe. Sante a insisté sur le fait que, dans l'atélectasie massive, le poumon ne s'éloigne pas de la paroi thoracique, contrairement à ce qui se produit dans l'atélectasie lobaire alors que l'opacité due au lobe en état de collapsus peut parfois faire penser à un petit épanchement pleural. Cependant une ponction exploratrice faite dans un cas semblable sera habituellement blanche, parce qu'il n'y a pas de liquide et que l'espace créé par la diminution de volume du lobe affecté est plutôt comblé par l'augmentation de volume du reste du poumon grâce au phénomène d'emphysème compensatoire, et aussi par les autres phénomènes déjà mentionnés.

Les signes radiologiques sont à leur minimum et ne peuvent se rencontrer qu'en partie *dans l'atélectasie lobulaire,* alors qu'un certain nombre de lobules seulement sont affectés. Signalons ici que Fleischner et aussi Haudek ont décrit une atélectasie lobulaire localisée à la base pulmonaire et appelée atélectasie linéaire ou en forme de disque qui se rencontrerait au cours d'infections abdominales comme l'appendicite, la cholécystite ou la péritonite, par suite de l'ascension de l'hémidiaphragme et d'un défaut d'aération à la base pulmonaire. Radiologiquement, on aperçoit alors une petite zone d'opacité partielle avec images linéaires parallèles au dôme diaphragmatique.

Ainsi que nous l'avons indiqué, le processus atélectatique peut se produire d'une façon aiguë et souvent massive, en quelques heures, comme dans le collapsus post-opératoire dû à une obstruction par aspiration de sécrétions pendant l'anesthésie, ou par obstruction due à un moulage bronchique au cours de l'asthme ou encore dans l'obstruction se produisant par corps étranger, ou à l'occasion d'une injection lipiodolée ou enfin au cours d'une hémoptysie.

Le collapsus pulmonaire peut aussi s'établir lentement, d'une façon chronique par suite de

fibrose progressive comme au cours de la tuberculose, par sténose bronchique ou par suite de bronchiectasies.

Nous n'avons pas l'intention de discuter ici l'atélectasie qui se présente d'une façon différente, avec des signes radiologiques différents, dans les cas où le collapsus se produit par augmentation de la pression extra-pulmonaire, comme dans le pneumothorax ou l'hydrothorax. Le collapsus se produit ici par obturation des voies respiratoires et par absorption de l'air à la fois et le diagnostic est facile.

Nous ne saurions terminer sans dire un mot de la réinflation du poumon à la suite de l'atélectasie. Elle peut être très rapide et complète à la suite d'atélectasie massive par obstruction bronchique dès que l'obstacle a disparu, ce que l'on ne rencontre pas dans la consolidation due à un processus pneumonique. Cependant ce phénomène de réinflation peut être essentiellement variable et dépend largement de la durée du processus, de la présence ou l'absence de complications et enfin de la pression positive endobronchique ou de la pression négative extra-pulmonaire.

En terminant, il faut insister sur le fait que l'examen radiologique joue un rôle de premier plan dans le diagnostic de l'atélectasie pulmonaire.

Il faut aussi appuyer sur le fait que les signes radiologiques sont sensiblement les mêmes quelle que soit la cause du processus pathologique et que bien souvent cette cause ne peut être précisée par la radiographie seule.

Enfin les examens radiologiques répétés sont nécessaires pour suivre l'évolution du processus, une fois le diagnostic posé, et pour pouvoir en affirmer la régression complète.

À PROPOS DE QUELQUES CAS DE CHIRURGIE DU NOURRISSON[1]

Lucien JULIEN,
Chirurgien à l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc (Montréal).

L'accoucheur, le pédiatre et le médecin praticien sont quelquefois bien perplexes en face d'un enfant qui vient de naître, ou qui n'est que dans les premiers mois de son existence. C'est que, dans certains cas, malgré des soins médicaux bien dirigés, l'enfant s'achemine rapidement vers la mort, victime de malformations congénitales apparentes ou occultes, alors qu'il suffirait d'un diagnostic et d'une intervention précoce pour ramener un petit être à la vie.

Les techniques chirurgicales améliorées de même que des soins pré- et post-opératoires meilleurs et plus au point, ont souvent raison maintenant de ces anomalies et ont manifestement embelli les statistiques depuis quelques années.

L'occlusion d'un segment quelconque de l'intestin passe au premier rang de ces raretés, et c'est de la chirurgie seule que dépend la survie de ces malades. Sur 45.000 admissions au « Children's Hospital » jusqu'en 1932, Cole de St Louis a rencontré 81 malformations diverses du tube digestif, Ladd, en 1943, en a rapporté 146 cas, avec 60 guérisons opératoires, Potts de Chicago, en 1947, dans l'espace de six mois a opéré 5 enfants atteints d'atrésie intestinale avec une mort seulement. Tout dernièrement Glover et Barry rapportaient 47 cas d'occlusion intestinale chez le nouveau-né avec une mortalité de 57%. Thorndike Jr. et Ferguson de Boston dans l'espace de 10 ans, sur 106 enfants étiquetés « hernies étranglées » n'en ont rencontré que 5. Mac Lennan, de Glasgow, en 1922 relate que sur 1.038 hernies opérées, il n'en a trouvé que 4 étranglées. Le tiers de ces opérations fut pratiqué chez des enfants âgés de 6 mois ou moins. Et quel est le praticien de quelques années d'expérience qui n'a pas rencontré un cas de hernie ombilicale chez le nouveau-né. Ces deux dernières manifestations sont de diagnostic facile, il est vrai, mais a-t-on toujours rapidement confié ces patients au chirurgien?

Dans les cas de malformation occulte cependant, le diagnostic précis de l'affection n'est pas toujours facile. Mais devant un enfant qui a des vomissements fécaloïdes, qui se déshydrate et qui présente un ballonnement symétrique de son abdomen, il faut penser à l'occlusion intestinale, surtout si ce ballonnement survient dès le premier jour de la naissance. Si la partie supérieure de l'abdomen seule est distendue l'obstruction duodénale attirera plutôt l'attention.

Et, à l'opération, des anomalies à localisation variée se présenteront au chirurgien qui devra les reconnaître et les traiter adéquatement. A commencer par la sténose du pylore, l'atrésie ou la sténose du duodénum, la rotation incomplète de l'intestin, le volvulus du petit intestin ou du gros, toute la gamme des différentes malformations du tube digestif pourra se présenter à ses yeux, jusqu'à la hernie rétropéritonéale, ou intramésentérique, au volvulus autour des vestiges du canal omphalo-mésentérique, et à l'atrésie du rectum. Il notera les diverticules des différents segments intestinaux et se rendra compte des replis péritonéaux qui peuvent obstruer le duodénum au niveau du ligament de Treitz. Plus rarement, comme il est déjà arrivé, il pourra avoir affaire à un mégaduodénum primitif, qu'il devra anastomoser, et il aura toujours en mémoire la multiplicité des anomalies qui peuvent exister chez un enfant qui en a déjà une. L'imperforation anale de toute évidence aura été diagnostiquée bien avant la laparotomie.

On ne saurait donc trop insister sur l'im-

1. Travail présenté à la Société Médicale de Montréal, lors de la séance du 8 novembre 1949, tenue à l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc.

portance d'un diagnostic précoce et d'un traitement approprié en face d'un nourrisson qui présente des vomissements symptomatiques d'une occlusion intestinale. Glover et Barry de Cleveland analysant les causes de mortalité chez ces enfants attribuent à quatre facteurs principaux la haute mortalité qu'on rencontre chez eux. Tout d'abord les enfants qui sont porteurs de ces anomalies sont souvent nés prématurément et sont de pauvres risques opératoires en plus de souffrir quelquefois d'autres malformations, ensuite le retard apporté aux opérations par suite d'un diagnostic hésitant qui rend de plus en plus précaire l'état des patients, mais qu'il est facile d'améliorer par une décision plus rapide, troisièmement, une thérapeutique inadéquate, médicamenteuse ou opératoire, par suite d'une exploration insuffisante et, enfin, l'esprit d'indécision au moment de l'opération qui consiste à ne pas poser d'emblée le geste qui s'impose.

Il est donc possible tant de la part du médecin que du chirurgien de diminuer le taux de mortalité chez ces enfants par une étroite collaboration médico-chirurgicale et des examens attentifs qui feront reconnaître dès le tout début la nature des affections.

Les vomissements sont le symptôme le plus précoce. Ils commencent dès le premier ou le deuxième jour puis, selon le niveau où siège l'obstruction sur l'intestin, ils deviennent bientôt bruns teintés de vert, fécaloïdes; puis s'installe le ballonnement qui peut atteindre des dimensions considérables, être généralisé ou localisé seulement à la partie supérieure de l'abdomen, laissant voir une peau luisante et des veines superficielles très dilatées. Avec le tympanisme abdominal et la disparition de la matité hépatique, le diagnostic d'obstruction intestinale avec perforation et péritonite est presque certain. Les ondes péristaltiques se font de gauche à droite et, quelquefois, le dessin que forment les anses intestinales sur la paroi est parfaitement visible.

La radiographie simple de l'abdomen est alors d'un grand secours et signe souvent d'emblée le diagnostic. Il vaut mieux quelquefois la faire en position debout plutôt que couchée à cause des niveaux liquides qui apparaissent dans les anses dilatées. Elle nous renseignera aussi sur le siège de l'occlusion qui peut être haute ou basse, ou nous montrer, dans les cas de malrotation, un côlon à gauche, ou faire la différenciation entre le côlon et l'iléon distendu.

Quand le diagnostic est établi cliniquement ou avec l'aide d'une radiographie simple, il faut éviter de donner du baryum pour compléter l'examen, car cela peut compliquer les suites opératoires et même causer des pneumonies de déglution. En résumé, des vomissements teintés de bile, avec ballonnement et une image radiographique d'ombres gazeuses dans les premiers jours de la naissance, laissent présumer un obstacle sur le tube digestif.

Il faut alors hydrater convenablement ces enfants jusqu'à ce qu'ils soient opérés. Pour cela, on doit leur administrer autant de sérum physiologique qu'il est possible de le faire et, de préférence, par voie intra-veineuse dans la veine de saphène de la cheville. Potts recommande de 10 à 15 cc de sérum par livre de poids et par 24 heures. Il est quelquefois avantageux de donner une petite tranfusion de 75 à 100 cc suivie d'une quantité égale de sérum chez des patients fortement déshydratés. Un enfant à terme et de poids convenable peut facilement endurer 2 à 3 jours de déshydratation relative sans en subir trop de contre-coups et reprendre rapidement le terrain perdu. Il n'en est pas de même cependant des prématurés chez qui on ne doit rien négliger pour une bonne réhydratation. Le sérum de Ringer a la faveur de beaucoup de pédiatres, et le sérum glucosé à 5 ou 10% est employé pour compléter l'hydratation. Les transfusions de sang et de plasma sont employées par la moelle osseuse dans certains cas où il est impossible de trouver de veines, mais ne sont pas sans inconvénients. La pénicilline est l'antibiotique de choix à cause de sa faible toxicité.

L'estomac doit être vidé par une petite sonde nasale et on doit le laver si l'enfant a pris du baryum précédemment. Il est préférable de

laisser cette sonde en place pendant l'opération et dans les jours qui suivent, avec aspiration fréquente, ou même appareil à succion.

Pour l'opération, nous préférons l'anesthésie générale à l'éther à masque ouvert pendant que coule la transfusion. L'incision trans-rectale droite longitudinale laisse s'extérioriser les anses dilatées qu'on recouvre de compresses humides. On doit éviter de les refouler constamment pour aller à la recherche de la lésion, ce qui occasionne beaucoup de traumatismes et, partant, le choc opératoire. L'exploration doit maintenant être complète, car les malformations peuvent siéger à différents niveaux et il serait possible de passer à côté d'une anomalie qu'on pourrait facilement traiter alors que notre attention n'est attirée qu'en un seul point. La présence de gaz et de liquide dans l'abdomen doit évidemment faire rechercher tout de suite la perforation qu'il faut obturer. La position du côlon est notée sur le champ et, si le cœcum n'est pas dans sa position habituelle, on doit suspecter un défaut de rotation du côlon. Si l'estomac et le duodénum sont distendus, l'obstruction siège probablement au niveau du ligament de Treitz. Si, au contraire, ce sont les anses intestinales qui sont distendues avec un côlon collabé de la grosseur d'un crayon de mine, on doit soupçonner l'atrésie ou la sténose du petit intestin. On ponctionne alors l'intestin dilaté, pour le vider de ses gaz et de son contenu, ce qui a pour effet de le rendre flasque et de faciliter l'anastomose qu'on pratique latéro-latérale, sur les anses proximale et distale, entre la zone atrésiée, où on lève l'obstacle en le sectionnant. Puis on injecte une petite quantité de sérum physiologique dans l'anse distale pour déterminer s'il existe ou non d'autres portions atrésiques qu'on suit jusqu'à la jonction rectosigmoïdienne. Si le liquide se rend jusqu'à cet endroit la perméabilité du côlon est assurée.

Si l'occlusion siège au duodénum et que les manœuvres de débridement ne parviennent pas à déballonner l'estomac et les premières portions duodénales, on peut soupçonner qu'il existe un obstacle intrinsèque à cette partie de l'intestin. Il faut alors faire suivre la sonde stomacale et la faire passer à travers le pylore et le duodénum. Si elle bute en cours de route et s'arrête c'est qu'il existe une cloison dans la lumière du duodénum. Il faut alors faire une anastomose entre la première portion du duodénum et le jéjunum ou une gastro-entérostomie, ou bien ouvrir le duodénum et essayer de réséquer cette cloison sans faire d'anastomose, ce qui est plus aléatoire. Il importe alors dans ce genre d'anastomose de bien surveiller la vacuité complète de l'estomac en y laissant une sonde qui l'empêchera de se dilater, car l'enfant dans ses pleurs et ses cris est un grand aérophage et les lignes de sutures de l'anastomose seraient les premières à en souffrir. Glover et Barry conseillent, pour pallier à cet état de choses, de faire une gastrostomie par laquelle ils introduisent des sondes, dont l'une est passée à travers la bouche d'anastomose dans le jéjunum et sert à nourrir l'enfant, et dont l'autre demeure dans l'estomac qu'elle sert à tenir continuellement vide. Les iléostomies doivent être condamnées, à cause de la déperdition de liquide qu'elles entraînent, et le chirurgien doit viser à faire une opération définitive qui assurera à l'enfant de meilleures chances de guérison finale. On ne doit pas tenir compte de la longueur du temps pris pour faire l'anastomose, si l'enfant reçoit du sang pendant l'opération. Il faut fermer la plaie avec du catgut chromic fin pour le péritoine et le feuillet postérieur des grands droits, et un peu plus gros et en points séparés pour le feuillet antérieur.

Après l'opération, le pédiatre et le praticien doivent de nouveau veiller à la bonne hydratation du patient et lui administrer des protéines susceptibles dêtre absorbées dans le tube digestif. La succion de l'estomac doit être maintenue en permanence pendant deux jours ou au moins faite toutes les heures. Puis au bout de ce temps on retire la sonde stomacale, en surveillant toutefois le patient et en continuant de lui administrer de la pénicilline que

Potts conseille de donner à raison de 10.000 unités toutes les trois heures.

Et voici une observation personnelle chez une enfant souffrant d'atrésie intestinale qu'il nous a été donné d'opérer il y a environ un an.

Observation.

L'enfant V . . , dossier 3470, née le 16 juillet 1948, après une grossesse normale et à terme, pèse 8 lbs et 14 onces. Deux jours après sa naissance, on observe qu'elle vomit tous ses boires et que ses vomissements sont bruns et fécaloïdes, ne contenant pas de bile et pas de sang. Elle passe un peu de selles méconiales par le rectum. Au moment où nous voyons la patiente son abdomen est uniformément tendu, légèrement tympanique mais facilement dépressible et ne semblant pas lui provoquer de douleur. La peau n'est pas luisante mais on distingue un peu d'engorgement veineux. Pas de péristaltisme apparent. Nous croyons à une occlusion intestinale et nous demandons un pédiatre en consultation. Après une journée et demie de traitement au cours de laquelle on note une amélioration notable et une diminution des vomissements, ceux-ci reprennent de plus belle à chaque boire. Entre temps une selle brunâtre. Une radiographie simple de l'abdomen est demandée, qui nous révèle « une distension siègeant apparemment sur le grêle proximal, et l'absence de gaz dans l'iléon et le côlon. Il s'agit vraisemblablement d'un obstacle siègeant sur le jéjunum ou l'iléon proximal » (Dr A. Vallée).

Nous intervenons quatre jours après la naissance et trouvons un intestin grêle dilaté de la grosseur d'un boudin, pour devenir tout à coup filiforme à peu près à mi-chemin entre le jéjunum et l'iléon. Un peu de liquide clair et de sang dans l'abdomen. La rotation et la fixation de l'intestin sont normales et il ne semble pas, après déroulement de l'intestin, exister d'autres zones d'atrésie. Section et enfouissement en bourse des deux extrémités et anastomose latéro-latérale sur segment sain qui est de la grosseur d'un crayon de mine. Streptomycine ½ gramme et pénicilline 300.000 unités dans l'abdomen. Fermeture en un plan à la soie et soies sur la peau. Transfusion 200 cc. Diagnostic post-opératoire: atrésie intestinale. Le lendemain de l'intervention quelques vomissements brunâtres, fécaloïdes. Oxygène 10 min. par heure. Transfusion sérum de Ringer, T.: 100°. Quelques petites selles brunes. Lavages d'estomac toutes les heures, après lesquels on fait prendre à l'enfant une once de plasma. Au deuxième jour, les selles sont un peu plus pâles et au nombre de 8. Quelques vomissements bilieux avec lait caillé. Sérum, pénicilline. Au quatrième jour, l'enfant passe des gaz et ne vomit pas de la journée. Au sixième jour, l'enfant est ramenée à la salle d'opération, car elle fait une désunion de la paroi avec éviscération. Réfection de paroi. Coryza et infection de l'œil droit. 26 jours après l'opération, elle quitte l'hôpital avec une plaie opératoire en bonne condition et ayant engraissé d'une livre. Revue il y a quelques jours, elle pèse maintenant 30 livres.

* * *

Les malformations congénitales apparentes de l'abdomen sont, par contre, de diagnostic beaucoup plus facile et précis. Nous voulons parler des hernies ombilicales du nouveau-né. Elles sont de deux variétés, congénitales et post-natales. Les hernies ombilicales post-natales que toutes les mères traitent avec diachylon et bouton ne nous intéresseront pas pour le moment et nous ne nous attarderons qu'à considérer les hernies ombilicales congénitales. « Il est classique de donner ce nom à des tumeurs, comme le dit Ombredanne, dont on constate l'existence au moment même de la naissance et qui sont situées exactement dans la région de l'implantation du cordon ombilical ». Elles se présentent dans la proportion de un cas sur 10.000 naissances et résultent de l'aplasie de la région ombilicale. Si la hernie date de la période embryonnaire, c'est-à-dire si l'arrêt de développement est antérieur au troisième mois, il n'existe pas de cavité péritonéale, le mésenchyme ne s'étant pas encore

clivé pour donner naissance à la grande séreuse abdominale. A l'opération, quand on veut libérer le sac, il est adhérent au foie et cette décortication le fait saigner entraînant l'ictère et la mort. Mais si, au contraire, la hernie date de la période fœtale, après le troisième mois, la poche herniaire est constituée par une membrane mince et pellucide, avasculaire. On peut, en la pinçant, faire bouger le foie et les anses intestinales qui y sont incarcérées. Il faut cependant se hâter d'intervenir, car cette membrane, comme le cordon lui-même dont elle partage la structure, est vouée au sphacèle. Elle sèche, devient friable et se rupture au toucher amenant l'éviscération avec shock et mort comme résultat. Il n'y a, dans ces cas, aucune hésitation possible, puisque la seule chance de survie réside dans l'acte opératoire. Il faut intervenir le plus tôt possible, le jour même de la naissance ou le lendemain au plus tard, avant que le sillon d'élimination entre peau et membrane ne vienne à s'infecter. Si l'enfant n'est pas porteur d'autres malformations, comme l'hydrocéphalie, bec de lièvre, pied bot, imperforation anale, etc., on est étonné de sa résistance, et on lui fait courir de bonnes chances de guérison.

L'opération consiste essentiellement à remettre les organes en place, à libérer et exciser le sac et à refermer l'abdomen dont il faut au préalable aviver les bords pour obtenir une meilleure cicatrisation de la plaie. La partie la plus diffcile de l'opération est sûrement la fermeture de la paroi. Quand la hernie n'est pas trop volumineuse, il faut essayer de la fermer par plans avec surjet sur le péritoine et points séparés sur l'aponévrose. La réduction de la hernie doit être faite avant l'ouverture du sac pour éviter le plus de traumatismes possibles à l'intestin et pour diminuer aussi les possibilités d'infection. Le tout accompagné des soins per- et post-opératoires, dont nous avons déjà parlé, concourt à sauver quelques vies humaines. Voici l'observation d'une enfant qu'il nous a été donné de suivre dans le service.

Observation.

L'enfant J. V., dossier 3982, née à terme le 19 août 1948, est parfaitement constituée, sauf qu'elle est porteuse d'une hernie ombilicale de la grosseur d'une orange. Les intestins fuient sous le pincement de la membrane qui les entoure. Opérée le jour même de sa naissance, l'intestin est refoulé à l'intérieur de la cavité abdominale et on procède à la réfection de la paroi en trois plans, dont un surjet sur le péritoine et des points séparés sur l'aponévrose, après avivement des bords. Soies sur la peau. Les suites opératoires sont faciles jusqu'au neuvième jour après l'intervention où l'enfant présente un vomissement qui n'attire pas particulièrement l'attention. Au dixième jour et au onzième jour, nouveaux vomissements, malgré le tubage gastrique, avec bile et bientôt d'odeur fécale. L'état général commence à s'altérer et la déshydratation s'installe avec ballonnement de la partie supérieure de l'abdomen. Le diagnostic d'occlusion intestinale est posé et la seconde intervention décidée pour le jour même, soit le 1er septembre. A l'opération, on trouve une bride qui coude l'intestin grêle, qui apparaît en voie de nécrose en cet endroit. Résection intestinale d'environ quatre pouces et anastomose bout à bout. Fermeture de la paroi en un plan et Bourdonnet. Transfusions répétées, plasma et pénicilline dans les suites opératoires qui sont assez bonnes. Suppuration légère de la plaie. Quitte l'hôpital, guérie, 22 jours après la seconde intervention. Ses parents nous ont informé qu'elle pèse maintenant 28 lbs et se porte bien.

* * *

Et maintenant une entité pathologique qui ne laisse pas d'intéresser les praticiens au plus haut point, c'est bien la hernie inguinale étranglée. Elle contient le plus souvent de l'intestin grêle, mais chez le nourrisson il n'est pas rare d'y trouver du gros intestin et même, si c'est à droite, l'appendice. Ceci est dû à un retard de coalescence du méso-côlon ascendant avec le péritoine pariétal postérieur; et chez

un enfant dont les plans sont mous et flasques, sans aucune résistance, à la suite d'efforts de tous genres (cris, toux, pleurs), le cœcum, la région la plus déclive et la plus lourdement chargée par le poids de matières, tend tout naturellement à descendre au plus bas et à suivre le trajet du canal péritonéo-vaginal. La hernie inguinale apparaît, à fortiori, chez les prématurés qui offrent évidemment un retard de développement, mais elle peut apparaître aussi spontanément chez un enfant normalement constitué à l'âge de deux ou trois mois, alors que sa mère note la présence soudaine d'une tuméfaction dans la région de l'aine, qui occasionne à son enfant des coliques, et qui rentre dans l'ordre pendant le sommeil. Cette tuméfaction augmente au moment des cris et des efforts de l'enfant et voilà qu'un jour elle n'est plus réductible. Elle n'est pas encore étranglée mais incarcérée; mais comme l'intestin est constamment en dehors de la cavité abdominale cela peut avoir un retentissement sur l'état général de l'enfant qui commence à mal digérer et à vomir souvent.

Il faut bien veiller cependant à ne pas prendre pour hernie irréductible toutes les tuméfactions qui siègent dans l'aine de l'enfant. Quoique ceci semble bien évident, un examen trop rapide ou superficiel fait quelquefois donner ce nom à toutes les tumeurs qui naissent à la racine du scrotum. Il faut bien faire la différence avec l'hydrocèle que la transillumination caractérise bien, avec le kyste de l'épidydime qui coiffe le testicule, avec le kyste du cordon qui n'offre pas de pédicule quand on pince la racine des bourses, et quelquefois avec l'ectopie testiculaire quand on n'a pas eu soin de voir si les deux testicules sont en place.

Quand la hernie du nourrisson est réductible c'est, sans hésitation, à un bandage ou à une ceinture herniaire qu'il faut recourir. Mais si cette dernière ne maintient pas la hernie en place, à plus forte raison si elle est irréductible, il faut intervenir chirurgicalement. Chez la petite fille, la hernie inguinale est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, mais aussi aussi beaucoup moins fréquente que chez le garçon. En outre, elle est habituellement bilatérale et il est excessivement rare qu'elle se trouve chez le nourrisson. Une tuméfaction dans une grande lèvre chez une petite fille doit plutôt faire penser au kyste du canal de Nuck qui est l'équivalent du kyste du cordon chez le garçon.

Habituellement, l'étranglement herniaire est rare chez les enfants et surtout chez les petites filles. C'est donc chez les garçons qu'on le rencontre le plus souvent, et chez les nourrissons avant l'âge de six mois.

La tuméfaction peut apparaître subitement et devenir irréductible d'emblée ou bien, après avoir été réductible pendant un certain temps, le devenir. C'est probablement qu'une nouvelle anse intestinale est venue s'ajouter aux autres alors qu'elle n'avait pas droit de domicile. Alors apparaissent les symptômes proprement dits de l'occlusion intestinale, à savoir l'arrêt complet des matières et des gaz, les vomissements et le ballonnement intestinal. C'est la véritable hernie étranglée. Elle est douloureuse ou le paraît et, bientôt, le scrotum devient rouge, ce symptôme ne devant pas faire penser à des lésions anatomiques aussi avancées que s'il s'agissait d'un adulte. Même en ce moment il faut essayer les manœuvres externes ou taxis avant de conduire l'enfant à la chirurgie. Mais voici comment ce taxis doit être pratiqué. Quand un enfant est présenté avec une hernie étranglée, il faut le mettre dans un bain chaud pendant vingt à trente minutes. L'enfant finit par se calmer bien que, de temps en temps, une colique lui arrache quelques cris. « Puis, comme le dit « Ombredanne, sous l'infiuence d'un bien-être « qui succède à des heures de souffrance l'en- « fant s'endort. Ne vous pressez pas. Attendez « encore cinq à dix minutes que la résolution « soit complète. Alors, doucement, glissez votre « bras dans le bain. Directement allez à la « hernie et, dans la majorité des cas, votre « pression exercée rapidement et en bonne di- « rection aura réduit la tumeur avant que l'en- « fant réveillé n'ait eu le temps de recommen-

« cer à crier et à pousser. Tel est le taxis tel « qu'on doit toujours le tenter chez le nour- « risson. »

Si, après avoir répété ces manœuvres deux ou trois fois, le résultat se fait encore attendre, il faut intervenir chirurgicalement. A l'opération il faut inciser haut car l'anneau est haut situé. Après avoir incisé l'aponévrose du grand oblique, on sectionne l'anneau inguinal superficiel en bas sans chercher à réduire. Après avoir écarté, on aperçoit le sac qui est gonflé et tout en haut le collet qu'on raye avec la pointe du bistouri pour faire céder la zone de striction qui est fibreuse. L'intestin rentre spontanément dans l'abdomen et sans la moindre poussée. On fait alors la cure radicale de la hernie. Jérôme S. Coles de New-York, qui prétend que la hernie de l'enfant n'est due qu'à un sac préformé et non pas à une faiblesse des muscles ou aponévroses de l'abdomen, délaisse complètement les différentes variétés de cure radicale et utilise un procédé qui consiste seulement à isoler et à ligaturer le collet du sac. Il élimine de cette façon tous les œdèmes testiculaires et le danger d'atrophie. Sur 186 patients opérés, 78 ont été suivis de 6 mois à 6 ans après l'opération, et il n'a été noté qu'une récidive.

Observation.

Il nous a été donné d'opérer un enfant R. L., dossier 2652, garçon âgé de 2 mois, le 28 mai 1948, qui présentait une tuméfaction non réductible de l'aine droite depuis deux jours, avec ballonnement abdominal, arrêt des matières et des gaz et vomissements fécaloïdes. Les manœuvres externes par taxis avaient été essayés à plusieurs reprises auparavant sans succès. Sa température était de 103°,3. Nous sommes intervenus, dès son admission à l'hôpital, et avons trouvé un étranglement très serré à l'anneau interne, avec un sac excessivement mince qui contenait le cœcum et l'appendice.

Nous avons pratiqué l'appendicectomie et fait la cure radicale, sous anesthésie locale et générale. Les suites opératoires ont été des plus simples sauf un léger œdème du testicule droit qui a disparu dans l'espace de six jours.

Guérison per primam.

* * *

Nous vous avons parlé de quelques malformations congénitales chez le nourrisson. D'autres que nous qui exercent leurs activités dans des hôpitaux d'enfants en ont certes une bien plus grande expérience. Mais nous sommes convaincus qu'il ne faut pas laisser ces enfants à leur sort, sous prétexte qu'ils sont trop faibles pour subir une intervention. C'est par un diagnostic et une intervention précoce que nous pouvons, dans certains cas, sauver des vies alors qu'il n'y a aucun espoir de le faire sans intervention chirurgicale. Il ne faut donc pas craindre de confier ces patients au chirurgien qui, aujourd'hui, avec des techniques améliorées et des soins pré-, per- et post-opératoires mieux compris, est en mesure de rendre ce service à la population et à ses confrères.

BIBLIOGRAPHIE

GLOVER et BARRY: *Annals of Surgery,* **130**: 480 (sept.) 1949.

Willis J. POTTS: *Surg., Gynec, and Obst.,* **85**: 14 (juillet) 1947.

W. H. COLE: *Arch. Surg.,* **111**: 819 (nov.) 1931.

L. OMBREDANNE: *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile.*

LITCHFIELD et DEMBO: *Pediatric Progress.* 1948.

Jerome S. COLES: *Am. J. Surg.,* **69**: 366 (sept.) 1945.

THORNDIKE et FERGUSON: *Am. J. Surg.,* **39**: 429 (février) 1938.

PETITE CLINIQUE

LES YEUX QUI DÉVOILENT LE SECRET

Roma AMYOT,
Chef du service de neurologie à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Une petite malade de 14 ans me fut amenée en novembre 1949, par sa mère, à mon cabinet de consultation. Avant toute prise de contact, j'essayai de présumer comme pour tout malade qui vient me présenter son problème, ce dont il s'agissait. Problème neurologique? Problème psychiatrique?

La mimique, l'allure générale du malade, son attitude, son comportement, sa façon de se présenter, sa démarche offrent bien souvent des indices diagnostiques révélateurs. Et cela dans le champ de la médecine en général et peut-être encore plus fréquemment en neurologie et en psychiatrie.

Cette petite malade n'était remarquable par aucun caractère singulier de son aspect. Sa mimique marquait de l'intérêt, de la déférence et une discrète amabilité envers sa mère et moi-même.

Ses vêtements étaient propres et en bon ordre. Et la mère me raconta l'histoire suivante corroborée entièrement par sa fille.

La malade avait un passé sans incident, sauf des *convulsions infantiles* survenues sans cause apparente durant la première enfance. Son développement mental et physique fut normal. Son caractère a toujours été facile. Elle réussissait bien dans ses études, apprenant sans difficulté. Son humeur et son activité furent stables. Elle s'intéressait aux choses de son âge et de sa condition.

Puis, en septembre 1949, soit deux mois auparavant, la malade elle-même remarqua et surtout les siens notèrent un changement appréciable dans sa personnalité et son comportement.

Elle se sentit lasse, sans appétence, plus impressionnable et portée à pleurer pour des riens. Petit à petit, elle constata qu'elle ne pouvait soutenir son attention sur un sujet, concentrer son esprit et étudier avec profit ses matières de classe.

Elle ne pouvait assimiler les notions abstraites comme auparavant. Le champ de son activité intellectuelle se rétrécit considérablement et surtout son application baissa en quantité. Elle ne s'intéressa plus qu'à des occupations puériles comme écrire, en classe, les noms de ses compagnes et de garçons qu'elle connaissait. Ou bien, elle copiait le texte de chansons populaires, ou encore elle se mit à collectionner des couvertures de revues illustrées. Et, tout récemment, dans la salle d'attente d'un médecin où sa mère l'avait amenée, elle déchira les couvertures des revues mises à la disposition des clients. Et c'est précisément cette action saugrenue qui porta ce médecin à conseiller la mère de consulter un neuro-psychiatre. La petite malade est plus instable, passant d'une occupation à une autre, d'un divertissement au suivant, ne demeurant que peu en place. Le sommeil est de durée satisfaisante, mais il est agité et il arrive assez souvent que la jeune malade s'éveille anxieuse, en larmes, comme au sortir d'un cauchemar.

Je l'interrogeai. Ses réponses furent pertinentes, au point. Sa mémoire était bien conservée, son attention fut assez soutenue pour subir facilement l'interrogatoire.

Elle ne fit montre d'aucune idée délirante, d'aucun phénomène hallucinatoire. Ses sentiments se montrèrent bienveillants et affectueux envers sa mère avec laquelle elle s'entend très bien, comme avec son père.

Je ne remarquai aucune discordance idéo-mimique, ni dissociation dans l'ordonnance et le cours de ses pensées.

Peut-être une légère atténuation de l'intérêt

et du tonus affectif; elle subissait assez passivement l'interrogatoire sans s'inquiéter outre mesure des troubles et des incidents assez importants que sa mère énumérait et qu'elle-même énonçait, se contentant d'alléger bien discrètement l'impression que pouvait me causer l'aveu de certaines incongruités récentes de sa conduite.

Tout en l'interrogeant, plusieurs hypotèses diagnostiques frôlèrent mon esprit.

Je me demandai si je n'avais pas affaire à un syndrome psychogénétique, s'il n'y avait pas, au-dessous de cette surface sans tourmente, quelque bouleversement, quelque inquiétude, quelque problème d'ordre moral, mystique, religieux, sexuel ou familial qui troublait sa conscience, son affectivité et son esprit.

Apparemment, aucune anxiété, aucune tension émotionnelle. Son expression ne décelait aucune perplexité et elle nous affirma que son esprit était calme, qu'elle n'avait aucun souci, qu'aucune inquiétude ni aucune crainte ne l'assiègeaient.

Elle aime bien ses parents qui lui rendent la pareille, elle n'est l'objet d'aucune contrainte familiale. Elle est heureuse au foyer.

Sa conscience est tranquille.

J'ai peu de foi en l'existence, en l'efficience pathogène des complexes freudiens dits d'Œdipe, de castration opérant durant l'enfance, de certaines fixations et régression infantiles de la sexualité, enfin en l'action tellement bouleversante de ces phénomènes instinctivo-affectifs au sein de l'inconscient, qu'ils peuvent déclencher névroses et psychoses à tous les âges, aussi bien pendant l'enfance, l'adolescence que durant l'âge adulte.

Je ne me suis pas attardé à une telle étiologie psychanalytique des troubles de la jeune malade. Peut-être suis-je réactionnaire et d'un conservatisme périmé? Mais je n'ai pas la foi en cette doctrine psychiatrique.

L'éventualité d'une démence précoce a plus qu'effleuré ma pensée. Sans doute, pas d'hébéphreno-catatonie, pas de forme paranoïde, pas de schizophrénie de Bleuler avec l'autisme, le repliement sur soi-même, la désintégration d'avec la réalité, la rêvasserie apparente, l'énoncé de projets velléitaires, enfin la discordance et la dissociation entre les thèmes de la pensée, la tonalité des sentiments et la modalité de leur expression mimique et verbale.

Il ne pourrait s'agir, en tant que démence précoce, que de la démence juvénile de Morel, comportant une réelle régression de l'intelligence, sans aucune illustration affective, sensorielle ni délirante. Peut-être pourrais-je retenir cette pénible éventualité.

Cette jeune fille a 14 ans; elle n'est pas encore menstruée. Elle est en pleine période de transformation pubertaire.

Pourrait-il s'agir d'un état de langueur, d'asthénie nerveuse se manifestant par de la fatigabilité intellectuelle et physique, un affaiblissement de l'appétence, qui puissent accompagner les modifications endocriniennes et neuro-végétatives de la puberté?

Serait-ce un premier indice d'une psychose maniaco-dépressive qui entraverait, par ses accès itératifs, l'épanouissement et l'équilibre de la personnalité de cette jeune malade?

Mais examinons-la. Cessons de penser; cherchons des indices objectifs. Peut-être...

Somatiquement, elle ne présente aucune particularité. Toutes les fonctions motrices, sensitives, sensorielles, cérébelleuses et réflexes sont normales.

J'en arrive à la tête. Et, par habitude, j'éclaire ses yeux. Le mystère se dissipe. *Le réflexe photo-moteur est absent,* aucune réaction des pupilles au jet de lumière.

Par ce simple signe, accessible à l'exploration du plus novice des praticiens, je conclus que cette petite est, selon la plus grande probabilité, sinon certitude, l'objet d'une shypilis nerveuse. Ses pupilles sont égales, le fond de l'œil est normal, la vision est excellente, c'est bien un trouble de la réflectivité photo-motrice par lésion des centres mésencéphaliques.

Aussi, doit-on opérer immédiatement le rapprochement entre cette syphilis nerveuse suggérée par la clinique et les modifications psychiques récemment observées.

Cette malade a une paralysie générale.

La clinique l'affirme avec éclat, les yeux ont livré le secret et tout s'éclaire.

Il ne reste qu'à contrôler par les investigations biologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien. Sur le champ, une prise de sang est effectuée. Le rapport nous revient quelques jours plus tard révélant une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive aux deux antigènes. Le lendemain une ponction lombaire est pratiquée. Le liquide céphalo-rachidien est également fortement positif au Bordet-Wassermann; il contient une albuminose de 0,40‰, une lymphocytose de 92 éléments, le Pandy est positif et les épreuves à l'or colloïdal offrent une courbe positive de type paralysie générale.

Le doute n'est plus permis. La malade est l'objet d'une paralysie générale infanto-juvénile, conséquence plus que probable d'une syphilis congénitale.

J'ai conseillé au médecin de la famille de traiter sa malade par la pénicilline procaïne huileuse à la dose de 300.000 unités en intramusculaire quotidienne jusqu'à la dose totale de 9.000.000 unités. Concomitamment, il pourra effectuer 12 injections intra-veineuses de Mapharsen au rythme de deux par semaine. Il devra, pour plus de prudence, faire suivre ce traitement combiné par une série d'une douzaine d'injections intramusculaires hebdomadaires d'un bismuth en suspension huileuse.

Guérira-t-elle? Elle en a toutes les chances. Sa paralysie générale est à son début; les lésions d'encéphalite syphilitique sont selon toute apparence, à un stade de reversibilité et la pénicilline a montré une efficacité incontestable contre les syphilis nerveuses et même contre la paralysie générale.

Devra-t-elle recevoir une autre ou d'autres cures de pénicilline? Possible. Il faudra qu'on la suive attentivement, cliniquement et biologiquement. Si la pénicilline se montrait peu opérante, pour mettre les choses au pire, on devra 6 mois plus tard, recourir à la pyrétothérapie, pyrétothérapie physique pour certaines écoles, pyrétothérapie par malariathérapie pour certaines autres.

Ce cas est intéressant par plusieurs aspects. Il démontre en tout cas que la clinique conserve tous ses droits en psychiatrie comme dans tous les autres domaines de la médecine. Les grandes disciplines médicales qui ont édifié le vaste édifice scientifique de notre profession sont solides. Elles ont été façonnées par des siècles d'observation et de méditation.

Doit-on révéler aux parents que leur enfant est syphilitique et que sa maladie lui a été léguée par eux, au moins par sa mère?

Voilà la plus difficile des décisions. Sauvegarder leur santé bien sûr, mais aussi ne pas introduire entre eux la discorde, l'amertume et même l'hostilité.

Avant tout, par des procédés discrets et détournés, s'enquérir de l'état sérologique de la mère. Et, en l'occurrence de la positivité, user de la plus prudente diplomatie pour la traiter. Le temps et du doigté aidés des circonstances peuvent, sur ce plan, ouvrir la voie à des possibilités et des facilités qu'on n'osait espérer à la période des premiers contacts.

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 79, No 2 — Montréal, février 1950

LES ANALEPTIQUES

En mars 1949,[1] le secrétaire du « Council on Pharmacy and Chemistry », Austin Smith, qui a, depuis, succédé au docteur Morris Fishbein comme rédacteur en chef du *Journal de l'Association Médicale Américaine,* donnait avis que leur Comité avait autorisé la publication d'un rapport préparé par une équipe de médecins de Philadelphie sur la question des analeptiques. La lecture du dit rapport nous avait appris certaines choses et provoqué quelques réflexions que nous jugeons utiles de communiquer aux lecteurs de *L'Union Médicale.*

Et, tout d'abord, définissons les termes. C'est une précaution souvent indispensable; dans le cas présent, elle semble bien l'être. Il règne, en effet, une certaine confusion dans le public médical à propos du sens exact qu'il faut accorder à ce terme d'analeptique, dont l'emploi semble, d'ailleurs, assez récent. Qui dit analeptique dit stimulant du système nerveux central, employé pour combattre les états dépressifs de ce système et surtout les états dépressifs d'origine médicamenteuse. Les Français ont parlé à ce propos de médicaments de réveil.

Aux yeux d'un certain nombre, cette définition paraîtra rigoureuse et trop exclusive. Mais elle s'éclaire et s'élargit lorsque l'on prend connaissance de la classification que soumettent les auteurs du rapport que nous discutons présentement.

Il y a, d'après eux:

1. Les médicaments qui ont pour fonction principale de stimuler le système nerveux central et dont l'utilité se limite à cette action: picrotoxine, métrazol ou cardiazol des Français, nikéthamide (coramine), strychnine, caféine et atropine.

2. Les médicaments qui agissent par stimulation réflexe, empruntant, d'ailleurs, des voies très variées: l'alphalobéline, les cyanures, les sulfures et la nicotine, et les irritants des voies respiratoires, de la bouche ou de l'estomac, de la peau, du tissu sous-cutané, etc..., groupant dans une même catégorie l'esprit d'ammoniaque aromatique, l'alcool, le camphre ou l'éther sous-cutanés, l'eau froide ou la gifle.

3. Les médicaments qui stimulent à la fois le système nerveux et l'appareil circulatoire et peuvent, à dose suffisante, provoquer non seulement des convulsions mais aussi de l'hypertension et de la tachycardie. On retrouve ici la majorité des amines aromatiques sympathicomimétiques mais surtout celles qui stimulent d'abord le système nerveux central et dont l'effet « périphérique » est moins marqué: l'amphétamine (benzédrine), la dextro-amphétamine (dexédrine) et la désoxyéphédrine (méthédrine) et même l'éphédrine.

4. Les analeptiques comprendraient enfin une dernière catégorie, groupant certaines substances qui interviennent par réactions biochimiques dans l'ex-

1. *J.A.M.A.*, **139**: 780 (19 mars) 1949.

citabilité du système nerveux; les facteurs du complexe vitaminique B et certains produits intermédiaires du métabolisme des glucides tels que les pyruvates, les succinates et les fumurates.

Cette classification n'échappe pas à la loi commune des classifications pharmacologiques: celle d'être discutable. Elle a, du moins, le mérite d'être complète et de reconnaître à certaines médications des limitations que l'on a parfois tendance à oublier. Nous reviendrons sur ce point dans un instant. Mais disons tout de suite que nous pourrions évaluer d'une façon beaucoup plus précise les analeptiques si nous connaissions leur mode d'action exact. Nous constatons leurs effets et nous en tirons différentes conclusions et certaines applications pratiques. Nous sommes réduits à cet expédient parce que nous ne savons pas grand-chose non plus du mécanisme exact de la narcose médicamenteuse et de la dépression qui l'accompagne. Cette ignorance des phénomènes intimes, physiques ou biochimiques, qui conditionnent l'activité pharmacodynamique, n'est pas limitée, malheureusement, au seul chapitre que nous envisageons aujourd'hui. En pratique, cette limitation ne semble pas avoir de conséquences trop fâcheuses et nous sommes depuis longtemps habitués à nous servir d'un médicament avant d'en connaître le mode d'action précis malgré les progrès remarquables qui nous ont valu le développement des sciences positives. L'empirisme n'a pas encore perdu sa place en médecine; nous sommes toujours heureux d'y puiser certaines de nos armes thérapeutiques les plus précieuses.

En définissant plus haut les analeptiques, nous leur avons attribué une activité plus nette dans les dépressions du système nerveux d'origine médicamenteuse. Cette réserve nous paraît importante car, dans les états dépressifs spontanés, d'origine circulatoire, toxique ou autre, « la médication d'éveil » risque fort d'être inopérante ou nuisible. Voilà qui limite donc le champ d'action des analeptiques.

Au nombre de ceux que renferme la première catégorie plus haut mentionnée nous en comptons quelques-uns qui méritent une mention particulière. Il s'agit d'un mérite bien relatif, comme on le verra plus loin, car nous voulons les signaler à l'attention de nos lecteurs pour insister surtout sur leur moindre importance!

Les auteurs du rapport qui nous intéresse font à la nikéthamide (coramine) un sort qui ne nous surprend pas. Ils la «trouvent indiscutablement inférieure » à la picrotoxine et au métrazol comme antidote des barbituriques et des autres dépresseurs, moins active et, par certains côtés, plus toxique, et ils lui nient carrément toute activité cardiotonique ou dilatatrice des coronaires chez le malade soumis à des doses normales. Ces affirmations heurteront sans doute les convictions d'un certain nombre de nos lecteurs. Il est possible qu'après réflexion, ceux-ci se rendent compte qu'il s'agissait bien plus d'impressions que de convictions. L'évaluation clinique adéquate d'un médicament n'est jamais une tâche facile. On n'y peut à peu près jamais procéder avec la rigueur de l'expérimentation chez l'animal et, faute d'avoir tenu compte de tous les facteurs susceptibles d'influencer les résultats

acquis, on en arrive souvent à des conclusions hâtives ou erronées. Il serait donc souhaitable que tout rapport concernant la pharmacodynamie « clinique » fasse mention d'un certain nombre de facteurs reconnus d'avance comme essentiels à l'interprétation des résultats. On en arriverait ainsi à une épuration très souhaitable de la littérature médicale; et le praticien mieux informé et mieux influencé appliquerait à son propre champ d'observations un peu de la rigueur scientifique et beaucoup, espérons-le, de l'esprit critique qui doivent présider à l'analyse des expériences thérapeutiques.

Le rapport fait également mention de la strychnine en des termes qui ne sont pas faits pour en répandre l'usage! On y souligne que la strychnine est avant tout un stimulant des fonctions médullaires et qu'elle ne semble pas agir directement sur les centres nerveux affectés par la narcose médicamenteuse. Mais la strychnine a tout de même joué, pendant longtemps, un rôle important dans le traitement du coma barbiturique et l'on ne pourra nier qu'aux doses indiquées dans ces cas, administrée surtout par voie intraveineuse, on ait obtenu, du côté respiraitoire et circulatoire, une stimulation importante, souvent indispensable, pour arracher le patient à la mort. On veut en faire aujourd'hui une médication de second plan, adjuvante tout au plus, et dont on pourrait dorénavant se dispenser. Peut-être, mais n'oublions pas que dans un cas d'urgence, à domicile par exemple, elle représente probablement la médication la plus facile à obtenir rapidement et qu'on ne devrait pas la rayer définitivement des cadres.

La caféine peut être également considérée comme un analeptique d'importance secondaire. Mais, faute de mieux, elle peut rendre des services.

Nous avons vu que les auteurs précités classent les injections de camphre dans la catégorie des analeptiques réflexes; ils prétendent d'ailleurs que leur emploi comme stimulant est à peu près abandonné! C'est une triste fin pour un médicament qui a connu, dans l'histoire de la thérapeutique, des fortunes diverses! Ce fut tour à tour un parfum de grand prix, un anaphrodisiaque, un eupnéique et un stimulant général! Son action cardiotonique est discutée; elle n'intervient que par l'intermédiaire du système nerveux probablement et provoque plutôt une excitation passagère qu'une stimulation utile. Nous aimerions ajouter ici un mot à propos de ces stimulants dont on fait encore un usage libéral dans les soins postopératoires. Nous croyons qu'ils sont très rarement nécessaires et la plupart du temps nuisibles. Avant d'infliger au malheureux patient les tourments de ces injections stimulantes ajoutées à celles des sédatifs, des antibiotiques, des solutés, du sang et du plasma, etc., demandons-nous si elles sont indispensables, voire même utiles. Les états dépressifs qu'on veut corriger de cette façon sont rarement dangereux et l'excitation répétée que l'on provoque du côté circulatoire est certainement nuisible dans un bon nombre de cas.

Le rapport de mars dernier à propos des analeptiques montre donc bien ce qui est acquis et ce qui reste à trouver et à apprécier. Il n'a évidemment rien de définitif. Il faut le considérer comme une utile et intéressante mise au point et attendre patiemment le jour où nous pénétrerons le secret de la pharmacodynamie cellulaire du système nerveux.

Roger-R. DUFRESNE.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

L'ÉMISSION DE LA CARTE DE SANTÉ [1]

Ad. GROULX, M.P.H.,
Directeur du Service de Santé, Ville de Montréal.

L'émission de la carte de santé aux manipulateurs d'aliments et autres personnes pour qui elle est requise, est une activité du Service de Santé moins connue du public.

Il s'agit là cependant d'une attribution importante de la Division des maladies contagieuses qui a nécessité l'organisation, dans cette division, d'une section spéciale dont la dépense annuelle s'élève à $23.761,00, en prenant les chiffres du budget de l'exercice 1948-49.

La carte de santé est obligatoire pour les manipulateurs d'aliments, les barbiers, les coiffeurs, les employés des salons de beauté, des établissements de massage, des hôpitaux privés, etc., cela en vertu des règlements municipaux qui concernent les établissements déjà mentionnés et dont la liste est la suivante:

Le règlement numéro 891, concernant le lait et ses sous-produits; les règlements numéros 926-1120 et 1801, concernant les établissements de produits alimentaires et les restaurants; les règlements numéros 1006 et 1394 concernant les boutiques de barbiers, les salons de coiffeurs, salons de perruquiers, les salons de manucure et les salons de beauté; le règlement numéro 1573, concernant les établissements de massage; les règlements numéros 1096, concernant les maisons de pension pour enfants, et 1204, concernant les maternités privées et les hôpitaux privés.

Cette exigence est confirmée par l'article II, section 4 du chapitre V des règlements provinciaux d'hygiène, concernant les aliments et qui se lit comme suit:

II. — « Toute personne faisant le commerce ou la manipulation du lait, des viandes ou de toute autre denrée alimentaire, doit prouver par examen clinique et bactériologique, sur demande du médecin-hygiéniste ou de l'autorité sanitaire municipale, qu'elle n'est pas atteinte d'une maladie contagieuse, y compris la syphilis et la tuberculose, et qu'elle n'est pas porteuse de germes d'une maladie contagieuse ».

C'est pour faire suite aux exigences de ces règlements que le système d'émission de la carte de santé aux manipulateurs d'aliments et autres personnes, pour qui elle est requise, a été établi en 1927, dans la division du contrôle médical, mais ce travail n'a été entrepris par le service de santé que le 18 novembre 1929.

Déjà le règlement numéro 891, concernant le lait et ses sous-produits, adopté en 1925, prévoyait la nécessité de la vaccination et la défense d'admettre une personne contaminée dans un établissement, ce qui a représenté les tout débuts de la carte de santé, émise sur présentation d'un certificat de médecin.

En 1946, pour faire suite à une recommandation du Comité chargé d'étudier la question des maladies vénériennes, le service de santé a réorganisé le système de distribution de la carte de santé et confié ce travail à la division des maladies contagieuses; le personnel affecté à ce travail a permuté à cette division. Le travail de réorganisation de ce système et la mise en marche de la nouvelle section et son fonctionnement avaient été temporairement confiés au docteur C.-A. Bourdon, M.P.H., officier spécial et chef des districts sanitaires.

Ce nouveau système de l'émission de la carte de santé pour les manipulateurs d'aliments et autres personnes pour qui elle est re-

1. Causerie prononcé à l'émission « Tribune des conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », lundi, le 19 décembre 1949, à 10 heures et demie du soir.

quise a été adopté et mis en usage, à l'aide d'un classeur spécial appelé « cardwheel » qui permet de mieux contrôler la distribution de cette carte émise en duplicata, dont une copie est remise à l'individu et l'autre gardée dans le fichier.

En 1948, le docteur Gustave Charest, surintendant de la division des maladies contagieuses fut chargé de continuer la réorganisation déjà commencée et, à partir de cette date, la prise de sang pour réactions sérologiques, pour la recherche de la syphilis, et l'examen radiographique des poumons, pour détecter la tuberculose, furent faits pour chacun des manipulateurs d'aliments, barbiers, coiffeurs, etc.

La section de la carte de santé a ses bureaux dans l'espace même réservé pour la division des maladies contagieuses dont elle fait partie, à la chambre 33 de l'annexe. Son personnel se compose de quatre médecins qui s'occupent de l'examen physique; quatre infirmières chargées de faire les prises de sang et quatre employés de bureaux chargés de la classification et de l'inscription des personnes qui font la demande d'une carte de santé.

Ce personnel est divisé en deux groupes: un premier groupe affecté au bureau même comprend les médecins qui font les examens et deux infirmières qui font les prises de sang; le second groupe, composé d'un médecin, de deux infirmières et d'une dactylo, constitue ce qu'on appelle « l'équipe volante » qui visite les grands établissements de produits alimentaires.

Pour la première fois en 1948, cette équipe volante, conduite par le docteur A. Ecrement, visite les établissements de produits alimentaires comptant au moins 50 employés; dans l'accomplissement de son travail, cette équipe rencontre une grande bienveillance de la part des chefs d'industries et une excellente coopération lui est accordée de leur part.

L'examen médical fait pour l'obtention d'une carte de santé ne constitue pas un examen physique complet; il s'agit surtout de découvrir les signes de contagion afin de prévenir la propagation des maladies infectieuses qui peuvent se transmettre par les aliments. Il comporte le contrôle de la vaccination antivariolique, l'examen de la peau pour dépister s'il y a des maladies telles que la pédiculose, l'impétigo, la gale et autres infections purulentes, l'examen de la bouche en cas de pyorrhée ou d'abcès dentaire et l'examen de la gorge. Il comporte aussi des examens de laboratoire pour la recherche des porteurs de germes typhiques ou dysentériques, par l'analyse du sang, des selles et des urines dans le cas des manipulateurs de lait. Dans ces cas et dans les autres, la politique du Service est de généraliser l'examen des poumons aux rayons-X pour dépister les cas de tuberculose et la prise de sang pour le Bordet-Wassermann chez les sujets de 16 à 65 ans, pour la recherche de la syphilis. Il est entendu que toutes les personnes pour qui cette carte de santé est requise doivent être vaccinées contre la variole et revaccinées quand il est jugé nécessaire.

Depuis mars 1948 jusqu'au 1er décembre 1949, il a été fait environ 50.000 prises de sang et pris 45.000 radiographies.

Cette année, depuis le 1er janvier jusqu'à date, 48.369 personnes ont été examinées, soit au bureau de la carte de santé, à la chambre 33 de l'annexe de l'hôtel de ville, soit dans les établissements de produits alimentaires, par l'équipe volante; sur ce nombre, 21.000 ont été radiographiées, alors que l'autre moitié l'avait été en 1948; 25.669 ont subi une prise de sang cette année et 23.632 l'an dernier.

Un certain nombre d'examens des poumons aux rayons-X est fait à la clinique municipale de radiologie Laurier; la très grande partie s'effectue grâce à la collaboration de la Ligue antituberculeuse de Montréal Incorporée, soit au cours de ses visites organisées dans les industries et dans les différents districts sanitaires de la Ville, soit à ses quartiers généraux, où elle maintient en permanence une clinique de dépistage.

Pour compléter l'organisation de la section de la carte de santé, comme cela a été fait pour la prise de sang, il serait très important

— ceci est un projet du service de santé — d'avoir un appareil de rayons-X «70 MM.» placé dans les bureaux même du Service, afin de radiographier sur place, comme on le fait pour la prise de sang, les candidats qui sollicitent une carte de santé, cela sans les obliger à des déplacements extérieurs additionnels. Si ce projet était réalisé, cela compléterait avantageusement l'organisation de la section de la carte de santé et augmenterait l'efficacité du travail entrepris dans ce domaine.

Voilà, Mesdames et Messieurs, par une autre de ses activités, c'est-à-dire par sa section de la carte de santé, ce que le Service de santé accomplit pour votre protection et la sauvegarde de la santé publique à Montréal.

Je tiens à souligner le rôle joué par la Ligue antituberculeuse de Montréal Incorporée dans l'examen radiologique des manipulateurs d'aliments. Vous savez sans doute le travail important de dépistage préliminaire accompli dans les industries de Montréal et dans les paroisses qui est fait par la Ligue. Au cours de ses visites organisées, avec la collaboration des Divisions des districts sanitaires et des maladies contagieuses du Service de santé, ou lorsqu'elle se présente dans les grandes industries pour y procéder à l'examen radiologique de ceux qui y sont employés, cet organisme méritant radiographie un grand nombre de manipulateurs d'aliments qui peuvent y être employés ou qui se présentent sur convocation et pour qui la carte de santé est requise.

Je désire profiter de cette nouvelle occasion qui m'est fournie pour dire mon appréciation et celle du Service que je dirige, du travail méritoire accompli par la Ligue dans notre ville. Je veux lui rendre un témoignage sincère et cordial pour la collaboration tout à fait précieuse qui nous est accordée dans ce domaine. Le président de la Ligue, M. C.-O. Monat, j'en suis persuadé, ne m'en voudra pas de lui exprimer notre satisfaction et de le remercier personnellement, en votre nom, pour ce travail qu'il dirige avec tant de dynamisme et d'enthousiasme.

VARIÉTÉS

LE PRATICIEN ET LES SPÉCIALISTES[1]

Alphonse BERNIER,
Chef des laboratoires, hôpital Saint-Luc (Montréal).

Quand votre président, le Dr Letondal m'a demandé de vous parler du praticien et des spécialistes, j'en fus très flatté et je me suis empressé de répondre à son aimable invitation. Mais quand il m'a fallu rédiger cette conférence, j'ai réalisé tout le sérieux et la gravité des propos que j'allais vous tenir et ai douté de mon habileté à ne pas me mettre les pieds dans les plats. Je sollicite donc votre indulgence.

C'est un terrain dangereux, où l'on ne doit s'aventurer qu'avec la prudence de ceux qui, au cours de la dernière guerre, avaient charge de repérer les mines. Le moindre faux pas pouvait leur être fatal. Dieu me garde de ces faux pas.

Ce n'est pas mon intention de flatter le praticien et de mépriser le spécialiste, pas plus d'ailleurs que de minimiser l'œuvre du praticien et d'exalter celle du spécialiste.

J'essaierai en toute justice et en toute objectivité de vous dire ce que je pense de l'un et de l'autre et ce que devraient être leurs rapports.

Je serai donc franc et si par hasard j'allais être méchant pour l'un ou l'autre, il ne faudra pas trop m'en tenir rigueur, et d'avance je m'excuse auprès de ceux que mes propos pourraient choquer ou froisser.

Je ne vise personne en particulier et ne tiens pas à poser au directeur de conscience. Vous avez tous la vôtre et ce n'est pas à moi de lui dicter ce qu'elle doit faire.

Ce que je vais vous raconter, je suis seul à en porter la responsabilité. Je ne parle au nom d'aucun clan, d'aucune faction, d'aucun groupement. Je le fais surtout par devoir à l'égard de notre belle et noble profession, qui malheureusement, dans beaucoup de milieux, perd déjà de ses titres de noblesse.

Le fléchissement moral de notre profession est la résultante de certains travers que je soulignerai tout à l'heure.

Ah! je sais que ce terme de fléchissement moral vous choque tous parce que vous n'appartenez pas à la catégorie de ceux qui dégradent notre profession. Ces gens là ne fréquentent pas les réunions des sociétés médicales.

Vous me défendez de généraliser à partir de quelques individus, de quelques brebis galleuses au sein de notre bergerie. Je ne fais que comme le populo qui, lui, généralise si facilement. Un prêtre envoie-t-il sa soutane aux orties que déjà tout le clergé est pourri. Un médecin forfait-il à l'honneur professionnel, que déjà nous sommes tous des mécréants, des fainéants, des viveurs, et des amoraux.

Vous, plus que tout autre, savez à quoi vous en tenir sur la valeur morale de notre corps médical. Et je n'ai pas à prendre sa défense devant vous.

Voyons d'abord le praticien général, le fantassin, le « private » de l'armée médicale. Il devient de plus en plus rare. Et pourtant actuellement, tout au moins, on ne peut concevoir une armée efficace sans « private ». Pourquoi le praticien se fait-il oiseau rare? Mais pour la simple raison que les nouveaux médecins ou les médecins déjà reçus se spécialisent.

1. Conférence prononcée au troisième dîner-causerie de l'Association des Médecins de l'Est de Montréal, le 15 novembre 1949, au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur Paul Letondal.

D'après certaines statistiques américaines, pas plus de 18% des diplômés ne devraient se spécialiser. En réalité dans certaines promotions on en compte jusqu'à 96% qui veulent restreindre leur activité à certaines spécialités.

Mais alors pourquoi se spécialisent-ils?

Pour avoir la vie plus aisée et plus de loisirs, peut être. Pour faire plus d'argent, parfois en travaillant moins que le praticien, peut être. Ce dernier motif est déjà moins honorable que le premier qui ne l'était pas trop. La médecine est une profession libérale et non un négoce. La médecine existe pour la société et non la société pour la médecine, ces vérités, les tenants de la socialisation de la médecine, nous les servent souvent de nos jours.

Vie aisée, loisirs, appât du gain sont certainement des motifs qui peuvent influencer, mais ce ne sont que des motifs secondaires, car il y a plus, beaucoup plus.

La tendance à la spécialisation est inhérente à l'essence même de la médecine actuelle, et quoi que l'on fasse, on ne pourra jamais l'endiguer. Si jamais on y parvenait à force de décrets, ou autrement, ce serait bien dommage. C'en serait fini de l'avancement médical, nous marquerions le pas, ou reculerions inévitablement.

Cette orientation vers la spécialité est tellement accentuée aujourd'hui et pour peu qu'elle continue que je ne parviens pas à m'imaginer ce que sera la pratique de la médecine dans 50 ans ou 100 ans d'ici. Avec les développements fantastiques de la science médicale, dans 100 ans les spécialités seront légion et nous aurons les spécialités de la spécialité; elles se ramifieront à l'infini.

Cela existe déjà pour certaines d'entre elles, les bronchoscopistes ne sont-ils pas des ultra spécialistes de l'oto-rhino-laryngologie?

Laissons le rêve et revenons plutôt à nos contemporains.

Le praticien général d'aujourd'hui se fait de plus en plus rare, parce qu'il est incapable d'emmagasiner et de garder toutes les connaissances requises pour l'exercice scrupuleux de sa profession.

Les praticiens ne sont pas tous des Pic de la Mirandol, et j'aimerais bien voir ce phénomène des temps révolus essayer aujourd'hui d'assimiler et retenir toutes les acquisitions nouvelles qui sortent des laboratoires de recherche dans tous les domaines médicaux.

Cependant plusieurs praticiens parviennent à acquérir un bagage scientifique raisonnable, et cela va un certain temps, surtout au début d'une clientèle clairsemée. Mais la clientèle faisant boule de neige peu à peu, un beau jour notre praticien est complètement débordé et enlisé. Il n'a plus le temps de lire ses périodiques médicaux. On ne le voit plus aux réunions des sociétés médicales. Il est complètement absorbé par sa clientèle qui ne lui donne plus de répit. Les bâtons de golf sont tout rouillés dans le placard.

Alors se souvenant de ses rêves enthousiastes de jeunesse, il volera du temps à son sommeil pour lire et se tenir à la page. Ou bien il limitera ses activités médicales à certaines affections et il glissera insensiblement vers une spécialité.

Il arrive aussi parfois qu'il essaye de tenir le coup et il s'en tiendra au statu quo. Heureusement qu'alors, sa précieuse expérience clinique acquise au cours des années viendra suppléer en partie, tout au moins, à ces renseignements additionnels qu'il n'a plus le temps d'acquérir et d'approfondir.

Le Dr A. Vincent a dit: « La médecine est la mise en pratique d'une série de connaissances scientifiques et de méthodes empiriques. Elle n'est déjà plus un art et elle n'est pas encore une science. Pour l'exercer avec le minimum de danger et le maximum de succès, il faut à la fois une solide instruction théorique, une grosse expérience pratique et des dons personnels d'ordre psychologique et certaines qualités morales. Tout cela est bien difficile à réunir chez un même homme. » Vous en convenez facilement.

La médecine n'est plus un art et n'est pas encore une science, soit, mais elle est en passe de devenir une science et le sera certainement avant bien longtemps.

C'est pourquoi les praticiens doivent être des omnisavants, avoir des connaissances essentielles et indispensables de toutes les spécialités.Ils doivent au moins pouvoir couvrir en surface ce que les spécialistes exploitent en profondeur, selon l'expression du Dr L.-H. Gariépy dans un très beau discours sur les tendances actuelles de la pratique médicale. Ce discours vaut la peine d'être relu, vous le trouverez in extenso dans l'annuaire de la société médicale 1948.

En d'autres termes, le praticien devrait être plus *spécialiste* peut-on dire et par contre son collègue, le spécialiste, devrait être plus *praticien* qu'il ne l'est.

Si le praticien était plus versé dans les spécialités, il consulterait les spécialistes moins souvent et à meilleur escient.

Si, d'autre part, le spécialiste avait gardé ses notions de pratique générale, souvent la tâche lui serait facilitée et son rendement meilleur.

Bref le praticien n'est pas assez spécialiste et celui-ci pas assez praticien. Vous comprenez d'ores et déjà pourquoi le praticien général se fait de plus en plus rare. Sa situation est terriblement exigeante et accablante. Voilà pourquoi souvent il est obligé d'avoir recours au spécialiste.

Je ne crois pas, d'après ce qui précède, qu'il faille définir bien longuement le spécialiste.

On ne s'improvise pas spécialiste. Le spécialiste n'est pas spécialisé en tout comme certaines cartes professionnelles ou certaines réclames de journaux le laissent entendre. La spécialité présuppose d'abord une formation médicale générale intense, égale à celle du praticien.

Un bon moyen de juger de la valeur approximative d'un spécialiste c'est de vérifier s'il fait partie de l'association professionnelle de la spécialité dont il se réclame. Ces associations poussent aujourd'hui comme des champignons.

Evidemment les pionniers y sont confortablement installés grâce à leur expérience pratique. Mais les jeunes, les aspirants, pour ne pas dire les soupirants, on les voit venir. On exige d'eux une science que leurs pairs ne possèdent peut-être pas. Faut-il les en blâmer? Je ne le crois pas. Car c'est le seul moyen d'élever le niveau scientifique médical des spécialités.

Existe-t-il une hiérarchie entre les praticiens et les spécialistes? Les premiers sont-ils les parias de la médecine alors que les seconds en seraient les pachas? Ceux qui le croient, et malheureusement ils sont nombreux — ainsi le veulent les préjugés du siècle —, ont tort, car tous deux sont praticiens égaux. L'un pratique toute la médecine et l'autre une partie seulement. Ils ne s'excluent pas l'un l'autre, mais se complètent plutôt, pour le plus grand bien de leurs patients communs.

Je reconnais toutefois que, soit chez les praticiens, soit chez les spécialistes, tous ne sont pas de valeur égale, il y existe des autorités, des as, à côté de nullités, tout comme dans les autres domaines de l'activité humaine.

Voyons un peu maintenant comment praticiens et spécialistes doivent se comporter vis-à-vis les uns des autres. Quelles seront leurs relations.

Le praticien perplexe, a quia, devant un cas, consultera souvent un chirurgien, le spécialiste le plus souvent réclamé.

Comment doit-il procéder?

Ce n'est pas à lui de suggérer tel ou tel chirurgien. Qu'il laisse d'abord ce choix à son patient. Si par contre son patient s'en remet à lui pour ce choix, il pourra alors seulement y aller de sa suggestion.

Le patient a décidé lui-même de choisir le chirurgien. Le praticien doit l'accepter volontiers, s'il a la réputation d'un homme compétent et intègre. Pas nécessaire que ce soit un de ses intimes.

Le praticien est libre de choisir, son patient l'a autorisé, qui prendre? Un ami, rien ne répugne si cet ami est compétent et qu'on n'hésiterait pas dans les mêmes circonstances à lui confier sa femme, ses enfants, ou soi-même.

C'est là une règle en or, *confier ses patients*

au chirurgien qui nous opérerait si nous étions le patient.

Cette consultation, le praticien la demande pour étayer son diagnostic, pour partager sa responsabilité engagée.

Il peut même lui arriver parfois qu'il soit obligé de consulter pour satisfaire au snobisme de la famille du patient. Dans ces cas là, il ira chercher une « grosse légume », une autorité. Mais la plupart du temps il n'aura pas à choisir, la famille aura déjà arrêté ce choix.

Il est bien entendu que le praticien fournira tous les renseignements au chirurgien ou au spécialiste, qu'avec eux il discutera son diagnostic. Car le diagnostic que la confiance du patient a sollicité est la grande raison d'être du praticien général, la seule qui empêchera sa race de disparaître, même quand les spécialités seront légion.

Dans ces renseignements, qu'il soit plus explicite et plus complet que certaines réquisitions de consultations des services hospitaliers ne le sont. Et pourtant, on serait en droit, d'exiger plus des services hospitaliers que des praticiens.

L'acte chirurgical posé, le praticien continuera à suivre la convalescence de son patient, si l'hôpital où il l'a adressé n'en est pas un fermé, hermétique.

Il y aurait beaucoup à dire sur ces hôpitaux fermés. Le Dr Blain dans la dernière conférence devant cette société a déjà abordé le sujet.

Dans la plupart des cas, remarquez-le bien je dis dans la plupart des cas, car il y a des exceptions, il pourra suivre son patient, si c'est un patient privé.

Que penser des chirurgiens ou des spécialistes, qui, une fois le malade opéré, le gardent pour eux, et ne le retournent plus à son praticien qui pourtant lui aussi avait confiance en eux.

Il n'existe qu'un mot pour les stigmatiser et je vous laisse le soin de le trouver.

Quand il s'agira de faire la note, les rôles seront alors renversés, c'est alors que le chirurgien deviendra le consultant, il s'informera auprès du praticien de l'état financier de son patient.

S'il est vrai que la note peut être proportionnelle à la réputation, à la renommée du chirurgien ou du spécialiste, il n'en est pas moins vrai qu'elle doive aussi être proportionnelle à la faculté de payer du patient. De plus le consultant ne doit pas oublier que le patient doit aussi payer son praticien et son hospitalisation. S'il prend tout ou presque, que lui restera-t-il à ce pauvre patient pour s'acquitter envers les deux autres qui eux aussi ont droit à leur dû.

Si l'hôpital prend tout à la place du chirurgien, il n'en est pas moins blâmable.

L'idéal c'est que le praticien et le chirurgien envoient leur note séparément.

Désirent-ils n'être pas tentés et éviter de tomber dans les tentacules de la pieuvre dichotomique, le chirurgien et le médecin peuvent faire une note commune, présentée par le chirurgien. Mais ce faisant, ils auront bien soin de spécifier au patient que c'est là tout ce qu'il aura à payer.

Si par hasard le patient avait la curiosité de savoir quelle part revient à chacun, il faudrait le lui dire.

Le praticien et le chirurgien auront recours à la note commune dans les cas où les patients considèrent les chirurgiens comme des surhommes, auxquels seulement ils doivent la vie, comme si le praticien n'avait pas été le premier à diagnostiquer le mal et proposer l'opération.

Le grand mal dans la dichotomie c'est le secret impénétrable dont elle s'entoure. On n'ose avouer un gain illicite. Condamnable moralement la dichotomie ne peut avoir que des répercussions néfastes pour le malade. Nous en reparlerons tout à l'heure.

Si la collaboration médico-chirurgicale est de mise, la collaboration entre le praticien et le spécialiste ne l'est pas moins.

Il est évident que le spécialiste consulté sur votre demande doit vous faire rapport de son examen et de ses conclusions thérapeutiques.

C'est la politesse élémentaire et, de plus, c'est son devoir, car il est payé pour cela.

Le praticien est-il en état lui-même de faire le traitement exigé, le spécialiste devra lui retourner immédiatement son patient.

Nous touchons ici un des points les plus névralgiques dans les relations entre spécialistes et praticiens. Est-il nécessaire qu'un syphiligraphe qui a fait un diagnostic de chancre fasse tout le traitement? Le praticien, sur ses conseils, ne pourrait-il pas le faire également?

Est-il indispensable qu'un diabétologue traite lui-même, et pour toujours, un diabétique que son confrère vient de lui envoyer?

Ne lui suffisait-il pas plutôt de revoir le patient périodiquement? Autant de questions difficiles à résoudre parfois. Où finissent les attributs du spécialiste? Les frontières sont loin d'être toujours nettes.

Il arrive souvent aussi qu'un patient aille consulter un spécialiste sans au préalable demander l'avis de son médecin. C'est le type de patient qui croit à la médecine de tiroirs. Alors les choses se compliquent — et beaucoup de ces consultations sont inutiles, voire même dommageables.

La meilleure ligne de conduite pour le spécialiste est encore d'entrer en contact avec le médecin traitant. D'ailleurs un bon nombre de ces patients sont immédiatement retournés à leur médecin de famille qui savait déjà à quoi s'en tenir sur le compte des lésions. C'était une rétinite albuminurique, chez un brightique et tous les verres du monde n'y changeront rien.

Il serait aussi séant que le spécialiste ne détourne pas les clients du praticien sans lui demander son avis. Aussi un radiologiste consulté n'enverra pas un tuberculeux à un phtisiologue sans savoir ce qu'en pense le médecin qui le lui a référé.

Le spécialiste doit s'en tenir à sa spécialité, si bon praticien a-t-il pu être antérieurement, car alors cela devient de la concurrence indue.

Nous exigeons des spécialistes qu'ils nous retournent nos patients. C'est élémentaire en déontologie médicale. Mais les praticiens, eux aussi, sont tenus de faire de même à l'égard de leurs confrères. La clientèle d'un médecin c'est, pourrais-je dire, un peu sa propriété morale. Il incombe aux confrères de la respecter, comme ils respectent sa propriété physique.

Combien de patients changent de médecins à la suite d'un remplacement ou d'un appel d'urgence?

Evidemment les patients sont libres de choisir leur médecin. Mais le libre choix du patient peut parfois être influencé ou obnubilé par la médisance ou la calomnie.

Si un remplaçant temporaire ou d'urgence dénigre son prédécesseur devant un patient, pas toujours très intelligent, celui-ci pourrait le croire et se confier à lui définitivement.

Lui, il connaît si bien son cas, il a plus d'un tour dans sa trousse, il va faire des merveilles...

Un médecin perd souvent son patient à la suite d'un appel d'urgence auquel il n'a pu répondre. Si le patient, qui avait mis toute sa confiance en lui, sait pertinemment qu'il pouvait répondre à son appel pressant, qui oserait le blâmer de lui cesser cette confiance.

Beaucoup de patients l'ont perdu cette confiance. C'est pourquoi, aujourd'hui, d'une façon générale on nous reproche de n'être pas assez empressés, surtout la nuit, à répondre à l'appel de nos patients. Nos ancêtres, paraît-il, l'étaient beaucoup plus que nous.

Mais supposons que le docteur était réellement pris par un cas. Réponse traditionnelle de la téléphoniste. Le remplaçant alors, qu'il appartienne à une clinique d'urgence ou non, doit faire rapport au médecin traitant et lui rendre son patient incessamment.

Le patient est pris d'un mal incurable qui dure déjà depuis assez longtemps sans amélioration, il en impute la faute à son médecin et décide de changer, il vaudrait bien mieux en l'occurrence recourir à une consultation, mais certaines gens sont ainsi faits. Ils aiment changer.

Que devra faire le successeur? Exiger d'abord que les honoraires de son malheureux prédécesseur soient règlés immédiatement

avant qu'il n'assume sa nouvelle responsabilité.

S'il ne le fait pas, par un retour des choses, il pourrait bien lui aussi être puni par ou il a péché et ne pas toucher ses honoraires. Pas plus que son successeur éventuel, car il existe toujours des successeurs éventuels dans de tels cas.

Que penser des médecins ou spécialistes qui s'édifient des clientèles à l'aide de rabatteurs, ou de réclames intempestives? Si je parlais à des commençants, ou à des finissants en médecine, je leur dirais que la meilleure garantie d'une clientèle future serait leur valeur scientifique, leur dévouement, leur bonhommie, et enfin et surtout leur grande charité envers leurs confrères.

Certaines clientèles s'édifient même à coups de ristournes.

Nous voilà en pleine dichotomie.

Certes la dichotomie s'est accrue avec l'apparition des différentes spécialités, mais elle existait déjà avant, elle est même fort ancienne.

On y fait déjà allusion dans les fabliaux du XV siècle.

«Jadis un médecin et un diable en un chemin se rencontrèrent et par serment se promirent, bonne compagnie et en amitié, excités par cette flamme de convoitise qui brûle et consume les âmes faibles. Le médecin voulut s'associer avec le diable pour gagner. Entre eux, ils convinrent, s'il m'en souvient bien, que le malin entrerait dans les personnes en bonne santé, par les entrailles et les veines et de toutes parts les ferait fumer, s'agiter, tressaillir, écumer comme des forcenés et des possédés. Quand le médecin viendrait, le malin en paix se tiendrait et à son commandement s'en irait et ainsi ils auraient cet argent dont le désir brûle les gens. »

La dichotomie est universelle, car elle répond à l'appât du gain. On la trouve en France, aux Etats-Unis elle est endémique et fort répandue. Certaines enquêtes récentes l'ont révélé.

Greer Williams a enquêté dans plusieurs grands centres américains. Tous les médecins qu'il a consultés ont admis l'existence de la dichotomie, 20% des interrogés ont même avoué la pratiquer eux-mêmes.

Dans l'Etat de New-York on a accusé 4.000 spécialistes de toucher des commissions de compagnie d'optique.

Est-ce bien différent chez-nous? Existe-t-elle chez-nous, la dichotomie? Sommes-nous meilleurs que les autres, parce que Canadiens français?

Sommes-nous tellement dénués de cet appât du gain? Les statistiques, chez-nous, sur ce sujet épineux n'existent pas et pour cause

Toujours est-il que, si les commissions sont permises dans le négoce pour activer les ventes, elles ne sauraient être tolérées dans la pratique de la médecine. Car, alors, c'est la santé ou la vie qui seraient négociées et ces biens ne se remplacent pas comme de simples marchandises.

Oui tout cela est bien beau, bien orthodoxe. Mais les hommes, fussent-ils médecins, seront toujours des hommes. Et l'on sait que l'envie n'est pas le moindre défaut des hommes.

La grande cause de la dichotomie c'est la trop grande disproportion qui existe entre les honoraires des spécialistes et ceux du praticien. Vous connaissez, tous, les cas où le praticien touchera peut-être 5 ou 10 dollars pour sa visite où il a diagnostiqué une appendicite aiguë, alors que le chirurgien en touchera 200 et sera payé prestement.

Il n'entre pas dans mon intention de discuter les honoraires des spécialistes. Ils ont certes droit à des honoraires d'exception, à cause des études complémentaires, des responsabilités assumées, mais encore faut-il que le praticien, lui aussi, soit rémunéré décemment.

Alors il incombe aux spécialistes ou de diminuer leurs honoraires, ou de convaincre le patient qu'il doit bien payer son médecin également.

Un bel exemple de cette estime du praticien par son confrère le spécialiste:

Un chirurgien de Paris ayant opéré pour un phlegmon du plancher de la bouche un patient qui venait le remercier lui dit: « Votre médecin vous a rendu un plus grand service que moi. C'est lui qui a su provoquer en temps utile mon intervention. Il faut lui donner des honoraires égaux à ceux que je vous demande moi-même. »

La dichotomie condamnée par la déontologie est toujours clandestine, faite à l'insu du malade.

C'est pourquoi, tout à l'heure, je vous ai parlé de la note conjointe, elle seule peut éviter cet écueil.

Est-il nécessaire de souligner les abus que provoque la dichotomie? D'abord les patients seront dirigés vers le plus haut enchérisseur, qui n'est pas toujours, loin de là, le meilleur homme à faire l'opération.

La tentation sera grande aussi de faire opérer des malades qui n'en ont pas besoin...

Et je crois bien, mon expérience comme pathologiste renforcit cette croyance, qu'on a déjà opéré des malades inutilement.

On calmera sa conscience alors en disant que l'opération n'était pas grave.

On a proposé de nombreux remèdes à la dichotomie. Certains collèges exigent un engagement d'honneur à ne pas la pratiquer. Cependant Greer Williams, dans son enquête, a obtenu des aveux de faute de chirurgiens de l'« American College of Surgeons » qui exige cet engagement d'honneur.

Beaucoup voient dans le « group practice » *à forfait* une panacée contre la dichotomie. Mais le « group practice » à forfait, c'est l'amorce à la socialisation de la médecine, qui devrait être discutée à son mérite, envisagée sous tous les angles, et enfin appréciée dans ses fruits. Il faudrait étudier ce qu'elle a donné dans les pays qui l'ont adoptée. Ce n'est pas le lieu et le moment de faire cette étude.

En somme toute la partie de cette conférence qui a trait aux rapports des médecins entre eux et avec les spécialistes peut se résumer à une maxime évangélique qui vaut pour tout le monde et dans toutes les professions.

Ne faites pas à autrui ce que vous ne voulez pas qu'on vous fasse à vous-même.

CONGRÈS

4ème CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS CATHOLIQUES

— ROME —

(du 24 septembre au 2 octobre 1949)

(suite et fin)

La narco-analyse du point de vue médico-moral et d'éthique sociale.

Résumé du travail du
Professeur V. M. Palmieri

On peut définir la narco-analyse comme une forme particulière de psycho-analyse qui, réalisant par voie pharmacologique un état crépusculaire de la conscience, profite de la désinhibition du « moi » et de l'abolition de la censure morale pour sonder le monde intérieur d'un sujet.

Son usage a été préconisé en clinique neuropsychiatrique et en médecine légale.

Les applications cliniques reflètent le domaine diagnostic et celui thérapeutique.

Elle permettrait en effet une exploration rapide et complète du psychisme, d'un côté, et, de l'autre, le traitement, spécialement des névroses, par un mécanisme catartique, associant au besoin les méthodes de la narco-synthèse et de la narco-suggestion.

En médecine légale l'on a suggéré le recours à la narco-analyse:

a) Dans les expertises psychiatriques, en général.
b) En particulier pour identifier une simulation, une dissimulation, la nature organique ou fonctionnelle d'un syndrome neurologique.
c) Pour obtenir la confession ou des informations par un sujet soupçonné de mensonge ou de réticence.

Deux questions s'imposent:

1. La narco-analyse est-elle techniquement utile?
2. Est-elle juridiquement légitime?

A la première question on peut répondre que l'utilité de la narco-analyse pour a) et b) est indiscutable quoique beaucoup moins remarquable que maints auteurs semblent le croire; l'on peut d'un autre côté, généralement aboutir aux mêmes résultats par d'autres méthodes de séméiologie neuropsychiatrique.

L'utilité de la narco-analyse pour c) est fort discutable et, en tout cas, limitée à un nombre assez restreint de sujets, l'abolition du contrôle de la conscience n'étant pas possible, en général, sans faire endormir le patient.

L'illégitimité juridique de la narco-analyse ne peut pas naître du danger (très limité en pratique), non plus que du contraste avec les règles du droit positif.

En effet, à part la nécessité d'obtenir préalablement le consentement du sujet, on conteste avec fondement au procédé narco-analytique soit le caractère d'expertise médico-légale, soit celui d'expériment judiciaire.

Il s'agit, somme toute, d'une espèce d'interrogatoire et celui-ci doit être pratiqué par le magistrat et non par le médecin expert.

Mais le magistrat non plus ne peut y avoir recours, car la procédure de chaque pays civilisé établit que l'interrogatoire peut avoir lieu avec une personne capable de comprendre et de vouloir, et capable surtout de se défendre. Le droit de ne pas s'accuser soi-même est péremptoire et ne saurait pas être violé sans nullité.

Il faut ajouter que les renseignements obtenus n'auraient aucune garantie d'authenticité et que le prévenu aurait toujours le droit de se dédire, en alléguant l'état de conscience crépusculaire dans lequel il les a fournis.

La leucotomie est-elle moralement permise du point de vue de ses suites post-opératoires?

Résumé du travail du
Prof. J. J. Guillaume Prink, de Nimègue.

Un nombre de malades mentaux, souffrant de psychasténies, de schizophrénies et de dépressions angoissées incurables, chez qui les thérapies habituelles

non chirurgicales avaient fait échec, furent observés après la leucotomie pendant une période de plusieurs années. Les résultats d'observations détaillées du comportement, d'analyses introspectives et d'examens psychologiques par tests, répétés plusieurs fois, furent synthétisés et confrontés avec l'aspect préopératoire et, si possible, avec la structure prémorbide de la personnalité. Ces recherches révélèrent, outre des changements postopératoires passagers, que chez tous nos malades il s'était présenté des changements du caractère permanent dans la structure de leur personnalité. Bien que cette dissolution postopératoire de la personnalité pour les différents cas fût sujette à quelque fluctuation, il n'était pas difficile d'établir une caractérisation type de la personnalité dégénérée. En la détaillant de plus près les déviations suivantes se révélèrent.

I. D'après les déclarations des malades opérés, l'expérience de l'émotivité est devenue plus terne et plus diffuse, en même temps l'observateur est frappé du fait que le comportement émotionnel extérieur fait l'impression d'être plus tranquille: c'est particulièrement pour l'angoisse que cela se manifeste le plus clairement.

En outre il constate que la contenance des malades en face de leurs émotions a changé, fait qu'ils affirment par leurs introspections. On peut décrire cette situation comme suit: leurs sentiments intéressent les malades moins qu'avant, ils sont vécus moins comme appartenant au moi. Tant par l'analyse du comportement et les constatations introspectives que par les données du test Rorschach on est autorisé à conclure que l'affectivité réagit presque seulement de façon automatique aux situations excitantes provenant du monde extérieur. On a l'impression que les réactions affectives prennent plutôt un caractère réflexe, c'est-à-dire qu'elles forment avec l'excitant un court-circuit sans intervention possible des processus psychiques supérieurs (comme la délibération et l'inhibition volitive). Ceci signifie que les opérés de lobotomie ne disposent plus eux-mêmes de la régulation de leur affectivité. Ce défaut peut être considéré comme la manifestation d'une diminution de la faculté déterminative du propre soi.

II. Dans le domaine du savoir, ce sont les altérations de la vie représentative qui sont les plus remarquables. En premier lieu, il est devenu plus pénible ou même impossible d'éveiller les phantasmes. Les images encore disponibles sont d'un caractère moins représentatif, et si elles sont là, elles tendent à la persévérance. Dans ce trouble du domaine cognitif, il se révèle également une diminution de la faculté déterminative du propre soi.

Le fonctionnement normal de la vie représentative est une condition indispensable pour le développement de l'intelligence, et notamment pour la pensée abstraite, pour une bonne activité du jugement et de la critique pour la combinaison et la synthèse, pour la prévision et pour l'accomplissement de raisonnements compliqués. Il en résulte tout de suite que ces fonctions psychiques supérieures seront défavorablement influencées par des troubles de la vie représentative.

Cette thèse est pleinement affirmée par les résultats de l'analyse qualitative des tests.

III. Jusqu'ici nous avons considéré les altérations postopératoires dans les sphères affective et cognitive: nous envisagerons maintenant ces deux catégories fonctionnelles pour autant qu'elles forment une entité constituée par moyen d'intégration.

On constatait que, d'une part — quoique dans un domaine assez restreint — l'intelligence et la volonté avaient brisé les fers qui les reliaient aux émotions pathologiques; d'autre part, une conséquence de cette dissolution fut que la vie affective se trouvait moins sous l'influence de la détermination du propre soi et prit une structure plus primitive. La pensée enfin perdit en créativité à cause de la scission des sphères rationnelle et sensitive.

IV. Nous terminerons par quelques remarques sur l'expérience et le comportement religieux postopératoires où se manifestent les relations indiquées ci-avant.

Il n'est pas douteux que les opérés de lobotomie disposaient d'un nombre suffisant d'idées du domaine religieux. Comparé à la situation préopératoire, on pouvait même parler d'une amélioration: les idées religieuses éprouvaient moins l'activité troublante des émotions pathologiques et étaient pour cela d'un caractère plus élaboré et plus objectif. Cependant, nous devions constater un appauvrissement d'idées de leur pensée religieuse. C'était la disponibilité réduite des substratums représentatifs qui se faisait sentir. L'influence de leurs idées sur leur vie concrète avait diminué.

S'il nous est permis d'emprunter une terminologie à l'ascétisme, la meilleure caractérisation de la situation décrite serait: la connaissance de Dieu et l'orientation de la volonté vers Lui se sont retirées dans « la fine pointe de l'esprit »; en dehors de cet endroit, elles n'avaient plus d'influence directe, et ce vide et cette aridité étaient éprouvés par les malades comme une absence et un appauvrissement par comparaison à leur situation d'autrefois.

Si nous tâchons de synthétiser dans une perspective anthropologique les quatre catégories indiquées ci-avant, nous voyons que l'intervention chirurgicale de leucotomie, prise à soi seule et dans sa totalité, équivaut à la provocation d'une dégénérescence de la personnalité humaine.

Si, au contraire, on considère l'effet du point de vue d'une maladie mentale incurable, on ne saurait se dissimuler le profit que constitue sous certains

rapports la situation postopératoire comparée à la condition morbide préopératoire.

Ce profit pourtant est relatif: on l'a gagné au prix d'une perte. Bien que, par l'intervention chirurgicale, l'activité des émotions et obsessions morbides disparût en majeure partie, cela ne pouvait se réaliser qu'au prix d'un affaiblissement et d'un appauvrissement de la vie sensitive avec la répercussion qui en résultait pour la vie intellectuelle.

Nous avouons que, pour un cas individuel, il sera difficile de prédire quel sera l'aspect définitif du compte des profits et pertes, néanmoins, dans la pratique, il s'imposera de prendre comme critère la gravité ou même l'incurabilité de la maladie mentale afin de disposer d'une indication.

A mesure que la suprême existence humaine est enfouie davantage et de façon plus définitive sous l'activité de mécanismes pathologiques affectifs, le profit, rendu réalisable par l'opération, égalera plus les pertes indiquées ci-dessus.

Il est vrai que, en cas d'une maladie mentale incurable, l'opération restreint le champ d'action des facultés mentales supérieures du malade. Malgré cette restriction, les conséquences de ce déficit, du point de vue de l'affectivité de la personnalité, seront moins radicales et moins amples qu'en cas d'un champ d'action étendu, qui est infiltré tout à fait par l'activité d'une disposition affective anormale.

C'est en vertu de ces considérations-là que nous sommes d'opinion qu'une leucotomie est moralement permise en cas de psychasthénies graves, de schizophrénies, d'aspects morbides dépressifs et à tension angoissée, à condition que ces affections ne soient curables d'aucune autre façon. Nous estimons que la leucotomie ne sera pas permise en cas de psychopathies où la structure de personnalité est telle qu'elle ne donne aucune garantie pour un noyau sain, puisque dans ces cas-là la présence d'une structure dégénérative ne renferme aucune raison plausible qui autoriserait une intervention tellement radicale dans la structure de la personnalité. Quant à la question de savoir si la morale nous permet la leucotomie en cas de souffrances insupportables et incurables, nous sommes d'avis qu'elle ne sera permise que lorsque, en conséquence des douleurs incurables, les suprêmes activités humaines sont empêchées, de manière permanente et définitive, de déployer leur activité.

Droits et limites de la médecine sociale vis-à-vis de la personne humaine.

Résumé du travail du Docteur Henri Grenet, de Paris.

La personne humaine est avant tout, pour les chrétiens, une âme incarnée, possédant un pouvoir de raison, de liberté et d'amour, et ayant une destinée spirituelle. Nous devons rechercher quel cadre social permet le mieux l'épanouissement de la personne humaine considérée dans son sens chrétien le plus élevé. On ne peut tirer de cette étude que des conclusions provisoires, valables pour l'état actuel de la société.

La médecine sociale est une médecine adaptée aux exigences techniques et sociales actuelles. Elle protège la collectivité et assure les soins des individus dans un but de conservation sociale.

La médecine sociale doit respecter les droits et la liberté de la personne humaine, tout en s'adaptant à l'évolution sociale.

L'action médicale, même en ce qui concerne la Sécurité sociale, ne doit pas être abandonnée aux structures unitaires, étatistes, ou nationalisée: l'Etat n'a qu'un rôle supplétif. La protection de la santé peut être réalisée sous forme d'Assurance-santé ou de Mutualités, indépendantes de l'Etat: chaque individu doit pouvoir s'assurer à l'organisme de son choix et s'adresser au médecin de son choix, et cela aussi bien pour la médecine préventive que pour la médecine curative.

La médecine sociale peut être amenée à prendre des mesures qui risquent de porter atteinte à la personne humaine. Or ce n'est pas toujours la santé qui est le bien premier; il y a une hiérarchie des droits et des devoirs: ce qui est premier c'est le bien de la personne. Mais en même temps qu'une personne, l'homme est un être social, et il doit contribuer au bien commun dans la mesure où la personne est respectée.

Parmi les cas concrets, nous envisagerons surtout:

Les examens préventifs nécessaires en particulier pour la médecine scolaire et la médecine du travail; le libre choix du médecin devrait être respecté aussi bien que pour la médecine curative (toutes garanties techniques étant prises).

Le devoir de respecter les droits des familles. Un organisme de Sécurité sociale ne doit pas imposer le placement dans une maison choisie et désignée par elle, et cela, en particulier, pour des raisons morales. Nous estimons qu'on n'a pas le droit d'imposer par une loi ou par un règlement la séparation des enfants vivant dans un milieu contagieux. Mais on a le devoir d'exercer pour l'obtenir une pression morale et une force de persuasion aussi grande que possible.

Le respect de la personne humaine à l'hôpital: le chef de service doit s'efforcer de s'intéresser à chaque malade pris en particulier. Matériellement un minimum de confort doit être assuré, certaines promiscuités évitées. On doit chercher à rendre possible: la présence à toute heure d'un parent auprès des mourants, la liberté d'action de l'aumônier, l'administration rapide des sacrements. Le médecin d'hôpital, le médecin de famille et l'assistante sociale

doivent harmoniser leurs rôles respectifs. L'action du chef de service est primordiale à cet égard, par l'heureuse influence qu'il peut exercer sur tout le personnel. C'est l'esprit de charité chrétienne qu'il faut faire régner.

La prophylaxie antituberculeuse comporte comme principale mesure médicale les examens systématiques de dépistage, qui devraient comporter le libre choix du médecin.

La prophylaxie antivénérienne: la réglementation de la prostitution doit être condamnée parce qu'elle attente à la dignité humaine sans même avoir fait la preuve de son efficacité. Elle doit être remplacée par l'interdiction du racolage, ainsi que par le développement des œuvres de relèvement des prostituées. La loi française du 13 avril 1946 et la loi belge du 21 août 1948 résolvent le problème dans le sens désirable. La règlementation sanitaire des maladies vénériennes doit respecter le secret professionnel. Ce n'est qu'après épuisement des moyens de persuasion que le malade s'avérant comme un être asocial dangereux pourra être livré aux mesures coercitives de l'administration.

Les problèmes de l'eugénisme sont rendus très actuels par les progrès de la génétique. On doit faire observer au préalable que la génétique est une science en pleine évolution et que des positions nettes ne peuvent pas être prises sur tous les points.

La castration et la stérilisation faites dans un but d'eugènisme, pour éviter la conception et la naissance de sujets que l'on présume devoir être porteurs de tares graves, est formellement condamnée. Tout médecin catholique devrait refuser d'obéir à une loi humaine qui l'imposerait, parce qu'elle serait contraire à la loi divine .

L'insémination artificielle faite à l'aide d'un donneur étranger est assimilable à un adultère et condamnable d'une manière absolue.

Le certificat prénuptial ne peut en aucun cas être transformé en une autorisation ou une interdiction du mariage.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir envisagé tous les problèmes soulevés par les rapports existant entre la médecine sociale et la personne humaine. L'homme qui se doit au bien commun, se soumettra à certaines exigences de la médecine sociale qui se renouvellent et s'amplifient chaque jour. Mais, soucieux de maintenir la hiérarchie des valeurs, nous ne manquerons pas de rappeler que la personne garde toujours la première place et qu'il n'est pas de mesure sociale qui ne doive respecter son intégrité.

C'est là le principe qui marque les limites de la médecine sociale, conformément à la doctrine catholique. Les exemples que nous avons donnés, les solutions que nous avons proposées, ne sont qu'une illustration de cette règle générale.

Allocution de Sa Sainteté le Pape Pie XII aux médecins lors du 44ème Congrès International des Médecins catholiques.

Votre présence autour de Nous, chers fils et chères filles, porte avec elle une signification profonde, qui Nous cause une grande joie. Le fait de représenter ici trente nations différentes, alors que les fossés creusés par les années d'avant-guerre, de guerre et d'après-guerre sont encore loin d'être comblés; le fait de venir Nous dire les hautes pensées qui président à vos échanges de vues, dans le domaine médical; le fait, enfin, d'exercer dans ce domaine, mieux qu'une simple profession, un véritable et excellent ministère de charité: tout cela est bien de nature à vous assurer de Notre part le plus paternel accueil. Vous attendez de Nous, avec Notre bénédiction, quelques conseils touchant vos devoirs. Nous nous contenterons de vous communiquer de brèves réflexions sur les obligations que vous imposent les progrès de la médecine, la beauté et la grandeur de son exercice, ses rapports avec la morale naturelle et chrétienne.

Depuis de longs siècles — et surtout à notre époque — se manifeste, incessant, le progrès de la médecine. Progrès assurément complexe et dont l'objet embrasse les branches les plus variées de la spéculation et de la pratique. Progrès dans l'étude du corps et de l'organisme, dans toutes les sciences physiques, chimiques, naturelles, dans la connaissance des remèdes, de leurs propriétés et des manières de les utiliser; progrès dans l'application à la thérapeutique non seulement de la physiologie, mais aussi de la psychologie, des actions et réactions réciproques du physique et du moral.

Soucieux de ne rien négliger des avantages de ce progrès, le médecin est continuellement à l'affût de tous les moyens de guérir ou, tout au moins, de soulager les maux et les souffrances des hommes. Chirurgien, il s'applique à rendre moins pénibles les opérations qui s'imposent; gynécologue, il s'efforce d'atténuer les douleurs de l'enfantement, sans toutefois mettre en péril la santé de la mère ou de l'enfant, sans risquer d'altérer les sentiments de tendresse maternelle pour le nouveau-né. Si l'esprit de simple humanité, l'amour naturel de ses semblables, stimule et guide tout médecin consciencieux dans ses recherches, que ne fera pas le médecin chrétien, mû par la divine charité, à se dévouer sans épargner ni ses soins ni lui-même pour le bien de ceux, que, avec raison et selon la foi, il regarde comme ses frères. Certes, il se réjouit de tout cœur des immenses progrès déjà réalisés, des résultats jadis obtenus par ses devanciers, poursuivis aujourd'hui par ses collègues, avec lesquels il se solidarise dans la con-

tinuité d'une magnifique tradition, légitimement fier aussi de sa part de contribution. Jamais pourtant il ne se considère comme satisfait: il voit toujours, en avant, de nouvelles étapes à parcourir, de nouvelles avances à accomplir. Il y travaille passionnément, à la fois comme médecin tout consacré à procurer le soulagement de l'humanité et de chacun des hommes; comme savant, à qui les découvertes se succédant les unes aux autres font goûter avec ravissement « la joie de connaître »; comme croyant, comme chrétien, qui, dans les splendeurs qu'il découvre, dans les nouveaux horizons qui s'élargissent devant lui à perte de vue, sait voir la grandeur et la puissance du Créateur, la bonté inépuisable du Père qui, après avoir donné à l'organisme vivant tant de ressources pour se développer, se défendre, se guérir spontanément dans la plupart des cas, lui fait encore trouver dans la nature inerte ou vivante, minérale, végétale, animale, les remèdes aux maux corporels.

Le médecin ne répondrait pas pleinement à l'idéal de sa vocation si, mettant à profit les plus récents progrès de la science et de l'art médical, il ne faisait entrer en jeu, dans son rôle de praticien, que son intelligence et son habileté, s'il n'y apportait aussi — Nous allions dire surtout — son cœur d'homme, sa charitable délicatesse de chrétien. Il n'opère pas *In anima vili;* il agit directement sur les corps, sans doute, mais sur des corps animés d'une âme immortelle, spirituelle et, en vertu du lien mystérieux mais indissoluble entre le physique et le moral, il n'agit efficacement sur le corps que s'il agit en même temps sur l'esprit.

Qu'il s'occupe du corps ou du composé humain dans son unité, le médecin chrétien aura toujours à se tenir en garde contre la fascination de la technique, contre la tentation d'appliquer son savoir et son art à d'autres fins qu'au soin des patients à lui confiés. Grâce à Dieu, il n'aura jamais à se défendre contre une autre tentation, criminelle celle-ci, de faire servir à des intérêts vulgaires, à des passions inavouables, à des attentats inhumains les bienfaits cachés par Dieu dans le sein de la nature. Nous n'avons pas, hélas! à chercher bien loin, à remonter bien haut, pour trouver des cas concrets de ces odieux abus. Autre chose est, par exemple, la désintégration de l'atome et la production de l'énergie atomique; autre autre est son usage destructeur, échappant à tout contrôle. Autre chose est le magnifique progrès de la technique la plus moderne de l'aviation; et autre chose l'emploi massif d'escadrilles de bombardiers, sans qu'il soit possible d'en limiter l'action à des objectifs militaires et stratégiques. Autre chose, surtout, l'investigation respectueuse, qui révèle la beauté de Dieu dans le miroir de ses œuvres, sa puissance dans les forces de la nature; autre chose la déification de cette nature et des forces matérielles dans la négation de leur auteur.

Que fait, au contraire, le médecin digne de sa vocation? Il s'empare de ces mêmes forces, de ces propriétés naturelles pour procurer par elles la guérison, la santé, la vigueur, et souvent, ce qui est plus précieux encore, pour préserver des maladies, de la contagion ou de l'épidémie. Entre ses mains, la puissance redoutable de la radioactivité est captée, gouvernée pour la cure de maux rebelles à tout autre traitement; les propriétés des poisons les plus virulents servent à préparer des remèdes efficaces; bien plus, les germes des infections les plus dangereuses sont employés de toutes manières en sérothérapie, en vaccination.

La morale naturelle et chrétienne, enfin, maintient partout ses droits imprescriptibles; c'est d'eux, et non de considérations de sensibilité, de philanthropie matérialiste, naturaliste, que dérivent les principes essentiels de la déontologie médicale: dignité du corps humain, prééminence de l'âme sur le corps, fraternité de tous les hommes, domaine souverain de Dieu sur la vie et sur la destinée.

Nous avons déjà eu mainte occasion de toucher un bon nombre de points particuliers concernant la morale médicale. Mais voici que se pose au premier plan une question qui réclame, avec non moins d'urgence que les autres, la lumière de la doctrine morale catholique: celle de la fécondation artificielle. Nous ne pouvons laisser passer l'occasion présente d'indiquer brièvement, dans les grandes lignes, le jugement moral qui s'impose en cette matière.

1) La pratique de cette fécondation artificielle, dès lors qu'il s'agit de l'homme, ne peut être considérée ni exclusivement, ni même principalement du point de vue biologique et médical, en laissant de côté celui de la morale et du droit.

2) La fécondation artificielle, hors du mariage, est à condamner purement et simplement comme immorale.

Telle est en effet la loi naturelle et la loi divine positive, que la procréation d'une nouvelle vie ne peut être le fruit que du mariage. Le mariage seul sauvegarde la dignité des époux (principalement de la femme dans le cas présent), leur bien personnel. De soi, seul il pourvoit au bien et à l'éducation de l'enfant.

Par conséquent, sur la condamnation d'une fécondation artificielle hors de l'union conjugale, aucune divergence d'opinion n'est possible entre catholiques. L'enfant conçu dans ces conditions serait, par le fait même illégitime.

3) La fécondation artificielle dans le mariage, mais produite par l'élément actif d'un tiers, est également immorale et, comme telle, à réprouver sans appel.

Seuls les époux ont un droit réciproque sur leur corps pour engendrer une vie nouvelle, droit exclu-

sif, incessible, inaliénable. Et cela doit être, en considération aussi de l'enfant. A quiconque donne la vie à un petit être, la nature impose, en vertu même de ce lien, la charge de sa conservation et de son éducation. Mais entre l'époux légitime et l'enfant fruit de l'élément actif d'un tiers (l'époux fût-il consentant), il n'existe aucun lien d'origine, aucun lien moral et juridique de procréation conjugale.

4) Quant à la licéité de la fécondation artificielle dans le mariage, qu'il Nous suffise, pour l'instant, de rappeler ces principes de droit naturel: le simple fait que le résultat auquel on vise est atteint par cette voie, ne justifie pas l'emploi du moyen lui-même; ni le désir, en soi très légitime chez les époux, d'avoir un enfant, ne suffit à prouver la légitimité du recours à la fécondation artificielle, qui réaliserait ce désir.

Il serait faux de penser que la possibilité de recourir à ce moyen pourrait rendre valide le mariage entre personnes inaptes à le contracter du fait de l'*impedimentum impotentiæ*.

D'autre part, il est superflu d'observer que l'élément actif ne peut jamais être procuré licitement par des actes contre nature.

Bien que l'on ne puisse *a priori* exclure de nouvelles méthodes, pour le seul motif de leur nouveauté, néanmoins, en ce qui touche la fécondation artificielle, non seulement il y a lieu d'être extrêmement réservé, mais il faut absolument l'écarter. En parlant ainsi, on ne proscrit pas nécessairement l'emploi de certains moyens artificiels destinés uniquement soit à faciliter l'acte naturel, soit à faire atteindre sa fin à l'acte naturel normalement accompli.

Qu'on ne l'oublie pas: seule la procréation d'une nouvelle vie selon la volonté et le plan du Créateur porte avec elle, à un degré étonnant de perfection, la réalisation des buts poursuivis. Elle est, à la fois, conforme à la nature corporelle et spirituelle et à la dignité des époux, au développement normal et heureux de l'enfant.

Votre esprit sincèrement religieux et votre présente démarche, chers fils et chères filles, sont un gage de votre indéfectible fidélité à tous vos devoirs de médecins catholiques, un gage aussi de votre volonté de contribuer, par votre exemple et votre influence, à promouvoir, parmi vos collègues et vos disciples, parmi vos clients et leurs familles, les principes qui vous inspirent vous-mêmes. C'est dans cette confiance que, avec toute l'effusion paternelle de Notre cœur, Nous vous donnons, à vous, à tous ceux que vous représentez ici, à vos familles, à tous ceux qui vous sont chers, Notre Bénédiction Apostolique.

Communications diverses.

Foley (Irlande) « Animation of the Fœtus ».

Lang (Angleterre) « The Doctor and human personality ».

Torrioli (Italie) « In tema di animazione fetale ».

John Lyle Cameron (Angleterre) « L'essere umano nella luce dell'insegnamento cristiano ».

Foley (Irlande) « Problems of pre-matrimonial Eugenics ».

Nolan (Irlande) « Eugenics pre-matrimonial, traditional practices in pagan Africa ».

Maltarello (Italie) « Compiti del medico cattolico nell'orientamento dei giovani al matrimonio ».

Van de Loo (Hollande) « Quelques remarques sur la stérilisation directe ».

Stolte (Hollande) « La détermination des sexes ».

Van de Brekel (Hollande) « Contrôle médical et personnalité humaine ».

Meyrelles de Souto (Portugal) « A propos du certificat pré-matrimonial ».

Mendes Mario (Portugal) « La pratique Ogino-Knaus et l'Eglise ».

Santana Carlo (Portugal) « Le certificat prénuptial et la personne humaine ».

José Malaret Vilar (Espagne) « Algunas indicaciones y contraindicaciones de la radioterapi en ginecologia en al campo de la Eugenesia ».

A. Castillo de Lucas (Espagne) « Los refranes espanoles y la eugenesia ».

G. Joo (Italie) « Ambulatorio prematrimoniale ».

Galderoli G. (Italie) « La tonsillectomia nei reguardi del l'eugenica prematrimoniale ».

Santori, G. (Italie) « Lotta antivenerea e certificato prematrimoniale ».

Nolan (Irlande) « Narcoanalysis and its value in pagan lands ».

Van Gehuchten (Belgique) « Enseignement et expérimentation en médecine ».

Cirielli (Italie) « Risultati di une Colonia Speciale per i minorati ed anormali psichici ».

P. Castro, S. J. (Espagne) « Los graves problemas morales de la fecundacion artificial y del esparmo cultivo ».

Valtorta (Italie) « Ancora della fecondazione artificiale della donna ».

Foley (Irlande) « Artificial Insemination ».

Gagnon (Canada) « Contribution à l'étude de l'étiologie et de la prévention du cancer du col de l'utérus ».

Raposo (Portugal) « De la légitimité du traitement par des hormones hétéro-sexuelles ».

Verbeeck (Hollande) « Les soins hygiéniques pour la mère et l'enfant ».

Vaz Serra (Portugal) « L'insémination artificielle ».

Paiva Boleo (Portugal) « La fécondation artificielle ».

R. Galeazzi Lisi (Italie) « Nuove idee sull'assistenza mutualistica ».

Gerard v. der Schueren (Belgique) « La personnalité du malade dans l'institution hospitalière de demain ».

Foley (Irlande) « Rights and Limits of Social Medicine ».

Nolan (Irlande) « Modern trends in social medicine and their influence on the catholic Missions in pagan lands ».

Huysmans (Hollande) « L'aide médicale aux missions ».

Sanders (Hollande) « Action médicale missionnaire ».

A. Onrrubia (Espagne) « Los dispensarios parroquiales, su funcion y sostenimiento ».

Benagiano, A. (Italie) « Necessita del rispetto alla persona del medico oltre che dell'ammalato nelle organizzazioni assistenziali ».

Cagol, G. (Italie) « La persona del médico e del paziente nel segreto medico ».

Di Donna, P. (Italie) « Il segreto medico e la legislazione sociale ».

Pierangeli, L. (Italie) « La medicina sociale d'oggi; i medici e gli ammalati ».

Lombardi, A. « Necessita e limiti di una lotta sociale contro le cardiopatie ». « Rapporti tra medicina sociale e medicina preventiva ».

Morand, C. (Suisse) « De la valeur d'une objectivité non conformiste dans l'effort médical contre l'étatisme (à propos d'une loi suisse) ».

La Pietra, O. « Il contributo del medico nell'attivita sociale della parrocchia ».

G. Nunez (Espagne) « El catedratico Catolico ». « Cirurgia y deontologia ». « Cirurgia reparadora y cirurgia estetica ».

R. P. Boigelot, S. T. (Belgique) « Comment présenter et défendre les thèses de la morale catholique dans le monde incroyant d'aujourd'hui ».

A. Greiff (Italie) « San Luca Patrono dei medici ».

H. Cardoso (Portugal) « Limites de la culture physique ».

Arslav, M. « Ricerche sul ritmo delle percezioni spaziali (tentativo di una interpretazione finalistica) ».

Pignocco, O. « La persona umana nell'eta evolutiva ».

Fabris-Cometti, A. M. « Norme igienico-sanitarie degli istituti di educazione retti da religiose ».

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

LA PESTE

Georges BLANC,
Directeur de l'Institut Pasteur du Maroc,
Membre du Comité d'experts de la Peste de l'O.M.S.

La peste porte un lourd passé de nuisances, son nom est synonyme d'épidémie meurtrière et provoque la terreur. Ambroise Paré la traitait de « tempestative ».

Venue d'Asie, elle fait une première incursion en Europe, à Byzance, au VIème siècle, sous le règne de Justinien. Procope nous en laisse une description précise, c'est une peste bubonique et septicémique. Après quelques incursions en Europe, elle se retire pour des siècles. Puis, au quatorzième siècle, elle revient, catastrophique; c'est la peste noire qui dévaste l'Europe, détruisant plus du tiers de la population. La peste continuera ses méfaits jusqu'au dix-huitième siècle, faisant encore à Marseille 40.000 victimes en 1720, après avoir, en chemin, tué 70.000 personnes à Londres, en 1665.

Mesures de terreur

La terreur qu'elle engendre provoque de rudes mesures de défense; les maisons des pestiférés sont soumises à des fumigations, elles sont marquées d'une croix, nul ne peut y entrer. Les médecins portent la cagoule et sont aussi marqués d'une croix. Le peuple s'écarte d'eux avec appréhension et, même, hostilité. Il est interdit d'entrer dans une cité indemne si l'on provient d'une zone infectée. Celui qui est pris est refoulé, après avoir été essorillé. C'est-à-dire, après avoir eu les oreilles coupées.

La rapidité d'expansion de la peste donne à penser qu'il y a des semeurs de peste. Ils sont accusés d'enduire les poignées des portes de graisse de cadavre. Combien de malheureux furent ainsi accusés et massacrés! La peste ne pouvant être qu'une manifestation de la colère divine, on s'adresse aux Saints qui peuvent intercéder en faveur des hommes. Le plus célèbre est Saint-Roch que l'on voit dans l'imagerie populaire avec son bubon crural, ayant à ses pieds son chien qui l'a sauvé. Toutes les paroisses Saint-Roch témoignent que là où elles furent consacrées, il y eut épidémie de peste.

La notion de contagiosité de la peste devait rapidement s'imposer et, dès le quinzième siècle, les Vénitiens créent le premier lazaret et établissent la quarantaine. Si la peste a quitté l'Europe au dix-huitième siècle, elle persiste en Orient où elle continue ses ravages. Cent mille décès à Canton en 1894. La même année, elle touche Hong-Kong où Yersin découvre le bacille qui porte son nom. En 1896, Roux et Yersin montrent que ce bacille est identique à celui isolé des rats pesteux; enfin, en 1898, Simond montre que la transmission de la maladie se fait par la puce du rat. En quelques années, toutes les données principales sont réunies, nous n'y ajouterons plus tard que la connaissance de la peste des rongeurs sauvages, dite peste selvatique. La lutte raisonnée contre la peste commence: destruction des rats, isolement des individus en contact avec les malades, quarantaine, utilisation de sérums curatifs et de vaccins préventifs.

La peste peut être éliminée

En ces dernières années, d'immenses progrès sont accomplis. La découverte d'insecticides puissants tels que le DDT, de médicaments très actifs tels que les sulfamides et la streptomycine donnent les plus grands espoirs de vaincre le fléau. L'Organisation Mondiale de

la Santé vient de réunir un Comité d'experts. Au cours de la première session, qui s'est tenue au Palais des Nations à Genève, récemment, ce comité s'est attaché à coordonner les données actuelles, à codifier les mesures de traitement, à préciser les méthodes d'éradication des foyers pesteux. Une équipe de spécialistes sera envoyée tout d'abord en Inde, où le danger est le plus pressant. Les experts de l'OMS ont recommandé que des travaux analogues soient entrepris dans l'une des grandes îles infectées, qui se trouvent au large de l'Afrique (Açores ou Madagascar) et au Maroc, dans le Congo Belge et en Chine.

Les techniques nouvelles, combinant l'emploi du DDT, du « 1080 » (fluoracétate de sodium) et de la streptomycine par les experts de l'OMS prouveront que la science moderne est désormais à même d'éliminer un fléau qui pendant des siècles a terrifié l'humanité. La lutte pour la victoire est en bonne voie.

La méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine intraventriculaire.

La méningite tuberculeuse relève d'un traitement à la streptomycine introduite dans les muscles ou dans les voies de circulation du liquide céphalo-rachidien. C'est généralement par ponction lombaire que l'on introduit la streptomycine dans l'espace sous-arachnoïdien, mais il semble que l'injection de cet antibiotique directement dans les ventricules offrirait des avantages appréciables. Elle permet d'abord de se renseigner sur l'état du liquide ventriculaire: tension, aspect et conditions biologiques. Elle éviterait des incidents, complications susceptibles de succéder à l'injection intra-thécale. Par-dessus tout, cette méthode de traitement serait très facile de réalisation, beaucoup plus favorablement acceptée par les malades et plus efficace. Elle nécessite d'abord deux petites ouvertures de trépanation crânienne afin de permettre la pénétration d'un trocart à ponction lombaire dans les cornes frontales. Les injections intraventriculaires répétées ne sont pas douloureuses et ne comporteraient aucune complication. (Nayrac et coll. *La Semaine des Hôpitaux,* **25**: 334, (30 octobre) 1949.

La lobotomie transorbitaire.

La leucotomie frontale est une méthode thérapeutique de plus en plus appliquée en psychiatrie et dans le traitement de certains complexes douloureux. Primitivement et encore maintenant dans la plupart des cliniques, on l'effectue selon une technique neuro-chirurgicale. Dans le but de la rendre plus accessible, plus réalisable sur un plus grand nombre de sujets des hôpitaux psychiatriques, et par les psychiatres eux-mêmes sans aucune mise en train chirurgicale, Fiamberti conçut la lobotomie transorbitaire. Le sujet est soumis à un électro-choc qui le rend insconscient, puis on introduit un trocart à ponction lombaire ou un instrument équivalent par le cul de sac conjonctival supérieur pour atteindre et lui faire traverser la voûte orbitaire, le faire pénétrer dans le lobe frontal et y sectionner certains faisceaux de fibres nerveuses d'association, en lui imprimant un mouvement transversal dans les deux sens. Cela serait bien supporté, ne comporterait pas de danger et serait de nature à apporter des résultats très favorables chez un nombre imposant de mentaux ayant résisté aux autres modes thérapeutiques. (Freeman: *Am. J. Psy.*, **105**: 734, avril 1949.)

Le syndrome de Ménière: syndrome de carence vitaminique.

D'après l'étude de 87 malades, on serait porté à croire que certains syndromes de Ménière avec vertige à type rotatoire, sont dus à une carence en acide nicotinique; que cer-

tains autres à vertige de position, sont à carence en riboflavine. Enfin, un autre groupe de malades présentant les deux types combinés de vertige serait l'objet d'une carence mixte en acide nicotinique et en riboflavine. Le traitement s'impose dans l'une ou l'autre catégorie de malades. Par ailleurs, certains troubles associés: asthénie, irritabilité, palpitations, relèveraient de la vitamine B_1. (Atkinson: *Arch. Otolaryngology,* **49**: 151, fév. 1949.)

Le cortisone d'origine végétale.

Le cortisone (17-hydroxy-dehydro-corticosterone) primitivement extrait de la surrénale par Kendall (1935), est devenu depuis quelques mois la grande vedette des Journaux médicaux et même de grande information. Il offre de grands espoirs aux nombreux malades souffrant d'affections articulaires chroniques, douloureuses et déformantes, qu'on range dans la vaste catégorie du rhumatisme chronique. En 1946, on put synthétiser le cortisone à partir d'un acide biliaire, l'acide désoxycholique. Mais on découvrit bientôt que certaines plantes comme le *strophantus sarmentosus* qui croît abondamment au Liberia et encore mieux la *botogénine* que l'on trouve généreusement en Amérique Centrale contiennent le cortisone. L'accessibilité inépuisable de ces sources végétales facilite grandement l'extraction de cette substance malgré les quantités formidables de matière originelle qu'elle exige. (*The Can. Med. Ass. Journ.*, **61**: 625, déc. 1949. *Méd. et Hyg.*, **7**: 371, 15 nov. 1949.)

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

L'électro-encéphalographie se montre éminemment utile en neurologie et en psychiatrie. C'est peut-être en épilepsie qu'elle rend les plus grands services. Et c'est quand elle permet d'identifier exactement la nature de certaines manifestations, d'apparence psychotique ou psycho-neurotique, qu'elle est des plus précieuses. L'épilepsie peut se révéler par de multiples formes et, entre autres, par des modalités larvées ou psycho-motrices plus ou moins fugaces et paroxystiques. Ce peut être des épisodes qui ont pu faire soupçonner de la schizophrénie, des accès de somnambulisme, des accidents de type hystérique, des phénomènes psychiques à allure d'obsessions impulsives et, très souvent chez les enfants, des troubles caractériels avec crises de colère, certaines tendances récriminatrices et même revendicatrices, de l'énurésie, des terreurs nocturnes.

L'électro-encéphalographie anormale montrant une dysrythmie cérébrale incontestable découvrira la nature des syndromes ou confirmera ce que la clinique suspectait. (Jean Delay: *La Presse Médicale,* **57**: 1037, 5 nov. 1949.)

Méningite pneumococcique guérie par la pénicilline.

Sur 12 cas de cette méningite, l'emploi de la pénicilline intramusculaire et intrathécale associée à la sulfadiazine amena la guérison de 92 malades, soit un pourcentage de 73%. Les doses de pénicilline varièrent d'un sujet à un autre. L'injection intrathécale fut utilisée généralement; cependant, deux malades qui ne reçurent la pénicilline que par voie intramusculaire guérirent. Ce fait mérite attention et recherche ultérieure. (E. Appelbaum et coll.: *Am. Jr. M. Sc.*, **218**: 260, sept. 1949.)

Roma AMYOT.

"L'Union Médicale du Canada" en 1881

Statistique.

Janvier 1881.

L'hygiène publique, comme la médecine elle-même, n'a pas de plus solide fondement que la statistique. C'est grâce à la statistique que toutes les grandes questions vitales peuvent être élaborées et le pays, qui n'en a pas une sérieuse et fidèle à sa disposition, ne fait que tâtonner dans les mesures sanitaires qu'il soulève et discute; la vitalité alors n'est qu'un bienfait de la fortune et non le résultat heureux et satisfaisant d'une œuvre raisonnée.

Nous devons donc saluer avec plaisir la nouvelle de l'établissement prochain d'un département central de statistique pour toute la confédération. Un homme compétent est allé chez nos voisins étudier le système de statistique qu'ils emploient afin qu'il serve de modèle à celui qui sera mis en pratique parmi nous. L'intervention du gouvernement était nécessaire pour mettre à exécution un si grand projet et l'indifférence désespérante de nos municipalités ne nous aurait jamais conduit bien loin sous ce rapport.

Quel sera le plan adopté, nous l'ignorons; mais nous espérons que toute la sagesse et le travail lui seront donnés, pour ne pas faire de cette grande tentative un ridicule avortement.

La statistique est immense, disons-nous, dans ses opérations et il est peu de questions d'économie politique et sociale auxquelles elle ne soit pas intimement liée; c'est elle qui peut résoudre les problèmes les plus élevés, les grandes questions de population (naissance, mariage, décès), de subsistances (rapport du confort de la population, de sa santé avec la prospérité publique), de pathogénie et d'étiologie des maladies épidémiques, du régime de vie de tous les grands établissements, des différents systèmes de prison, etc...

Toutes ces questions touchent à la vie des sociétés; et quand elles sont sous un contrôle scientifique les sociétés en font leur profit. Contrôle scientifique, voilà le caractère qu'il faudra donner à ces études si importantes! Que le médecin de chaque paroisse fasse un rapport à un médecin de chaque comté, ou qu'un médecin de comté fasse seul le travail sérieusement, qu'il observe et commente, que la compétence, pour exprimer mieux notre pensée, soit mise à cette œuvre et qu'on n'aille pas répéter la comédie de nos villes, où la santé publique est confiée au fanatisme national et au favoritisme bien plus qu'au savoir intelligent.

Les ramifications du département de la statistique devront s'étendre partout comme des artères de vie aussi indispensables aux extrémités du corps qu'à son centre.

L'initiative du gouvernement est une garantie de succès, il faut des lois sanitaires aussi efficaces que les lois nécessitées par nos tribunaux civils. Le grand mouvement hygiénique qui se fait partout devait faire sentir son contrecoup jusqu'ici et notre constitution politique, basée sur celle de l'Angleterre, ne pouvait l'empêcher de lui emprunter aussi sa constitution sanitaire. Les paroles du nestor de l'hygiène à Londres, le docteur Wilson, s'appliquent au Canada comme à l'Angleterre:

« Lorsque l'homme aura été forcé de reconnaître que c'est par ses propres mains, grâce à l'"oubli de quelques règles évidentes, que les germes des maladies sont semés avec la plus grandes prodigalité dans son corps; lorsqu'il aura demandé à la science médicale de s'occuper de prévenir les maladies plutôt que de les guérir; lorsque les gouvernements auront été amenés à considérer la conservation de la santé d'une nation comme un objet aussi important que le développement de son commerce ou le maintien de ses conquêtes; nous pourrons alors espérer voir approcher cette époque où après des jours passés presque sans maladies, une existence tranquille se terminera par une paisible euthanasie. »

Nous reviendrons sur cette question importante.

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.

MEDECINE

Henry J. JOHN. — **Diabète juvénile.** *(Diabetis mellitus in children.)* "Journal of Pediatrics", **35**: 723 (déc.) 1949.

L'auteur analyse 500 cas de diabète juvénile dans une série de 6 000 cas de diabète, observés pendant une période de vingt-sept ans.

La fréquence du diabète chez les patients de moins de vingt ans est de 8,3%. La distribution quant au sexe est égale.

L'hérédité et l'infection sont les deux facteurs prédisposants du diabète juvénile. Chez l'adulte, l'obésité, les maladies dégénératives et les troubles endrocriniens passent au premier plan. Dans cette série, l'auteur releva une histoire familiale de diabète dans 31,5% des cas et une histoire d'infection aiguë, dans les mois qui précédèrent le début des symptômes cliniques du diabète, dans 32,8% des cas.

Sur ces 500 cas, 364 ont pu être suivis. De ceux-ci, 303 sont encore vivants et 61 sont morts. Les causes de la mortalité sont les suivantes: coma diabétique 50%, glomérulosclérose intercapillaire 20%, infections, opérations, accidents et autres... 30%. L'auteur apporte peu de précision en ce qui concerne la morbidité chez les survivants.

L'optimisme, concernant le sort futur des enfants diabétiques, affiché par la plupart des diabétologues immédiatement après la découverte de l'insuline, s'est aujourd'hui considérablement modifié si l'on considère la très grande fréquence des lésions artériosclérotiques prématurées de la rétine et du glomérule, conduisant ces jeunes diabétiques à la cécité et à la glomérulosclérose intercapillaire.

Jean PRUD'HOMME.

T. J. KINSELLA, E. S. MARIETTE, P. M. MATILL, E. P. K. FENGER, V. K. FUNK, L. M. LARSON, S. S. COHEN et F. C. NEMEC. — **La thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Une analyse des résultats 5 à 26 ans après l'opération.** *(Thoracoplasty in the treatment of pulmonary tuberculosis. An analysis of results five to twenty-six years after operation.)* "The American Review of Tuberculosis", **59**: 113 (février) 1949.

Au Glen Lake Sanatorium, les auteurs ont pu observer de près les résultats éloignés chez 613 thoracoplastisés de 1922 à 1943.

Or, 66,88 pour 100 des opérés sont vivants plus de 5 ans après l'intervention. 33,12 pour 100 sont morts dont 27,57 pour 100 à l'évolution de leur tuberculose. Dans les 2 premières semaines après l'intervention 3,59 pour cent sont morts tandis que 5,55 pour cent sont décédés durant les 8 semaines après l'opération. Entre 1931 et 1943 il est intéressant de noter que déjà la mortalité était à la baisse. Enfin, depuis la découverte des antibiotiques, il est certain que le taux de la mortalité doit être très abaissée puisque ces corps possèdent une action incontestable contre les complications après ces sortes d'interventions.

Paul-René ARCHAMBAULT.

E. WEST et E. H. REISNER, Jr. — **Traitement de l'anémie pernicieuse par la vitamine B_{12}.** *(Pernicious Anemia Treatment by the B_{12} Vitamin.)* "American Journal of Medicine", **6**: 643 (mai) 1949.

Les auteurs ont étudié la vitamine B_{12} comme facteur hépatique de maturation des éry-

throcytes, chez 11 cas d'anémie pernicieuse dont 5 avec sclérose combinée médullaire. La dose active est d'environ 1 microgramme par jour. L'action thérapeutique est remarquablement rapide puisque, chez les 11 malades, les A. ont obtenu une guérison hématologique en peu de jours avec une amélioration du syndrome neurologique, contrairement à l'acide folique, la thyamine, le foie de veau qui, s'ils améliorent l'anémie, n'ont aucune action sur les lésions médullaires.

Paul-René ARCHAMBAULT.

Paul I. MAHONEY. — **Les corps étrangers non-opaques; cause d'hémoptysie et de suppuration pulmonaire fréquente chez les enfants.** *(Lung pathology and hemoptysis in children; effect of non-opaque foreign bodies.)* "Post-Graduate Medicine Journal", **5**: 288 (avril) 1949.

Un grand nombre d'affections peuvent être cause d'hémoptysie chez l'enfant; mais le plus souvent elle serait le résultat d'une bronchiectasie ou d'un abcès pulmonaire ayant pour cause la présence d'un corps étranger dans les bronches. L'auteur souligne dans ces cas l'importance d'une histoire de cas méticuleuse, obtenue directement des parents. Une bronchoscopie exploratrice s'impose dans tous les cas de pathologie pulmonaire ou l'on soupçonne la présence d'un corps étranger. Le diagnostic précoce et l'extraction du corps étranger soit par le bronchoscopiste, soit par le chirurgien du thorax est le seul traitement capable d'amener une rapide convalescence.

Malheureusement les parents consultent le médecin de famille seulement quand l'enfant a « vomi » une quantité importante de sang (hémoptysie). Si alors le médecin de famille prend le temps de questionner scrupuleusement les parents, il pensera sans doute à la présence possible d'un corps étranger bronchique, une fois son examen physique général complété. Le bronchoscopiste posera par la suite un diagnostic précis par l'examen endoscopique, avec le secours d'examens de laboratoire appropriés, d'une radiographie pulmonaire de face et de profil et des renseignements fournis par l'étude des sécrétions prélevées lors de l'examen bronchoscopique. Le bronchoscopiste aura recours à la bronchographie si nécessaire et au besoin, à nombre d'autres mesures bien connues.

Le symptôme le plus important dans ces cas, est la présence d'une « toux chronique et exsudative ».

L'auteur rapporte des cas de toux chronique exsudative pour une période de deux ans, attribuable à la présence d'un corps étranger dans l'arbre trachéo-bronchique. Il est bon de rappeler que dans quelques-uns des cas rapportés le corps étranger en cause était de très minimes dimensions.

Richard A. CHARLAND.

PHTISIOLOGIE

J. REINBECK. — **La vaccination sous-cutanée et cutanée par le B.C.G.** "Semaine des Hôpitaux de Paris", **25**: 771 (6 mars) 1949.

De 1926 à 1948, l'auteur a vacciné par le B.C.G. des centaines de sujets. Il est intéressant de noter ses conclusions: le B.C.G. diminue et abaisse la mortalité, à tel point qu'aujourd'hui la vaccination par le B.C.G. est sûrement le meilleur agent pour combattre la tuberculose. Son travail sert à démontrer la véracité de ses avances.

Il s'est adressé à deux groupes: le premier groupe (parmi les 501 infirmières vaccinées, représentant un total de 4958 années d'observation, 49 soit 9,9 pour cent sont devenues tuberculeuses dont 5, soit 1 pour cent, sont mortes) s'occupe d'étudiantes infirmières âgées de 20 ans environ, qui, de par leur condition de vie, sont exposées à la tuberculose. A côté de ces infirmières, il se trouve 668 autres infirmières, elles non vaccinées, représentant un total de 7449 années d'observation. Sur ces 668 personnes, il y en a 384 qui ont un Pirquet positif et 39 sont devenues tuberculeuses, tandis qu'une seule est morte de cette maladie. Par ailleurs, les 284 autres infirmières (représentant 2563 années d'observation) avec

un Pirquet négatif; de ce nombre, 106 (41,4%) sont devenues tuberculeuses et 12 en moururent (4,2%).

La deuxième s'adresse à une partie de la population de la ville d'Oslo en Norvège. Il s'agit d'un groupe tout à fait différent du premier au point de vue âge et genre de vie. Tout le monde sait que la tuberculose n'atteint pas plus de 2 à 3 pour cent de la population chaque année. Or 842 personnes de cette ville furent vaccinées; 9 (1,6 pour cent) ont été atteintes de T.B. et aucune ne mourut. Parmi les 2836 autres citoyens ayant un Pirquet négatif, 190 (8,8 sont devenus tuberculeux et 13 (0,6 pour cent) en moururent. Les 2421 personnes ayant un Pirquet positif sont devenues T.B. et 6 (0,3 pour cent) sont mortes.

Il ressort de cette intéressante étude le fait suivant: l'immunité acquise par une infection primitive est toutefois supérieure à la vaccination même si, d'après les faits rapportés plus tard, il est démontré une fois de plus l'efficacité du B.C.G. au point de vue morbidité et mortalité.

Paul-René ARCHAMBAULT.

PEDIATRIE

Paul et André BERTOYE (de Lyon). — **Sur un cas de stéatorrhée infantile, accompagnée de troubles respiratoires graves. Guérison par un régime pauvre en graisses et par l'emploi de ferments pancréatiques.** "Pédiatrie", **3**: 668 (nov.-déc.) 1948.

Cette observation, présentée à la réunion lyonnaise de pédiatrie du 20 juin 1948, est celle d'un garçon de près de 3 ans, que les auteurs ont eu l'occasion de traiter à partir de l'âge d'un an. A ce moment, l'enfant est dans un état de dénutrition, a des selles dont « l'aspect blanchâtre et graisseux » attire l'attention. L'interrogatoire révèle que, si les troubles digestifs ont débuté 15 jours après la naissance à la suite de sevrage, les selles n'ont ce caractère particulier que depuis l'âge de 5 mois. Ajoutons, fait important à souligner, qu'à 7 mois des accidents respiratoires graves avec cyanose ont compliqué les troubles digestifs.

Les auteurs, au courant des travaux récents sur les syndromes cœliaques, font analyser les selles. L'examen coprologique montre des quantités considérables de lipides dans les matières.

Dans ces conditions, l'on conclut à une forme particulière de syndrome cœliaque, désignée sous le nom de « stéatorrhée infantile ». On donne un régime pauvre en graisses, comprenant de la viande, du blanc d'œuf, du lait en très petite quantité, des légumes et des fruits; on fait prendre, en plus, chaque jour un gramme d'extrait pancréatique et 1.000 unités de vitamine A.

Sous l'influence du traitement, les selles perdent leur caractère pathologique, l'enfant engraisse de façon régulière. La guérison se maintient, si bien que par la suite la croissance devient tout à fait normale.

Il y a donc intérêt, « pour une classification rationnelle des troubles intestinaux prolongés du nourrisson et de leur traitement efficace », d'isoler la stéatorrhée infantile et de la classer, comme l'a proposé Andersen, parmi les syndromes cœliaques, à la suite de la maladie cœliaque proprement dite, de l'intolérance congénitale aux amidons et de la fibrose kystique du pancréas.

Paul LETONDAL.

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

L. SIMPSON. — **Mastoïdectomie radicale modifiée. Indications et technique. Mastoïdectomie type Bondy.** *(Modified radical mastoidectomy. Bondy mastoidectomy.)* "Archives of Otolaryngology", **44**: 157 (août) 1946.

Le développement des cellules mastoïdiennes de l'os temporal débute très tôt après la naissance, d'ordinaire dans les premiers douze mois; ce développement est pratiquement complété à l'âge de quatre ou cinq ans, mais un certain degré d'accroissement se poursuit pendant toute la vie. Les cellules mastoïdiennes seront plus ou moins développées suivant la virulence de l'infection à laquelle la muqueuse sera soumise, mais surtout suivant l'âge auquel l'infection débutera. Une mu-

queuse qui a été infectée demeure hyperplasique, beaucoup plus épaisse qu'une muqueuses normale, et est formée de cellules cubiques en plusieurs couches; et ici et là l'on rencontre des îlots de cellules épithéliales ciliées. Une muqueuse hyperplasique est plus vulnérable à l'infection, voilà pourquoi la plupart des cas où il nous faut procéder à une mastoïdectomie radicale modifiée ont une mastoïde où le développement cellulaire est très pauvre. Cette opération a pour but l'éradication complète des tissus pathologiques, tout en conservant la membrane du tympan et, si possible, la chaîne des osselets. Parfois l'on peut préserver l'annulus tympanicus; dans certains cas il faut enlever l'enclume ou encore la tête du marteau ou même les deux.

Cette opération est indiquée:

I — Dans l'otite moyenne chronique suppurée si l'on peut enlever de cette façon tout le tissu pathologique.

II — Pour ce qui a trait à l'acuité auditive: a) Oui, si l'audition est bonne. b) Lorsque les deux oreilles sont affectées, cette opération est indiquée même si l'audition est mauvaise. c) Mais si l'audition est très pauvre ou nulle il vaut mieux être radical et faire une mastoïdectomie radicale. d) L'acuité auditive après cette opération est aussi bonne qu'auparavant et parfois meilleure.

III — Dans la mastoïdite chronique, mais seulement après avoir considéré le degré d'audition présent.

IV — Une perforation centrale avec suppuration chronique répond bien d'ordinaire à cette intervention.

V — Dans tous les cas de perforation marginale ou de l'attique, avec ou sans cholestéatoma, mais seulement s'il y a un résidu auditif important. Lorsque l'on se trouve en présence d'un cholestéatoma, l'on en fait l'exérèse aussi complète que possible, tout en laissant en position la paroi interne, i. e. celle recouvrant les osselets, le canal semi-circulaire horizontal et la paroi interne de l'antre mastoïdien.

Technique:

1 — Incision rétro-auriculaire s'arrêtant au périoste. La partie supérieure de l'incision est menée relativement loin vers l'avant, afin de permettre ultérieurement une meilleure vue de l'attique.

II — La peau et les tissus superficiels au périoste sont disséqués vers l'avant jusqu'au conduit membraneux, i. e. jusqu'aux parois supérieure et inférieure de ce conduit, le respectant bien soigneusement.

III — Par la suite, une incision du périoste est pratiquée, horizontalement le long de la linea temporalis et une autre verticale au pourtour du conduit (légèrement postérieure par rapport au conduit membraneux). Alors le périoste est élevé et écarté en bas et en arrière. L'on écarte le muscle temporal vers le haut pour mieux voir la racine postérieure de l'apophyse zygomatique.

IV — L'on pratique alors une mastoïdectomie simple.

V — On fait l'ablation des parois supérieure et postérieure du conduit osseux jusqu'à l'annulus tympanicus pour une meilleure exposition de l'attique.

VI — Le conduit membraneux est divisé en deux lambeaux: l'un interne comme pour une fenestration du labyrinthe, tel que décrit par Shambaugh et Lempert; l'autre externe, que l'on suture au périoste, disséqué au début de l'opération. Au point de suture, la peau est superficielle au périoste. Donc la cavité osseuse est recouverte par les deux lambeaux cutanés et le périoste.

VII — L'on remplit avec de la gaze que l'on laisse en place pour une période de 6 à 10 jours. Ultérieurement l'on nettoie la cavité fréquemment, jusqu'à complète épithélisation.

Rares sont les cas ou l'ablation de l'enclume est nécessaire. Les lambeaux cutanés et du périoste permettent une guérison rapide de la plaie opératoire. Il ne faut pas oublier l'importance d'une guérison rapide si l'on veut obtenir une oreille tarie et saine et cela d'une façon permanente.

Richard A. CHARLAND.

George E. SHAMBAUGH, Jr., David DOLOWITZ et W. WILKERSON. — **Atrésie congénitale des choanes.** ***(Congenital choanal atresia.)***[1] "Annals of Oto-Rhinol. and Laryng.", **61**: 120 (mars) 1947; "Arch. of Oto-Laryng.", **49**: 587 (juin) 1949; Transactions of the "Am. Acad. of Opht. and Oto-Laryng.", **52**: 236, 1947-48.

L'atrésie des choanes est un état d'occlusion d'une ou des deux narines postérieures. Cette occlusion peut être membraneuse ou osseuse, ou ostéo-membraneuse, unilatérale ou bilatérale, complète ou incomplète. L'atrésie des choanes est une anomalie rare, rapportée pour la première fois par Otto en 1829. Boyd en 1945 fit une revue complète de la littérature et trouva 230 cas rapportés à date. L'atrésie se localise à l'union des palais dur et mou, et s'étend jusqu'à la base du sphénoïde. Suivant Wright 90% des atrésies seraient osseuses et 10% seraient membraneuses; Kazanjian est d'avis que la plupart des cas sont du type mixte. Bien que l'atrésie des choanes soit acceptée comme une condition d'origine congénitale dans la plupart des cas, l'on se trouve rarement en présence d'une prédisposition héréditaire et d'autres anomalies congénitales concomitantes. L'embryologie de cette condition est peu définie et, quoique plusieurs hypothèses aient été émises, elles sont toutes très difficiles à prouver ou à réfuter. La persistance de la membrane naso-buccale est la théorie la plus en vogue actuellement. Un argument contre cette théorie, est le fait que la membrane naso-buccale s'étend du sphénoïde au bourgeon prémaxillaire; l'atrésie devrait donc s'étendre au canal incisif, ce qui n'est pas le cas. L'épaisseur de l'atrésie varie d'une membrane à 12 mm. et elle est située un peu en avant du bord postérieur du vomer. Chez l'adulte elle est le plus souvent unilatérale et osseuse, chez l'enfant elle est d'ordinaire bilatérale. La muqueuse nasale et les cornets souvent après quelques années deviennent atrophiés ou subissent une dégénérescence polypoïde.

Les principaux symptômes consistent en une rhinorrhée gluante, mucoïde, profuse et constante. Impossibilité de se moucher du côté atteint. Parfois l'on rencontre d'autres anomalies congénitales concomitantes, par exemple l'absence du sinus sphénoïdal de ce côté. Un certain degré d'anosmie est présent d'ordinaire. L'occlusion bilatérale chez le nourrisson consiste en une difficulté à prendre le boire; il est parfois nécessaire de nourrir l'enfant au moyen d'une cuiller ou d'un tube de Levine. Lorsque l'occlusion est partielle, souvent elle n'est pas reconnue. Blair est d'avis que le diagnostic clinique est possible, c'est-à-dire par le questionnaire; il insiste sur la difficulté de respirer par le nez et de prendre le boire, l'impossibilité de se débarrasser (de moucher) de cette rhinorrhée muco-purulente profuse et continuelle et le timbre nasal de la voix.

Le diagnostic est possible par la rhinoscopie postérieure, qui révèle l'obstruction. Un stylet introduit dans la fosse nasale n'atteint pas le rhino-pharynx surtout si l'atrésie est osseuse. Le lipiodol introduit dans la fosse nasale n'atteint pas le naso-pharynx; l'examen au naso-pharyngoscope à travers la bouche et la palpation du naso-pharynx peuvent aider au diagnostic.

L'atrésie congénitale doit être différenciée des autres lésions qui peuvent obstruer les choanes: soit une membrane acquise dans la syphilis, la diphtérie, les infections streptococciques, soit une tumeur nasale ou du naso-pharynx, polypes ou autres tumeurs dont le diagnostic est facile.

Pour énumérer quelques principes d'anatomie chirurgicale de cette région: le plancher des fosses nasales est plus large que le toit et est incliné d'avant en arrière et de haut en bas. Les fosses nasales sont plus étroites au tiers moyen qu'au tiers antérieur ou postérieur. Les choanes sont bordées, en haut par le corps du sphénoïde et les ailerons du vomer, en bas par la jonction du palais dur et du palais mou, latéralement par la face interne de la lame interne de l'apophyse ptérygoïde et la lame perpendiculaire du palatin, du côté median par la crête nasale du palatin et du vomer.

Le traitement de cette condition est essentiellement chirurgical. Les anciennes métho-

1. Analyse de trois articles.

des au moyen de trocart courbe, électro-cautérisation, cautérisation chimique, exérèse au moyen de marteau et gouge et curettages variés produisent toujours la formation de tissus cicatriciels et la fermeture éventuelle de l'ouverture, nécessitant des opérations à répétition. Pour prévenir la fermeture, d'autres ont essayé l'électrocoagulation, les greffes cutanées et des corps étrangers, mais avec de piètres résultats. Kazanjian fit une résection sous-muqueuse dans ces cas, faisant l'ablation du vomer et de l'atrésie, mais pour une meilleure vue, écartait latéralement la cloison cartilagineuse et la columelle, après l'avoir incisée.

Les trois méthodes modernes, dont je vais faire une succincte description sont:

1) La voie trans-antrale telle que décrite par Georges E. Shambaugh Jr. de Chicago.

II) La voie trans-palatine, décrite par Dolowitz.

III) L'emploi d'une drille électrique à travers la fosse nasale, méthode dont Wilkerson a fait une intéressante description.

Shambaugh recommande une incision de Caldwell-Luc, puis l'on fait une grande ouverture dans la paroi antérieure du sinus. L'on pratique alors une seconde ouverture dans la paroi latérale de la fosse nasale, dans le méat inférieur pour avoir accès à l'atrésie et au septum. Il fait alors l'exérèse d'une large portion du septum postérieur, ainsi que de l'atrésie. Un gros tube de caoutchouc est introduit dans le naso-pharynx à travers la narine et l'orifice dans le septum; on l'enlève au bout de 48 heures. Le résultat serait heureux. L'avantage de cette voie, serait un plus grand champ opératoire et un contrôle de l'hémorrhagie toujours possible, par la ligature de la maxillaire interne à travers la paroi postérieure du sinus maxillaire.

Wilkerson emploie une drille électrique à long manche, qu'il guide à travers la fosse nasale. Trois types différents d'embout peuvent être ajustés à la drille électrique. Avec la drille il faut être très prudent afin de ne pas léser les cornets, les limites de la choane, le pharynx, le sinus sphénoïdal et l'artère sphéno-palatine dans son trajet le long de la face inférieure du corps du sphénoïde. L'on pratique une ouverture dans l'occlusion, aussi grande que possible, tout en respectant les structures que je viens d'énumérer.

Dolowitz fait une incision au niveau du palais dur, parallèle à la ligne médiane et à un centimètre latéralement par rapport à celle-ci. L'incision est du côté de l'atrésie et s'étend vers l'avant sur une longueur de deux centimètres en partant de la jonction du palais dur et du palais mou. La muqueuse, le tissu musculaire et le périoste sont élevés. Un quadrilatère osseux est enlevé à l'aide d'une gouge et l'on fait l'exérèse de l'atrésie osseuse au moyen d'un forceps à l'emporte-pièce, suivant une technique sous-muqueuse de bas en haut. La muqueuse recouvrant l'atrésie osseuse, quoiqu'intacte devient flasque une fois l'os enlevé. Cette muqueuse alors a la forme d'une pyramide dont la base recouvre le trou pratiqué dans le palais dur. L'on fait une incision verticale à travers ces deux parois de la pyramide en passant par la fosse nasale. L'on obtient quatre lambeaux deux antérieurs et deux postérieurs que l'on étend, les postérieurs vers l'avant et les antérieurs vers l'arrière de façon à obtenir un recouvrement ininterrompu du pourtour du nouvel orifice par la muqueuse nasale normale ciliée. L'on place un bout de cathéter no 20, enrobé de gaze, dans le nouvel orifice et l'on remplit de gaze vaselinée la fosse nasale mais sans pression. L'on fait une contre-incision parallèle à la ligne médiane, un peu en dedans de l'artère palatine dans le but de diminuer la tension pour la fermeture de la première incision. Cette méthode serait supérieure aux autres car elle pourvoit à la formation d'un orifice de dimension moyenne qui est tapissé sans interruption par une muqueuse à épithélium cilié fonctionnant normalement. Ce n'est pas tant la grandeur de l'ouverture qui compte mais le fait d'avoir un recouvrement de muqueuse fonctionnant normalement au point de vue physiologique au lieu de tissu cicatriciel tendant à fermer le nouvel orifice.

Richard A. CHARLAND.

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

Séance du 22 novembre 1949.

Tenue à l'hôpital Notre-Dame.

Traitement médical du goitre.

M. C.-E. GRIGNON

M. Grignon rappelle ce qu'est un goitre, toute hypertrophie non néoplasique et non inflammatoire de la glande thyroïde. Il résume brièvement la physiologie de la vésicule thyroïdienne. Dans les goitres toxiques parenchymateux dus à une déficience d'iode au niveau de la glande thyroïde, l'iode peut améliorer au début. L'hormone thyroïdienne pourra être employée dans les goitres nodulaires non toxiques.

Dans les goitres nodulaires toxiques à métabolismes élevés, le traitement chirurgical est recommandable avec préparation préopératoire, à l'aide du propylthyouracil et du lugol. Dans les goitres parenchymateux toxiques, le propylthymacil, à la dose de 50 à 100 mgr, deux fois par jour, pourra être associé au lugol — 5 à 10 gouttes trois fois par jour. Il faudra surveiller le malade à l'aide d'une cytologie toutes les trois semaines.

Discussion.

MM. LATRAVERSE, LEBLOND, GRATTON, DUMAS.

Il ressort de la discussion que l'hormone thyroïdienne admise de tout le monde est la thyroxine isolée par M. le Professeur Leblond. Les gouttes vasoconstrictives devraient être proscrites dans les cas d'hyperplasie des tissus pharyngés.

Traitement chirurgical du goitre.

M. Réal DORÉ

Monsieur Doré nous donne une leçon magistrale sur l'anatomie du cou et les possibilités diagnostiques, lorsque l'on se trouve en présence d'une tuméfaction siégeant à cet endroit. Il mentionne la possibilité d'un kyste branchial, d'un anévrysme veineux, d'une adénite, d'un lymphosarcome, d'un Hodgkin, d'une parotidite, d'un moluscum pendulum, d'une thyroïdite chronique.

Le traitement pré-opératoire comprend le repos, les sédatifs, une diète hypercarbonée, l'iode, le propylthyouracyl. M. Doré déconseille la digitalisation comme indication préopératoire dans les cas de goitre associés à une cardiopathie non compensée, sous prétexte de phénomènes emboliques déjà survenus chez deux de ces malades.

Discussion.

MM. GRIGNON, DAVID et MARION.

Il ressort de la discussion que la digitale reste le médicament de choix pour préparer les goitreux cardiaques non compensés à une thyroïdectomie, ceci jusqu'à preuve du contraire.

Traitement radiothérapique du goitre.

M. Origène DUFRESNE

M. Dufresne, après un bref rappel historique de la question, mentionne les bons ré-

sultats obtenus avec la radiothérapie. Sur 98 cas traités, 67% de guérisons, 20% améliorés et 12% d'échec.

La radiothérapie trouve sa grande indication dans les échecs opératoires. L'iode radioactif est une arme précieuse contre le goitre.

L'isotope 131 est le plus communément employé avec des résultats surprenants à la dose de 200 micro-curies par gramme de tissu. Le traitement est plus long, mais moins coûteux pour le malade. L'iode radioactif semble être la thérapeutique de l'avenir.

Discussion.

M. Leblond.

Il déplore vivement le fait que les hôpitaux canadiens soient encore dans l'impossibilité de traiter leurs goitreux avec l'iode radioactif venant du Canada.

Secrétaire des séances,
Pierre Marion.

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 27 octobre 1949.

Présidence de M. Georges Hébert.

Séminome ou dysgerminome de l'ovaire avec métastases tardives intra-thoraciques.

MM. J. PRÉVOST et R. CHÉNIER

Patiente âgée de 10 ans, hospitalisée du 11 mai au 26 juin 1943. A son entrée, la patiente raconte que depuis un mois elle s'est rendue compte que son abdomen augmentait de volume avec quelques douleurs à l'hypocondre gauche. Le 26 avril, elle fit une chute en patinant, chute qui fut suivie de nausées, d'étourdissements sans perte de connaissance. Puis une asthénie marquée depuis, et l'abdomen augmente plus rapidement de volume sans signe d'hémorragie interne. Elle accuse également une sensation de pesanteur à la région lombo-sacrée. Dans ses antécédents héréditaires on note qu'un frère est mort à l'âge de 8 ans, probablement de tumeur cérébrale.

L'examen objectif de l'abdomen révèle une paroi gonflée et distendue sous laquelle on peut palper, dans l'hypocondre gauche, une masse dure, ovalaire, grosse comme une tête d'enfant et descendant dans le flanc gauche jusqu'au niveau de l'ombilic. Cette masse donne le signe du glaçon. L'abdomen contient environ trois à quatre litres de liquide ascitique hémorragique; absence de B.K., inoculation au cobaye négative, pas de cellules néoplasiques. Quatre traitements de radiothérapie sont suivis d'une diminution considérable de cette masse.

Laparotomie exploratrice: on trouve une tumeur de l'ovaire droit, de la grosseur d'une orange et une tumeur de l'ovaire gauche, du volume d'un pamplemousse. Dans le ligament large, on trouve un cordon du volume d'une cigarette qui, apparemment, remplace l'utérus. Ovariectomie bilatérale. L'examen histologique des pièces opératoires révèle l'existence d'un séminome de l'ovaire semblable à ceux du testicule.

Seconde hospitalisation cinq ans plus tard en avril 1948, pour une tumeur du cou située à gauche qui serait apparue il y a deux mois, sans aucune douleur et ayant augmenté graduellement de volume. La patiente accuse un peu de difficulté à l'inspiration. Aspect floride de la malade. A l'examen local, on note une tumeur de la région sus-claviculaire, de la grosseur d'un œuf de poule, dure, non mobile, semblant plonger derrière la fourchette sternale. Des radiographies démontrent la présence d'une masse tumorale dans la région cervicale médiane antérieure et sus-claviculaire gauche, un léger décalage latéral droit de la trachée. Pas de condensation parenchymateuse ni d'image d'épanchement pleural. Une biopsie est pratiquée dont le rapport indique des métastases d'un séminome de l'ovaire.

Troisième hospitalisation en septembre 1949:

1. Pour douleurs rétro-sternales avec irradiation bilatérale et dans le dos sous forme de brûlements.

2. Dysphagie et sensation d'une masse médiastinale.

3. Toux sèche.

4. Température.

A l'examen objectif, on ne décèle aucun ganglion cervical ni axillaire. Les bruits du cœur sont normaux mais lointains. Le murmure vésiculaire est diminué aux deux bases. L'examen radiologique démontre la présence d'une énorme masse médiastinale, avec oblitération quasi totale de l'espace rétrocardiaque, de même qu'une oblitération complète de l'espace rétro-sternal. Comme à la suite de la deuxième hospitalisation, la rœntgenthérapie fut de nouveau reprise d'emblée et on assiste alors à une fonte rapide de cette masse métastatique. Radiologiquement on n'a décelé aucune métastase osseuse à la colonne cervicodorsale.

Depuis sa seconde hospitalisation, la patiente a donc reçu de la radiothérapie en différentes périodes, ce qui apparemment conserve l'état général floride de la malade dont le pronostic quo ad vitam demeure tout de même réservé.

Théories sur l'histogènèse du séminome de l'ovaire.

1. L'Ecole Française admet l'individualité de la tumeur et prétend qu'elle dériverait de la persistance des cordons médullaires, vestige de la première poussée germinative de l'ovaire.

2. Chevassu et ses partisans croient que le séminome dériverait des spermatoblastes qui sont des éléments propres au testicule mais que l'on peut rencontrer dans l'ovaire.

3. Ribbert et Ewing ayant noté la coïncidence du tératome et du choriome surtout dans le testicule, prétendent que les cellules primitives du séminome se rapprocheraient de l'ovule et seraient omnipotentes. L'Aschheim-Zondek positif dans environ 20% des cas de séminome de l'ovaire serait donc expliqué par un certain phénomène parthénogénétique.

4. Meyer et son école ont désigné sous le nom de dysgerminome cette tumeur de l'ovaire à cause de son manque de propriété fonctionnelle. D'après eux cette tumeur dériverait de cellules indifférenciées du mésenchyme primitif de la vie embryonnaire. C'est pourquoi il attire l'attention sur son incidence dans le jeune âge et son association relativement fréquente avec l'hermaphrodisme et le pseudo-hermaphrodisme. Contrairement aux autres tumeurs malignes de l'ovaire tel que l'arrhénoblastome et les néos de la granulosa, l'extirpation des dysgerminomes ne change rien à l'orientation sexuelle. D'après Meyer, son incidence plus marquée à l'ovaire droit qu'à l'ovaire gauche serait due à ce que l'ovaire droit se développe plus lentement et moins complètement que le gauche. Enfin la présence d'une tumeur identique dans le testicule ne répugne pas à sa théorie.

Discussion.

M. Jules Prévost fait un résumé succint de l'observation et fait voir la malade dont l'apparence générale est excellennte.

M. Paul Brodeur montre les clichés radiographiques, avant et après le traitement. Il fait les commentaires appropriés sur les images radiologiques.

M. Jean Grignon. La classification des séminomes varie avec les divers pays et les diverses écoles. Le mot dysgerminome est plus approprié que le terme séminome. Lorsque dans un cas, on a destruction du tissu ovarien ou testiculaire par la tumeur, on a l'effet d'une castration. Quand l'Aschheim Zondek est positif ce n'est pas dû à la tumeur elle-même.

M. Charles-E. Grignon. Celui qui a bien démontré ce qu'est le dysgerminome, c'est le professeur P. Masson, en 1911. La tumeur provient d'une cellule non différenciée qui existe dans l'ovaire et dans le testicule. On ne peut pas concevoir qu'un séminome puisse donner un Ascheim Zondek positif. Il est difficile d'admettre que le séminome soit bilatéral. Cette tumeur ne secrète pas de substance œstrogène ni chez l'homme ni chez la femme.

M. LÉON GÉRIN-LAJOIE. Le séminome de l'ovaire est une tumeur relativement rare. Nous avons eu l'avantage d'en observer trois cas dernièrement. Il est curieux que la littérature soit si divergente au sujet de ces tumeurs. L'on ne croit pas que l'on puisse attribuer l'Aschheim Zondek positif à la présence du séminome. Les trois cas observés récemment ont été diagnostiqués par l'examen histopathologique. Dans les trois cas, la tumeur avait été enlevée et après le rapport histo-pathologique, il a fallu réopérer les malades pour hystérectomie totale. Les trois malades ont reçu de la radiothérapie post-opératoire.

Le docteur L. Gérin-Lajoie demande au docteur J. Prévost si l'examen génital post-opératoire a révélé la présence du petit tube qui, chez la malade, a remplacé l'utérus.

M. JEAN-LOUIS LÉGER. Comme ces tumeurs sont très radio-sensibles on peut se demander s'il ne serait pas bon de faire de la radiothérapie préventive dans tous les cas.

M. PAUL BRODEUR fait un résumé du traite-traitement radiothérapique reçu par la malade du docteur Prévost.

En mai 1948, elle a reçu une première série de traitements aux rayons X à la région cervico-latérale gauche.

Du 10 au 31 janvier 1949, elle a reçu une 2ème série de traitements aux rayons X, à la région para-sternale.

Du 7 février au 4 mai, elle a reçu une 3ème série de traitements aux rayons X aux régions para-sternale et cervicale gauche.

Du 3 septembre au 12 octobre, elle a reçu une 4ème série de traitements aux rayons X, à la région para-sternale et au thorax.

Il y a eu forte diminution du volume de la tumeur, mais il restait encore une masse para-sternale.

M. JULES PRÉVOST demande au docteur S. Lauzé d'expliquer les lésions au point de vue anatomo-pathologique.

M. SIMON LAUZÉ. Le professeur P. Masson est une autorité au sujet du séminome de l'ovaire, et il a confirmé le diagnostic dans le cas présent.

Dans le mot séminome il y a un facteur d'erreur car il fait penser à la cellule germinale mâle. Chevassu a montré un cas de séminome chez le mâle. Quand on a trouvé des séminomes de l'ovaire on s'est demandé s'il s'agissait d'un hermaphrodite aux dépens de la partie mâle de l'ovaire. A l'heure actuelle, M. Masson croit qu'il s'agit d'une tumeur provenant d'une cellule embryonnaire de l'éminence génitale. Le séminome de l'ovaire et le séminome du testicule ne sont pas des entités tout à fait semblables. Le séminome de l'ovaire, s'il était permis à ses cellules de devenir adultes, donnerait naissance à des ovules. Le séminome du testicule, s'il était permis à ses cellules de devenir adultes, donnerait des spermatogonies.

M. PAUL BOURGEOIS demande si la radiothérapie est absolument nécessaire, s'il y a des cas qui peuvent guérir sans radiothérapie.

Il cite le cas d'un jeune homme opéré pour testicule tuberculeux. L'examen histo-pathologique a révélé qu'il s'agissait d'un séminome. Il avait été opéré 12 ans auparavant et n'avait pas reçu de traitement aux rayons X.

M. JEAN GRIGNON. Puisque dans ces cas il faut toujours faire une biopsie, pourquoi ne pas faire la castration à la même opération.

M. JEAN-LOUIS LÉGER croit qu'il vaut mieux faire la castration. Le traitement radiothérapique des organes génitaux stérilise le malade de toute façon. Il est préférable de traiter tous ces cas comme s'ils étaient au dernier stage et donner la radiothérapie à tous.

M. JULES PRÉVOST répond au *docteur L. Gérin-Lajoie* que l'examen génital post-opératoire n'a pas permis de reconnaître le petit tube qui a remplacé l'utérus. Il y avait une masse d'adhérences et l'on ne pouvait pas reconnaître de structure anatomique individuelle.

Il répond au *docteur J. L. Léger* que ce fut un tort de ne pas faire immédiatement la radiothérapie post-opératoire en 1943.

Fistule gastro-jéjuno-colique.

MM. Frs. ARCHAMBAULT et R. DUFRESNE

En quelques mots, nous désirons vous faire part de l'histoire clinique, radiologique et photographique d'une complication rare: « Fistule gastro-jéjuno-colique, chez un individu masculin âgé de 42 ans. »

Résumé de l'histoire clinique

En 1944, dans une autre institution, le malade a subi une gastro-entérostomie et une appendicectomie. Depuis 8 mois, subitement, le patient fait de la diarrhée. Cette diarrhée intarissable s'accompagne de troubles abdominaux post-prandiaux et d'amaigrissement.

Document radiologique de la fistule

Tube digestif complet (14/2/49)

« La traversée œsophagienne s'accomplit normalement.

L'estomac est de type hyperesthénique et contient une certaine quantité de liquide d'hypersécrétion. Il existe une anastomose gastro-jéjunale postérieure, siégant à la région déclive; le relief muqueux est notablement épaissi mais il y a conservation de la souplesse et intégrité des courbures. La bouche de gastro-entérostomie fonctionne immédiatement et la vidange gastrique, s'effectue par la seule voie de dérivation à régime plus ou moins continu. Nous n'avons observé aucun passage pyloroduodénal sous écran fluoroscopique. Les deux anses, afférente et efférente, s'injectent simultanément; sur l'anse anastomatique, en face de la stoma, versant afférent, existe une assez volumineuse image de niche sur laquelle convergent quelques plis muqueux. La région est douloureuse au palper sous écran.

Après 4¼ heures, on note un résidu baryté vraisemblablement dans le bulbe duodénal, rendu méconnaissable; la majorité du repas occupe le grêle, le cœco-ascendant et le segment angulo-colique gauche. Quelques anses des groupes moyens paraissent dilatées légèrement mais ne contiennent aucun gaz.

Après 24 heures, une très forte proportion du grêle reste encore abondamment injectée et des traces seulement de baryte dessinent le cœco-ascendant, le transverse gauche et le descendant. Le baryum prend un aspect dilué et la muqueuse de type jéjunal est retrouvée jusque dans les anses du groupe terminal. Encore cette fois, on ne note pas d'injection gazeuse du grêle et les anses ne sont que très modérément augmentées de volume.

Impression: Muqueuse gastrique hypertrophique. Ulcus peptique siégeant sur l'anse anastomotique de gastro-entérostomie. Exclusion pyloro-duodénale pratiquement complète. Bon fonctionnement de la néo-bouche. La traversée du grêle s'accomplit dans les délais normaux mais le baryum y séjourne beaucoup trop longtemps sans que nous puissions offrir d'explication satisfaisante. Il ne peut raisonnablement s'agir d'une obstruction sur le grêle étant donné un temps de transit sensiblement normal, étant donné également l'absence de signe radiologique d'occlusion ou même de sub-occlusion. La stase simple paraît également inadmissible pour des raisons semblables. Il reste la possibilité d'une fistule entéro-colique et l'établissement d'un cycle entéro-colique?

Nous suggérons l'étude des côlons par voie basse.

Dr J. Michon.

Tube digestif (5/5/49):

« Il existe une hypertrophie des plis de la muqueuse gastrique plus considérable que lors de l'examen fait le 14 février dernier. L'on observe maintenant des passages pyloro-duodénaux aussi bien que des passages par la bouche anastomotique qui fonctionne normalement. Il nous est impossible de démontrer la niche jéjunale signalée lors du précédent examen au niveau de l'anse afférente. Quelques clichés nous donnent cependant une image suspecte de niche au voisinage de l'anastomose

mais sur le versant gastrique. L'on démontre maintenant sans hésitation une fistule jéjuno-colique qui s'est effectuée aux dépens de l'anse anastomotique afférente. Il y a passage de baryum au niveau de la portion droite du transverse presque aussi rapidement que dans l'anse jéjunale efférente. Le transit du grêle n'est pas pour cela troublé. La portion du repas qui chemine au niveau du grêle atteint le cœcum environ après 2 heures.

A la 3ème heure, nous observons un reflux baryté au niveau de l'estomac.

A la 24ème heure, une partie du repas a rejoint l'ampoule rectale. Il persiste cependant une assez grande quantité de substance opaque au niveau de l'estomac, du grêle et du cœco-ascendant. Les anses iléales ont tendance à adopter une allure jéjunale.

Conclusion

Bon fonctionnement de la bouche de gastro-entérostomie. Persistance des passages pyloro-duodénaux. Possibilité d'une niche gastrique au voisinage de la bouche anastomotique. Fistule jéjuno-colique aux dépens de l'anse afférente. Reflux gastrique assez important. »

(Dr J. L. Léger).

Protocole opératoire (24/5/49)

1. Résection en bloc de la fistule gastro-jéjuno-colique.

2. Anastomose termino-terminale a) du transverse, b) du jéjunum, c) fermeture du moignon duodénal, d) fermeture de la tranche de section gastrique.

3. Rétablissement de la continuité digestive par une nouvelle gastro-entérostomie.

Dr F. Archambault,
Dr M. Lamoureux.

Anesthésie: Rachidienne plus Pentothal.
Dr G. A. Cloutier.

Transfusion: 1000 cc.

Temps opératoire: 2 heures 45.

Document photographique

A projeter sur l'écran.

Document histologique

Examen: Dans cette pièce chirurgicale nous avons prélevé des fragments d'estomac, de duodénum et de jéjunum. L'estomac et le duodénum n'offrent rien de particulier. Le tissu conjonctif interstitiel de la muqueuse de jéjunum est discrètement infiltré de plasmocytes.

Conclusion: « Infiltration interstitielle de la muqueuse jéjunale. »

Commentaires

La fistule gastro-jéjuno-colique est une éventualité rare.

L'intérêt du cas réside dans ce facteur et dans le fait que le patient n'a présenté, comme tout symptôme, que de la diarrhée, sans douleur et sans régurgitation de contenu colique.

Discussion.

M. Roger Dufresne résume brièvement l'observation. Il montre les photographies des pièces anatomiques enlevées chirurgicalement. Il nous informe que le malade est encore vivant et bien portant.

M. Jean-Louis Léger explique les images radiographiques sur les films.

M. Marcel Lamoureux donne des détails sur l'acte chirurgical.

M. Roma Amyot. Ce malade a été considéré comme un nerveux durant 3 ou 4 ans. Cela démontre que la conception moderne de la médecine psychomatique peut parfois faire commettre des erreurs. Dans chaque cas, il faut faire preuve de jugement et procéder à des examens complets. Ici il ne s'agissait certainement pas de troubles psychomatiques puisque les symptômes nerveux du malade sont disparus complètement depuis l'intervention chirurgicale.

M. René Grignon demande si la gastro-entérostomie est une mauvaise opération dans ces cas.

M. Roger Dufresne répond au docteur R. Grignon que la gastrectomie est une meilleure

opération que la gastro-entérostomie. Ici le malade a certainement subi la mauvaise opération, dans une autre institution, en 1944.

A propos du symposium neuroradiologicum.

M. Jean-Louis LÉGER

Presque la moitié des communications du congrès de Rotterdam ont porté sur l'angiographie cérébrale. Cet examen prend donc de plus en plus d'importance dans la spécialité. A Stockholm et à Oslo, on en fait plus de 650 par année dans chaque centre.

L'école de Stockholm ouvre la marche en neuroradiologie. Lindgren continue brillamment l'œuvre entreprise par Lysholm. Il a présenté de très beaux clichés d'angiographie vertébrale. Il ponctionne cette artère par voie percutanée et a dépassé la soixantaine d'injections.

Wickbom de Stockholm également et Milletti de Bologne nous ont fait entrevoir les grandes possibilités de l'angiographie cérébrale dans le diagnostic histologique pré-opératoire. Wickbom avait analysé 500 cas de tumeurs contrôlées opératoirement ou à l'autopsie.

Il a présenté un autre travail sur l'anévrysme artério-veineux. Il a fait remarquer que même avec un anévrysme artério-veineux, il peut exister un déplacement vasculaire, à cause d'une hémorragie intra-cérébrale toujours possible ce qui rend difficile le diagnostic entre cette lésion et le glioblastome.

On ne doit plus se contenter maintenant des positions standards dans l'artériographie. Ces positions standards étaient l'A.P. et le latéral. Reid de Manchester a employé l'incidence de Hirtz, avec de très beaux résultats, dans les fistules anévrysmales dans le sinus caverneux. Löfstedt de Stockholm préconise en plus de l'incidence de Hirtz, une autre incidence oblique, pour la localisation précise des anévrysmes artériels, de la base en particulier.

A Oxford, le neurochirurgien Lewin a mis au point un appareil pour l'angiographie en série. Cet appareil peut prendre un film tous les 2/3 de seconde, rythme suffisant pour l'angiographie cérébrale. Cette méthode dépense plus de films mais économise la substance de contraste puisque avec une seule injection, on est en mesure d'étudier toutes les phases de la circulation cérébrale. Et quelle aubaine pour les physiologistes! Bientôt sur le marché, cet appareil doit pouvoir faire des clichés en latéral et en A.P.

Olsson de Lund (Suède) a refroidi quelque peu l'enthousiasme en attirant l'attention sur le danger des injections de Diodrast ou substance de contraste similaire. Après de nombreuses expériences chez l'animal et chez l'homme, il ne croit pas justifié l'emploi d'une concentration plus forte que 35%. Masy de Louvain a peut-être la réponse, car il emploie une nouvelle substance colloïdale, non radioactive, le Diiodostéarate d'Ethyle. A remarquer que personne n'ose plus parler de Thorotrast.

Deux autres travaux d'importance à ne pas passer sous silence sont celui de Lindgren sur l'encéphalographie de la fosse postérieure et celui de Bull de Londres, qui est le premier à pratiquer l'injection de Pantopaque intra-ventriculaire.

Discussion.

M. Jean-Louis Léger croit que l'angiographie cérébrale est en train de remplacer l'encéphalographie. Cette méthode d'examen permet de faire des diagnostics histo-pathologiques de très grande probabilité.

M. Roma Amyot. Le voyage du docteur J. L. Léger a été très utile.

L'angiographie cérébrale est une méthode qui a été promulguée en 1926 mais ce n'est que depuis quelques années qu'elle est devenue une méthode courante, précieuse méthode d'examen complémentaire.

Il demande au docteur J. L. Léger ce qu'est une encéphalographie de la fosse postérieure.

M. Jacques Léger s'informe s'il pourrait y avoir des accidents d'hypersensibilité à la

substance opaque et s'il faudrait faire des tests de sensibilité avant de procéder à l'examen.

M. Paul Bourgeois voudrait savoir quel est le pourcentage des substances opaques employées en radiographie cérébrale.

M. Jean-Louis Léger répond au *docteur R. Amyot* que l'encéphalographie de la fosse postérieure consiste en une injection de 6cc. d'air par voie lombaire et une radiographie du 4e ventricule dans la minute qui suit.

Il répond au *docteur Jacques Léger* que l'on recommande toujours de faire un test de sensibilité par l'injection d'une goutte dans l'œil avant de procéder à l'examen.

Il répond au *docteur P. Bourgeois* que le Diodrast à 30% est recommandé pour les cas de cerveaux.

Rœntgenthérapie intravaginale du cancer utérin.

M. Paul BRODEUR

Rapport préliminaire sur un certain nombre de cas traités ou en cours de traitement depuis le début de l'année 1949.

Lors d'une visite en juin 1947, au New York Memorial Hospital, le docteur Louis-Charles Simard et moi-même avons constaté un changement radical de la technique radiothérapique des traitements du cancer du col utérin: abandon définitif de toute application de radium intra-vaginal, alors que l'application intra-utérine par sonde n'est réservée qu'à un certain nombre de cas définis, tout particulièrement les cancers du col d'origine intra-cervicale. Les applications de radium sont avantageusement remplacées par la rœntgenthérapie intra-vaginale et l'on complète par R.X profonds externes.

Depuis longtemps déjà, les radiologistes songeaient à remplacer les applications de radium par les R.X, car les lois de la physique démontrent les avantages d'une augmentation de la dose en profondeur, d'une direction contrôlée du faisceau d'irradiation et d'un fractionnement du traitement administré.

Dans un article par les docteurs Gray H. Twombly et J. Allen Chamberlin, publié dans *Radiology,* janvier 1949, ces auteurs exposent leur technique et leurs résultats. Ils ont traité 104 malades appartenant à tous les stages, soit: 27 du stage I, 40 du stage II, 29 du stage III et 8 du stage IV. Après 3 ans, 38 patientes étaient vivantes et exemptes de tout signe de cancer soit un pourcentage de 36,5%. retranché 8 cas perdus de vue, et 4 malades

A signaler que pour cette statistique, on a retranché 8 cas perdus de vue et 4 malades encore porteuses de cancer. Or les statistiques de ce même hôpital (New York Memorial Hospital) pour les malades traitées de 1932 à 1937, par application intra-utérine et intra-vaginale de radium, montrent un pourcentage de 30,2% de survies de 3 ans dans l'ensemble des cas, résultats qui sont nettement inférieurs.

Douze cas furent traités ou sont en cours de traitement depuis le début de 1949.

Nous croyons devoir laisser de côté, dans ce rapport préliminaire, deux cas qui n'ont reçu qu'une ou deux séances de rœntgenthérapie et, par conséquent, dont le traitement n'a été que commencé.

Sur les dix autres cas, 6 malades avaient subi une intervention chirurgicale. De ces six opérées, trois nous furent référées pour récidive vaginale, un cas pour récidive sur moignon de col après hystérectomie sub-totale d'un cancer du corps utérin, un cas pour traitement de consolidation et un cas à cause de la persistance de cellules épithéliomateuses dans la pièce opératoire, intervention chirurgicale (Wertheim) qui avait été pratiquée après une application de radium pour cancer du col, stage II. Quatre autres malades, l'une un stage III est en cours de traitement, une autre appartient au stage II et est également en cours de traitement, une troisième également stage II, dont les traitements sont terminés et enfin un cas de récidive d'un stage II, post traitements de radium-thérapie et de R.X externes.

1. Mme E. B., 42 ans, épi. col. stage II, traitée par radium ensuite opérée — hystérectomie totale Wertheim, alors que le rapport histologique a révélé persistance de cellules cancéreuses (malade sous traitement).

2. Mme A. S., 62 ans, stage II, récidive vaginale post-radium et rœntgenthérapie d'un cancer du col endo-cervical avec envahissement du corps et paramètre gauche, traitée en 1944 par application de radium suivie de R.X. profonds externes. Octobre 1949, rédicive dans le fond du vagin-rœntgenthérapie intra-vaginale recommandée.

3. Mme O. G. 47 ans, énorme tumeur bourgeonnante du col avec envahissement des deux paramètres, stage III, malade en cours de traitement.

4. Mme J.E.G. 62 ans, stage II, cancer sur moignon de col — traitement terminé.

5. Mme J. P. H. 39 ans, traitements de consolidation après hystérectomie totale pour fibromyome alors que l'examen histologique a révélé un épithélioma intra-cervical au niveau de l'ostium — sous traitement.

6. Mme J. Y. H. 46 ans, récidive vaginale et du paramètre droit, post-hystérectomie totale 1948 pour cancer du col — 7920 r.

7. Mme J. B. M. 60 ans, stage I, récidive vaginale et vulvaire gauche post-hystérectomie totale, mars 1948 pour épi. corps utérin — 7040 r et 2640 r: 9680 r.

8. Mme D. L. 50 ans, stage II, radium intra-utérin et radium intra-vaginal; malade sous traitement R.X profonds externes et R.X intra-vaginal.

9. Mme O. M. 58 ans, épi. moignon de col, stage II, hystérectomie subtotale faite dans un autre hôpital pour cancer du corps utérin. Traitement R. X. externes profonds. Rœtgenthérapie intra-vaginale 7920 r.

10. Mme A. T. 52 ans, hystérectomie totale, octobre 1948, pour épithélioma mixte du corps. Septembre 1949, récidive dans la tranche vaginale d'un épithélioma mixte de même type que celui du corps de l'utérus — 1948. Rœntgenthérapie intra-vaginale (malade présentement sous traitement).

Nous avons adapté à notre appareil de thérapie Westinghouse (Quadrocondex), un localisateur avec périscope pour contrôler le centrage et nous nous sommes servis d'applicateurs cylindriques de trois grosseurs: 4 centimètres, 3½ centimètres et 3 centimètres de diamètre.

Ces applicateurs sont munis d'un mandrin obturateur qui permet de refouler les parois vaginale lors de l'introduction. Notre technique a été la suivante: 200 K.V. 10 M.A. 50 cms distance filtration 1 cu. plus 1 Al — H.V.L. — 1,53 mm cu. L'appareil a un rendement d'environ 44 r/m mesurés dans l'air et les séances durent 15 minutes soit une dose de 660 r.

Les doses totales ont varié entre 5900 et 7900 r, administrées dans un délai d'environ deux semaines.

C'est une adaptation plutôt de fortune dont nous nous servons présentement et qui ne permet pas l'angulation de latéralité d'environ 30 degrés pour les applications dans les culs-de-sac latéraux, mais bientôt nous posséderons un appareil spécial qui nous permettra de répéter exactement la technique du « New York Memorial Hospital ».

Discussion.

M. Paul Brodeur fait voir l'appareillage utilisé pour la rœntgenthérapie intra-vaginale du cancer utérin. Il explique qu'il s'agit d'un rapport préliminaire sur un certain nombre de malades qui ont reçu de la radiothérapie intra-vaginale.

M. Léon Gérin-Lajoie. Dans le rapport, il est fait mention de 5 cas opératoires. Le cas no 9 a eu une hystérectomie sub-totale dans un autre hôpital. Le cas 1 — 6 — 7 et 10 ont subi une hystérectomie totale. Auparavant on recommandait le traitement par radium mais il a fallu opérer plusieurs malades pour rédicive.

Il donne des détails sur l'opération de Wertheim.

M. Jean-Louis Léger demande au docteur L. Gérin-Lajoie s'il préconise l'opération de tous les cas, indépendamment du stade.

Il demande au docteur P. Brodeur de faire la comparaison entre les doses de radium et les doses de radiothérapie.

M. Léon Gérin-Lajoie répond au docteur J. L. Léger qu'il ne préconise pas l'opération des cas dépassant le stade 3 ou 4.

M. Paul Brodeur répond au *docteur J. L. Léger* qu'il a fait la mensuration avec un fantôme. Dans la rœntgenthérapie intra-vaginale on a obtenu 56% de la dose de rayons à une distance de 5 centimètres et 26% à une distance de 10 centimètres. Avec le radium on ne peut pas obtenir d'effet à distance. Le radium est placé dans un tube. A la paroi du tube, la dose est de 100%.

A une distance de 1 centimètre la dose est de 30%.

A une distance de 2 centimètres la dose est de 14%.

A une distance de 3 centimètres la dose est de 8,5%.

A une distance de 5 centimètres la dose est de 4%.

A une distance de 7 centimètres la dose est de 2%.

Le secrétaire-adjoint du Bureau Médical,
Docteur Georges Leclerc.

NÉCROLOGIE

JEAN-MARIE BERNARD
(1905-1950)

Le 10 janvier, à l'Hôpital Général de Verdun, décédait notre confrère et ami, le Docteur Jean-Marie Bernard.

Il avait fait ses études secondaires au collège de l'Assomption et au collège Ste-Marie et avait terminé ses études médicales à l'Université de Montréal en 1936.

Le Dr Bernard était membre des services d'anesthésie de l'Hôpital Général de Verdun et de l'Hôpital Ste-Justine. En plus de ces activités, il s'occupait de médecine générale et il possédait un noyau de clientèle bien fidèle.

Son dévouement pour les patients, sa disponibilité constante, sa sollicitude et sa simplicité étaient connus et admirés de tous les confrères et surtout de ceux qui avaient le plaisir de travailler avec lui tous les jours.

Modèle d'honnêteté et de probité professionnelle, il inspirait la sympathie et la confiance dès le premier contact. Sa disparition en pleine jeunesse sera vivement regrettée.

Au nom de l'Union Médicale, nous tenons à offrir à Madame Bernard et à ses enfants ainsi qu'au personnel de l'Hôpital Général de Verdun et de l'Hôpital Ste-Justine, l'expression de toute notre sympathie.

Maurice GERVAIS.

LE DOCTEUR J. H. FARIBAULT

Le docteur J. H. Faribault de Brooklyn est décédé accidentellement, à l'âge de 53 ans, en septembre dernier. Il avait terminé ses études médicales à l'Université de Montréal en 1921.

LE DOCTEUR ERNEST CLICHE

Le docteur Ernest Cliche est décédé le 11 novembre 1949 à East Brompton, P.Q., où il

exerçait depuis sa graduation à l'Université Laval de Québec en 1902.

LE DOCTEUR PHILIPPE LANDRY

Le docteur Victor Philippe Landry, gradué de l'Université Laval de Québec en 1904, est décédé à Montréal à l'automne 1949.

LE DOCTEUR ARTHUR LAPOINTE

Le docteur Arthur Lapointe est décédé récemment, à l'âge de 83 ans, à la Malbaie où il avait exercé pendant 57 ans, après avoir terminé ses études médicales à l'Université Laval de Québec en 1892.

LE DOCTEUR THOMAS CARON

Le docteur Thomas Caron est décédé récemment à Maskinongé, à l'âge de 83 ans, après 57 ans de pratique médicale dans cette localité.

LE DOCTEUR ARTHUR TRUDEAU

Le docteur Arthur Trudeau est décédé récemment à Montréal à l'âge de 81 ans. Il avait terminé ses études médicales à l'Université Laval de Montréal en 1894. Nos condoléances à son fils, le Dr Arthur Trudeau.

LE DOCTEUR J. P. C. LEMIEUX

Le docteur J. P. C. Lemieux, est mort récemment à la suite d'un accident d'automobile. Il était shérif du district de St-François et ancien député du Comté de Wolfe à Québec. Le docteur Lemieux, qui était âgé de 79 ans, avait pratiqué longtemps à Weedon et dans toute la région. Nos condoléances à ses fils les docteurs Renaud Lemieux, surintendant de l'hôpital St-Sacrement de Québec, Gérard Lemieux de Weedon et Jean Lemieux.

LE DOCTEUR J. O. MOUSSEAU

Le docteur J. O. Mousseau est décédé récemment à Montréal, à l'âge de 64 ans. Il avait fait ses études de médecine à l'Université Laval de Montréal et s'était occupé de nombreuses œuvres paroissiales dans le quartier où il exerça pendant plus de trente ans.

LE DOCTEUR HARRY P. SMITH

Le docteur Harry P. Smith est décédé, ces jours derniers, à l'âge de 75 ans à Nicolet. Il avait terminé ses études médicales à l'Université Laval de Québec. Nos condoléances à ses fils les docteurs Henry Smith et Georges Smith et à son frère le docteur Edgar Smith.

NOUVELLES

LE SÉNATEUR LACASSE ÉLU PRÉSIDENT DE L'UNION MÉDICALE DU CANADA

L'Assemblée générale annuelle de l'Union Médicale du Canada eut lieu samedi soir, le 28 janvier 1950, à l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville sous la présidence du professeur Jean Saucier. L'assemblée débuta par la lecture et l'adoption des rapports du rédacteur en chef, le docteur Roma Amyot et du secrétaire-trésorier, le docteur J. A. Vidal; après quoi, on procéda aux élections.

Le sénateur Gustave Lacasse, de Tecumseh, Ontario, a été élu président du Bureau de Direction et le vice-président élu a été le professeur Léon Gérin-Lajoie.

La nomination du sénateur Lacasse souligne parfaitement le titre même du journal: l'*Union Médicale du Canada;* le choix comme président d'un médecin remarquable d'une province autre que celle de Québec montre bien que, sur le terrain professionnel, l'entente est la plus complète. Le sénateur Lacasse est bien connu par les luttes énergiques qu'il a entreprises dans l'Ontario; son expérience de journaliste, car il est le fondateur de *la Feuille d'Erable,* hebdomadaire de Windsor, profitera sûrement à l'*Union Médicale.* Les directeurs en élisant le sénateur Lacasse ont voulu honorer un homme actif et compétent, mais ils ont aussi voulu montrer toute la considération qu'ils portent aux médecins des centres non universitaires.

Les docteurs Paul René Archambault, médecin de l'hôpital Saint-Luc et le professeur Paul Bourgeois de l'hôpital Notre-Dame ont été appelés au Bureau de Direction; tous deux étaient de longue date membres du Bureau de Collaboration.

Le Bureau de rédaction de l'*Union Médicale du Canada* reste inchangé; à savoir: rédacteur en chef: Roma Amyot; assistant-rédacteur en chef: Edouard Desjardins; secrétaire de la rédaction Pierre Smith; assistant-secrétaire de la rédaction: Roger Dufresne.

LAVAL ANNONCE LA CRÉATION À LA CITÉ UNIVERSITAIRE DU PAVILLON MÉDICAL

Le Recteur de l'Université Laval de Québec, Monseigneur Ferdinand Vandry, vient de faire part que la Cité Universitaire de Québec va bientôt s'enrichir d'un pavillon: celui de la médecine.

La Cité est en voie d'érection à Ste-Foye. La Faculté de Médecine aura à sa disposition un hôpital adjacent qui pourra recevoir 600 malades.

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE MONTRÉAL

La Société d'Ophtalmologie de Montréal a tenu une réunion à l'hôpital Notre-Dame, le 15 décembre 1949. On note les noms des docteurs Claude Bertrand, Jules Brault, H. Magder, Lucien Gélinas, M. Kaufmann, Emile Blain, Jules Brahy, A. Godin, R. Charbonneau et R. Cloutier parmi les rapporteurs.

La Société a comme officiers, les docteurs B. Alexander, président, Emile Blain, vice-président, et Roland Cloutier, secrétaire.

DÎNER-CAUSERIE "MORRIS FISHBEIN"

Lundi, le 23 janvier, eut lieu à l'hôtel Mont-Royal, un dîner-causerie tenu sous les auspices de l'Association Nationale de la Santé et sous la présidence du doyen Edmond Dubé.

Le conférencier au programme était le docteur Morris Fishbein, autrefois rédacteur-en-chef du « Journal of the American Medical Association ». Le docteur J. C. Meakins présenta le docteur Fishbein, qui fut remercié par le docteur Léon Gérin-Lajoie.

CONGRÈS INTERNATIONAL À RIO DE JANEIRO

Le 3e Institut International d'organisation et d'administration des hôpitaux tiendra ses assises à Rio de Janeiro, en juin 1950. L'admission à cette réunion d'étude est limitée à 200 inscriptions.

LE DOCTEUR CLAUDE FORTIER, BOURSIER

L'American Heart Association vient de distribuer quatre nouvelles bourses. L'une était destinée au docteur O. W. Waugh, qui l'a refusée, parce qu'il est retenu à la chaire d'anatomie pathologique de McGill; les autres vont aux docteurs Louis Horlick, Bruce Payne et Claude Fortier.

Le docteur Claude Fortier est déjà attaché à l'Institut de Médecine et de Chirurgie Expérimentales de l'Université de Montréal.

CLINIQUES DE DERMATO-SYPHILIGRAPHIE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

1950

Professeur:	Albéric Marin	(Notre-Dame)
Professeur agrégé:	Paul Poirier	(Hôtel-Dieu)
Assistants:	F.-L. Boulais	(Notre-Dame)
	A. Lambert	(Notre-Dame)
	J.-P. Foisy	(Notre-Dame)
	G. Leclerc	(Notre-Dame)
	R. Blais	(Hôtel-Dieu)

Mois	*Date*	*Jour*	*Lieu*	*Heures*	*Groupe*	*Titre des cliniques.*
Fév.	21	Mardi	N.-Dame	9 à 12	B	Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques. Agents physiques, etc.
"	21	Mardi	H.-Dieu	9 à 12	A	Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques. Agents physiques, etc.
"	23	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	B	Dermites eczémateuses. Urticaire. Allergie, etc.
"	28	Mardi	N.-Dame	9 à 12	B	Gale. Pédiculose. Furoncle. Impétigo, etc.
"	28	Mardi	H.-Dieu	9 à 12	A	Dermites eczémateuses. Urticaire. Allergie, etc.
Mars	2	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	B	Syphilis I, II, III et latente.
"	7	Mardi	N.-Dame	9 à 12	B	Zona, Herpès. Pelade. Erythème polymorphe. Teigne, etc.
"	7	Mardi	H.-Dieu	9 à 12	A	Gale, Pédiculose. Furoncle. Impétigo, etc.
"	9	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	B	Acné. Lichen plan. Lupus érythémateux. Lupus vulgaire, etc.
"	14	Mardi	N.-Dame	9 à 12	B	Psoriasis. Dermite séborrhéique. Pityriasis rosé de Gibert, etc.
"	14	Mardi	H.-Dieu	9 à 12	A	Zona. Herpès. Pelade. Teigne. Erythème polymorphe, etc.
"	16	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	B	Tumeurs bénignes. Tumeurs malignes, etc.
"	21	Mardi	N.-Dame	9 à 12	B	Traitements de la syphilis I, II, III et latente.
"	21	Mardi	N.-Dame	9 à 12	A	Syphilis congénitale et syphilis viscérale.
"	23	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	B	Syphilis nerveuse. Classification. Diagnostic, etc.
"	28	Mardi	N.-Dame	9 à 12	A	Gale. Pédiculose. Furoncle. Impétigo, etc.
"	28	Mardi	H.-Dieu	9 à 12	B	Dermites eczémateuses. Urticaire. Allergie, etc.
"	30	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	A	Zona. Herpès, Pelade, Teigne. Erythème polymorphe, etc.
Avril	13	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	A	Dermites eczémateuse. Urticaire. Allergie, etc.
"	18	Mardi	N.-Dame	9 à 12	A	Syphilis I, II, III et latente.
"	18	Mardi	H.-Dieu	9 à 12	B	Psoriasis. Dermite séborrhéique. Pityriasis rosé de Gibert, etc.
"	20	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	A	Psoriasis. Dermite séborrhéique. Pityriasis rosé de Gibert, etc.
"	25	Mardi	N.-Dame	9 à 12	A	Traitements de la syphilis I, II, III et latente.
"	25	Mardi	H.-Dieu	9 à 12	B	Acné. Lichen plan. Lupus érythémateux. Lupus vulgaire, etc.
"	27	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	A	Acné. Lichen plan. Lupus érythémateux. Lupus vulgaire, etc.
Mai	2	Mardi	N.-Dame	9 à 12	A	Tumeurs bénignes. Tumeurs malignes, etc.
"	2	Mardi	H.-Dieu	9 à 12	B	Syphilis congénitale et syphilis viscérale.
"	4	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	A	Syphilis nerveuse. Classification. Diagnostic, etc.

Note: Les médecins praticiens sont invités à suivre ces cliniques.

LE DOCTEUR CHARLES HÉBERT, NOUVEAU PRÉSIDENT

La *Clinical Surgeons Association of Canada* vient d'élire comme président pour l'année 1950, le docteur Charles E. Hébert, chef du service de chirurgie de l'hôpital Notre-Dame.

DEUX BOURSES POUR LA LUTTE ANTICANCÉREUSE

Deux médecins canadiens-français de la province de Québec, les docteurs Jean Bouchard et Paul-Emile Côté, viennent de recevoir chacun une bourse de l'Association des clubs Kinsmen pour des recherches sur le cancer.

Le docteur Bouchard est attaché à l'hôpital Royal Victoria et professeur agrégé de radiologie à l'Université McGill. Le docteur Côté est attaché à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, de Québec.

La bourse du docteur Bouchard lui servira à poursuivre ses recherches en cours sur le traitement des cancers externes par les rayons X à bas voltage et les isotopes radioactifs; le docteur Côté profitera de sa bourse pour faire un voyage d'études d'un an en Europe et y visiter les principaux centres anticancéreux de Grande-Bretagne, des pays scandinaves et de France.

Les deux bourses ont été octroyées par l'entremise de la Société canadienne du cancer.

CONGRÈS DE TROIS JOURS DES RADIOLOGISTES

L'association canadienne des radiologistes tenait récemment sa 13e réunion d'hiver, à Montréal.

Le congrès dura trois jours et groupa dans la métropole tous nos spécialistes dans le domaine des radiations. Les réunions eurent lieu en l'hôtel Windsor, le premier jour, et dans différents hôpitaux les deux jours suivants, pour se terminer par un grand dîner, le soir des Rois.

Le président du comité d'organisation était le docteur Origène Dufresne, directeur de l'Institut du Radium, président de la Société Médicale de Montréal et conseiller de l'association pour les radiologistes de langue française du district de Montréal.

Au nombre des radiologistes qui ont présenté des travaux scientifiques, on remarquait les docteurs Albert Jutras, Paul Brodeur, Jean Michon, Jules Laberge, Origène Dufresne, Germain Pinsonneault, Jean Bouchard, L.-P. Bélisle, Jean-Louis Léger.

SÉANCE CLINIQUE DE LA SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE MONTRÉAL À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

La première séance clinique de la Société de Pédiatrie de Montréal avait lieu le jeudi 26 janvier dernier, à l'hôpital Sainte-Justine, sous la présidence conjointe des docteurs Paul Letondal et J.-A. Léveillé, respectivement présidents de la Société de Pédiatrie de Montréal et du Bureau Médical de l'hôpital Sainte-Justine. Cette séance ne comportait que des présentations de malades, suivies de discussion. En voici le programme:

a) Sténose hypertrophique du pylore: docteur Edmond Dubé;

b) Malformations congénitales: docteur J.-C. Favreau;

c) Méningite tuberculeuse: docteur Albert Royer;

d) Sur un cas de rachitisme résistant: docteur P.-M. Larivière.

UN NOUVEAU CHEF DE SERVICE AU SANATORIUM DE ROBERVAL

Le docteur Pierre Larue, de Québec, jusqu'ici attaché au Sanatorium des Vétérans à St-Hyacinthe, vient d'accepter le poste de chef de service au Sanatorium St-Michel de Roberval.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE

Paris, 23 - 29 juin 1951.

Organisation

Ce Congrès est organisé par la Société Française de Gynécologie à l'occasion de son vingtième anniversaire. Une série de conférences sur des sujets gynécologiques d'actualité seront faites par d'éminents gynécologues de différentes nations parmis lesquels:

MM. Ahumada (République Argentine), Van Bowdjik Bastiaanse (Hollande), Botella-Llusia (Espagne), A. I. Brunschwig (Etats-Unis), Mario Cardia (Portugal), Folke Holtz (Suède), Fabien Gagnon (Canada), Goulart de Andrade (Brésil), Hunter (Grande-Bretagne), Meigs (Etats-Unis), M. Rodriguez Lopez (Uruguay), J. A. Schockaert (Belgique), Tesauro (Italie), de Watteville (Suisse), ont déjà fait connaître leur acceptation.

De nombreuses festivités comprenant: Réception à l'Hôtel de Ville de Paris. Visite du Vieux Paris et des ses Hôtels Historiques, Promenade en vedette sur la Seine, Excursion en Ile-de-France, Soirée à l'Opéra, Grand Dîner, Bal de Gala, sont déjà prévus à l'occasion de ce Congrès, qui se tiendra pendant la

Grande Saison de Paris, dont les fêtes brillantes attirent chaque année un nombre considérable de visiteurs.

A l'issue du Congrès, des visites des Grandes Stations Thermales Françaises seront organisées.

Un programme détaillé sera publié ultérieurement.

Règlement du Congrès.

Le français est la langue officielle du Congrès.

Les conférences seront faites sur invitation du Bureau du Congrès, leur durée est fixée à trente minutes au maximum. Les conférenciers devront remettre leur travail et six résumés en français avant le 1er octobre 1950, à M. Claude Béclère, 23, rue d'Artois, Paris-8e, secrétaire général chargé des travaux scientifiques. Ce travail ne pourra excéder 20 pages dactylographiées avec double interligne.

Les congressistes recevront un fascicule contenant les textes de toutes les conférences.

Les *discussions* des conférences seront limitées à une durée de 5 minutes.

Des *communications* portant uniquement sur les sujets traités par les conférenciers seront admises. Elles ne pourront excéder une durée de 10 minutes et six pages dactylographiées.

Les textes des communications devront être remis à M. Claude Béclère, avant le 1er mars 1951.

Membres du Congrès.

Peuvent être membres du Congrès, les membres des Sociétés de gynécologie, de gynécologie-obstétrique et de chirurgie du monde entier.

Toutefois, certaines personnalités non gynécologues pourront également participer au Congrès si elles sont agréées par la Société de Gynécologie de leur pays et le Bureau du Congrès.

La cotisation des membres titulaires est fixée à 5.000 fr. français. Elle sera réduite à 3.000 francs pour les membres français de la Société Française de Gynécologie, organisatrice du Congrès.

Les femmes, enfants mineurs et filles non mariées des membres titulaires du Congrès pourront y participer comme membres adhérents et verseront un droit d'inscription de 2.000 frs par personne.

Transport et logement.

L'Agence Havas-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris-1er, est chargée du transport et du logement. Ses bureaux dans le monde entier sont à la disposition des congressistes.

Etant donné l'époque où se déroulera le Congrès, il est indispensable pour ceux-ci de retenir leur logement à l'avance.

Inscription au Congrès.

Les médecins qui désirent participer à ce congrès sont priés de s'adresser à M. Maurice Fabre, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris-9e, qui leur fera parvenir en temps utile un programme préliminaire et un bulletin d'adhésion.

SYMPOSIUM SUR LES SYNDROMES LARYNGÉS AIGUS DE L'ENFANCE, À LA LA SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE MONTRÉAL

Les membres de la Société de Pédiatrie de Montréal se réunissaient le jeudi 2 février dernier, au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur Paul Letondal, pour étudier les acquisitions récentes sur les syndromes laryngés aigus de l'enfance.

Ce sujet d'actualité en pédiatrie fut présenté, sous forme de symposium, de la façon suivante:

a) Diagnostic des syndromes laryngés aigus de l'enfance: docteur Henri Charbonneau;

b) Traitement médical: docteur Louis-J. Gauthier;

c) Traitement chirurgical: docteur Valmore Latraverse.

LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTRÉAL

La Société de Phtisiologie de Montréal nous fait part des noms des membres de son exécutif pour l'année 1950.

Président: docteur Marcel Verschelden; vice-président: docteur Gaétan Jarry; secrétaire-général: docteur B. G. Bégin; trésorier: docteur Ruben Laurier; sec. de séance: docteur Gérald Leclaire; assistant-sec. de séance: docteur Jean-Jacques Laurier.

PRIX CIBA DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL POUR L'ANNÉE 1949

Les lauréats du Prix Ciba de la Société Médicale de Montréal, pour l'année 1949, sont les docteurs René-L. DuBerger de Sherbrooke, Calixte Favreau, Lucien Julien et Bertrand Primeau de Montréal.

BULLETIN POUR LES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Publié à la hâte, ce premier bulletin est certes bien incomplet, mais il n'en est pas moins intéressant, puisqu'il inaugure une initiative que l'Exécutif pense devoir rendre service à un grand nombre de membres.

Date	*Heure*		*Activités Médicales* (auxquelles les praticiens sont conviés)
Mercredi, 1er fév.	8.30 p.m.	Université de Mtl.	Conférence du professeur Albert B. Sabin, du Children's Hospital Research Fundation et de l'Université de Cincinnati. Sujet: « Méthodes récentes de diagnostic de la « Toxoplasmose. »
Jeudi, 2 fév.	8.30 p.m.	Cercle Universitaire	Séance de la Société de Pédiatrie. a) Syndromes laryngés aigus de l'enfance, diagnostic du docteur Henri Charbonneau; b) Traitement médical: docteur Ls.-J. Gauthier; c) Traitement chirurgical: docteur Valmore Latraverse.
Vendredi, 3 fév.	11.00 a.m.	Hôpital Notre-Dame	Consultation générale de la Clinique des maladies du thorax.
Samedi, 4 fév.	9.00 a.m.	Hôtel-Dieu	Réunion du Service de Médecine.
Mardi, 7 fév.	11.00 a.m.	Hôpital St-Luc	Assemblée scientifique du personnel médical au cours de laquelle seront présentés: a) des malades, b) des communications, c) des radiographies.
Mercredi, 8 fév.	10.00 a.m.	Hôpital Pasteur	Assemblée du personnel médical.
Jeudi, 9 fév.	12.00 a.m.	Hôpital Notre-Dame	Séance clinique de pédiatrie.
Vendredi, 10 fév.	11.00 a.m.	Hôpital Notre-Dame	Consultation générale de la Clinique des maladies du thorax.
Jeudi, 16 fév.	12.00 a.m.	Hôpital Notre-Dame	Séance clinique de pédiatrie.
Vendredi, 17 fév.	11.00 a.m.	Hôpital Notre-Dame	Consultation générale de la Clinique des maladies du thorax.
Samedi, 18 fév.	9.00 a.m.	Hôtel-Dieu	Réunion du Service de Médecine.

BOURSES ACCORDÉES POUR ÉTUDES SUR LE CANCER

Cinq médecins éminents de Montréal viennent d'obtenir des bourses en vue de perfectionner leurs études sur le cancer. Les lauréats sont: les docteurs Antonio Cantéro, de l'Université de Montréal, John Kershman et Herman Flanigan, de l'Institut Neurologique, H. Morton, de l'Université McGill, et Louis-Charles Simard, de l'hôpital Notre-Dame. Les bourses variaient de $1.500 à $4.000.

ÉLECTIONS AU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔTEL-DIEU D'EDMUNDSTON

Lors de l'assemblée annuelle, tenue le 21 décembre 1949, le bureau médical de l'Hôtel-Dieu d'Edmundston, a tenu ses élections. Le bureau pour 1950 fut ainsi constitué: président: docteur A.-H. Sormany; vice-président: docteur Armand Albert; secrétaire: docteur Rino Fournier. Le docteur P.-C. Laporte a été nommé membre honoraire du bureau médical.

Tout médecin connait bien les malades

qui ont besoin d'un tonique efficace

Pour réveiller l'appétit, rétablir la vigueur et la bonne santé, Eskay's Neuro Phosphates et Eskay's Théranates sont vos meilleurs moyens.
La fréquence d'ordonnances rend témoignage de leur efficacité.

Neuro-Phosphates Eskay

tonique fortifiant et agréable

La dose d'adulte, 2 drachmes liq. (2 cuillerées à thé) contient:

Alcool	10 pour cent
Glycérophosphate de strychnine anhydre	1/64 grain
Glycérophosphate de sodium	2 grains
Glycérophosphate de calcium	2 grains
Acide phosphorique, 75%	1.7 minimes

Théranates Eskay

meme formule que le fameux Neuro-Phosphates plus la vitamine B_1 (.075 mg. chaque dose adulte)

Chacun présenté en flacon de 6 onces liq.

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 1

EEG ET SKI, EN FIN DE SEMAINE, À MONTRÉAL ET DANS LES LAURENTIDES, DE LA "EASTERN ASSOCIATION OF ELECTROENCEPHALOGRAPHERS", LES 3, 4 ET 5 MARS 1950, AU "MONTREAL NEUROLOGICAL INSTITUTE" et AU CHALET COCHAND, STE-MARGUERITE, P.Q.

PROGRAMME

Vendredi 3 mars

10.00 à 12.00 A. M. — Visite des laboratoires et démonstrations.

12.30 P. M. — Lunch à la maison des infirmières.

2.00 à 5.30 P. M. — *Séance scientifique*

1. Etude électrographique détaillée d'un cas d'épilepsie myoclonique. — Wesley Watson et D. D. Denny-Brown, Boston.
2. Rapport préliminaire sur la localisation de certains aspects spécifiques des ondes cérébrales dans des cas de « Petit Mal », d'automatisme et de migraine. — A. P. Arellano, Boston.
3. Etude électroencéphalographique consécutive à l'hémisphérectomie. — A. Earl Walker et Curt Marshall, Baltimore.
4. Suppression neurogène du centre respiratoire par la respiration électrophrénique. — S. J. Sarnoff, Boston.
5. Une méthode nouvelle d'électroencéphalographie activée. — Juan Negrin, Jr., New-York.

Intermission.

4.00 à 5.30 P. M. — *Symposium sur le traitement de l'épilepsie.*

Emploi de l'EEG dans la thérapeutique sociale et médicamenteuse de l'épilepsie. — William Lennox et Douglas Davidson, Jr., Boston.

Le traitement des crises d'origine corticale. — Charles Kaufman, Boston.

Discussion — Francis McNaughton, Montréal.

6.00 P. M. — Départ par autobus pour le Chalet Cochand, où le dîner aura lieu à 8.00.

Vendredi soir

« The Brain Wavers Delight ». — Terry Walker.
« Broom Ball » — Canada vs Etats-Unis.

Samedi, 4 mars

Ski, patinage, etc.

1.00 P. M. — Lunch.

2.30 P. M. — Courses en ski — « débutants » et « vétérans ».

4.00 P. M. — *Symposium* — continuation.

Revue de la littérature sur les effets secondaires des nouveaux médicaments anticonvulsants. — J. K. Merlin, Boston.

Le contrôle des effets secondaires des nouveaux médicaments anticonvulsants. — John Abbott et Robert Schwab, Boston.

Discussion générale.

8.30 P. M. — *Symposium* — continuation.

La fréquence des anomalies circonscrites et diffuses de l'EEG dans l'épilepsie clinique. — John Kershman, J. Vasquez et S. Goldstein, Montréal.

La sélection des épileptiques pour le traitement chirurgical. — Wilder Penfield, Montréal.

Etude comparative de l'EEG et de l'électrocorticographie chez les malades à épilepsie localisée. — Herbert Jasper, Herman Flanigin et B. Pertuiset, Montréal.

Discussion générale.

Earl Walker, Baltimore, Md.;
Richard Masland, Winston-Salem, N. C.
Margaret Lennox, New Haven, Conn.
Nicholas Bercel, Beverley Hills, Cal.
Etc.

Si vous n'avez pas encore fait vos réservations, veuillez le faire sans retard en écrivant à:

M. Louis Cochand, gérant,
Chalet Cochand,
Sainte-Marguerite, P. Q.

et en mentionnant le genre d'accommodation que vous désirez; mais, bien entendu, il y aura place pour tous, et plus nous serons nombreux le mieux ce sera. Apportez vos skis ou vos patins, ou vous pouvez les louer ici, si vous le désirez.

LE DOCTEUR J.-NAPOLÉON TREMBLAY, SURINTENDANT DU SANATORIUM DE HULL

Le docteur J.-Napoléon Tremblay, ci-devant chef de service au Sanatorium St-Michel de Roberval, vient d'être nommé surintendant du Sanatorium de Hull.

À L'HÔTEL-DIEU DE SOREL

Le docteur Henri Lafleur, de Sorel, a été élu président du bureau médical de l'Hôtel-Dieu de cette ville. Les docteurs Louis Couillard et J.-A. Caron ont respectivement été élus vice-président et secrétaire du bureau médical.

DÎNER ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

Le mercredi, 25 janvier, à 7 heures p.m., au Cercle Universitaire, se tenait le dîner annuel de la Société de Chirurgie de Montréal. Après présentation des

HEMO-BEX

afin . . .
qu'ils resplendissent
de santé

Tonique efficace
et agréable au goût,
spécialement
indiqué pour enfants.

"Santé et Maladie"

ANGLO-FRENCH DRUG Cie, Ltée,
Montréal 18, P. Q.

Généreux échantillons à Messieurs les Médecins.

rapports du Secrétaire général, du secrétaire des séances et du trésorier, suivie du discours du président, il y eut discussion sur le projet d'une association provinciale des chirurgiens.

THÈSE, À PARIS, DU DOCTEUR LIONEL LAFLEUR, SUR LE CANCER DU SEIN

Le docteur Lionel Lafleur, chef du département de radiologie de l'hôpital St-Joseph de Lachine, déclarait récemment dans une thèse qu'il présentait à l'Université de Paris, que l'évolution du cancer du sein chez la femme peut être retardée par les hormones mâles. Le docteur Lafleur, troisième canadien-français à obtenir une licence de l'Université de Paris au cours des quinze dernières années, a discuté l'application d'une théorie du traitement du cancer par les hormones mâles, dans un travail présenté devant la Faculté de Médecine de l'Université française. Le docteur ajoutait que l'évolution du cancer de la prostate chez l'homme peut être retardée par l'emploi d'hormones femelles.

UNIVERSITÉ DE LYON

Faculté de Médecine

Certificat d'hydrologie thérapeutique et de climatologie. Année 1950

L'enseignement préparatoire à l'obtention du Certificat d'Hydrologie thérapeutique et de Climatologie de l'Université de Lyon commencera le 1er mars 1950, se poursuivra jusqu'au 31 mars et du 17 avril au 30 avril, sous la direction du professeur P. Delore, assisté des docteurs Milhaud et Paulette Yver.

Les cours théoriques auront lieu toutes les après-midis (samedi excepté) au Laboratoire d'Hydrologie, conformément au programme suivant.

Les matinées seront consacrées, à partir de 10 heures, à des démonstrations cliniques dans le Service du professeur Delore, au Centre d'Orientation des cures thermales et climatiques, hôpital de l'Antiquaille.

Programme des cours.

Prof. agrégé Berger: Propriétés physiques des eaux minérales.

Docteur Beurier: Crénothérapie des varices et des ulcères variqueux.

Docteur Carraud: Traitement thermal et côlites.

Docteur de Chabanolle: L'enfant et les Alpes du Nord.

Professeur Chambon: Lecture et interprétation par le médecin de l'analyse chimique des eaux minérales.

Professeur Delore: Evolution de la clinique thermale depuis 50 ans. La crise thermale. Hygiène selon les saisons et les climats. Thermo-climatisme de la cinquantaine et de la sénescence. Traitement thermal et climatique des états neuro-arthritiques. Action physique, chimique et biologique des radiations solaires. Les caractéristiques du thermalisme français. Les facteurs de succès d'une station thermale et d'une station climatique.

Docteur Couture: Prélèvement des eaux minérales — analyse bactériologique qualitative. Prélèvement, transport d'échantillons d'eaux minérales — analyse bactériologique quantitative.

Docteur P. Dufourt: Action des cures thermales sur les affections hépato-biliaires.

Docteur Eyssautier: Le traitement thermal dans les affections broncho-pulmonaires (asthme excepté).

Professeur Gaté: Cures hydro-climatiques en dermatologie.

Med. Comt. Garnung: Les hôpitaux thermaux militaires.

Docteur Graber-Duvernay: Indications et techniques des cures thermales dans les rhumatismes chroniques.

Professeur Hermann: Données physiologiques sur l'action de la pression atmosphérique et ses variations. Les procédés d'étude expérimentale de l'action des eaux minérales. Les bases physiologiques de l'hydrothérapie.

Professeur Jourdan: Fonctions cardio-vasculaires et cures thermales.

Docteur Lefebvre: Les éléments constitutifs du climat d'altitude en regard de la santé générale et des affections pulmonaires.

Docteur Milhaud: Thermo-régulation et climats. Pharmacodynamie des eaux minérales radio-actives. Le vent — son importance en climatologie médicale. Le chlorure de sodium en hydrologie thérapeutique. Le soufre en hydrologie thérapeutique.

Professeur Piéry: Physio-pathologie de l'aviateur. Le contrôle des cures climatiques. Le contrôle des cures thermales.

Docteur Preault: Traitement hydro-climatique et médico-chirurgical de la bronchectasie infantile.

Mme le docteur Roche: La cure bourboulienne en pédiatrie.

Prof. agrégé Sohier: Les méthodes de contrôle bactériologique des eaux. L'hygiène des stations thermales et climatiques.

Docteur Trenque: Le traitement thermal en O.R.L.

Docteur Valin: Traitement hydro-climatique de l'asthme.

Docteur Vieux: La psychothérapie dans les stations thermo-climatiques, spécialement Divonne.

M. Striffling, chef de la Région météorologique: Masses d'air — Fronts — Cyclones — Electricité atmosphérique — Micro-climats — Techniques d'étu-

VERTAVIS

une nouvelle préparation dans le traitement de l'hypertension essentielle

Chaque tablette contient 10 Unités Craw de **Veratrum Viride contrôlé biologiquement** par les Laboratoires de recherches Irwin Neisler & Co., Decatur, Ill.

Les expériences faites dans de nombreuses cliniques ont démontré que le Veratrum Viride titré biologiquement est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle. (The Medical Clinics of North America, septembre 1948; Doctor Freis, page 1253.) Les tablettes Vertavis doivent être prises à une heure d'intervalle et de préférence après les repas. La dose doit être augmentée ou diminuée graduellement selon les résultats obtenus.

POSOLOGIE:

Donnez une tablette VERTAVIS (10 unités Craw) aux heures ci-dessous mentionnées:

SEMAINE	VERTAVIS	MATIN	SOIR	Dose quotidienne Unités Craw
1ère semaine	1 tablette à	7 heures	7 heures	20
2ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 heures	30
3ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 & 8 heures	40
4ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7 & 8 heures	50
5ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7, 8 & 9 heures	60

Documentation complète et échantillon envoyés à MM. les médecins sur demande.

Manufacturé par IRWIN NEISLER CO., Decatur, Ill., U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

OSMOPAK

localise sûrement l'infection

FORMULE:

OSMOPAK est un pansement osmotique émollient composé de 58% de sulfate de magnésie, de 1-2% de benzocaïne et de 1-25,000 de vert brillant, dans une base miscible à l'eau.

OSMOPAK est recommandé dans tous les cas d'infection en général, clous, furoncles, plaies diabétiques, etc., et dans le traitement d'inflammation ou d'infections locales purulentes des mains, des pieds ou de tout autre tissu sous-cutané. L'OSMOPAK procure le maximum de drainage avec un minimum de perte de tissu. Il est aussi recommandé dans la cervicite et la vaginite.

Présentation: Pots de 115 et 577 grammes.

Echantillon médical et documentation sur demande.

Manufacturé par Irwin Neisler Co., Decatur, Ill. U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

de des climats. Organisation des Services météorologiques. Visite de la station météorologique de Bronaviation.

PRÉPARATIONS ANTIHISTAMINIQUES

Les personnes qui prennent des préparations antihistaminiques pour soulager les symptômes du rhume ordinaire doivent prendre garde de ne jamais dépasser la dose recommandée et de ne pas recourir à ces préparations pendant une période prolongée, sauf sur l'ordonnance d'un médecin.

En donnant aujourd'hui cet avertissement, le ministère fédéral de la Santé déclare que l'utilisation de ces drogues présente deux dangers.

D'abord, on a déjà remarqué que ces drogues ont des effets secondaires indésirables, dont la somnolence est le plus commun. Cette somnolence a été assez prononcée pour que certaines personnes deviennent négligentes en face des risques de la machinerie qu'elles faisaient fonctionner ou devant ceux que présente la conduite d'une voiture. En deuxième lieu, personne ne peut encore dire quels sont les effets nuisibles que ces drogues peuvent produire sur l'organisme en général ou sur des tissus spécifiques, quand elles sont prises pendant un temps prolongé.

Le Dr C. A. Morrell, directeur des services des aliments et drogues du ministère de la Santé, déclare à ce sujet: « On croit toujours que les rhumes sont dus à l'infection d'un virus, et rien ne prouve que les antihistaminiques agissent de quelque façon sur ce virus. On a demandé aux manufacturiers d'annoncer ces produits simplement comme remèdes pour le soulagement des symptômes des rhumes, tels que l'écoulement du nez, les douleurs et les malaises qui vont de pair avec les rhumes ».

Le Dr Morrell ajoute que les antihistaminiques constituent une nouvelle catégorie de drogues qui semblent être d'une réelle utilité dans le traitement des allergies, mais, d'après ce que l'on en sait actuellement, il n'y a pas beaucoup de rhumes ou de symptômes de rhumes qui soient dus à des allergies.

L'AURÉOMYCINE TOMBE SOUS LES RÈGLEMENTS DES ALIMENTS ET DROGUES

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui que, en vertu de la Loi fédérale des aliments et drogues, on a établi des normes de pureté et d'activité pour l'auréomycine, nouvel antibiotique. On a inscrit également cette drogue sur la liste des produits qui ne peuvent être vendus au public que sur prescription.

L'auréomycine est un antibiotique comme la pénicilline et la streptomycine, mais elle est de découverte plus récente. Elle en est encore au stade expérimental clinique, mais tout indique qu'elle aura son utilité dans le traitement d'infections causées par des organismes qui résistent à la pénicilline et à la streptomycine.

D'après les explications du ministre, l'auréomycine manufacturée ou importée au Canada doit avoir, en vertu des nouveaux règlements, des normes spécifiques en ce qui regarde la teneur en humidité, l'activité et la pureté. Afin de maintenir la haute qualité de la production, le Laboratoire d'hygiène d'Ottawa fera des essais de chaque lot, qu'il soit manufacturé ou importé au Canada. Les règlements exigent aussi que l'étiquette de chaque emballage déclare l'activité de la drogue.

On ne peut se procurer de l'auréomycine que sur ordonnance, parce que l'on est encore assez peu renseigné sur la valeur thérapeutique et qu'elle ne doit être utilisée que par les médecins ou les chercheurs médicaux qui ont la compétence voulue pour mettre cette drogue à l'essai.

D'autres modifications d'ordre technique ont été apportées aux règlements. C'est ainsi que la dihydrostreptomycine tombe sous les mêmes règlements que la streptomycine. Ce dérivé hydrogéné de la streptomycine semble donner d'aussi bons résultats que la streptomycine elle-même, tout en ayant moins d'effets secondaires.

OCTROI DE SUBVENTIONS FÉDÉRALES À TROIS AUTRES HÔPITAUX QUÉBÉCOIS

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé et du Bien-être social, annonce aujourd'hui que des hôpitaux de Westmont, de Québec-ouest et de St-Jérôme (comté de Terrebonne) recevront plus de $279 000 en subventions fédérales, dans le but de les aider à défrayer leurs frais de construction.

Les institutions subventionnées sont le Herbert Reddy Memorial Hospital, de Westmount; Notre-Dame-de-Recouvrance, de Québec-ouest, et l'Hôtel-Dieu de St-Joseph, de St-Jérôme, comté de Terrebonne. Une fois les travaux de construction terminés, 293 nouveaux lits seront ainsi mis à la disposition des malades.

Au Herbert Reddy Memorial Hospital, on installera 12 nouveaux lits dans les locaux occupés jusqu'ici par les internes. Le personnel sera logé dans des maisons des environs. Une subvention fédérale de $8 000 aidera aux frais des réparations.

A Québec-ouest, les Sœurs du Bon Pasteur construisent un nouvel hôpital, qui aura 29 lits et sera réservé aux cas de maternité. La subvention fédérale s'élève à plus de $19 000.

La plus importante de ces trois subventions que l'on vient d'approuver est celle qui est attribuée à à l'Hôtel-Dieu de St-Joseph, de St-Jérôme, et qui

...le plus facilement absorbé ✻

FERROCHLOR E.B.S.

LE CHLORURE FERREUX EST LA FORME SOUS LAQUELLE LE FER EST LE PLUS FACILEMENT ABSORBÉ*

LIQUIDE Chaque once liquide fournit 16 grains de chlorure ferreux et 6 mg. de Vitamine B_1. Présenté en bouteilles de 1 livre, 80 onces et 1 gallon.

COMPRIMÉ Chaque comprimé équivaut à 2½ grains de chlorure ferreux combiné avec 1.0 mg. de Vitamine B_1. Présenté en flacons de 100, 500 et 1000 comprimés.

*Documentation sur demande.

THE E.B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO., LTD. TORONTO, CANADA

Représentants:

M. Paul Busseau, 4904, rue Wellington, Verdun, P. Q. — M. A. A. Summers, Morrisburg, Ont.
M. J. L. Vallerand, 1055, Mont St-Denis, Wolfesfield Park, P. Q.
M. Léon Viens, 9510, rue Saint-Hubert, Montréal, P. Q. — M. P. E. Thibaudeau, 385, boul. Charest, Québec, P. Q.

s'élève à plus de $252 600. Cet hôpital, dont les travaux seront terminés l'automne prochain, aura 238 lits, une pouponnière de 44 moïses, et des services complets de chirurgie, de radiographie et d'obstétrique. Ce nouvel hôpital desservira une population d'environ 25 000 âmes de St-Jérôme et de la région environnante.

Dans le but d'encourager la construction d'hôpitaux dans tout le pays, le Gouvernement fédéral alloue plus de 13 millions de dollars par année. A l'aide de ce fonds, le Gouvernement fédéral verse un montant égal à la subvention que les provinces accordent pour la construction des hôpitaux, jusqu'à concurrence d'un maximum de $1 000 par lit pour les hôpitaux de traitement actif. La quote-part annuelle que Québec reçoit de ces subventions fédérales pour la construction d'hôpitaux s'élève à plus de $3 800 000.

PLUS DE NEUF MILLE LIVRES D'ALIMENTS IMPROPRES À LA CONSOMMATION SONT CONFISQUÉES

Au cours de novembre dernier, d'après le relevé mensuels des unités sanitaires, il appert que plus de neuf mille livres d'aliments impropres à la consommation ont été confisquées. On sait que les inspecteurs sanitaires exercent une surveillance très suivie dans les différents établissements de denrées alimentaires. C'est ce qui les a conduits au cours de novembre dernier dans les établissements suivants: 208 boulangeries, 1868 épiceries, 917 restaurants, 2328 boucheries et 173 marchés publics. Les différentes catégories de maisons faisant le commerce des produits laitiers ont nécessité 1332 inspections dans les seules régions desservies par les Unités sanitaires de la province.

PLUS DE 44.000 PERSONNES PROFITENT DES COURS D'HYGIÈNE DE L'ÂGE SCOLAIRE, EN NOVEMBRE

Examen de 19.530 enfants d'âge scolaire en novembre.

L'enseignement de l'hygiène constitue l'un des principaux soucis des techniciens du ministère provincial de la Santé. A cet égard, le ministère se préoccupe tout particulièrement d'atteindre les milieux scolaires. C'est pourquoi, dans chaque région desservie par une Unité sanitaire, on consacre un certain temps à l'hygiène de l'âge scolaire. Chaque mois, un rapport établit l'œuvre accomplie en ce domaine. Ainsi, durant novembre dernier, plus de 44 000 personnes ont bénéficié des 1525 conférences données. Par la même occasion, 19.530 enfants ont subi soit l'examen médical proprement dit, soit l'examen physique tandis que l'on effectuait plus de douze cents visites à domicile. C'est ainsi que se répandent dans notre province les connaissances indispensables à tous.

AIDE AU MÉDECIN DURANT LES MOIS D'ÉTÉ

Alertée par la poussée toujours croissante vers la spécialisation, l'Association Canadienne des Etudiants en Médecine et des Internes s'est déclarée en faveur du principe de stimuler un intérêt plus grand pour la pratique générale en médecine.

L'Association juge que ceci est une question d'éducation et plus spécialement de connaissance plus grande et plus intime de la fonction, du besoin et de la valeur du médecin de famille dans la société.

Elle a institué un projet par lequel cette éducation pourrait être transmise aux étudiants en médecine grâce à la coopération des praticiens de médecine générale.

Nous exhortons les praticiens de médecine générale à accepter un étudiant en médecine de deuxième ou troisième année (années cliniques) comme apprenti durant les mois d'été.

Veuillez écrire au soussigné en donnant vos nom et adresse et les qualifications spéciales que doit avoir l'étudiant si les services de celui-ci sont désirés.

Ces renseignements seront transmis aux étudiants des facultés de médecine du Canada. Ils adresseront personnellement leur demande aux médecins qui nous auront écrit.

Pour faire suite à la politique de l'A.C.E.M.I. et au travail efficace déjà accompli dans ce domaine par nos prédécesseurs, l'Exécutif National de 1949-50 continue le projet d'emploi d'été.

La coopération de toute la profession médicale du Canada est essentielle à la réussite de ce projet, c'est pourquoi nous faisons appel à celle-ci afin que le plan soit un succès complet.

En instituant ce projet, l'A.C.E.M.I. a pour buts principaux:

1. de stimuler chez les étudiants un plus grand intérêt pour la médecine générale;

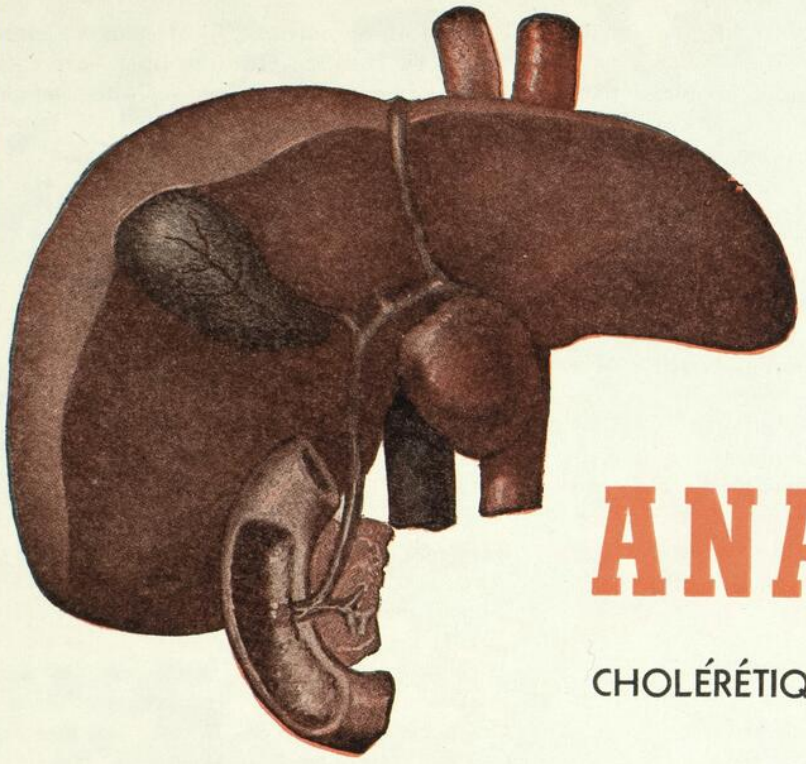
2. d'aider l'étudiant en médecine à acquérir une plus grande connaisance pratique de la clinique faite, soit dans les hôpitaux, soit dans le cabinet du praticien de médecine générale;

3. de fournir à l'étudiant en médecine un moyen de se tenir en rapport intime avec la science médicale durant ses vacances d'été.

L'atteinte de ces buts ne sera obtenue que par la collaboration intense des organisations médicales suivantes:

a. *Les hôpitaux canadiens.*

Voilà des éléments très importants dans la formation de l'étudiant en médecine. Conséquemment,



ANABILE

CHOLÉRÉTIQUE—CHOLAGOGUE

L'ANABILE est présenté sous forme de "tabule" titrée à 5 grains de bile de bœuf fraîche desséchée, contenant les acides biliaires associés et d'autres éléments naturels de la bile.
Chaque "tabule" d'Anabile équivaut à environ 4 cc. de bile de bœuf fraîche.

INDICATIONS

- **Stase biliaire de toute origine (sauf les cas qui nécessitent une intervention chirurgicale).**
- **Hyposécrétion hépatique (cirrhose, inflammation des voies biliaires, congestion passive chronique).**
- **Cholécystite, pourvu qu'il n'y ait aucune obstruction sérieuse.**
- **Absence ou insuffisance de motricité intestinale, provenant d'une sécrétion biliaire insuffisante ou l'accompagnant.**
- **Carence de vitamines lipo-solubles, associés à l'hyposécrétion ou qui en résulte.**
- **Etats cardiaques relevant d'une maladie du système biliaire (maladie de Banti, cirrhose accompagnée d'ascite).**

POSOLOGIE

A doses thérapeutiques ordinaires, les acides biliaires naturels associés tels qu'ils se trouvent dans l'ANABILE, ne sont pas toxiques.
L'ANABILE peut être pris à raison de 5 ou 10 grains trois ou quatre fois par jour, après les repas ou pendant les repas, selon les besoins individuels.
Le régime alimentaire doit être pauvre en graisse.

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

IRWIN NEISLER & CO. - FONDÉE EN 1886 - DECATUR, ILLINOIS

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

nous lançons un appel à ceux-ci dans l'espoir qu'ils favoriseront notre projet.

Les étudiants en médecine sauront apprécier tout travail médical, fut-ce la clinique ou le laboratoire.

b. *Les collèges provinciaux des médecins et chirurgiens.*

Dans chaque province, le Collège des médecins et chirurgiens se montrerait d'une aide précieuse en fournissant à l'A.C.E.M.I. le nom des praticiens de médecine générale qui consentiraient à employer un étudiant en médecine durant les vacances d'été.

c. La section des praticiens de l'Association Médicale Canadienne.

d. Le Conseil Canadien des Hôpitaux.

Il serait fort désirable que chaque association ci-haut mentionnée nous écrive le plus tôt possible afin que nous puissions mettre notre projet en marche. Une publicité adéquate sera faite dans les diverses revues médicales canadiennes en ce qui concerne ce projet.

Adressez toute correspondance à:

M. Guy Lemieux,
Officier national des Relations Extérieures,
Le comité national de l'A.C.E.M.I.,
Faculté de médecine,
Université de Montréal,
2900, boulevard du Mont-Royal,
Montréal 26.

CONSULTATION GÉNÉRALE DE LA CLINIQUE DES MALADIES DU THORAX DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

25 novembre 1949

Sarcoïdose. — Docteur P. Dontigny.
Asthme irréductible. — Docteur Jacques Léger.
Cas pour diagnostic. — Docteur Paul David.
Adénome bronchique du lobe inférieur droit. — Docteur V. Latraverse.
T. B. et Diabète. — Docteur P. Brodeur et L. H. Gariépy.

2 décembre 1949

Cas pour diagnostic. — Docteur E. D. Gagnon.
Ostéite chronique. — Docteur E. D. Gagnon et R. Lapointe.
T.B. pulmonaire. — Docteur E. D. Gagnon et R. Lapointe.
Atélectasie par corps étrangers (Présentation de films). — Docteur J. L. Léger et V. Latraverse.

9 décembre 1949

Tumeur intra-thoracique. — Docteur A. Mackay et R. Lafortune.
Hémoptysie ou hématémèse. — Docteur A. Mackay et P. David.
Tumeur intra-thoracique. — Docteur V. Latraverse et J. D. Langlois (Institut Bruchési).
Atélectasie par corps étrangers (Notes complémentaires). — Docteur J. L. Léger et V. Latraverse.
Cas pour diagnostic. — Docteur J. Léger.
Cas pour diagnostic. — Docteur E. D. Gagnon.

16 décembre 1949

Sarcome d'Ewing. — Docteur J. Prévost et S. Lauzé et R. Lapointe.
Tumeur de la trachée. — Docteur V. Latraverse.
Les anti-biotiques dans les maladies pulmonaires. — Docteur A. Bertrand.
Agénésie du tronc brachio-céphalique artériel. — Docteur Roger Lapointe.

9 décembre 1949

Tumeur intra-thoracique. — Docteur A. Mackay.
Hemoptysie ou hématémèse. — Docteur A. Mackay et P. David.
Tumeur intra-thoracique. — Docteur V. Latraverse et J. D. Langlois (Bruchési).
Atélectasie par corps étranger. (Notes complémentaires). — Docteur V. Latraverse et J. L. Léger.
Cas pour diagnostic. — Docteur Jacques Léger.
Cas pour diagnostic. — Docteur E. D. Gagnon.

16 décembre 1949

Sarcome d'Ewing. — Docteurs J. Prévost, S. Lauzé et R. Lapointe.
Tumeur de la trachée. — Docteur V. Latraverse.
Les anti-biotiques dans les maladies pulmonaires. — Docteur A. Bertrand.
Agénésie du tronc brachio-céphalique artériel. — Docteur R. Lapointe.

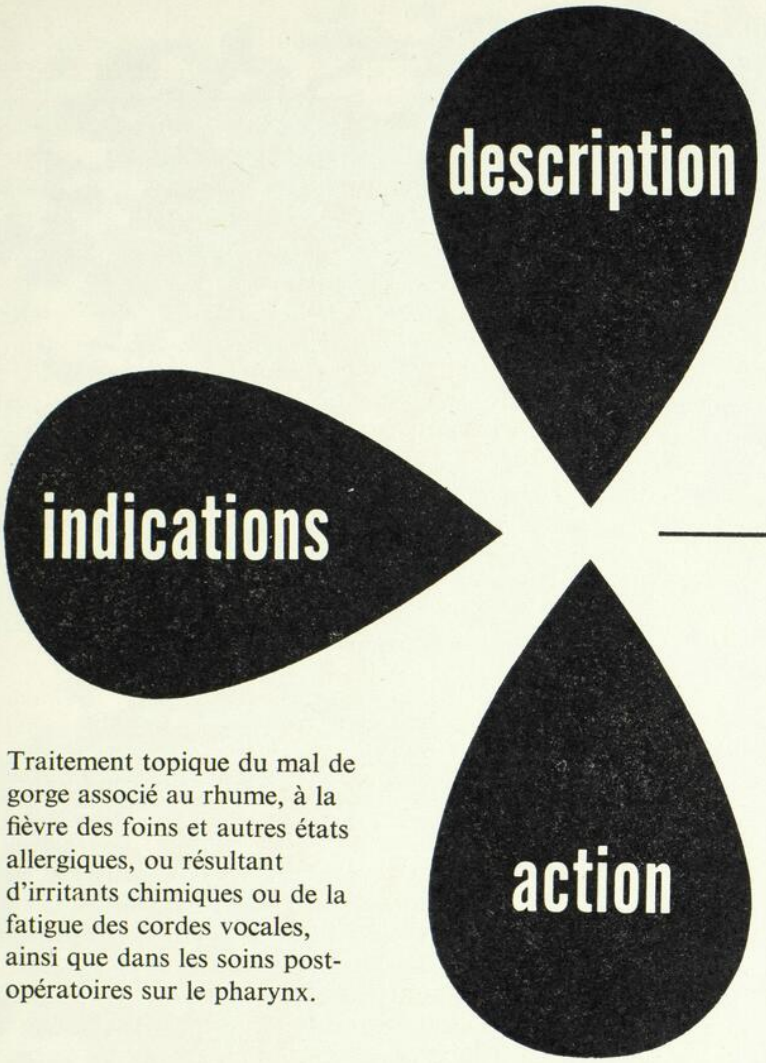
NUMÉRO SPÉCIAL DE "LA PRESSE MÉDICALE"

A l'occasion de la fin de l'année 1949, notre confrère *La Presse Médicale,* de Paris, a repris une tradition déjà longue et a publié un numéro spécial largement illustré en noir et en couleurs.

On a fait effort dans ce fascicule pour grouper à la fois des articles de nombreux médecins français et étrangers dont le texte justifiait d'être accompagné d'une iconographie abondante en noir et souvent en couleurs, et aussi des chroniques d'un intérêt général pour le Corps médical.

Ces chroniques, à côté des articles scientifiques, complètent une documentation très riche.

La couverture reproduit un vitrail de la Cathédrale de Chartres publié pour la première fois en couleurs, et dont la place se justifie au fronton d'une publication médicale par la présentation de Saint-Côme et de Saint-Damien, Patrons des Médecins et des Chirurgiens.



Les TYROZETS sont des pastilles roses d'un goût agréable. Chaque pastille contient 1 mg. de tyrothricine comme antibiotique, et 5 mg. de benzocaïne comme analgésique et calmant.

Traitement topique du mal de gorge associé au rhume, à la fièvre des foins et autres états allergiques, ou résultant d'irritants chimiques ou de la fatigue des cordes vocales, ainsi que dans les soins post-opératoires sur le pharynx.

Les TYROZETS soulagent rapidement la douleur du mal de gorge (benzocaïne), et aident à supprimer les infections locales dues à plusieurs organismes gram-positifs (tyrothricine).

Tyrozets®

Pastilles antibiotiques et analgésiques pour la gorge.

Présentation: Tube en plastique jaune incassable, contenant 12 pastilles.

Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 13, Ont.

SHARP & DOHME

Dans le sommaire, on relève les noms des professeurs Brocq et Delay, des professeurs agrégés Garcin, Varangot, Léger et Rudler, de la Faculté de Médecine de Paris, des professeurs Mattei (de Marseille), Weiss (de Strasbourg), Deloyers (de Bruxelles), Degoy (de Cordoba), Vagliano (d'Athènes), Quesada (de Madrid), du docteur Moutier, des docteurs Monsaingeon et Baumgartner, chirurgiens des Hôpitaux de Paris, et de beaucoup d'autres médecins, chirurgiens ou spécialistes de Paris, Lille, Marseille, Montpellier, le Havre et Dakar.

Suivent trois chroniques, l'une sur le culte populaire en France de Saint-Côme et Saint-Damien, Patrons des médecins et des chirurgiens, une autre sur les éditions de la Société des Médecins Bibliophiles, la troisième résumant l'histoire de l'Hôpital Militaire du Val-de-Grâce, dont on célèbrera le centenaire en 1951.

AIDE FÉDÉRALE À L'ÉCOLE CARDINAL-VILLENEUVE

L'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui que le Gouvernement fédéral vient d'assigner près de $7 000 à l'achat de matériel médical spécial, destiné à l'Ecole Cardinal-Villeneuve pour enfants infirmes, à Québec.

Cette école, depuis 1935, accomplit un remarquable travail auprès des enfants infirmes de la ville de Québec. A l'heure actuelle, 80 étudiants y sont inscrits. C'est la Ligue de la jeunesse féminine de Québec qui a fondé cette école et qui la dirige. En plus de suivre les cours réguliers de l'école, les étudiants sont soumis à la physiothérapie, aux massages et à d'autres traitements qui les aident à recouvrer la santé. Le Dr Louis-Philippe Roy et le Dr Jean-Charles Miller sont les médecins consultants de l'école. La plus grande partie de la subvention fédérale est destinée à fournir un matériel supplémentaire qui permettra au service médical d'améliorer le traitement.

LES ALIMENTS GRAS RENDENT LA DIGESTION PLUS PÉNIBLE

Ne surchargez pas votre foie pendant les repas des fêtes.

Les aliments gras rendent la digestion plus lente et plus pénible. Souvent ils sont la cause de nos maux d'estomac. Un repas trop riche en mets gras provoque fréquemment des désordres graves dans un foie dont le fonctionnement est, sans qu'on le soupçonne, en équilibre instable. Tels sont quelques-uns des faits physiologiques que nous rappellent les hygiénistes à l'occasion des fêtes, cette période durant laquelle on a l'habitude de faire bonne chère à l'excès.

« Je donnerais cent ans de gloire pour une bonne digestion », déclarait un jour un grand écrivain qui était obligé de se surveiller quotidiennement. La qualité et la quantité des aliments jouent un rôle prépondérant dans la diète. La première se résume à ne point aborder d'aliments contraires à notre estomac et à suivre les conseils des hygiénistes spécialisés en nutrition. Le ministère provincial de la Santé met à votre disposition les connaissances de ses nombreux techniciens et techniciennes. Profitez-en.

Par ailleurs, si vous ingurgitez plus d'aliments qu'il n'en faut, l'hygiène ne pourra pas vous protéger contre les conséquences de vos abus. Tout homme, toute femme qui mène une vie régulière et frugale, ménage, par le fait même, sa santé.

Chaque année, dans notre province, les diverses maladies de l'appareil digestif causent, directement ou indirectement ,un grand nombre de décès. Que de malaises et même de maladies on s'éviterait en restant modéré dans le boire et le manger. Prenons, à l'aurore de la nouvelle année, la résolution de ne plus faire d'abus.

L'INSTITUT BRUCHÉSI DE MONTRÉAL Inc.

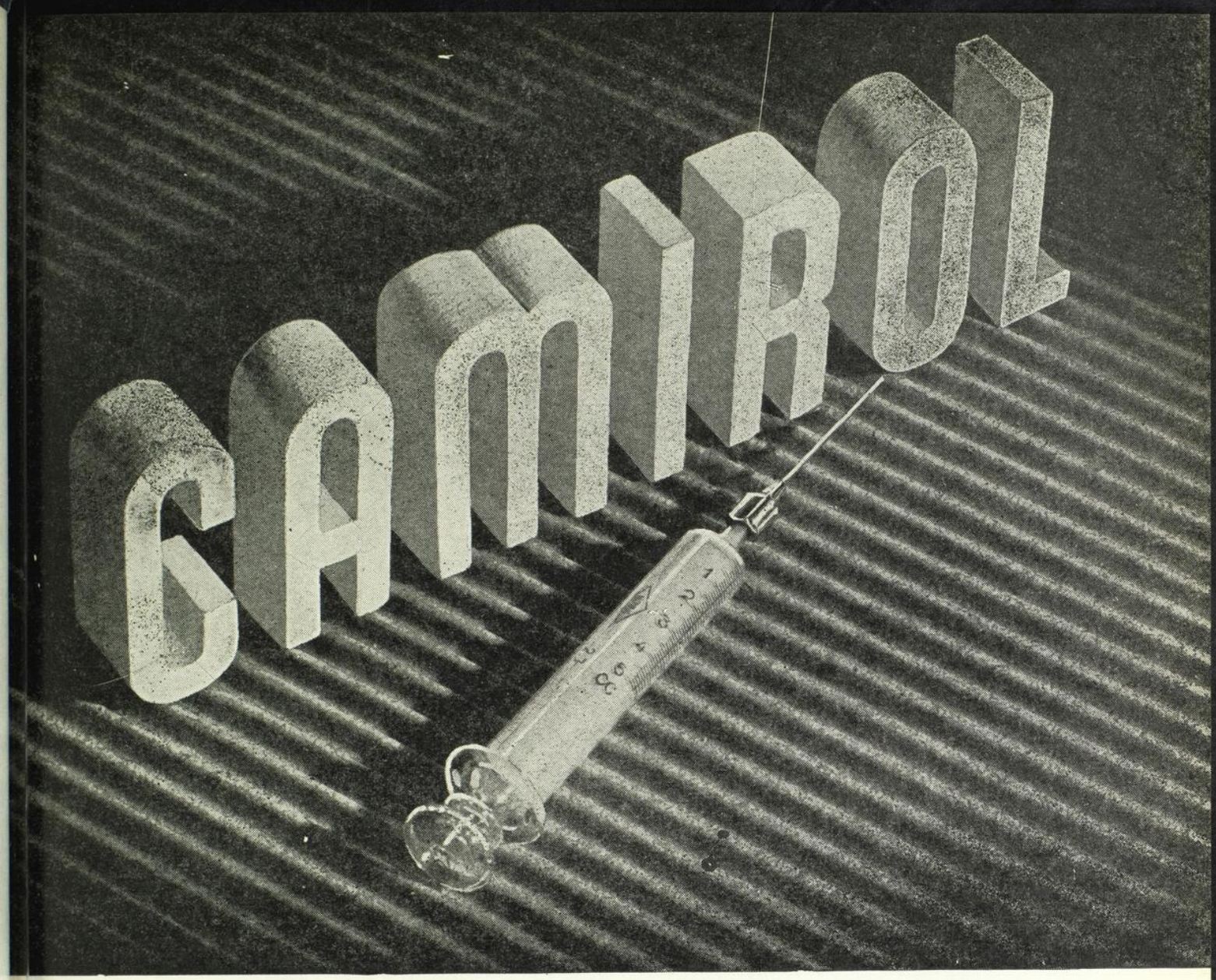
Notes du mois.

Dans le présent rapport de novembre, nous avons indiqué que notre Service Social surveille 20 231 personnes qui sont en contact dans leur famille avec un tuberculeux. Le total répartit en 13 926 adultes et 6 305 enfants. Pourquoi avons-nous aujourd'hui plus de contacts au-dessus de 15 ans que de contacts au-dessous de 15 ans?

Il est possible que dans un même foyer il y ait deux et même trois ménages. La moyenne des adultes serait donc plus considérable. Ce surpeuplement augmente les dangers de contamination. N'est-on pas plus près du réel en considérant que nos tuberculeux sont en général moins jeunes qu'autrefois. S'ils ont des enfants d'au moins quinze ans, eux-mêmes approchent de la quarantaine et l'ont peut-être dépassée.

Cette constatation doit suggérer: 1. qu'un dépistage massif de la population adulte est nécessaire pour dépister tous les cas de tuberculose. 2. que, parmi ces adultes en contact avec un tuberculeux dans leur famille, 30% selon les statistiques, ne réagissent pas à la tuberculine et devraient être vaccinés par le B.C.G. avant que la contagion ne les atteigne. 3. enfin que, malgré l'infériorité de leur nombre, les enfants sont encore une part importante de la population et dont il faut prendre grand soin et les défendre en les vaccinant, s'ils n'ont pas été contaminés.

Cet aperçu confirme l'évidence de la modification actuelle de la dissémination tuberculeuse. Il faut le redire. Il faut surtout organiser la lutte en tenant



Nouvelle Médication

pour la sinusite et les infections des voies respiratoires

Injection Intramusculaire

FORMULE

Iodoforme — Menthol
Iodures — Camphre

Ampoule de 1 cc.
(En solution huileuse de faible acidité)

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL, MONTRÉAL

compte de cette situation pour qu'on n'ait pas un jour à déplorer d'autres ruines.

Les statistiques fédérales sur la tuberculose révèlent une situation des plus encourageantes. Partout il y a diminution appréciable de la mortalité. Le taux pour le Canada, comparé aux taux des deux années précédentes a fait une chute de 6,3 sur 1947 et de 10,3 sur 1946. Dans les mêmes années le taux de la Province de Québec a fléchi de 6,6 sur 1947 et de 13,8 sur 1946. Il est permis de se réjouir de ce résultat. Si l'on pouvait escompter tous les deux ans une baisse de dix points, le problème tuberculeux serait résolu dans l'espace d'une décade.

Il serait téméraire cependant d'y compter sans amplifier notre lutte. Nous aurons sans doute, une année ou l'autre, une recrudescence de la mortalité qui nous fera perdre un peu de l'avantage acquis. C'est au reste ce qui s'est déjà produit dans toute les provinces du Canada et dans d'autres pays, aux Etats-Unis particulièrement. La prudence conseille donc de mettre à plein profit les moyens de lutte que nous possédons présentement.

La tuberculose n'est pas un mal fatal. Elle se prévient et elle se guérit. Mais la prévention et la cure sont avant tout du domaine de la volonté personnelle. Aucune organisation, aucune loi, ne peut empêcher un tuberculeux récalcitrant ou ignorant de contaminer son entourage. Même pour améliorer les conditions du foyer, de la vie familiale, il faut vouloir d'abord et si l'on ne peut réussir seul il faut encore vouloir se faire aider. En fait de soins d'hygiène, nous pouvons toujours nous les assurer par nous-mêmes, dans la plupart des circonstances. C'est affaire de volonté aussi de se faire examiner et de se soigner quand on est tuberculeux. L'hôpital est bien, dans une certaine mesure, à la disposition du malade; mais s'il refuse d'y faire un séjour suffisamment prolongé, s'il en sort contre le gré du médecin qui le soigne, nul ne peut aller contre cette volonté. Beaucoup ne guérissent pas et meurent, parce qu'ils l'ont voulu.

Malgré nos succès, la province de Québec est encore celle qui a le taux de mortalité le plus élevé. Nous devrions avoir l'orgueil de faire mieux, car nous le pouvons. D'ailleurs nous y sommes intéressés. Nous perdons notre capital humain; notre propre sécurité est en péril: quand un tuberculeux circule au milieu de la population y semant ses bacilles, le danger n'est pas très apparent; mais il existe. Si chacun voulait faire sa part de tout le travail qui incombe à la communauté, le niveau de la santé publique serait élevé et notre province serait au premier rang.

Dr Gaetan JARRY, *Directeur Médical.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

Au cours d'une déclaration qu'il a faite aujourd'hui, l'hon. Paul Martin, ministre fédéral de la Santé, range l'abaissement sans précédent du taux de mortalité par la tuberculose, le développement d'un grand nombre de nouveaux services d'hygiène publique, la formation de près de 3 000 préposés d'hygiène publique et l'aide à l'installation de plus de 17 000 nouveaux lits dans les hôpitaux, parmi les nombreux fruits de la coopération fédérale-provinciale dans les questions d'hygiène.

En portant la parole à la séance inaugurale de la conférence de trois jours des directeurs provinciaux des relevés sur la santé, M. Martin a demandé avec instance que l'on donne encore plus d'importance aux services d'hygiène dans tous les domaines auxquels le Programme national d'hygiène s'intéresse.

Grâce à l'élan donné par les subventions nationales d'hygiène, le Canada, dit M. Martin, est lancé actuellement dans un programme de recherche des cas de tuberculose, le plus vaste qui soit dans l'histoire de toutes les nations modernes, et l'on distribue gratuitement de la streptomcycine pour tous les cas de tuberculose qui peuvent bénéficier de cette drogue. M. Martin insiste pour qu'on utilise en plus grande quantité le B.C.G., afin de prévenir l'infection tuberculeuse, surtout chez les enfants.

M. Martin ajoute que près de 1 800 personnes ont reçu une formation spéciale dans tous les champs de l'hygiène publique, et que plus de 1 100 suivent actuellement des cours, en vertu du programme de formation professionnelle. Quant aux subventions pour la construction d'hôpitaux, elles ont aidé à installer 17 488 nouveaux lits, et l'on est à étudier l'octroi de subventions pour l'installation de 819 autres lits.

Un montant de $50 000 vient d'être assigné à l'achat de cortisone et d'ACTH, dans le but de faire des recherches cliniques au Canada.

C'est là la première étape d'un programme d'une immense importance pour l'humanité. Des subventions importantes ont été accordées aussi pour créer ou augmenter les services d'hygiène industrielle, de soins dentaires aux enfants, des programmes d'immunisation pour la lutte contre les affections contagieuses, des maisons de santé et des dispensaires d'hygiène mentale.

En terminant, M. Martin prie avec instance que l'on termine le plus tôt possible les relevés provinciaux sur la santé afin de trouver les lacunes qui existent actuellement dans les programmes d'hygiène, et de les combler.

Madame Azarie Cousineau — Tél.: TAlon 5189 — Instruments chirurgicaux d'accoucheur à vendre.

Déjà en '38

" Pour sa commodité, sa posologie réduite mais suffisante, et sa meilleure tolérance, la tendance actuelle va au sulfate ferreux . . ."

Sielke, E.L.: Rhode Island M.J. 21:61, avril 1938

Encore en '48

" Aucune préparation à base de fer n'a surpassé le sulfate ferreux, ou en économie, ou en efficacité."

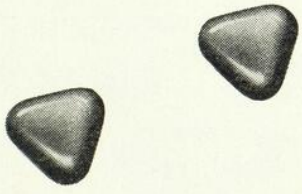
Emerson, C.P., Jr.: M. Chir. North America 32:1264, septembre 1948

Egalement aujourd'hui

Il existe de nombreuses préparations à base de fer, mais seuls les comprimés Fesofor renferment le sulfate ferreux dans ce véhicule spécial, unique à SKF et cet enduit, qui ensemble—

1. empêchent la transformation par oxydation du sulfate ferreux au sulfate ferrique moins efficace.
2. assurent une désagrégation rapide dans le milieu acide de l'estomac et du duodenum supérieur, à l'endroit de la meilleure absorption.

Un comprimé Fesofor renferme 3 grains de sulfate ferreux desséché, représentant environ 5 grains de sulfate ferreux cristallisé.



Comprimés Fesofor

la sidérothérapie classique

Smith Kline & French Inter-American Corporation

Montréal 1

REVUE DES LIVRES

Jean C. LEVADITI et B. KREIS. — **Techniques de laboratoire en pneumologie.** Un volume de 270 pages. Collection de l'Institut Pasteur. — Editions Médicales Flammarion, 1949.

Le seul titre de cet ouvrage pourra peut-être dissuader bon nombre de médecins cliniciens d'en prendre connaissance sous prétexte qu'ils ne sont pas pneumologues. De leur côté, les spécialistes du poumon seront tentés de tendre obligeamment le bouquin aux hommes de laboratoire avec la conviction que ceux-ci en demeurent les seuls destinataires.

Pourtant, le livre de Messieurs Levaditi et Kreis touche la médecine générale aussi bien que la spécialité et ne s'adresse pas moins au clinicien de laboratoire. Pour la première fois, à ma connaissance, présente-t-on une synthèse des éléments de collaboration scientifique qui doivent unir Clinique et Laboratoire au chapitre de la pathologie pulmonaire. De plus, il n'est pas inopportun de préciser avec les auteurs que les techniques utilisées en pneumologie ne sont pas confinées à la recherche du bacille tuberculeux. Cette vérité n'est pas aussi première qu'elle peut le paraître.

La première partie de l'ouvrage s'attache à des généralités: on y parle de la place occupée en pathologie pulmonaire par le laboratoire.

La deuxième partie s'intéresse à la Bactériologie et se compose de sept chapitres:

Les germes aérobies des suppurations bronchiques, pleurales et pulmonaires.

Diagnostic des principaux germes aérobies des suppurations broncho-pleuro-pulmonaires.

Les germes anaérobies des suppurations bronchiques, pleurales et pulmonaires.

Les spirochètes des suppurations bronchiques et pulmonaires.

Mycoses pulmonaires.

Hémoculture aérobie et anaérobie dans les infections pulmonaires.

Les infections pulmonaires à virus.

La troisième partie est entièrement consacrée à l'étude du bacille tuberculeux. A côté des méthodes générales de diagnostic, on y fait mention du dosage des antibiotiques, du sulfamide, des sulfones et de l'acide para-amino-salicylique dans les humeurs et les produits pathologiques; le sujet de la résistance des germes aux antibiotiques y est également traité.

La quatrième et dernière partie de l'ouvrage réunit les éléments d'hématologie, de sérologie, de cytologie et d'histologie qui doivent retenir notre attention au cours des processus infectieux du poumon.

En somme, 260 pages d'enseignement clair, ordonné et pratique, enrichies de 13 planches hors-texte. Rares sont les médecins qui n'y trouveront pas leur profit.

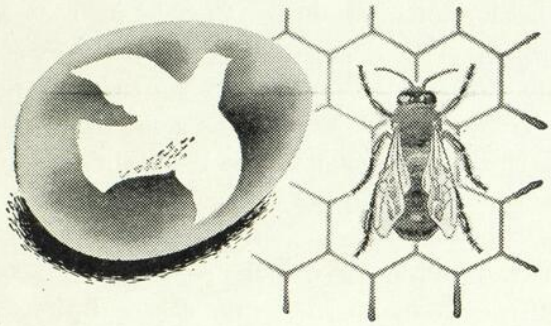
Comme l'écrit si justement le professeur Etienne Bernard qui a préfacé ce livre, « l'union de la Clinique et du Laboratoire n'est plus une expression surannée, c'est une symbiose réalisée dans son intégralité pour le meilleur profit du diagnostic, pour la meilleure conduite du traitement ».

Paul DIONNE.

M. BURSTEIN, chef de laboratoire au Centre National de Transfusion sanguine. — **La coagulation du sang.** Un volume de 172 pages. (Monographies du Centre National de Transfusion sanguine.) — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Sujet ancien mais combien actuel, le problème de la Coagulation du sang reste entouré d'un voile de mystère. Phénomène extrêmement complexe et qui intéresse à divers titres le médecin et le biologiste, la coagulation sanguine a fait l'objet d'un nombre considérable de travaux souvent contradictoires. Diverses hypothèses parfois purement spéculatives ont

Hormones sexuelles



B.D.H.

ANDROGÈNES, PROGESTÉRONES & ŒSTROGÈNES

pour administration orale et parentérale

L'assortiment des spécialités à base d'hormones sexuelles B.D.H. comprend la gamme complète des produits essentiels à ce genre de thérapeutique.

ANDROGENS

Propionate de testostérone B.P.
Méthyle testostérone B.D.H.

PROGESTOGENS

Progestin B.D.H. (injection de progestérone B. P.).
Ethistérone B.D.H.
(Progestin oral)

ŒSTROGENS

Dienœstrol B.D.H.

Comprimés d'Œstroform
(Comprimés d'Œstrone B.P.).

Ampoule d'Œstroform
(Injection d'Œstradiol monobenzoate B.P.).

Stilbœstrol B.D.H.

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LIMITED

TORONTO, CANADA

été proposées pour expliquer la fluidité du sang à l'intérieur des vaisseaux et sa gélification au contact d'une surface étrangère. De grands progrès ont été réalisés ces dernières années grâce à l'introduction des méthodes quantitatives et grâce à l'isolement chimique de plus en plus poussé de divers facteurs qui jouent au cours de la coagulation.

De récentes recherches ont eu des applications très importantes dans le domaine du diagnostic et du traitement. Ainsi le dosage de la prothrombine a permis d'isoler tout un groupe de syndromes hémorragiques. La découverte de la vitamine K et des anticoagulants a enrichi la thérapeutique de moyens d'action très puissants.

En tenant compte des travaux cliniques et expérimentaux les plus récents, cette monographie présente l'état actuel du problème de la coagulation du sang. Après avoir rappelé quelques notions générales, l'auteur étudie tout d'abord les facteurs qui interviennent au cours de la coagulation et expose successivement les données récentes concernant la prothrombine, la thromboplastine, les activateurs plasmatiques de la prothrombine, les plaquettes, le calcium, la surface de contact, la thrombine, la fibrinogène.

Deux chapitres sont ensuite consacrés à la rétraction du caillot et à la fibrinolyse, tandis que les quatre derniers chapitres étudient les syndromes hémorragiques par défaut de coagulation (les hypoprothrombinémies et la vitamine K; l'hémophilie) ainsi que les anticoagulants (héparine, dicoumarol) et leurs applications thérapeutiques.

J. DUCUING, professeur de clinique chirurgicale et du cancer, directeur du Centre Anticancéreux de Toulouse; L. DUCUING, ancien laryngologiste du Centre Anticancéreux de Toulouse. — **Les tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures.** Un volume de 582 pages, avec 170 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

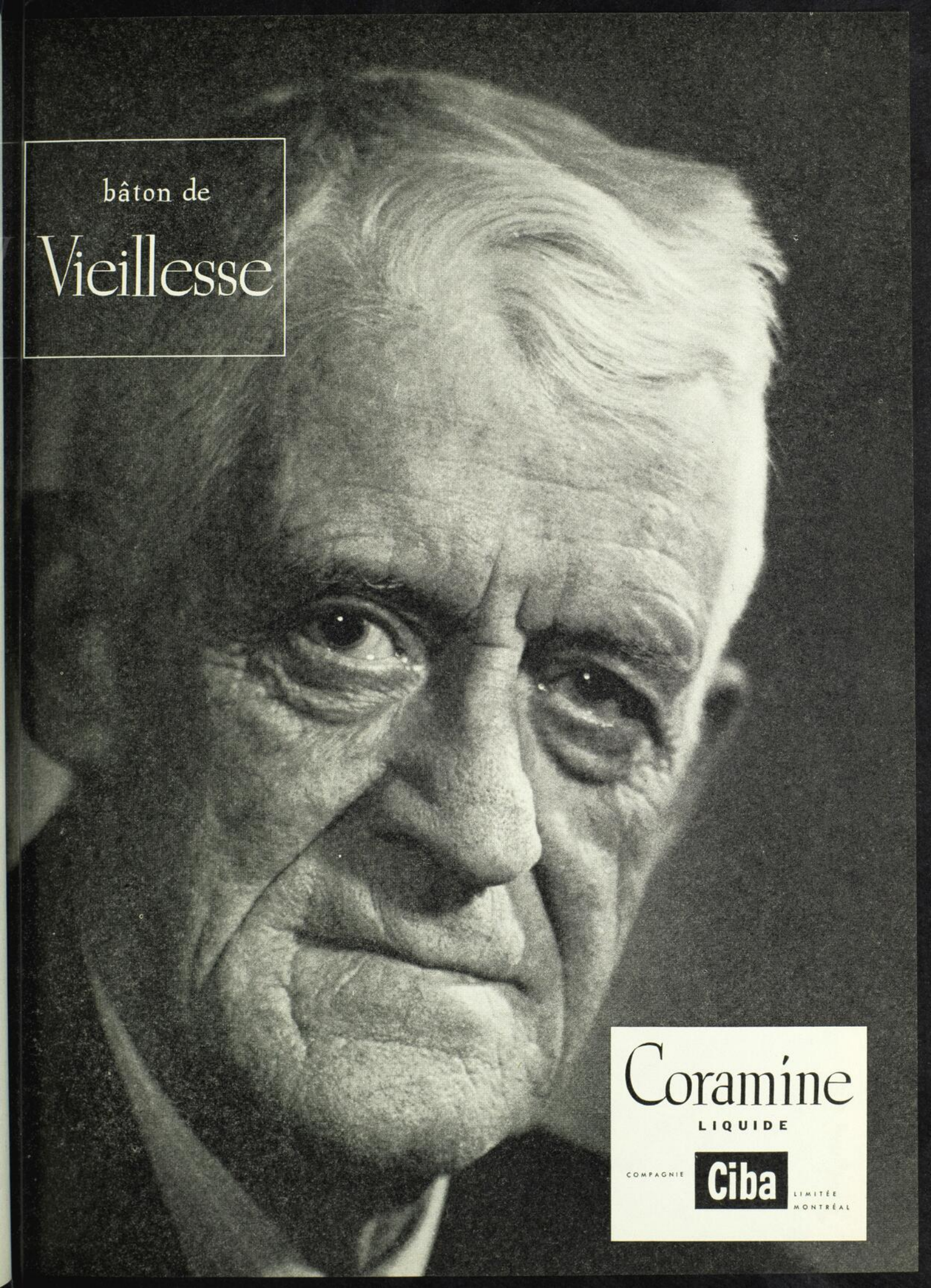
Les travaux publiés par les auteurs au cours des vingt-cinq dernières années, l'enquête personnelle qu'ils ont effectuée, sur place dans la plupart des Centres Anti-Cancéreux d'Europe et d'Amérique, leur compétence enfin pour tout ce qui touche à la cancérologie, leur donnaient une autorité particulière pour essayer de résoudre un problème sur lequel l'unanimité n'est pas encore complètement réalisée: celui du traitement optimum des tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures.

Cest le fruit de leur longue expérience qui est présenté dans cet ouvrage. Il est divisé en deux parties. La première comporte des notions générales au cours desquelles sont exposés l'anatomie, la physiologie et les procédés d'examen des voies aéro-digestives supérieures, l'anatomie pathologique des tumeurs malignes dont elles sont atteintes, l'étude de l'action des radiations sur les tissus normaux et sur les tumeurs malignes, l'exposé des moyens thérapeutiques qui peuvent leur être opposés. L'étude des procédés d'examen clinique comporte notamment diverses techniques originales relatives, par exemple, à l'exploration des chaînes ganglionnaires, du larynx, du pharynx et des zones de transition pharyngolaryngées.

L'étude des moyens thérapeutiques comporte notamment: la technique personnelle des auteurs sur l'évidement ganglionnaire du cou, la description détaillée des techniques d'exérèse sanglante vis-à-vis des tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures, de leur irradiation ou des procédés « combinés ».

La deuxième partie comporte l'étude particulière de chacune des tumeurs malignes du tractus pharyngo-laryngé: celles du nasopharynx, du pharynx, du larynx et des zones de transition entre ces organes.

170 figures inédites (schémas, photos, radios, dessins d'après nature) agrémentent et clarifient encore la lecture de cet ouvrage qui offre un intérêt égal pour le spécialiste laryngologiste, pour le cancérologue, pour le radiothérapeute, pour le médecin d'ordre général lui-même qui, chacun pour leur compte, trouveront dans ce travail des enseignements d'utilisation quotidienne.


bâton de
Vieillesse
Coramine
LIQUIDE
COMPAGNIE
Ciba
LIMITÉE
MONTRÉAL

Pierre LACROIX, professeur à l'Université de Louvain. — **L'organisation des os.** Un volume de 230 pages, avec 87 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Un certain nombre de notions entièrement neuves ont été acquises au cours de ces dix dernières années sur la dynamique du développement squelettique: des phénomènes d'induction y jouent qui paraissent liés à l'existence, dans le cartilage de conjugaison, dans le périoste, dans le tissu osseux et dans la moelle, de substances organisatrices.

La présente monographie est la première à donner une étude d'ensemble de ces faits qui, jusqu'ici, n'avaient été enregistrés que de façon éparse. Elle montre comment nos conceptions sur l'organisation des os s'en trouvent renouvelées et elle indique les perspectives qui s'ouvrent aux recherches à engager dans cette voie.

L'ouvrage toutefois n'est pas destiné seulement au travailleur de laboratoire, histologiste ou biochimiste, qui songerait à aborder ce genre de problèmes. Il comporte un exposé détaillé, fondé sur des expériences originales, de la plupart des questions relatives au développement du squelette. A ce titre, il sera lu avec profit par tous ceux, chirurgiens, radiologues et pédiatres, pour qui une connaissance approfondie de la vie des os est d'application quotidienne.

La bibliographie vise à recenser tous les travaux parus récemment sur les sujets traités.

Divisions de l'ouvrage

Introduction. — La structure des os longs chez l'adulte. — Le mode de croissance des os longs. — Etude histologique du développement des os longs. — Le mode de croissance de la moelle des os. — Le mode de croissance du périoste et ses conséquences. — Greffes de cartilages de conjugaison. — Origine de la virole osseuse périchondrale. Premier exemple d'un phénomène d'induction dans le développement squelettique. — Le rôle du cartilage de conjugaison dans l'allongement des os. — Le fonctionnement du cartilage de conjugaison. — Induction assimilatrice de l'ossification endochondrale. Deuxième exemple d'un phénomène d'induction dans le développement squelettique. — Existence d'une substance organisatrice dans le cartilage de conjugaison. — Reconstitution d'un cartilage de croissance après amputation. Signification du phénomène. — Le rôle du périoste dans l'organisation des os. — Les greffes de tissu osseux. Etude histophysiologique. — L'ostéogenèse médullaire. — Perspectives d'avenir. — Bibliographie. — Index.

UNIFORMITÉ

L'une des plus belles usines de produits pharmaceutiques au monde est exclusivement consacrée à la fabrication de l'Aspirin. Rien de ce que vous prescrivez n'est fait avec plus de soin. Pour assurer la qualité toujours uniforme de l'Aspirin, plus de soixante-dix vérifications et essais différents sont faits au cours de sa fabrication. A l'appui de ces vérifications et de ces essais, il y a quarante-sept années d'expérience dans la fabrication de *l'analgésique* pour usage à la maison . . . l'Aspirin.

Pourrions-nous vous envoyer une bonne provision d'échantillons médicaux?

Ecrivez à:

The Bayer Company Ltd., 1019 Elliott Street, W., Windsor, Ontario

"Aspirin" est la marque déposée au Canada de The Bayer Company Ltd.

HÉMOSTYL

Sérum hémopoïétique frais de cheval

FLACONS - AMPOULES

Anémies
Convalescences
Hémorragies

1 à 2 ampoules le matin à jeun dans 1/4 de verre d'eau, par voie buccale.

SIROP

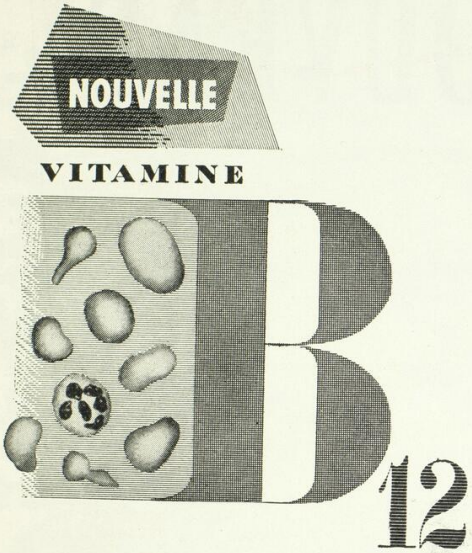
Anémies des enfants
Chloro-anémies

1 cuillerée à potage (enfants une cuillerée à café) avant les trois principaux repas.

Laboratoires du Dr ROUSSEL, 97, rue de Vaugirard, PARIS

Agents pour le Canada : **J. EDDÉ Ltée**, New Birks Bldg., MONTRÉAL

J. Eddé, Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.



"La Vitamine B_{12}, par unité de poids, est la substance antianémique la plus efficace que l'on connaisse".

SPIES ET AL. J.A.M.A. 139: 521, 1949

Le concentré SQUIBB de vitamine B_{12}

RUBRAMIN

abonde maintenant sur le marché.

- ▶ solution aqueuse, indolore et sans protéine.
- ▶ coût presque identique à celui de l'Extrait de Foie.

Ampoules de 1 cc., à raison de 15 microgrammes de vitamine B_{12} par ampoule. Boîtes de 5.

Fioles de 5 cc., contenant 30 microgrammes de vitamine B_{12} par cc.

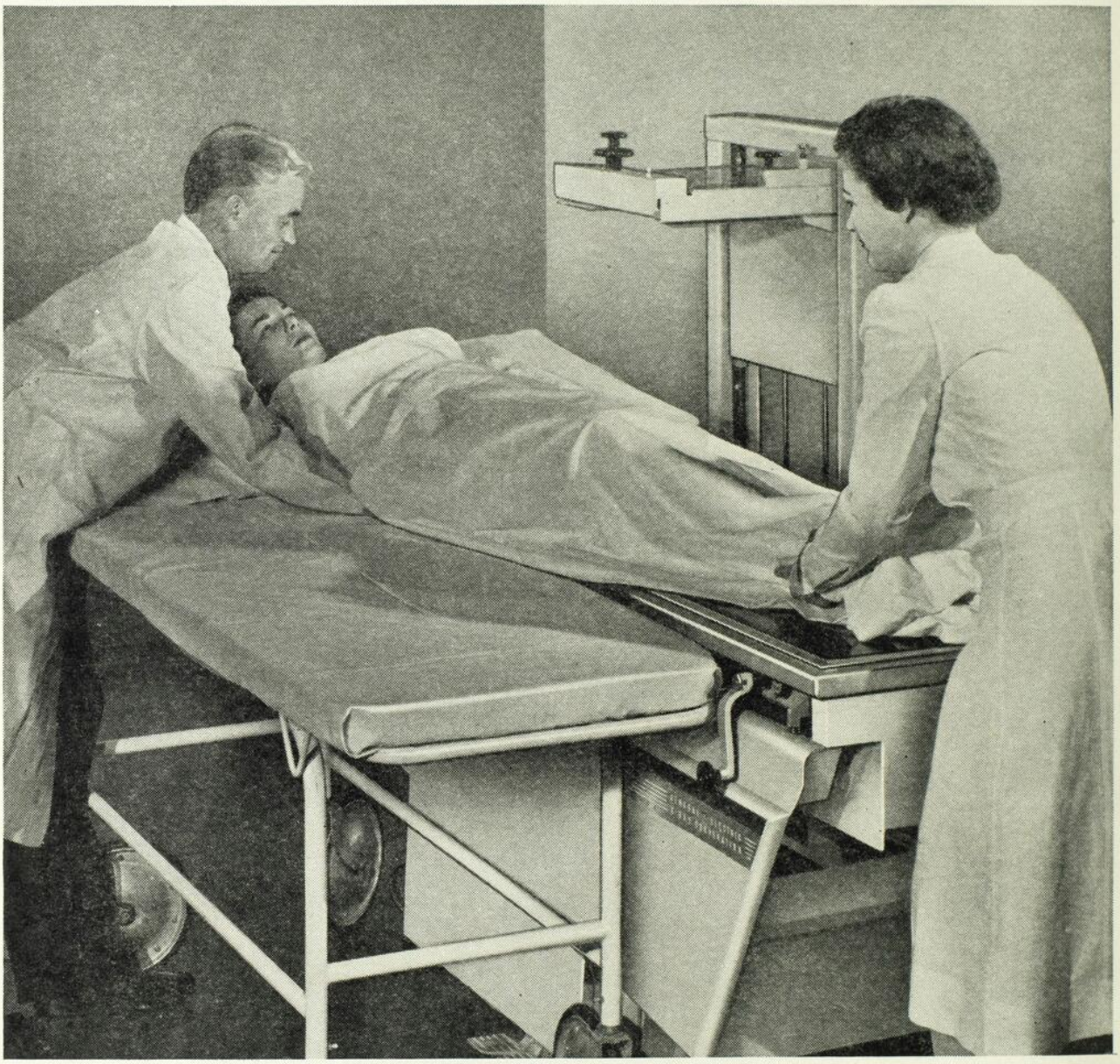
Le dosage pour RUBRAMIN à 15 microgrammes est le même que pour l'Extrait de Foie à 15 unités.

'RUBRAMIN' EST UNE MARQUE DÉPOSÉE PAR E. R. SQUIBB & SONS

E. R. SQUIBB & SONS (CANADA) LIMITED
2245 RUE VIAU, MONTRÉAL

SQUIBB FABRICANTS DE PRODUITS CHIMIQUES POUR LE CORPS MÉDICAL DEPUIS 1858

du NOUVEAU!

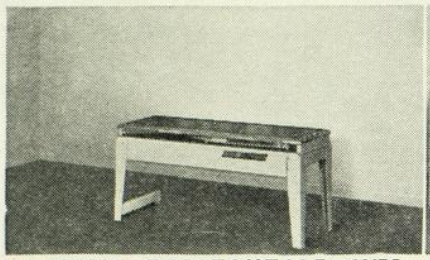


Beaucoup plus qu'un nouvel appareil à Rayons X, le Maxicon est une idée essentiellement nouvelle, servant de base à toute une série d'appareils à Rayons X. Spécialement conçu pour progresser avec votre clientèle. En effet, le Maxicon vous permet de choisir ce dont vous avez actuellement besoin, du plus simple au plus perfectionné des appareils. Composé d'un nombre d'éléments qui peuvent être assemblés de multiples façons, il couvre tout le champ d'activité du radiodiagnostic, à partir de la table horizontale jusqu'au poste combiné de 200 milliampères avec deux tubes et table basculante automatique.

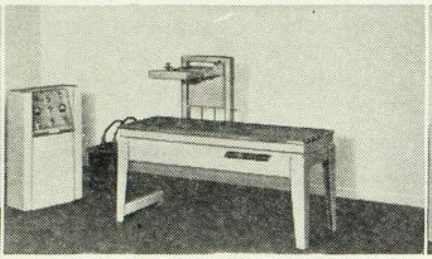
La série Maxicon a une foule d'usages en radiodiagnostic. Le médecin praticien peut d'abord choisir l'appareil de base et ajouter, à mesure que sa clientèle grandit, de nouveaux éléments qui perfectionneront son poste de Rayons X. Le spécialiste peut facilement se procurer ce qui n'est que nécessaire à sa spécialité. La clinique ou l'hôpital appréciera l'appareil simple comme équipement auxiliaire dans un service très occupé, ou le poste combiné radiographique et radioscopique, capable de faire tous les examens requis.

Demandez au représentant G. E. sa documentation sur le Maxicon ou écrivez à la succursale la plus rapprochée — General Electric X Ray Corporation, Limited, Montréal, Toronto, Vancouver, Winnipeg.

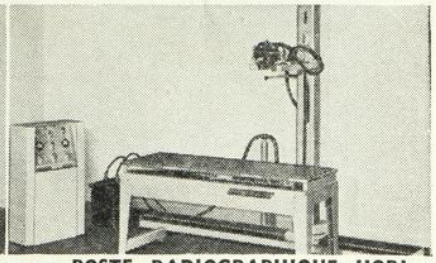
Le Maxicon G.E. répond aux besoins qu'avait la profession médicale d'un appareil à Rayons X, mis au point pour progresser avec une clientèle grandissante, fournissant le strict nécessaire, élément pour élément, selon la demande!



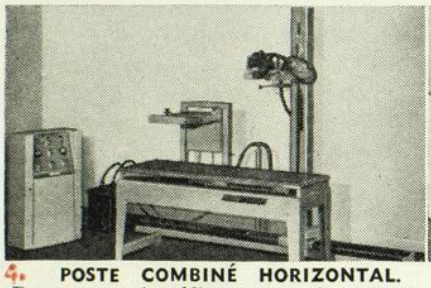
1. **TABLE HORIZONTALE AVEC "BUCKY".** La table horizontale pour radiographie est équipée avec une grille mobile "Potter-Bucky". Pour usage intermittent, à bas milliampère, avec un appareil mobile, ou portatif, c'est l'idéal pour radiodiagnostic de routine.



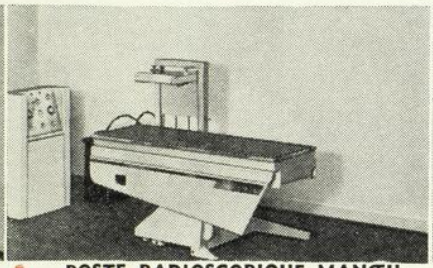
2. **POSTE RADIOSCOPIQUE HORIZONTAL.** La table horizontale de base peut être transformée en table radioscopique par la simple addition d'un cadre radioscopique, d'un écran sous la table. Le générateur 100 M.A. et le contrôle Maxicon complètent le poste.



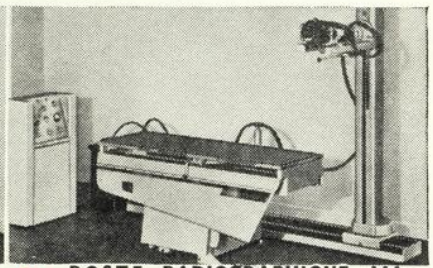
3. **POSTE RADIOGRAPHIQUE HORIZONTAL.** La table horizontale "Bucky", équipée d'un tube à anode fixe, monté sur un pied-support monorail fournit toutes les facilités pour la radiographie horizontale. Le générateur 100 M.A. et le contrôle sont suffisants pour permettre des techniques à 100 M.A. et 90 K.V.



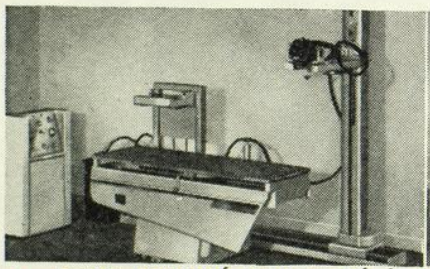
4. **POSTE COMBINÉ HORIZONTAL.** Pour ceux qui préfèrent une table horizontale pour la graphie et la scopie, le Maxicon combiné présente des avantages illimités. Un seul tube sert comme source de Rayons X, au-dessus comme au-dessous de la table .



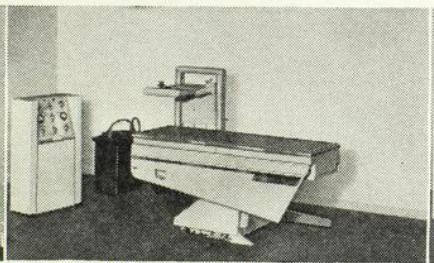
5. **POSTE RADIOSCOPIQUE MANŒUVRÉ À LA MAIN.** La radioscopie de la position de Trendelenburg à la position verticale est facilement pratiquée avec ce poste. Le sélecteur ou mécanisme pour "spot-film" augmente les services rendus. Des écrans vous protègent des radiations secondaires.



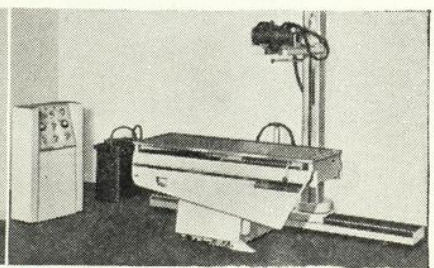
6. **POSTE RADIOGRAPHIQUE MANŒUVRÉ À LA MAIN.** La table basculante fournit toutes les possibilités de faire des radiographies en incidences obliques. La manœuvre à la main de la table se fait sans effort, facilitée par un contre-poids. Le générateur à 100 M.A. et le contrôle Maxicon assurent des résultats excellents.



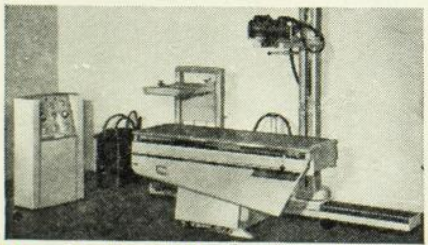
7. **POSTE COMBINÉ MANŒUVRÉ À LA MAIN.** Les éléments des postes radioscopiques et radiographiques sont réunis dans cette combinaison. Elle peut rapidement et convenablement s'adapter à toute espèce d'examens. Sa maniabilité inégalée permet l'usage d'un seul tube pour la graphie et la scopie.



8. **POSTE RADIOSCOPIQUE AUTOMATIQUE.** La manœuvre de la table au moyen de la pédale rend possible toutes les commodités de la scopie. Les mains de l'opérateur restent libres pour la palpation du patient et la manipulation de l'écran et du diaphragme. Une protection contre les radiations secondaires et une limitation automatique du rayonnement direct sont des points importants.



9. **POSTE RADIOGRAPHIQUE AUTOMATIQUE.** La bascule de la table Maxicon, à vitesse variable, est contrôlée par deux pédales placées aux endroits stratégiques. La table peut s'arrêter seule pour radiographie à n'importe quelle angulation, de la position de Trendelenburg à la position verticale. Le tube à anode tournante peut supporter toutes les variations de potentiel et d'intensité.



10. **POSTE COMBINÉ AUTOMATIQUE.** Toutes les facilités d'un équipement radiologique complet sont réunies dans cet appareil. Le tube à anode tournante séparé, augmente le rendement d'un service surchargé. Le générateur 200 M.A. et le contrôle Maxicon vous permettent d'obtenir d'excellents résultats d'une façon constante et précise.

GENERAL ELECTRIC
X-RAY CORPORATION
LIMITED
MONTREAL TORONTO VANCOUVER WINNIPEG

Augmente de 100% l'espace disponible
...contient deux tiroirs a instruments au lieu d'un

L'AUTOCLAVE JUNIOR a tous usages L'"American" (MODELE 8816)

- Intégralement automatique et à compensation autonome pour tous genres d'objets.
- Nécessite très peu d'espace. Se pose sur toute surface unie et se branche sur une prise de courant ordinaire.
- Cet appareil "à tous usages" avec chambre de dimensions 8"x8"x16" permet de stériliser les instruments, pansements, gants, solutions, antibiotiques et autres genres d'objets.
- L'appareil possede un dispositif automatique éliminant le risque de brûlure, et un seul levier commande toute l'opération.

Partout ou l'on dèsire un stérilisateur à vapeur sous pression de petite dimension, cet appareil représente un changement radical dans le domaine des autoclaves et répond à tous les besoins. A tous égards, il remplit les mêmes fonctions de précision et d'efficacité que les "American" Surgical Supply Sterilizers standard d'usage répandu dans les hôpitaux.

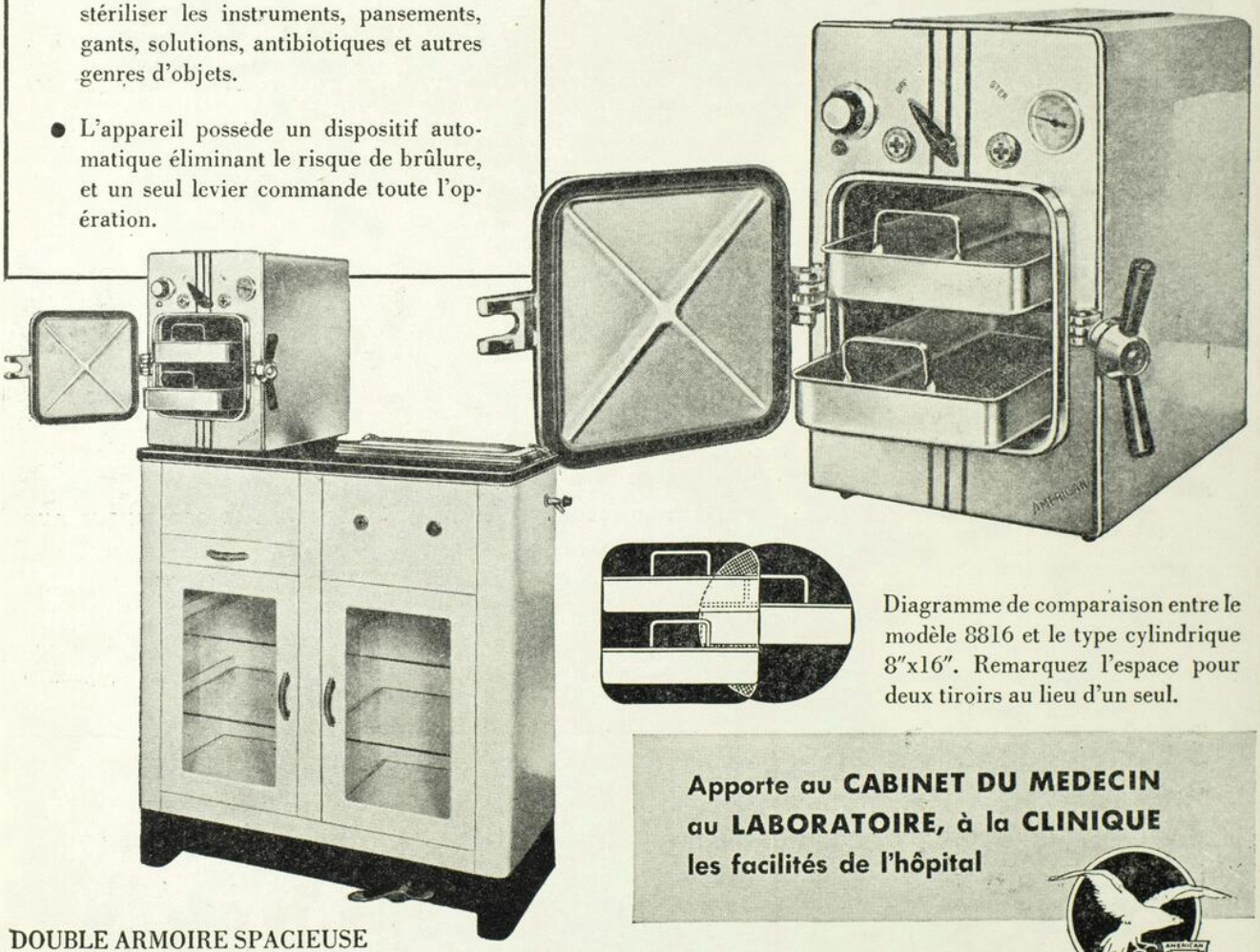


Diagramme de comparaison entre le modèle 8816 et le type cylindrique 8"x16". Remarquez l'espace pour deux tiroirs au lieu d'un seul.

DOUBLE ARMOIRE SPACIEUSE MODELE DB-16, conçue pour recevoir facilement le MODELE 8816, combinant ainsi les avantages essentiels des deux et réalisant un ensemble pratique pour le bureau privé.

Apporte au CABINET DU MEDECIN au LABORATOIRE, à la CLINIQUE les facilités de l'hôpital

RENSEIGNEMENTS envoyés sur demande

AMERICAN STERILIZER COMPANY

Erie, Pennsylvanie

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

Maintenant!

UN TONIQUE NUTRITIF

Spécialement formulé pour

HÂTER LA CONVALESCENCE

ÉLIXIR

AMINO-CONCEMIN

VITAMINE B COMPLEXE, FER et AMINO-ACIDES

Il contient, dans une base au goût vineux agréable, les éléments essentiels à la reconstitution rapide des forces du convalescent. Il assure la stimulation multiple désirable pour le rétablissement des convalescents, dans les cas d'anémie et autre débilité, en fournissant:

1. **LE COMPLEXE B**—hautes teneurs en vitamines B connues et tout le complexe B obtenu du foie, du son de riz et de la levure hydrolysée;
2. **DU FER**—pour contre-balancer l'anémie hypochromique;
3. **DES AMINO-ACIDES**—15% d'hydrolysate de levure enzymotique contenant des quantités supplémentaires de chacun des 10 amino-acides essentiels, ainsi que d'autres amino-acides et des polypeptides . . . pour de l'azote *supplémentaire* immédiatement utilisable et la stimulation de l'assimilation des vitamines et de la formation de l'hémoglobine. [1,2]

RICHE GOÛT VINEUX

Le goût vineux agréable d'Amino - Concemin représente un progrès extraordinaire en ce qui concerne la saveur d'un produit contenant des amino-acides, du foie et du fer. La plupart des patients le trouvent très agréable mélangé avec du lait, du jus de fruit ou de l'eau. Dose, 15 cc. (1 cuillerée à soupe) trois fois par jour, avant ou pendant les repas.

FORMULE—45 cc. (dose quotidienne moyenne) contiennent:

Hydrolysate de protéine (45% d'amino-acides)	6.75 Gm.
Chlorhydrate de Thiamine	3.0 mg.
Riboflavine	2.0 mg.
Niacinamide	15.0 mg.
Pyridoxine	1.0 mg.
Fer peptonisé, N.F.	0.4 Gm.
Extrait de foie*	0.5 Gm.
Extrait de son de riz	0.5 Gm.

*Cet extrait ne contient pas le facteur qui combat l'anémie pernicieuse.

En vente dans les pharmacies d'ordonnances, en bouteilles de 16 onces.

1. Jacobson, M.: Preliminary report on the combined effects of vitamin B complex with amino acids, N. Y. State J. Med. **45**:2079-2080 (1945).
2. Ruskin, S. L.: The role of the coenzymes of the B complex vitamins and amino acids in muscle metabolism and balanced nutrition, Am. J. Digest. Dis. **13**: 110-122 (1946).

"Amino-Concemin" est une Marque Déposée de The Wm. S. Merrell Company.

Merrell
1828
CINCINNATI • U. S. A.

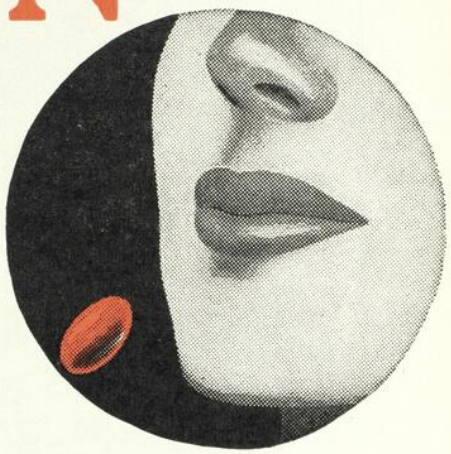
THE WM. S. MERRELL COMPANY

SUCCURSALE CANADIENNE: 44 OSLER STREET, TORONTO 9, ONTARIO

vos patientes ménopausées acceptent volontiers

MENAGEN (R)

Œstrogènes pour administration buccale,
PARKE-DAVIS



œstrogénothérapie buccale

ne laisse aucun arrière-goût
ne confère aucune odeur

L'arrière-goût persistant et l'odeur désagréable de l'haleine et de la transpiration occasionnés par les préparations ordinaires de substances œstrogènes pour usage buccal, ont souvent pour effet de mal disposer les patientes envers cette thérapeutique.

MENAGEN . . . une préparation d'œstrogènes non-conjugués, raffinée et purifiée, destinée à l'administration orale . . . entièrement dépourvue d'odeur désagréable. Le MENAGEN ne laisse aucun arrière-goût et n'occasionne aucune odeur de transpiration ou d'haleine désagréable, de sorte que la patiente accepte bien volontiers de suivre le traitement. Le MENAGEN est présenté sous forme de belles capsules rouge-vif qui exercent aussi une certaine attraction chez les patientes.

Les capsules MENAGEN sont exceptionnellement bien tolérées en clinique et (ces substances œstrogènes étant d'origine naturelle) elles amènent une sensation de bien-être chez la malade, effet que l'on peut rarement obtenir par l'administration d'œstrogènes synthétiques. L'activité uniforme de MENAGEN est assurée par une rigoureuse standardisation.

MENAGEN se vend en flacons de 100 et de 500 capsules (chaque capsule représentant 10,000 unités internationales en activité œstrogène).

PARKE, DAVIS & CO., LTD.
WALKERVILLE, ONTARIO

MEDICAMENTA VERA · P & CO.

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
- ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
- ŒUVRES DE SANTÉ PUBLIQUE
- PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

LE VACCIN B C G

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

— Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.

— Épreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.

— 3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANS-CUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).

— FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.

— Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.

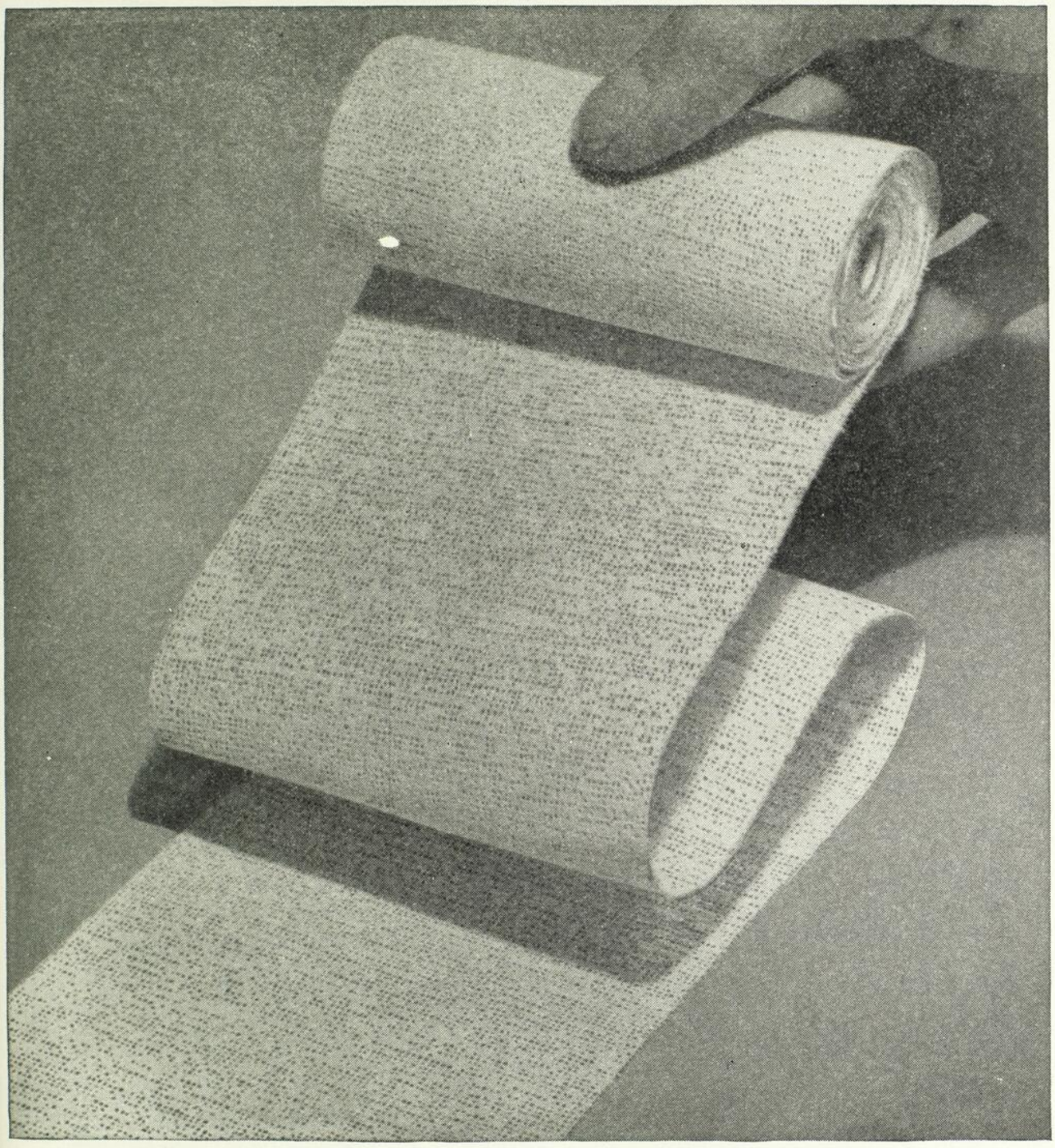
ALBERT CALMETTE
1863 - 1933

*J. A. BAUDOUIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.
R. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal, Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

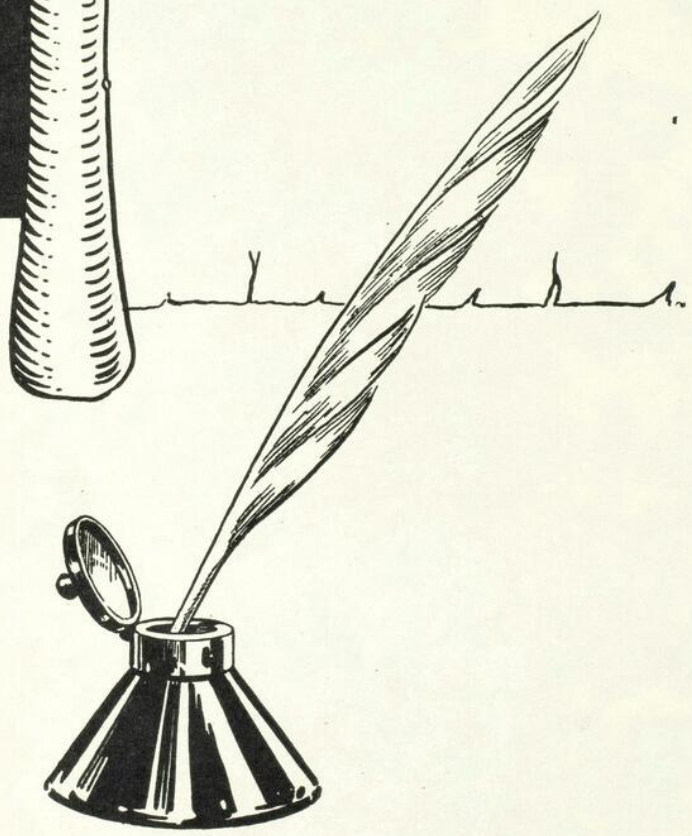


Le fini parfait et l'imprégnation uniforme du bandage au plâtre de Paris Gypsona assurent un moule léger et d'une grande résistance.

BANDAGE AU PLÂTRE DE PARIS Gypsona TRADE MARK

SMITH & NEPHEW LTD.,

378 ouest, rue St-Paul,
Montréal



La Librairie Beauchemin Limitée

imprimeur de « L'Union Médicale du Canada »,

offre

ses services à tous les

MÉDECINS,

ANNONCEURS

et

LECTEURS

de cette revue pour tous travaux d'impression et de reliure.

- **Son outillage le plus perfectionné,**
- **Son personnel des plus avisés,**
- **Sont garantie de qualité,**
- **A des prix modérés.**

CONFIEZ-NOUS VOS TRAVAUX ET NOUS FERONS EN SORTE DE VOUS DONNER ENTIÈRE SATISFACTION.

LIBRAIRIE BEAUCHEMIN LIMITÉE

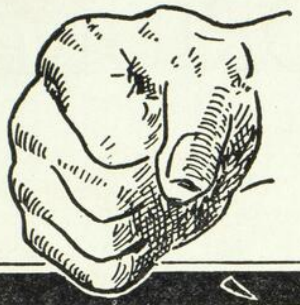
LIBRAIRES — ÉDITEURS

Imprimeurs - Relieurs - Papetiers en gros

426-430, rue ST-GABRIEL **MONTRÉAL** **Tél.: LAncaster 4236**

LABORATOIRES JEAN OLIVE — 14, rue des Minimes — PARIS 3e

ASTHÉNIES
LEURS
FORMES
SUITES
CAUSES



ADYNAMIES
ÉTATS
D'INFÉRIORITÉ
DE
L'ORGANISME

VIRISTHÈNE

Base de médication toni-nerveuse, la triade: Phosphore, Arsenic, Noix vomique, est renforcée dans les gouttes concentrées de Viristhène par l'adjonction d'éléments métalliques essentiels aux fonctions vitales.

Phosphore, Arsenic, Noix vomique, Manganèse, Zinc, Cuivre, Magnésium.

"LA PILULE LIQUIDE"

20 à 25 gouttes deux fois par jour; avant, pendant ou après les repas, dans un peu d'eau.

Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE** — 200, rue Vallée, Montréal, P. Q.

LABORATOIRES DÉPRUNEAUX — 23, Rue du Parc, Fontenay-sous-Bois

solution de Joulie

PHOSPHONEUROL

polyphosphates phosphoriques

44 GOUTTES (dose moyenne pour adultes)
CORRESPONDENT À

1.10 gm. Phosphate disodique
0.55 gm. Phosphate monocalcique
0.25 gm. Glycérophosphate de Magnésie
5 gouttes Acide Phosphorique

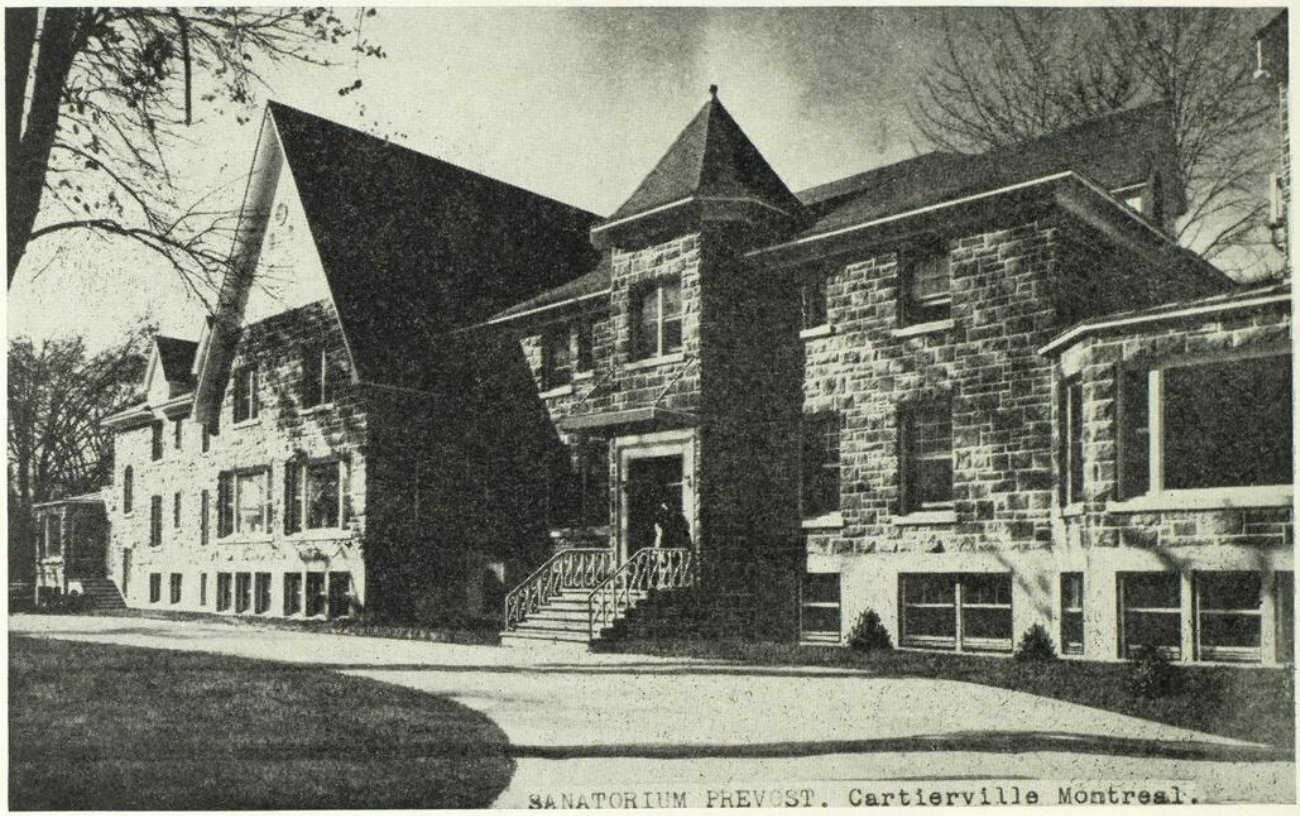
Stimulant du Système Nerveux

Reminéralisant

Anti-alcalosique

Au Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE,** 200, Rue Vallée, Montréal

SANATORIUM PRÉVOST



FAÇADE SUD

L'établissement demeure toujours consacré au traitement INDIVIDUEL des affections neuro-psychiatriques en cure libre.

● Personnel hospitalier expérimenté. Cures de repos. Physiothérapie complète. Pyrétothérapie. Electrochocs. Insulinothérapie. Psychothérapie. Bientôt: radiothérapie; régimes confiés à une diététicienne.

BUREAU MÉDICAL

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Ernest Brunet, Jean-Léon Desrochers, Paul Larivière, Gaston Loignon, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

Consultants: Drs Fernand Charest, Paul David, Edouard Desjardins, Roland Dussault, Léon Gérin-Lajoie, Charles-E. Grignon, Charles-E. Hébert, J.-B. Jobin, Albert Jutras, Richard Lessard, Georges Manseau, Léopold Morissette, Jules Prévost, J.-A. Vidal.

4455 OUEST, BOULEVARD GOUIN, **TÉLÉPHONE: BYwater 2405★**

Présentation de la Nouvelle Pommade

Antiphlogistine

RUB A-535

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

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

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

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

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

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

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

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

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

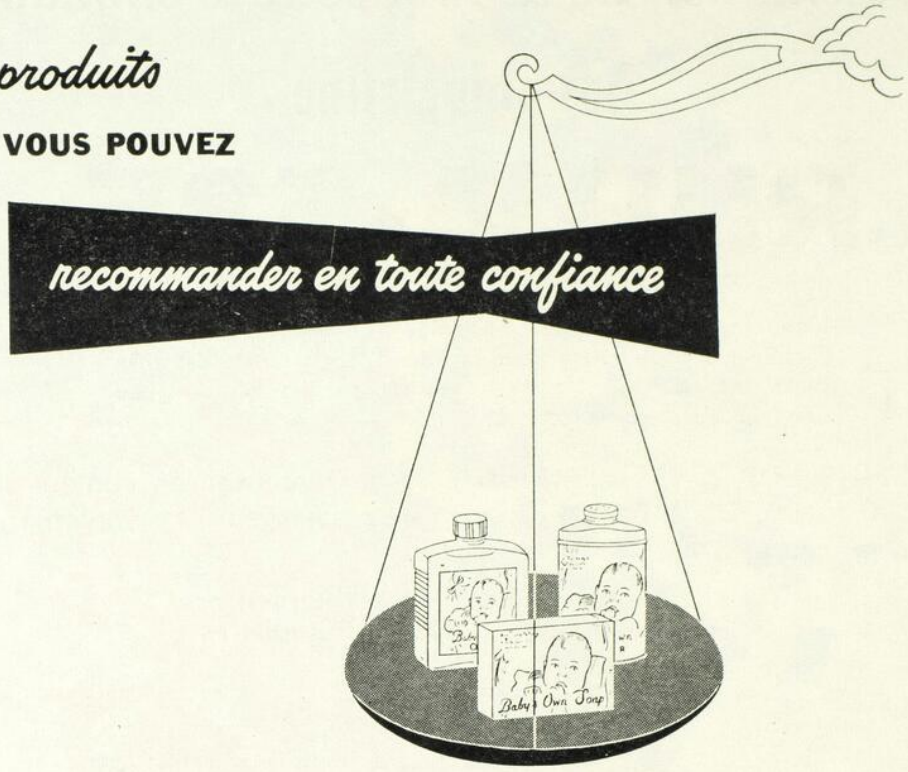
Ecrivez au Dépt. U-2

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

trois produits

QUE VOUS POUVEZ

recommander en toute confiance



LE SAVON BABY'S OWN
LA POUDRE BABY'S OWN
L'HUILE BABY'S OWN

Nos produits, dont les formules ont été éprouvées, méritent votre confiance. C'est pourquoi nous nous permettons de vous suggérer de les recommander pour la toilette de bébé. Il est à retenir que l'huile Baby's Own est libre de tout antiseptique.

Nous exerçons sans cesse, quant aux ingrédients de nos trois produits, la même surveillance minutieuse qui, depuis de nombreuses années, a établi la bonne renommée de Baby's Own. Secondés par des dermatologistes, nous suggérons l'emploi des produits Baby's Own dont la pureté et la douceur conviennent à l'épiderme même le plus sensible.

BABY'S OWN

SAVON • HUILE • POUDRE

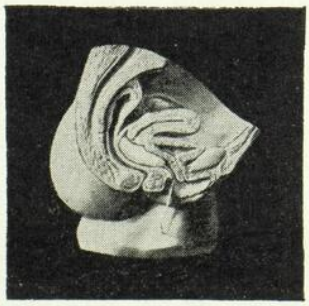
The J. B. WILLIAMS Co. (Canada) Ltd., La Salle, P. Q.

Sécurité Absolue...

Plus de deux milliards — tel est le nombre de tampons TAMPAX achetés au cours des douze dernières années. Ces achats renouvelés, ajoutés à des essais cliniques intensifs*, confirment pleinement la sécurité inhérente à ces tampons de ouate à usage intravaginal. TAMPAX ne cause ni érosion, ni vaginite et n'enraye pas le flux menstruel.
Offert en trois degrés d'absorption (Régulier, Super, Junior), TAMPAX répond facilement à tous les besoins particuliers. Il est merveilleusement confortable, commode et efficace.

*West. J. Surg, Obstet. & Gynec., **51**: 150, 1943; J.A.M.A., **128**: 490, 1945; Am. J. Obst. & Gynec., **48**: 510, 1944, etc.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.,
BRAMPTON, ONTARIO



La protection menstruelle interne de choix **TAMPAX**

Echantillons et notices descriptives sur demande.

PUBLICITÉ ACCEPTÉE PAR THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

1ère MANGEUSE DE VIANDE

(5 ans plus tard)

Il y a cinq ans, la petite Betsy Traynor participait au premier essai des Viandes Swift's pour Bébés.

Quand Betsy commença à manger des Viandes Swift's, la viande était un aliment "révolutionnaire" pour un bébé. Betsy et les autres participants à l'essai étaient les premiers bébés à manger les viandes Swift's spécialement préparées et passées au tamis.

L'animation débordante et le développement sain et solide de Betsy prouvent les avantages d'une alimentation carnée dès le plus jeune âge.

Aujourd'hui, tous les bébés peuvent avoir le même régime qu'a eu la petite Betsy. Maintenant, les médecins recommandent les Viandes Swift's pour Bébés dès les premières semaines—pour fournir toutes les protéines complètes de qualité supérieure et le fer qu'il faut chaque jour à un bébé.

Swift prépare une variété appétissante de: boeuf, agneau, porc, veau, foie et coeur—pour aider les bébés à prendre de bonnes habitudes alimentaires.

Les Viandes Swift's pour Bébés sont parées d'une façon experte pour en diminuer la quantité de gras —cuites avec soin pour préserver le maximum des éléments nutritifs essentiels de la viande. Les Viandes Swift's Passées au Tamis pour Bébés —et les Viandes en Dés pour Enfants—sont pratiques et économiques, coûtent moins que les viandes préparées à la maison.

Etudes Cliniques en Cours sur l'Alimentation Carnée

RAPPORT NO 1

DE LA VIANDE EN CAS D'ALLERGIE

Ces recherches ont eu pour résultat la découverte d'un succédané du lait pour l'alimentation des bébés et des enfants qui sont allergiques au lait. La formule, qui peut facilement être préparée par la maman, consiste en Boeuf Swift's Passé au Tamis supplémenté de calcium, de sels de phosphore, d'hydrate de carbone et de matières grasses. Des études montrent que le calcium, le phosphore et les protéines sont utilisés tout aussi bien que lorsqu'ils proviennent du lait.

Ces études sur la valeur nutritive de la formule à base de viande font partie d'un programme de recherches cliniques intensives faites actuellement grâce aux subventions de la maison Swift.

Toutes les déclarations concernant l'alimentation qui sont contenues dans cette annonce ont l'approbation du Comité des Aliments et de la Nutrition de l'Association Médicale Américaine.

UN PRODUIT DE QUALITÉ SWIFT

SWIFT

... la première marque en fait de viandes ... la première maison à préparer et à éprouver au point de vue clinique les Viandes 100% pour Bébés.

Le traitement de l'Infection Para-nasale

...Decongestion Sans Contre-Coup

Il devient de plus en plus évident que la congestion compensatoire qui suit l'usage de nombreux vaso-constricteurs crée la nécessité d'un usage *répété* —amenant ainsi le cercle vicieux qui mène à la Rhinitis Medicamentosa.

Ce résultat peu désiré peut s'éviter en suivant la Technique ARGYROL, qui obtient la décongestion sans *contre-coup*, rétablissant ainsi plus facilement les fonctions normales.

La Technique Argyrol*

1. Le méat nasal . . . par l'instillation de 20 pour cent d'ARGYROL à travers le conduit nasal lacrymal.
2. Les passages nasals . . . avec une solution ARGYROL à 10%, en gouttes.
3. Les cavités nasales . . . avec ARGYROL à 10% par tamponnage nasal.

Son Triple Effet*

1. Décongestion sans irritation à la membrane et sans dommage ciliaire.
2. Définitivement bactério-statique, quoique non toxique pour le tissu.
3. Nettoie et stimule la sécrétion, rehaussant ainsi la première ligne de défense de la Nature.

ARGYROL *le Medicament de Choix pour le traitement d'Infections Para-nasales*

Fabriqué seulement par **A. C. BARNES COMPANY LIMITED, STE-THÉRÈSE, P.Q.**

ARGYROL est une marque de commerce enrégistrée, la propriété de A. C. Barnes Company Limited
Toute publicité concernant ce produit s'adresse exclusivement à la profession médicale

BETAGEN

VITAMINE B COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

PRINCIPAUX COMPOSANTS

Vitamine B_1
(chlorure de Thiamine)
Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B complexe
B_3, B_4, B_5, B_6
Lécithine d'œufs
Avénine

Glycérophosphates
de Sodium
de Calcium
de Potassium
de Strychnine (1/60 gr. à l'once)

Tonique et Aliment Nervin

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie

Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.

Déséquilibre nerveux.

Saveur agréable — Tolérance parfaite.

La Cie **CANADA DRUG CO.,** *Montréal*

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

L'examen peut être passé en MÉDECINE, ou en médecine en accentuant sur l'une des spécialités suivantes:

Dermatologie et syphiligraphie — Psychiatrie — Radiodiagnostic
Neurologie — Pédiatrie — Radiothérapie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

L'examen peut être passé en CHIRURGIE ou en chirurgie en accentuant sur l'une des spécialités suivantes:

Neuro-chirurgie — Ophtalmologie — Otolaryngologie
Obstétrique et gynécologie — Chirurgie orthopédique — Urologie

CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

L'examen peut être passé sur l'une des spécialités suivantes, approuvées pour le certificat:

SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Anesthésie — Psychiatrie — Médecine physique
Dermatologie et syphiligraphie — Pédiatrie — Santé publique
Médecine interne — Pathologie — Radiodiagnostic
Neurologie — Bactériologie — Radiothérapie

SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

Chirurgie générale — Ophtalmologie — Chirurgie plastique
Neuro-chirurgie — Chirurgie orthopédique — Chirurgie thoracique
Obstétrique et/ou gynécologie — Otolaryngologie — Urologie

Les demandes concernant les examens de 1950 doivent être présentées avant le **30 avril 1950.** Il ne sera tenu aucun compte des demandes faites après cette date.

Copies des règlements concernant les examens pour le titre d'Associé, et pour le certificat d'examen, ainsi que des formules de demande peuvent être obtenues en s'adressant comme suit:

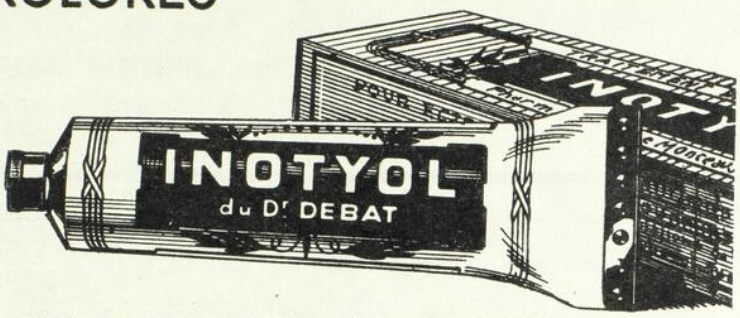
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

ECZÉMAS

ULCÈRES - BRÛLURES

Lésions et
Irritations
de la Peau

Agent Général
J. EDDÉ Ltée
MONTRÉAL



Pommade INOTYOL

J. EDDÉ Limitée, Edifice New Birks, **MONTRÉAL,** Agents pour le Canada.

ARTICHOBYL

Extrait de feuilles fraîches d'artichaut

Traitement des affections du foie

Aucune contre-indication

Pilules

•

PLURIGLANDINE

Extrait glandulaire total en proportions physiologiques

Traitement des déficiences glandulaires

Pilules

J. EDDÉ Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

Nous **INSISTONS** sur le goût **TRÈS AGRÉABLE** de nos ampoules **BUVABLES**

CRINHÉMOL

FOIE DE VEAU CONCENTRÉ

Associé aux minéraux et rendu puissant énergétique par son EXTRAIT ORCHITIQUE et le MÉTHYLARSÉNIATE DE SOUDE.

Littérature et échantillon sur demande.

Dépositaire: **E. GALLO** **207 ouest, Notre-Dame, Montréal — HA. 4658**

Traitement de la toux

•

SUPPOSITOIRES

RECTOCRINE

Formats: Enfant, Adulte

ASGRAIN & HARBONNEAU Limitée

"UNIVERS PHARMACEUTIQUE: MÉDICAL ET SCIENTIFIQUE"

OTTAWA MONTRÉAL QUÉBEC

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . COQUELUCHE . .

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

•

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

NEUROSOLÈNE — NERVOSISME — INSOMNIES — NEUROSOLÈNE — NERVOSISME

PILULE DE MÉGLIN
Activée par barbital
Synergie des petites doses

NEUROSOLÈNE

Extrait de Jusquiame 0.017 gm.
Extrait de Valériane 0.017 gm.
Oxyde de Zinc 0.017 gm.
} + Barbital 0.017 gm.

SÉDATIF DU VAGUE
SANS TOXICITÉ
SANS ACCOUTUMANCE
SANS INTOLÉRANCES

Flacons de 60's. En 500 et 1,000 pour MM. les Médecins et Hôpitaux.

LABORATOIRES PAUL BRÉANT
11, rue de Clichy, Paris (IXe)

Canada: LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, rue Vallée, Montréal — *HA. 0277

3 nécessités de la lutte contre l'agent infectieux:
1) Entraver son développement.
2) Réaliser l'antisepsie intestinale, hépatique, rénale.
3) Provoquer une diurèse, une chasse expulsive.

LABORATOIRES R. SAVOIRE
Vendôme (France).

ANTISEPSIE INTESTINALE, HÉPATIQUE, URINAIRE.

PYOCOLINE

6 à 10 COMPRIMÉS GLUTINISÉS PAR JOUR.

Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE,
200, rue Vallée, Montréal.

3 composants de PYOCOLINE, correspondant point par point:
1) Chlorure d'ammonium c.p. 0.25 gm.
2) Chlorhydrate d'orthoxyquinoléine 0.05 gm.
3) Hydrate de Terpine . . . . 0.03 gm.
Pour 1 comprimé

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS DE PRIX ANNUELS

Deux prix annuels, la "Médaille du Collège Royal des Médecins du Canada" et la "Médaille du Collège Royal des Chirurgiens du Canada", sont offerts pour les meilleurs **travaux originaux** en sciences fondamentales ou en recherches cliniques, effectués par des Canadiens, dans les domaines de la médecine ou de la chirurgie.

Ces prix ont pour objet de stimuler l'esprit de recherche chez les jeunes. Une limite d'âge de 40 ans a donc été imposée. Les gagnants seront invités, aux frais du Collège, à présenter leurs travaux à sa réunion annuelle.

Les nominations pour ces prix, accompagnées de manuscrits, doivent être faites par des Associés (Fellows) du Collège **seulement** et doivent parvenir au bureau du Collège au plus tard **le 1er avril 1950.** Les candidats qui ont l'intention de prendre part à ce concours pourront s'adresser au bureau du Secrétaire pour plus amples renseignements au sujet de la longueur et du genre de manuscrit désiré.

Aucun prix ne sera décerné si, de l'avis du Conseil du Collège, les travaux soumis n'ont pas suffisamment de valeur.

Pour plus amples détails quant aux règles établies, s'adresser au bureau du:

Secrétaire honoraire,
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada,
150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

COMPRIMÉS
TRI-SULFA
SODIUM BICARBONATE
ASSOCIATION RATIONNELLE DES SULFAS.
CRISTALLISATION ET CALCUL RÉNAL ÉVITÉS PAR L'ALCALINISATION DE LA FORMULE:
Aussi TRI-SULFA en suspension contient 0.30 gram. par cuillerée à thé.
SULFATHIAZOLE
SULFAMÉRAZINE
SULFADIAZINE
0.50 gram. du mélange par comprimé.
Aussi TRI-SULFA sans bicarbonate, à 0.50 gram. par comprimé et 0.30 gram. par comprimé pour enfant.
La Cie CANADA DRUG CO., Montréal

Pour combattre la flatulence dans les cas de putréfaction et de fermentation intestinales
EUCARBON®
Chaque comprimé contient: extrait de rhubarbe, séné, soufre précipité, huile de menthe poivrée et huile de fenouil, dans un excipient formé de charbon de saule suractivé.
PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Laxatif doux, adsorbant et carminatif. Indiqué dans les cas d'indigestion, d'hyperacidité, de ballonnement et de flatulence.
1 ou 2 comprimés par jour, une demi-heure après les repas. En flacons de 100.
STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC. 1123 Broadway, New York
Distributeur au Canada: LYSTER CHEMICALS, Ltd. 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

LA "PRÉCISION DE L'ORDONNANCE" DANS L'ALIMENTATION DES BÉBÉS

grâce à ce nom qui protège la recommandation du médecin

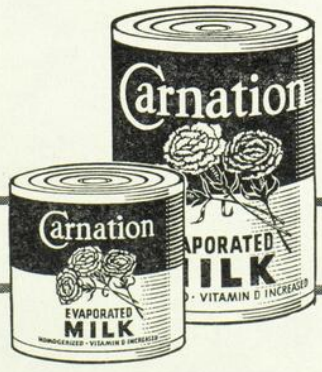
LORSQUE VOUS PRESCRIVEZ le Lait Evaporé Carnation dans une formule pour bébé, vous pouvez avoir pleine confiance en ces qualités: c'est du lait de vache, entier et riche, concentré par l'évaporation afin de **doubler** la richesse de la teneur nutritive; il est homogénéisé; la Vitamine D y atteint une proportion de 400 unités par chopine et il est stérilisé. L'uniformité et la valeur nutritive de tout repos du lait Carnation sont assurées par la "précision d'ordonnance" qui marque chaque phase de sa fabrication.

Telle est la qualité de Carnation. C'est ce qui explique pourquoi les relevés démontrent que plus de bébés sont nourris avec Carnation qu'avec toute autre sorte de lait évaporé.

Et c'est ce qui explique pourquoi tant de médecins recommandent avec **confiance** le Lait Carnation. Chaque employé de Carnation comprend sa responsabilité dans le maintien du droit de Carnation à cette confiance.

ACCEPTED COUNCIL ON FOODS AND NUTRITION AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Un Produit Canadien



Le Lait Que Tout Médecin Connaît

"Provenant de vaches bien nourries"

"La Chaleur d'un Cataplasme"

dans les affections respiratoires

RHUME DE POITRINE
PLEURÉSIE
BRONCHITE
PNEUMONIE

La chaleur d'un CATAPLASME D'ANTIPHLOGISTINE chaud est d'une réelle valeur dans le soulagement des symptômes pénibles qui accompagnent les affections des voies respiratoires. Toux — douleur musculaire et pleurétique — constriction rétrosternale — douleur de poitrine.

LE CATAPLASME MÉDICAMENTÉ D'ANTIPHLOGISTINE est prêt à employer. Il maintient une chaleur calmante pendant plusieurs heures.

Antiphlogistine

PANSEMENT ET CATAPLASME MÉDICAMENTEUX

Le cataplasme au kaolin le plus largement employé dans l'univers.

The Denver Chemical Mfg., Co., Montréal, P. Q.

Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY Limited, Montréal et Toronto.

UN MÉLANGE LACTÉ
de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

The CANADA STARCH CO., Ltd.
Montréal

Veuillez m'envoyer
- ☐ CALCULATEUR
- ☐ Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- ☐ TABLETTES DE FORMULES
- ☐ La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- ☐ La brochure: "DEXTROSOL"

Nom .....

Adresse .....

.....

SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de maïs... un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants... des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

Six auxiliaires des médecins--chacun d'eux qualifié!

DRYCO . . . un aliment pour bébés, vitaminé et facile à digérer, qui accélère la reprise du poids à la naissance, et fournit la meilleure nutrition pendant les premiers mois de la vie où la croissance est la plus rapide.

Grâce à sa teneur élevée en protéines, basse en matières grasses et modérée en hydrates de carbone, Dryco vous permet d'ordonner une formule qu'il est très facile de varier dans les cas d'alimentation *spéciale* comme dans les cas d'alimentation normale.

2 **LAIT PROTÉINÉ C.M.P.** . . . un lait acidifié riche en protéines, pauvre en matières grasses et *très pauvre* en hydrates de carbone. Il a été employé avec beaucoup de succès dans l'alimentation infantile dans des cas de diarrhée chez des bébés élevés au biberon, de dyspepsie, de dénutrition dues à des troubles gastro-intestinaux, de maladie coeliaque, et comme nourriture pour les prématurés lorsque l'on ne peut pas se procurer de lait de femme.

3 **LAIT À L'ACIDE LACTIQUE C.M.P.** . . . un lait pasteurisé déshydraté par pulvérisation, inoculé avec une culture de bacille d'acide lactique, et incubé jusqu'à ce qu'il ait le degré d'acidité voulu.

Le Lait à l'Acide Lactique C.M.P. possède toutes les excellentes qualités du produit fraîchement préparé et, de plus, est uniforme et stable. On le reliquéfie vite et facilement pour emploi immédiat.

4 **MULL-SOY** . . . un aliment émulsifié à base de fèves de soya, employé pour remplacer le lait dans les cas d'allergie au lait chez les bébés, les enfants et les adultes. Il a un goût agréable, est bien toléré et facile à digérer.

Mull-Soy, dilué avec un volume égal d'eau, possède toutes les propriétés nutritives essentielles du lait de vache ordinaire.

5 **LAIT ÉVAPORÉ BORDEN'S** . . . un lait complet, pur et frais, évaporé jusqu'à double concentration, et homogénisé pour être plus lisse, facile à digérer, et être employé dans les formules d'alimentation pour bébés. Enrichi de vitamine D.

6 **KLIM** . . . lait en poudre, déshydraté par pulvérisation, contenant tous les éléments nutritifs précieux du lait complet frais. Un moyen simple et efficace de fournir plus de substances solides du lait sans augmenter le volume total du régime alimentaire.

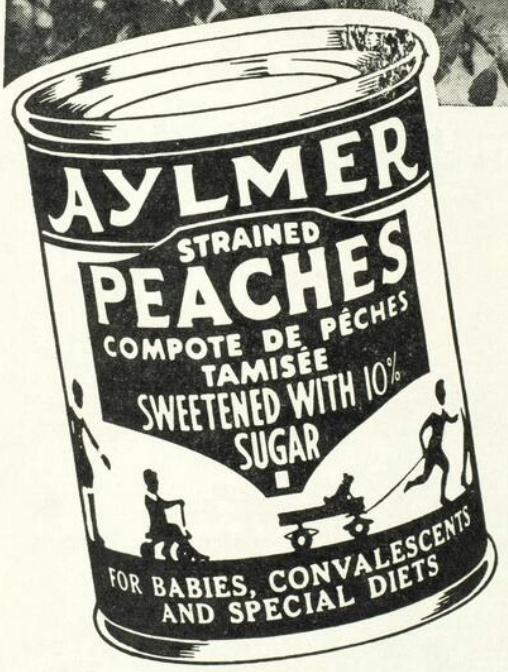
Le procédé de déshydratation par pulvérisation donne un caillot mou et floconneux qui se digère facilement et qui est surtout désirable dans l'alimentation infantile.

De la documentation sera envoyée franco, par la poste, à tout médecin qui en fera la demande.

Aliments *Borden's* pour Formules

THE BORDEN COMPANY, LIMITED.

Division des Aliments pour Formules
Spading Crescent, Toronto 4, Ontario



Fraîchement Cueillis!

Pour une meilleure alimentation et plus de saveur!

Vous voyez ici l'*un* des avantages que donne aux nombreuses conserveries Aylmer la proximité immédiate des vergers où l'on cultive les fruits et les légumes préférés du Canada!

> *Cela permet aux opérations que doivent subir les fruits ou les légumes de débuter quelques heures à peine après la cueillette... évitant ainsi toute déperdition de vitamines, de sels minéraux ou de saveur, causée par des retards d'expédition ou de la manipulation supplémentaire.*

LES PÊCHES TAMISÉES de AYLMER sont préparées scientifiquement pour l'alimentation du bébé... elles sont doublement tamisées jusqu'à un 27/1,000ièmes de pouce afin d'en rendre l'assimilation plus facile.

Pour échantillons gratuits, écrire à... Canadian Canners Ltd., Hamilton, Canada.

ALIMENTS TAMISÉS

AYLMER

POUR BÉBÉS

Les futurs citoyens du Canada méritent la qualité Aylmer.

Lunettes
verres ophtalmiques

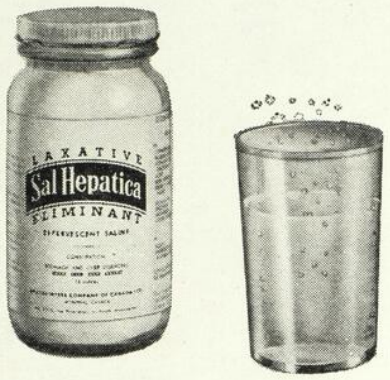
—o—

Examen de la vue

—o—

ALBANY PHILIE. O.D.
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS
BUREAU CHEZ
Dupuis Frères
LIMITÉE
MONTREAL

SAL HEPATICA



Agit rapidement par simple pression osmotique, en augmentant dans l'intestin le volume d'humidité des matières fécales.

LÉNITIF

LAXATIF

PURGATIF

Le degré de relâchement intestinal provoqué par ce salin peut être facilement contrôlé par la dose.

POUR DES ÉCHANTILLONS GRATUITS DE SAL HEPATICA, VEUILLEZ POSTER À:
Bristol-Myers Company of Canada Ltd.,
3035 rue St-Antoine, Montréal 30, P.Q.

*Nom*_____
D 6
*Adresse*_____
*Ville*_____
*Province*_____

LA PERCEPTION
sans perte de dignité personnelle

Les patients délinquants ont besoin d'un aide-mémoire amical et coopératif. Notre méthode insiste sur la responsabilité morale et nous ne faisons jamais de menaces.

Des résultats sont obtenus sans créer d'hostilité.

Essayez notre méthode.

Prêtez-nous, aujourd'hui même, vos comptes en souffrance.

PROFESSIONAL REVISION BUREAU
1466, rue Drummond,
Montréal 25, P. Q.

Comment Heinz protège les bébés dont vous vous occupez

Les Aliments Heinz pour Bébés sont datés pour assurer la fraîcheur des stocks

Toutes les boîtes de Purées Heinz pour Bébés et d'Aliments Heinz pour Enfants portent un numéro de code, indiquant la date de leur mise en boîte—le jour et l'année. Les représentants Heinz vérifient ces numéros au cours de leurs fréquentes tournées dans les épiceries et les pharmacies, pour s'assurer que les stocks sont toujours frais.

Heinz prend toutes ces *précautions spéciales* pour s'assurer doublement que les bébés obtiendront des aliments de bonne qualité et frais, ce qui est si important dans l'alimentation des bébés.

Cette vérification à l'endroit où se fait la vente est la dernière des nombreuses précautions que prend Heinz—depuis le choix et le nettoyage des produits crus, jusqu'aux laboratoires du Contrôle de la Qualité—toutes ayant pour but d'inspirer confiance aux médecins, aux infirmières et aux mamans.

Aliments Heinz pour Bébés

57

27 PURÉES, 17 ALIMENTS POUR ENFANTS, 2 CÉRÉALES POUR BÉBÉS

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbot Laboratoires (Aerohalor) ..... XLI - XLII
American Sterilizer Co. (Stérilisateurs) LVIII
Ames Company of Canada, Ltd. (Clinitest) - (Acetest) (Hematest) XXIX
Anglo-French Drug Co. (Hemo-bex) XLIV
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Alphamette) — (Prémarin) ..... XXI - XXII
Banque Canadienne Nationale LXXXIII
Barnes Company Ltd., A. C. (Argyrol) LXXI
Bayer Co., Ltd., The (Aspirin) LIII
Berex Pharmacal XVII
Borden Co. Ltd., The LXXIX
Bristol-Myers Company of Canada Ltd. (Sal Hepatica) .. LXXXI
British Drug Houses (Canada) Ltd., The (Hormones sexuelles B. D. H.) LI
Canada Drug Co. (Betagen) LXXII
Canada Drug Co. (Pavéral) LXXIV
Canada Drug Co., (Tri-Sulfa) LXXVI
Canada Starch Co., The (Un mélange lacté) LXXVIII
Canadian Canners Ltd. (Aliments Aylmer pour bébés) LXXX
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax) LXIX
Carnation Co. Ltd. (Lait Carnation) LXXVII
Casgrain & Charbonneau Ltée (Rectocrine) LXXIV
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) LXXII
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) LXXVI
Compagnie Ciba Ltée (Neuro-trasentine) — (Pyribenzamine) ..... XV - XVI
Compagnie Ciba Ltée (Coramine) LII
Denver Chemical Manufacturing Co., The (Antiphlogistine) LXXVIII
Denver Chemical Manufacturing Co., The (Rub A - 535) LXVII
Dohow Chemical Co., The (Auralgan, O-Tos-Mo-San) .. XXXIX
Dupuis Frères (Examen de la vue) LXXXI
Eddé, J., Ltée (Neurinase) — (Hémostyl) — (Alepsal) LIV
Eddé, J., Ltée (Inotyol) — (Artichobyl) — (Pluriglandine) LXXIII
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. ..... Première page de la couverture
Frosst, Charles E. & Co. (Composé Questrin) ....VII - VIII - IX
Frosst, Charles E. & Co. (Ostoforte) IV
Gallo, Maison (Crinhémol) LXXIV
General Electric X-Ray Corp. Ltd. ..... LVI - LVII
Heinz Co. of Canada Ltd., H. J. LXXXII
Herdt & Charton, Inc. (Vertavis) — (Osmopak) XLV
Herdt & Charton, Inc. (Anabile) XLVII
Herdt & Charton, Inc. (Agrippol) LIX
Herdt & Charton, Inc. (Camirol) XLIX
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II
Hoffman — Laroche Ltée (Sedulon) XXXVIII
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) LXII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Neurophen) XL
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Cholibile) XX
Laboratoires Desbergers Ltée (Coryzal) .....Quatrième page de la couverture
Laboratoires Jean Olive (Viristhène) — (Phosphoneurol) LXV
Laboratoires Jean Olive (Neurosolène) — (Pyocoline) .. LXXV
Lederle Laboratories (Auréomycine) XI
Librairie Beauchemin Limitée LXIV
Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Pabena) .....Troisième page de la couverture
Merck & Co. Ltd. (Pénicilline G Sodique cristallisée) I
Merck & Co. Ltd. (Mandelamine) XXV
Merrell Co., The Wm. S. (Amino-Concemin) LX
Millet Roux & Cie (Néo-Spasmyl) XIII
Mowatt & Moore Ltd. (Carbocel) XIX

Pages

Parke, Davis & Co. Ltd. (Menagen) LXI
Poulenc Ltée (Sonalgin) Deuxième page de la couverture
Professional revision bureau (Recouvrement de créances) LXXXI
Robins Co., Inc. A.H. (Pabalate) ..... XXXIV - XXXV
Rougier Frères (Digitaline Nativelle) V
Sanatorium Prévost LXVI
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Tyrozets) XLVIII
Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Ferrochlor) .. XLVI
Smth, Kline & French Inter-American Corp. (Neurophosphates Eskay) — (Théranates Eskay) XLIII
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Par-Pen) III
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Fesofor) L
Smith and Nephew (Gypsona) LXIII
Squibb & Sons (Canada) Ltd, E. R. (Rubramin) LV
Standard Pharmaceutical Co., Inc. (Eucarbon) LXXVI
Swift Canadian Co. Ltd. (Viandes pour bébés) LXX
Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal Iodum Valor) .. LXXXIV
Vinant Ltée (Pulmo-Bailly) — (Rhinamide) XXVIII
Vinant Ltée (Parturiol Lafa) — (Valérianate Pierlot) XXX
Vinant Ltée (Antigrippine Midy) — (Piperazine Midy) .. XXIV
White Laboratories of Canada (Lozilles) XXVII
White Laboratories of Canada (Otomide) XXXVI
White Laboratories of Canada (Mol-Iron) XXXIII
Whittier Laboratories (Division Nutrition Research Laboratories) (Arthralgen) XXIII
Williams Co. (Canada) Ltd., The J. B. (Baby's Own) .. LXVIII
Wingate Chemical Co. Ltd. (Sulfadiazine) XVIII
Winthrop-Stearns Inc. (Fergon) XXVI
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Néohétramine) — (Pondets) ..... XXXI - XXXII
X-Ray and Radium Industries Ltd. XXXVII

VOTRE BANQUE

Depuis trois quarts de siècle qu'elle est au service du public, la Banque Canadienne Nationale n'a jamais cessé d'acheter et de vendre des valeurs mobilières pour le compte de ses clients.

Son Service du placement a toujours dans ses coffres-forts un choix de bonnes valeurs mobilières. Il effectue vos achats et vos ventes de titres. Si vous le désirez, il fait l'encaissement de vos coupons et le remploi de vos fonds. Confiez vos ordres d'achat et de vente au gérant de la succursale la plus proche. Ils seront exécutés avec exactitude et rapidité.

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

542 bureaux au Canada

Sal-Iodum Valor

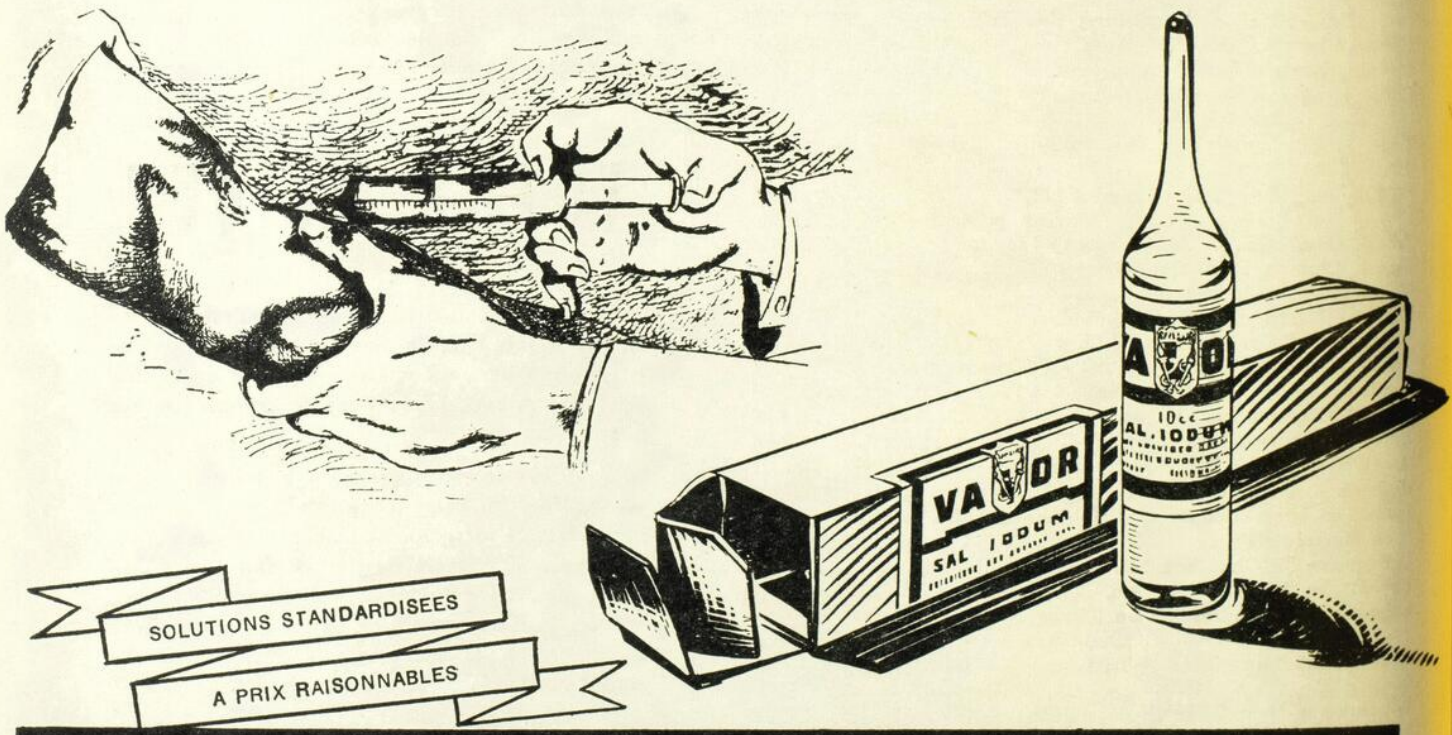
UN SPECIFIQUE DU RHUMATISME

L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.

L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, *les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.*

Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, *dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.*

Posologie: *Une injection* (20 cc.) *peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.*



SOLUTIONS STANDARDISEES

A PRIX RAISONNABLES

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTRÉAL

VALOR

PABENA farine d'avoine cuite d'avance recommandé par les médecins

PABENA* est constitué de farine d'avoine et il possède le goût agréable de cette céréale. Ses propriétés nutritives et sa teneur en vitamines et en sels minéraux sont les mêmes que celles que contient le Pablum.

PABENA est avantageux pour les nourrissons et les enfants qui sont sensibles au blé, et il constitue un premier aliment solide parfait.

PABENA, de même que tous les autres produits de Mead, n'est annoncé qu'à la profession médicale.

*Nom déposé

CORYZAL

DESBERGERS

CORYZAL est la médication Antihistaminique tout particulièrement indiquée dans:

RHUME - CORYZA - RHINITE

Formule pour un comprimé:	
Chlorure de thénylpyramine	35 mgm.
Chlorure d'éphédrine	20 mgm.
Acide acétylsalicylique	225 mgm.
Phénacétine	150 mgm.
Caféine	35 mgm.

POSOLOGIE:

Un ou deux comprimés aussi près que possible de l'apparition des premiers symptômes. Puis un comprimé une heure plus tard, ensuite un comprimé à toutes les trois ou quatre heures.

CONDITIONNEMENT:

Flacons de 25 et 100 comprimés.

DESBERGERS
BONUM
DIAGNOSTICUM
POSTULAT BONUM
MEDICAMENTUM

MONTRÉAL CANADA