

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ADMINISTRATION ET SECRÉTARIAT:
326 est, boulevard Saint-Joseph,
Montréal.



Spécialités de prescription médicale
350, RUE LE MOYNE, MONTRÉAL, 1

1901

1952 marque pour

ROUGIER FRÈRES

le commencement de leur 2^{ème} cinquantenaire

D'EFFORTS CONSTANTS

pour mettre

à la disposition du corps médical

des spécialités pharmaceutiques

de la plus haute qualité.

1951

1952

DOUBLE
Action du

STOVAGINAL

ACTION ANTIPARASITAIRE ET ANTISEPTIQUE
ACTION MODIFICATRICE DU MILIEU BIOLOGIQUE

poudre pour insufflation à 0.256m. de STOVARSOL "Poulenc" par gramme
flacons de 30 et 200 grammes

comprimés à 0.256m. de STOVARSOL "Poulenc"
flacons de 20, 100, 500 et 1,000

annoncé uniquement au Corps Médical



POULENC LIMITÉE
MONTRÉAL

LE SPÉCIFIQUE DU TRICHOMONAS



Comprimés —
d'acétate de CORTONE
25 mg. chacun,
bouteilles de 40

Suspension saline
d'acétate de CORTONE
1 c.c. = 25 mg.
en fioles de 20 c.c.

Cortone

MARQUE DÉPOSÉE

**maintenant disponible
pour emploi topique
dans les
affections des yeux**

Des études cliniques ont démontré que l'activité thérapeutique de la Cortone* est la même, soit qu'on l'administre par voie orale ou par voie parentérale. Les doses requises sont à peu près identiques, et les deux voies d'administration peuvent être utilisées d'une façon alternative ou simultanée à tous les stades du traitement.

Documentation sur demande.

*La clef d'une ère nouvelle en
science médicale.*



Onguent d'acétate
de CORTONE ophtalmique
1.5% — tubes de 3.54 gm.

Concentrations
de 0.5% et de 2.5%
en flacons de 5 c.c.
avec compte-gouttes

Cortone

MARQUE DÉPOSÉE

ACÉTATE

(Acétate de CORTISONE Merck)
(Acétate 21 de déhydro-11-hydroxy-17 corticostérone)

L'emploi topique de la Cortone est préférable dans le traitement de lésions inflammatoires du segment antérieur.

Le choix de la concentration dépend de la gravité du processus inflammatoire. Ne pas diluer ou mélanger avec d'autres substances avant l'instillation.

*CORTONE est la marque déposée de
Merck & Co. Limited
pour sa préparation de cortisone.



MERCK & CO. LIMITED
Chimistes fabricants

MONTREAL · TORONTO · VALLEYFIELD

SOMMAIRE

BULLETIN

Roma AMYOT
Sur des statistiques en mortalité par tuberculose 3

Lionel GROLEAU et R. DuBERGER
Ostéochondrite de la hanche 5

La Salle MONDOR
Impressions cliniques sur l'emploi de procaine intraveineusement et de
la tétracaine en infiltrations thérapeutiques 11

Jean PANET-RAYMOND
Corrélation entre les foyers épileptiques des lobes temporaux et l'état
psychique des patients dans une institution mentale 20

RECUEIL DE FAITS

Jean SIROIS
Hématome intra et extra-dural 25

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



'Drilitol'

gouttes nasales

Association d'antibiotiques,
d'antihistaminique
et d'agent vaso-constricteur.

Actif contre les germes
Gram-positifs et Gram-négatifs.

Coryzas

Rhinopharyngites

Sinusites

En flacons d'une demi-once liquide
avec compte-gouttes spécial

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 9

'Drilitol' marque déposée au Can. Pat. Off.

SOMMAIRE

(Suite)

Dominique GAUDRY	
Anomalies congénitales de l'ombilic	31
Valmore LATRAVERSE	
Un cas d'épistaxis rebelle	35
REVUE GÉNÉRALE	
Eugène GAULIN	
Les tumeurs du rein	37
Antonio CANTERO	
Nouveautés en gastro-entérologie. Foie, voies biliaires et côlon	42
ÉDITORIAL	
Jean-Louis LÉGER et Claude BERTRAND	
Une nouvelle substance de contraste : l'Angiopac	45
Roma AMYOT	
La thérapie par les bio-stimulines de Filatoff	49

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.
Niacinamide	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





1868 Le premier Claude Adolphe Nativelle a isolé le principe actif pur, cristallisé de la digitale pourprée. Prix Orfila de l'Académie de Médecine de Paris.

1927 Sir James MacKenzie et James Orr mentionnent la Digitaline Nativelle comme "une préparation élégante et efficace." *Principles of Diagnosis and Treatment of Heart Affections, Ox. Med. Pubs., p. 219.*

1945 Harry Gold définit la Digitaline Nativelle comme "le médicament de choix pour usage courant"— *The Choice of a Digitalis Preparation, Connecticut State Medical Journal, March 1945, Vol. IX, No. 3, p. 193.* L'inscription officielle de la Digitaline Nativelle dans le N.N.R. à partir de 1942 marque aux Etats-Unis le début d'une nouvelle époque dans la thérapeutique par la Digitoxine (Digitaline Nativelle) qui est définitivement inscrite dans la U.S.P. XIII (1947).

Digitaline nativelle

Le produit qui a fait époque — glucoside cristallisé, pur de la digitale pourprée — non pas un mélange de glucosides — reste encore l'étalon mondial de la thérapeutique digitalique.

1952

1950 Schwartz déclarait que "la Digitaline Nativelle rendra les meilleurs services pour le traitement d'entretien." *A Clinical Investigation on the Digitoxins, The American Practitioner and Digest of Treatment, Vol. 1, No. 1.* George Macht de son côté affirme que "une constatation frappante fut l'activité pharmacologique plus grande de la Digitaline Nativelle" par rapport aux diverses digitoxines. *Arch. Int. de Pharmacodyn., LXXI, No. 3, p. 345.*

1952 marque pour Rougier Frères le commencement de leur deuxième cinquantenaire d'efforts constants pour mettre à la disposition du Corps Médical des spécialités pharmaceutiques de la plus haute qualité.

COMPRIMÉS—0.1 et 0.2 mg., Flacons de 40 et 200. AMPOULES—0.2 et 0.4, boîtes de 6. SOLUTION—1/1000, flacon de 10cc.

Rougier Frères, 350, RUE LE MOYNE, MONTREAL 1

SOMMAIRE

(Suite)

•

VARIÉTÉS

Gabriel NADEAU	
Le dernier chirurgien du roi à Québec — Antoine Briault (1742-1760) ..	51
En devoir — La profession est-elle méconnue?	63

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Albert LeSAGE	
La lithiase biliaire	66
André PANNETON	
Le fond d'œil et le praticien	72
M.-P. DIONNE	
Valeur clinique de l'hémagglutination de Middlebrook-Dubos en tuberculose pulmonaire.	74
ANALYSES	76

MÉDECINE

La moelle osseuse au cours de l'hypothyroïdie et de l'hyperthyroïdie (76). Syndrome de Fanconi chez l'adulte (76). Hépatite à sérum chez une technicienne d'une banque de sang (77). Les manifestations de la sarcoïdose (77). Action de l'ACTH et de la cortisone sur le sang de diverses maladies chez l'homme (78). Sodium (79).

PHTISIOLOGIE

Etude comparative de l'efficacité de différents médicaments contre la toux (80). Erythème noueux; analyse de 50 cas et revue de la littérature (81). Tuberculose pulmonaire traitée par la cure déclive (82). Le bacille tuberculeux dans la moelle osseuse (82). Les antibiotiques dans le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses (83).

CARDIOLOGIE

L'hémoptysie dans la sténose mitrale (83). Acidose causée par le chlorure d'ammonium (84).

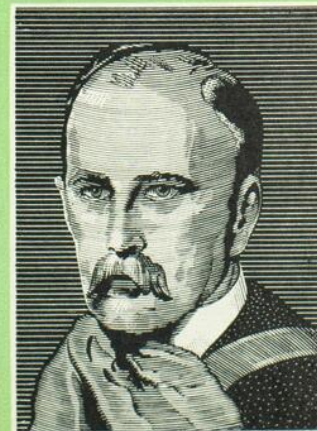
OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Fonction du tissu amygdalien (84). Traitement chirurgical de l'otorrhée chronique (84).

SOCIÉTÉS	85
La Société Médicale de Montréal: réunion du 9 octobre 1951 (85), du 23 octobre 1951 (86), et du 6 novembre 1951 (86).	
NÉCROLOGIE	88
NOUVELLES	90
REVUE DES LIVRES	100
LIVRES REÇUS	114
"L'Union Médicale du Canada", en 1883.	116

“**D**ANS l’exercice de ses fonctions le médecin visite le malade, et, ignorant dans l’appel Juifs ou Gentils, esclavage ou liberté, peut-être est-il le seul à s’élever au-dessus des distinctions qui divisent et séparent les mortels trop souvent oublieux de la communauté des faiblesses et espoirs qui devraient les unir comme membres d’une seule nation. En dépit des divisions nationales, ses relations professionnelles n’en laissent pas moins l’impression qu’il appartient à une société libre d’asservissement à toute autorité locale, sans roi ni pays, dont l’oeuvre est universelle.”

William Osler (1849-1919)
Counsels and Ideals, Ch. 15 and 6.



Copies de cette page procurables de la
maison

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

"Prohema"

UNE FORMULE RATIONNELLE

POUR LE TRAITEMENT DE

l'anémie hypochrome

OSLER a reconnu dès les débuts que dans le traitement de l'anémie hypochrome, l'administration de fer doit s'accompagner d'une abondance **d'aliments d'une grande valeur nutritive** et d'air frais, et, bien qu'ébahi des quantités considérables de fer requises, il appuya sur l'importance de ce facteur.

Confirmation Clinique

Cette conclusion empirique s'est vu confirmer par des investigations¹⁻⁸ qui démontrent que:

- *l'anémie hypochrome est une des maladies par carence;*
- *nombreux sont les cas où les effets obtenus à la suite de l'administration de fer seul ne sont pas aussi favorables qu'on puisse le désirer;*
- *l'administration généreuse de suppléments vitaminiques en plus du fer produit une amélioration plus complète et plus soutenue.*

L'Essence du Traitement

Ces observations ne donnent pas lieu à trop de surprise. Comme Osler s'en rendait compte, la formation d'un nouveau sang exige, outre le fer, la présence de tous les facteurs diététiques en quantité abondante.

"L'essence du traitement des maladies par carence repose dans l'administration d'aliments riches en vitamines, suppléés par des agents thérapeutiques spécifiques. En composant une diète, il faut tenir compte des facteurs suivants: la nature de la carence, l'âge du patient, sa race, ses habitudes, ses goûts et ses moyens financiers. Les régimes alimentaires ont tout avantage à être renforcés par des préparations vitaminiques appropriées." (A.M.A. Council on Foods and Nutrition, J.A.M.A., 119:948, 1942).

Dans le traitement de l'anémie hypochrome, Prohema s'est taillé une place marquée; la valeur de cette préparation dans le traitement de cet état est attribuable au fait qu'elle a été formulée selon les principes reconnus empiriquement depuis longtemps et depuis lors confirmés par des observations cliniques contrôlées.

"Prohema" Marque de fer, vitamines et foi concentré.

S.C.T. N° 432 "Frosst" (Coloration rouge)

Sulfate ferreux (exsic.).....	0.3	G.
Sulfate de cuivre.....	1.6	mg.
ClH. de thiamine.....	1	mg.
Riboflavine.....	1	mg.
Niacinamide.....	10	mg.
Acide ascorbique.....	25	mg.
Vitamine D.....	333	U.I.
Foie concentré (2), N.F.....	67	mg.

Apparemment, l'acide folique exerce une influence favorable sur la régénération sanguine dans les anémies macrocytaires d'origine alimentaire. Ce facteur, ainsi que la vitamine B₁₂⁸ ont récemment été mis en vedette à titre de facteur hématopoiétiques et, bien qu'ils ne soient pas ordinairement requis pour le traitement de l'anémie hypochrome, leur utilité pourrait se faire valoir dans les cas manifestant une maturation imparfaite de l'érythrocyte. Pour ces patients, on présente le Prohema Composé qui renferme de l'acide folique et la vitamine B₁₂.

"Prohema" Composé additionné de Vitamine B₁₂ et d'Acide Folique

S.C.T. N° 433 "Frosst" (Coloration rose)

Sulfate ferreux (exsic.).....	0.3	G.
Sulfate de cuivre.....	1.6	mg.
ClH. de thiamine.....	1	mg.
Riboflavine.....	1	mg.
Niacinamide.....	10	mg.
Acide ascorbique.....	25	mg.
Vitamine D.....	333	U.I.
Vitamine B ₁₂ (sous forme de cyanocobalamine cristallisée).....	2.5	mcg.
Foie concentré (2), N.F.....	67	mg.
Acide folique.....	0.67	mg.

POSOLOGIE.—Une tablette trois fois par jour.

PRÉSENTATION.—Flacons de 100 et 500 tablettes.

Bibliographie

1. "Dietary deficiencies as a source of anemia." Clough — South. Med. J., 30:342, 1937.
2. "High-colour-index anaemia due to vitamin C deficiency." Gottlieb — B.M.J. 2:119, 1945.
3. "Treatment of the anemias of infancy and childhood." Smith — J. Pediat., 32:721, 1948.
4. "Clinical significance of nutritional anemias in pregnancy." Tomkins — Bull. N.Y. Acad. Med., 24:376, 1948.
5. "Wird die Eisenresorption durch Vitamin C messbar beeinflusst?" Thederer — Deut. Med. Wochschr., 74:921, 1949.
6. "Nutritional problems of geriatric medicine." Stieglitz — J.A.M.A. 142:1070, 1951.
7. "Das Eisenmangelfieber." Reimann — Acta Hemat., 2:247; 269, 1949.
8. "Vitamin B₁₂ in macrocytic anaemias." Patel and Kocher — B.M.J., 1:924, 1950.



Charles E. Frosst & Co. MONTRÉAL, CANADA



Pour le Patient "Rebelle au Fer"

"Ferro-Catalytic"

CARBONATE FERREUX et CUIVRE ACTIF

LA PRÉPARATION **FER CUIVRE** ORIGINALE

Plusieurs patients rebelles à la médication par le fer

Plusieurs patients sont des victimes constantes de l'anémie secondaire réfractaire à la médication par le fer, même lorsque leurs régimes alimentaires sont apparemment adéquats à tout égard. Dans des milliers de cas semblables, Ferro-Catalytic s'est avéré d'une grande utilité thérapeutique en augmentant rapidement la concentration d'hémoglobines.

Cuivre et carbonate ferreux

Le rôle du cuivre comme catalyseur pour l'assimilation du fer est définitivement établi; et depuis l'introduction du carbonate ferreux, il y a plus de 100 ans, aucune forme de fer plus efficace ou plus facilement tolérée n'a été découverte. L'association de ces métaux sous forme de Ferro-Catalytic procure une quantité maximum de fer pour utilisation immédiate, dans des capsules gélatinées douces et d'administration facile.

L'emploi le prouve

On remarque généralement une amélioration appréciable dans la composition du sang trois ou quatre semaines après le début de la médication. Le traitement par les capsules Ferro-Catalytic a donné des résultats sensationnels chez des patients que l'anémie rendait semi-invalides depuis plusieurs années et qui s'étaient montrés rebelles à toute autre thérapie.

"FERRO-CATALYTIC"

S.E.C. N° 82 "Fross"™

Carbonate ferreux.....	6-3/4 gr.
(la quantité contenue dans 30 gr. du corps de la pilule Blaud, B.P. 1932)	
Cuivre (sous forme de carbonate)	1/48 gr.
Phénolphtaléine.....	1/12 gr.

"FERRO-CATALYTIC"

(sans Phénolphtaléine)

S.E.C. N° 83 "Fross"™

Carbonate ferreux.....	6-3/4 gr.
(la quantité contenue dans 30 gr. du corps de la pilule Blaud, B.P. 1932)	
Cuivre (sous forme de carbonate)	1/48 gr.

"FERRO-CATALYTIC"

(additionné d'arsenic et de strychnine)

S.E.C. N° 85 "Fross"™

Carbonate ferreux.....	6-3/4 gr.
(la quantité contenue dans 30 gr. du corps de la pilule Blaud, B.P. 1932)	
Cuivre (sous forme de carbonate)	1/48 gr.
Phénolphtaléine.....	1/12 gr.
Trioxyde d'arsenic.....	1/55 gr.
Sulfate de strychnine.....	1/60 gr.

"FERRO-CATALYTIC"

(additionné d'arsenic et de strychnine)

S.E.C. N° 87 "Fross"™

Carbonate ferreux.....	6-3/4 gr.
(la quantité contenue dans 30 gr. du corps de la pilule Blaud, B.P. 1932)	
Cuivre (sous forme de carbonate)	1/48 gr.
Trioxyde d'arsenic.....	1/55 gr.
Sulfate de strychnine.....	1/60 gr.
Ext. de cascara sagrada.....	3/4 gr.

POSOLOGIE

Une capsule deux ou trois fois par jour.

PRÉSENTATION

Boîtes de 50 et de 100

"FERRO-CATALYTIC"

Sirop N° 36 "Fross"™

Chaque once liquide renferme:	
phosphate de fer soluble, N.F....	66-2/3 gr.
cuivre (sous forme de sulfate)...	1/12 gr.

"FERRO-CATALYTIC"

additionné de B₁

Sirop N° 630 "Fross"™

Chaque once liquide renferme:	
phosphate de fer soluble, N.F....	66-2/3 gr.
cuivre (sous forme de sulfate)...	1/12 gr.
thiamine, chlorhydrate de.....	4 mg.

POSOLOGIE

Adultes: 2 cuillerées à thé trois fois par jour.
Enfants: à proportion de l'âge.

PRÉSENTATION

Flacons de 16 onces liquides.

*Charles E. Fross & Co. furent les premiers à présenter une préparation fer-cuivre pour usage clinique.



Charles E. Fross & Co.

MONTRÉAL - CANADA

(Le Conseil sur la Pharmacie et la Chimie de l'American Medical Association a émis l'énoncé suivant sur l'Action, l'Emploi et la Posologie, qui doit être publié en rapport avec la description du Bromure de Banthine dans New and Nonofficial Remedies.)

BROMURE DE MÉTHANTHÉLINE — *Bromure de Banthine*^(R) (Searle)

bromure de β -diéthylméthylaminoéthyl-9-xanthène carboxylate

Actions et Emplois. — Le bromure de méthanthéline, agent parasympatholytique, exerce l'action périphérique des drogues anticholinergiques comme l'atropine, et aussi l'action de blocage ganglionnaire de drogues comme le chlorure de tétraéthylammonium. Les doses tolérées de bromure de méthanthéline produisent des effets secondaires typiques des drogues atropiniques, mais provoquent moins de tachycardie et aussi moins d'hypotension orthostatique que ne le fait le chlorure de tétraéthylammonium. Les doses toxiques exercent une action curarisante à la jonction myo-neurale somatique.

Des études cliniques indiquent que la drogue inhibe efficacement la motricité gastro-intestinale et génito-urinaire et réduit à un degré variable le volume de la transpiration et des sécrétions salivaires, gastriques et pancréatiques. Elle réduit également la sécrétion muco-protéique. Tout comme l'atropine, quand la drogue est appliquée directement dans l'œil ou est administrée par voie orale ou parentérale, elle produit la mydriase et la cycloplégie; mais son application locale à cette fin n'est pas recommandée tant que nos connaissances cliniques à ce sujet ne seront pas plus complètes. La valeur de la drogue comme préventif des réflexes cardiaques anormaux par l'entremise du vague au cours des opérations thoraciques ou pour la médication préopératoire de routine en remplacement de l'atropine exige une étude plus approfondie avant qu'on ne puisse en arriver à des conclusions définitives.

L'emploi clinique du bromure de méthanthéline est indiqué chaque fois qu'une action spasmolytique anticholinergique est recherchée, pourvu qu'il ne soit pas contre-indiqué à cause de ses caractéristiques atropiniques ou à cause de l'intolérance du patient aux effets secondaires inévitables. Le produit est utile comme adjuvant dans le traitement de l'ulcère gastrique ou duodénal, la gastrite hypertrophique chronique, certaines formes moins spécifiques de gastrite, les vomissements gravidiques, la dyscinésie biliaire, la pancréatite aiguë et chronique, l'hypermotricité de l'intestin grêle ne relevant pas de modifications organiques, les iléostomies, la spasticité du côlon (colite muco-membraneuse, intestin irritable), la diverticulite, les spasmes des uretères et de la vessie, l'hyperhidrose, ou pour enrayer la sudation normale qui aggrave certaines dermatoses ainsi que pour enrayer la salivation.

A doses thérapeutiques le bromure de méthanthéline produit un certain degré de cy-

clopégie et de mydriase et par conséquent ne doit pas être administré aux malades atteints de glaucome. Il réduit parfois la facilité de lire les caractères fins. La xérostomie (sécheresse de la bouche) est une réaction secondaire fréquente, parfois passagère. Chez les patients d'un certain âge avec hypertrophie prostatique, il peut y avoir rétention urinaire à un degré variable, et certains patients peuvent éprouver de la difficulté à évacuer le rectum. Il se peut que les patients avec des ulcères duodénaux œdémateux aient des nausées et des vomissements au début de l'administration de la drogue. Ces patients ne devraient prendre que des liquides au commencement du traitement. Tous les patients devraient être avertis au sujet des réactions secondaires qui pourraient se produire. Des surdoses suffisantes pour produire une action curarisante peuvent être neutralisées en faisant promptement une injection sous-cutanée de 2 mg. de méthylsulfate de néostigmine.

Posologie. — Le bromure de méthanthéline s'administre par la bouche ou en injection intramusculaire ou intraveineuse. Il n'est pas recommandé de l'administrer en injection aux patients qui peuvent le prendre par la bouche. La dose, orale ou injectable, initiale, moyenne pour adultes est de 50 mg. Aux malades manifestant une forte intolérance on peut donner 25 mg. Dans le traitement de l'ulcère gastrique ou duodénal, il est suggéré de commencer par 50 mg. trois fois par jour avant les repas et 100 à 150 mg. au coucher. Toutefois, la dose efficace usuelle est de 100 mg. quatre fois par jour, bien que pour certains patients des doses plus fortes ou plus faibles puissent être nécessaires. La dose peut être augmentée jusqu'au seuil de l'intolérance (jugé par la sécheresse de la bouche) et être réglée d'après la réponse individuelle du patient. On considère généralement que les doses d'entretien pour l'ulcère gastrique ou duodénal sont à peu près la moitié des doses thérapeutiques. Dans le traitement d'autres états d'hypermotricité ou d'hypersecretion la dose devrait être la plus faible quantité qui soulage les symptômes. Dans les états spastiques relevant de lésions organiques, inflammatoires ou autres, la cause première devrait être traitée si possible.

G. D. SEARLE & CO. OF CANADA, LTD.

Comprimés de Bromure de Banthine: 50 mg.

Ampoules de Bromure de Banthine: 50 mg.

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

L'Union Médicale du Canada

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:

Maurice Roch (Genève),
Pasteur Valléry-Radot (Paris),
Wilbrod Ponin, 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, MM. J.-M. Laframboise, Renaud Lemieux, Albert LeSage,
Emile Blain, Roméo Boucher, Paul Bourgeois, J.-A. Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, L.-P. Petitclerc,
Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, Jean Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith, Hermile
Richard Gaudet, Léon Gérin-Lajoie, Albert Jutras, Trudel, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef: **Roma AMYOT**

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Roger-R. Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

BUREAU DE COLLABORATION:

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



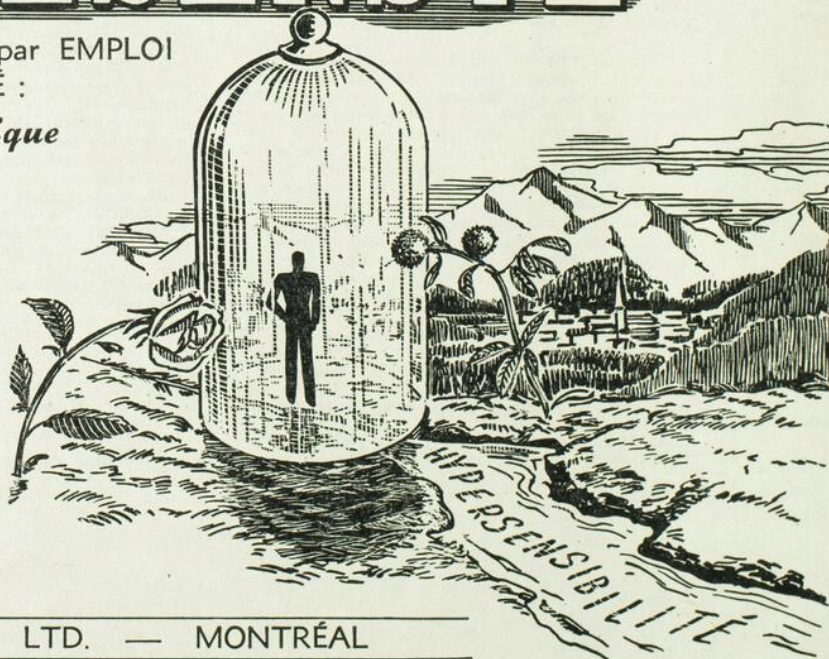
DÉSENSYL

DÉSENSIBILISATION par EMPLOI
SIMULTANÉ :

*d'un Antihistaminique
de l'Ephédrine
du Calcium*

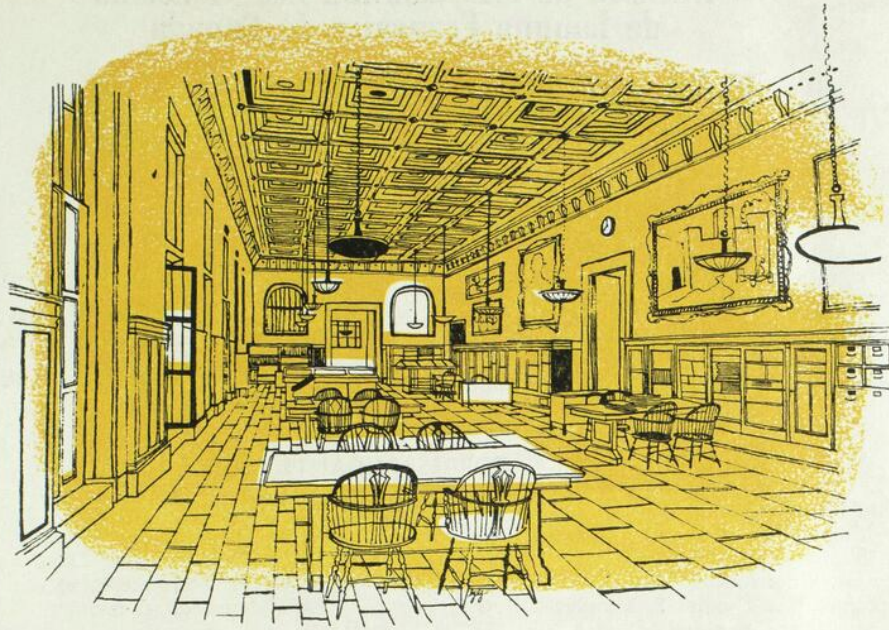
- Effets curatifs complémentaires
- Renforcement par synergie de mécanismes d'actions différents
- Diminution des actions secondaires

flacons de 40 comprimés,
flacons de 4 oz. de sirop.



EGGER (CANADA) LTD. — MONTRÉAL

Agents: **Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée — Montréal.**



*Parmi tous les antibiotiques, les Spécialistes en Médecine Interne
choisissent le plus souvent*

AUREOMYCINE

parce que

L'auréomycine passe aisément dans le torrent circulatoire, d'où elle est diffusée rapidement dans tous les tissus et humeurs organiques. L'auréomycine est un antibiotique à vaste champ d'action qui s'avère efficace contre une grande variété d'infections à bactéries, à rickettsies et à grands virus.

D'après les travaux cliniques, l'auréomycine agit dans les infections suivantes:

Amibiase aiguë
Brucellose aiguë
Chancres mou
Charbon
Dysenterie bacillaire
Endocardite*
Erysipèle
Fièvre du Queensland

Fièvre par morsure de rat
Fièvre récurrente
Fièvre pourprée des
Montagnes Rocheuses
Fièvre boutonneuse
Fièvre par morsure
de tique
Granulome ulcéreux
des parties génitales
Grippe

Infections des voies
hépatiques et biliaires*
Infections des voies
respiratoires*
Leptospirose*
Maladie de Nicolas-Favre
Péricardite*
Psittacose
Septicémie*
Typhus
Tularémie
Vérole à rickettsies

*Dans le monde entier, comme aux Etats-Unis, l'auréomycine est reconnue
comme un antibiotique à large champ d'action et son efficacité
a été largement démontrée.*

Conditionnement:

En capsules à 50 mg.—Flacons de 25 et de 100 capsules.
En capsules à 250 mg.—Flacons de 16 et de 100 capsules.

Forme ophtalmique: Flacon renfermant 25 mg. offerte avec compte-gouttes.
La solution se prépare extemporanément par addition de 5 cc. d'eau distillée.

*Si l'affection dépend de germes auréomycino-sensibles.

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

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

L'Union Médicale du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: L. Gérin-Lajoie
Vice-président: Pierre Smith
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal
Secrétaire-trésorier adjoint: P.-R. Archambault

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. L. Gérin-Lajoie, R. Amyot, J.-A. Vidal,
D. Marion et Pierre Smith.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. R. Amyot, D. Marion et 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),

MM. R. Gaudet (Sherbrooke),
Eug. Tremblay (Chicoutimi),
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières),
D. Collin (Saint-Boniface),
L.-P. Mousseau (Edmonton).

ADMINISTRATION et **SECRETARIAT** }
PUBLICITÉ: Jacques D. Clerk }

326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal.
Tél.: LAncaster 9888



EGOSALYL

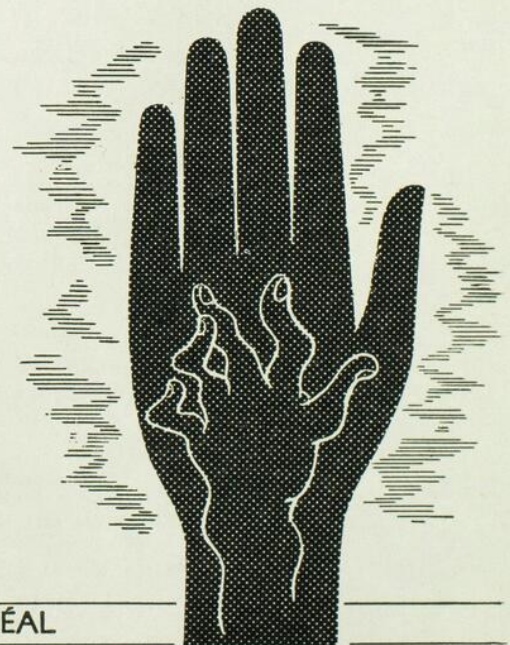
AMIDE SALICYLIQUE
— EGGER —

Un nouveau salicylé associé
au Calcium et aux Vitamines
essentielles

THERAPEUTIQUE MODERNE
des AFFECTIONS ARTHRIQUES
ET RHUMATISMALES

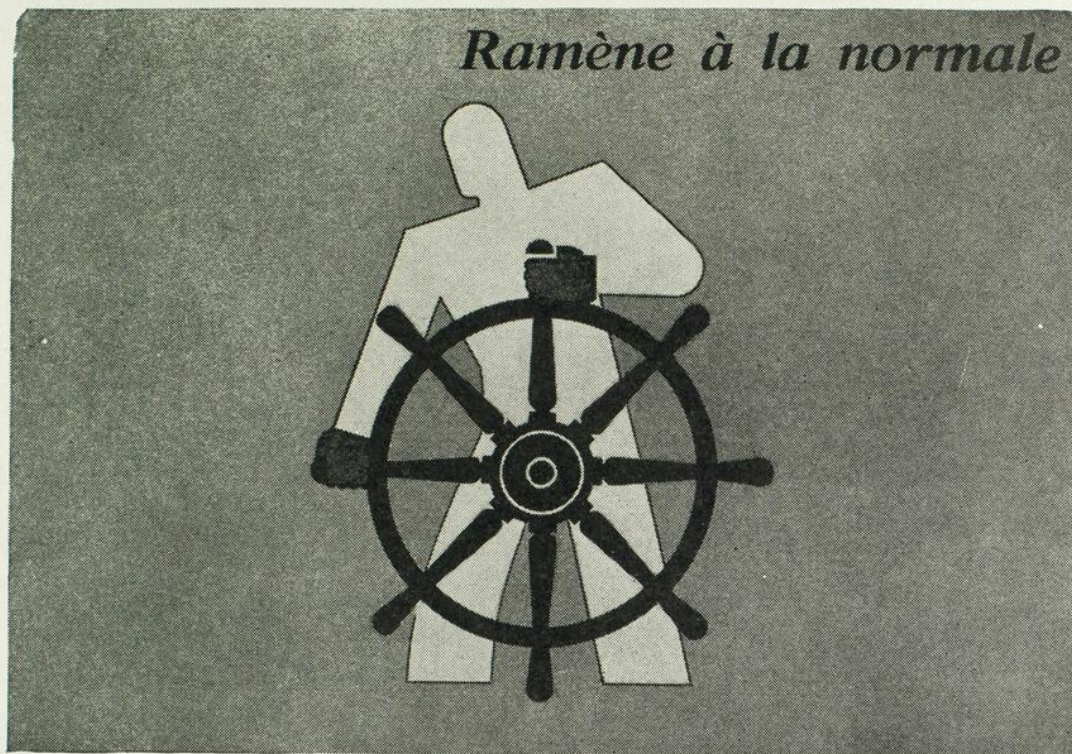
Tolérance parfaite
Absence d'irritations
gastriques ou rénales

Haute salicylémie sans adjuvants
Effets analgésiques élevés
Flacons de 100 et 1000 comprimés



EGGER (CANADA) LTD. — MONTRÉAL

Agents: Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée — Montréal.



**ASSOCIATION DE TRINITRINE,
SCILLE, PHÉNYLÉTHYLMALONYLURÉE**

**MÉDICATION D'ENTRETIEN DES HYPERTENDUS
ET MÉDICATION D'URGENCE DES CRISES**

**LABORATOIRES "PERRIER"
PARIS - - FRANCE**

Agents généraux pour le Canada

**MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE
1215, RUE ST-DENIS - MONTRÉAL**

Scillitrine

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Emile BLAIN,
444 est, rue Sherbrooke,
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Emile BLAIN,	Montréal.
Hermile TRUDEL,	Montréal.
J.-A. VIDAL,	Montréal.
J.-A. DENONCOURT,	Trois-Rivières.
J.-B. JOBIN,	Québec.
Jos. NORMAND,	Trois-Rivières.
J.-L. ROCHEFORT,	Trois-Rivières.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel,
Montréal.

SECRÉTAIRE ADJOINT

B.-G. BEGIN,
3440, rue Hutchison,
Montréal.

COMITÉ DU XXI^e CONGRÈS

J.-A. DENONCOURT, président.

J.-B. JOBIN,	1 ^{er}	vice-président.
J.-M. LAFRAMBOISE,	2 ^e	"
Gustave LACASSE,	3 ^e	"
Auray FONTAINE,	4 ^e	"

Jos. NORMAND, secrétaire,
1027, boul. Lavolette,
Trois-Rivières.

J.-L. ROCHEFORT, trésorier,
1005, rue Saint-Prosper,
Trois-Rivières.

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,
J.-H. LAPOINTE,
Albert PAQUET.

Chs. N. DeBLOIS,
J.-A. JARRY,
Charles VEZINA,
Richard GAUDET.

A.-L. RICHARD,
Edmond POTVIN,
J.-A. VIDAL.

MEMBRES DU CONSEIL

<p>AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal 1954</p> <p>ARCHAMBAULT, Gérard, 472, av. Laurier, St-Jean, P. Q. 1952</p> <p>BAILLY, Roland, 4339 avenue de Lorimier, Montréal 1952</p> <p>BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta 1954</p> <p>BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-E. 1952</p> <p>BIBAUD, Barthélémi, Valleyfield, P. Q. 1952</p> <p>BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec 1952</p> <p>BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont 1954</p> <p>BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q. 1954</p> <p>CARON, Sylvio, Mastai, Québec 1952</p> <p>CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1954</p> <p>COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1954</p> <p>D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1954</p> <p>DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal 1952</p> <p>DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec 1952</p> <p>DOMINGUE, Albert, Cranby, P. Q. 1952</p> <p>GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. 1954</p> <p>GAUTHIER, J.-D., Shippegan, N.-B. 1954</p> <p>HURTUBISE, Raoul, Sénateur, 19, rue Durham, Sudbury, Ont. 1954</p>	<p>JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. 1952</p> <p>JOBIN, Pierre, 91 1/2, rue d'Auteuil, Québec 1954</p> <p>LECOURS, J.-A., 538, av. King-Edward, Ottawa, Ont. 1952</p> <p>LEMIEUX, J.-R., Hôpital Saint-Sacrement, Québec 1952</p> <p>MANSEAU, Georges, 924, rue St-Aubin, Ville-St-Laurent 1952</p> <p>MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-E.-Cartier, Montréal 1952</p> <p>MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. 1952</p> <p>MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P. Q. 1952</p> <p>PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. 1952</p> <p>PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1954</p> <p>PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1954</p> <p>PILON, J.-L., 389 est, boul. Saint-Joseph, Montréal 1954</p> <p>POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q. 1954</p> <p>RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. 1954</p> <p>ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté de Nicolet, P. Q. 1952</p> <p>SMITH, Pierre, 300, Carré Saint-Louis, Montréal 1954</p> <p>TETRAULT, Adélar, 411, boul. Lavolette, T.-Rivières 1954</p> <p>THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. 1954</p> <p>VIU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. 1954</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

COMPRIMÉS

SEBELLA

HYDRATE D'ALUMINE AVEC BELLADONE ET PHÉNOBARBITAL

Les comprimés Sebella exercent une action douce, non-toxique et anti-acide sur la muqueuse gastrique. Leur action antispasmodique et sédative en fait une excellente médication préparatoire au traitement spécifique de l'ulcère gastro-duodéal. Ils sont également un précieux auxiliaire dans un grand nombre de troubles fonctionnels, non-ulcéreux, des voies digestives, troubles caractérisés par un excès d'acidité et de l'hypermotilité, parmi lesquels on peut citer: l'indigestion nerveuse, le syndrome du colon "irritable", la colite muco-membraneuse, la colite ulcéreuse non-spécifique, les excès de table et l'abus des boissons alcooliques.

Composition d'un comprimé:

Hydrate d'alumine ($Al_2(OH)_6$)	5 gr.
Phénobarbital	$\frac{1}{8}$ gr.
Extrait de belladone (correspondant à 1/640 gr. d'alcaloïdes totaux)	$\frac{1}{8}$ gr.

Médication anti-acide sûre

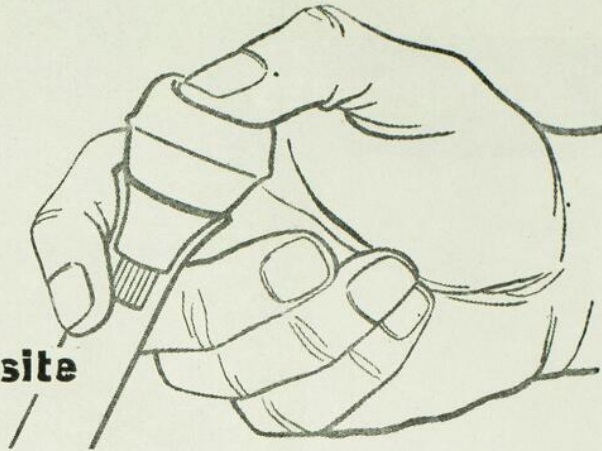
Action spasmodique efficace

Sédatif doux

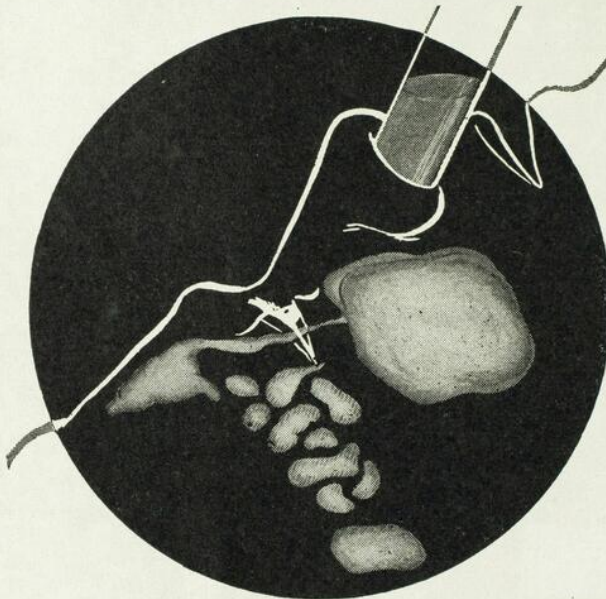


Marque Déposée

**thérapeutique
antibiotique
décongestive
de la sinusite**



Néo-Synéphrine* Pénicilline



Comme la plupart des organismes responsables de la sinusite sont pénicillino-sensibles,¹ cet antibiotique convient bien pour le traitement local de cette affection.²

Pour que la pénicilline puisse agir efficacement, elle doit être appliquée sur la région malade souvent et à une concentration suffisante.

L'application de Néo-Synéphrine réduit la congestion nasale et aide ainsi à faire pénétrer l'antibiotique.³

La Néo-Synéphrine* Pénicilline est présentée en emballage combiné (avec diluant) pour faire 15 cc. de solution de Chlorhydrate de Néo-Synéphrine à 0.25 pour cent contenant 15,000 U. I. de pénicilline par cc.

1. Scott-Moncrieff, R.: Penicillin in the Treatment of Sinusitis. *Canad. Med. Ass. Jour.*, 56:296, Mar., 1947.

2. Craig, S. L.: *New York State Jour. Med.*, 49:181, Jan. 15, 1949.

3. Woodward, F. D., and Holt, T.: Local Use of Penicillin in Infections of the Ear, Nose and Throat. *J.A.M.A.*, 129:589, Oct. 27, 1945.

Pour une Double Action contre le Coryza, la Rhinite Allergique, la Rhinite Vasomotrice et la Sinusite . . .

Néo-Synéphrine Thenfadil**

Solution Nasale Antihistaminique Décongestive

Flacons de 1 once fluide renfermant Chlorhydrate de Néo-Synéphrine 0.25% Chlorhydrate de Thenfadil 0.1%.

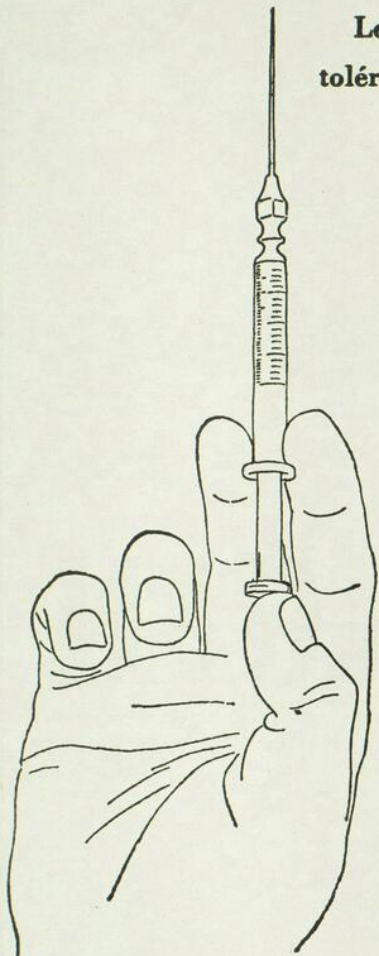
*Néo-Synéphrine, nom déposé de la phényléphrine Winthrop-Stearns

**Thenfadil, nom déposé du chlorhydrate de N,N-diméthyl-N'-(3-thényl)-N'-(2-pyridyl)éthylènediamine, Winthrop-Stearns

Winthrop-Stearns INC.

NEW YORK 18, N. Y. WINDSOR, Ont.

Sulfate de Dihydrostreptomycine *premier choix du médecin ET du malade*



Le Sulfate de Dihydrostreptomycine est parfaitement bien toléré, et il est rarement cause d'irritation au point d'injection.

Il est maintenant le plus largement employé de toutes les préparations à la streptomycine.

Des études comparatives effectuées par des cliniciens de renom confirment que

LE SULFATE DE DIHYDROSTREPTOMYCINE —

est aussi efficace que la streptomycine^{2, 9, 13-15}

*est moins toxique pour l'appareil vestibulaire*¹⁻¹⁵

diminue au minimum la douleur et l'enflure au point d'injection^{6, 10}

permet un schème de dosage plus élevé et un traitement prolongé^{3, 11}

... même chez des patients manifestant une réponse allergique à la streptomycine^{2, 9, 10, 11}

Des études expérimentales très poussées^{16, 17} ont démontré que le

SULFATE DE DIHYDROSTREPTOMYCINE MERCK —

est beaucoup moins toxique pour le système vestibulaire. "Les pourcentages d'irritation" furent trouvés 50 pour cent au-dessous de ceux d'autres préparations à la streptomycine.

SULFATE DE DIHYDROSTREPTOMYCINE MERCK

Le Sulfate de Dihydrostreptomycine Merck est offert en fioles commodes de 1 gm. et 5 gm.



MERCK & CO. LIMITED

Chimistes fabricants

MONTRÉAL • TORONTO • VALLEYFIELD

BIBLIOGRAPHIE

(1) Tompsett, R., et McDermott, W., *Am. J. Méd.* 7: 371-381, sept. 1949. (2) Tompsett, R., *Ann. Otol., Rhin. & Laryng.* 57: 181, mars 1948. (3) Sweany, H. C., *Dis. Chest* 15: 631-656, juin 1949. (4) Lincoln, S., *Science News Letter* 55: 307, 14 mai 1949. (5) Semans, J. H., *J. M. A. Georgia* 38: 477-480, nov. 1949. (6) Domon, C. M., Kilbourne, P. C., et King, E. Q. *Amer. Rev. Tuberc.* 60: 564, 575, nov. 1949. (7) Nagley, M. M., *Brit. M. J.* 1: 243, 28 janv. 1950 (correspondance). (8) Committee on Medical Research and Therapy, American Trudeau Society, *Am. Rev. Tuberc.* 61: 426-

440, mars 1950. (9) Carr, D. T., Hinshaw, H. C., Pfuetze, K. H., et Brown, H. A., *Dis. Chest* 16: 801-815, déc. 1949. (10) Odell, J. M., *Dis. Chest* 16: 818, déc. 1949. (11) (Editorial) *New England J. Med.* 240: 736, 5 mai 1949. (12) Keefer, C. S., *Ann. Int. Med.* 33: 582-589, sept. 1950. (13) Marsh, D. F., *W. Va. Med. J.* 45: 280-284, oct. 1949. (14) Johnson, H. M., *J. Invest. Dermat.* 15: 61-66, juillet 1950. (15) Hinshaw, H. C., Communication personnelle. (16) Hawkins, J. E., *Transactions 9th Streptomycin Conference, Veterans Administration, Washington, D. C., 1950*: 109. (17) Hawkins, J. E., *J. Pharmacol.* 100: 38, sept. 1950.



Décontracturant NICOTATE DE MÉTHYLE

Antialgique SALICYLATE DE GLYCOL

Vasomoteur HISTAMINE

LE

BAUME MIDALGAN

D'EMPLOI PROPRE ET AGRÉABLE

est d'un effet

SÉDATIF PUISSANT

*Dans les processus douloureux
rhumatismaux ou congestifs*

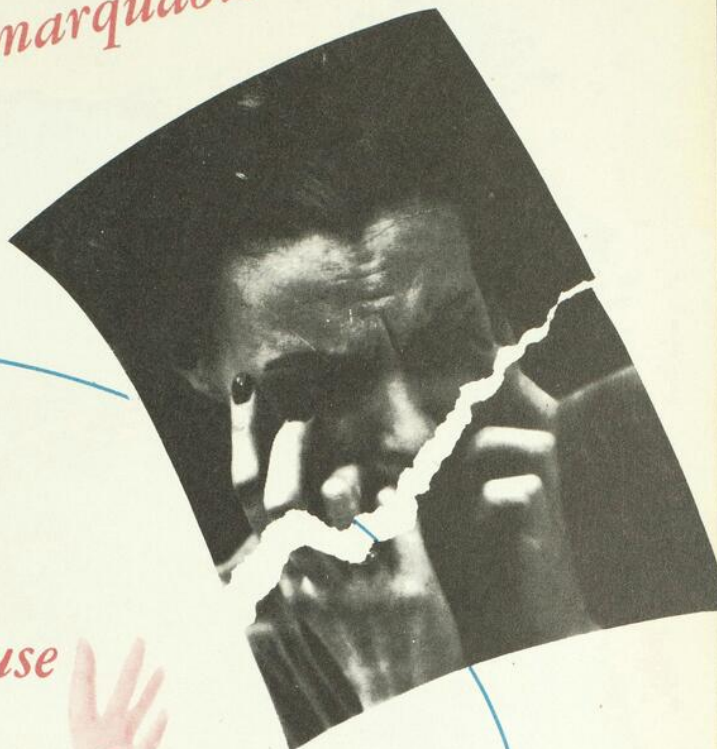


LABORATOIRES MIDY
67, AV. DE WAGRAM - PARIS-17^e
AGENTS POUR LE CANADA
VINANT LIMITEE
200, RUE VALLÉE
MONTREAL 18

Amélioration symptomatique remarquable

"Prémarine"

dans la ménopause

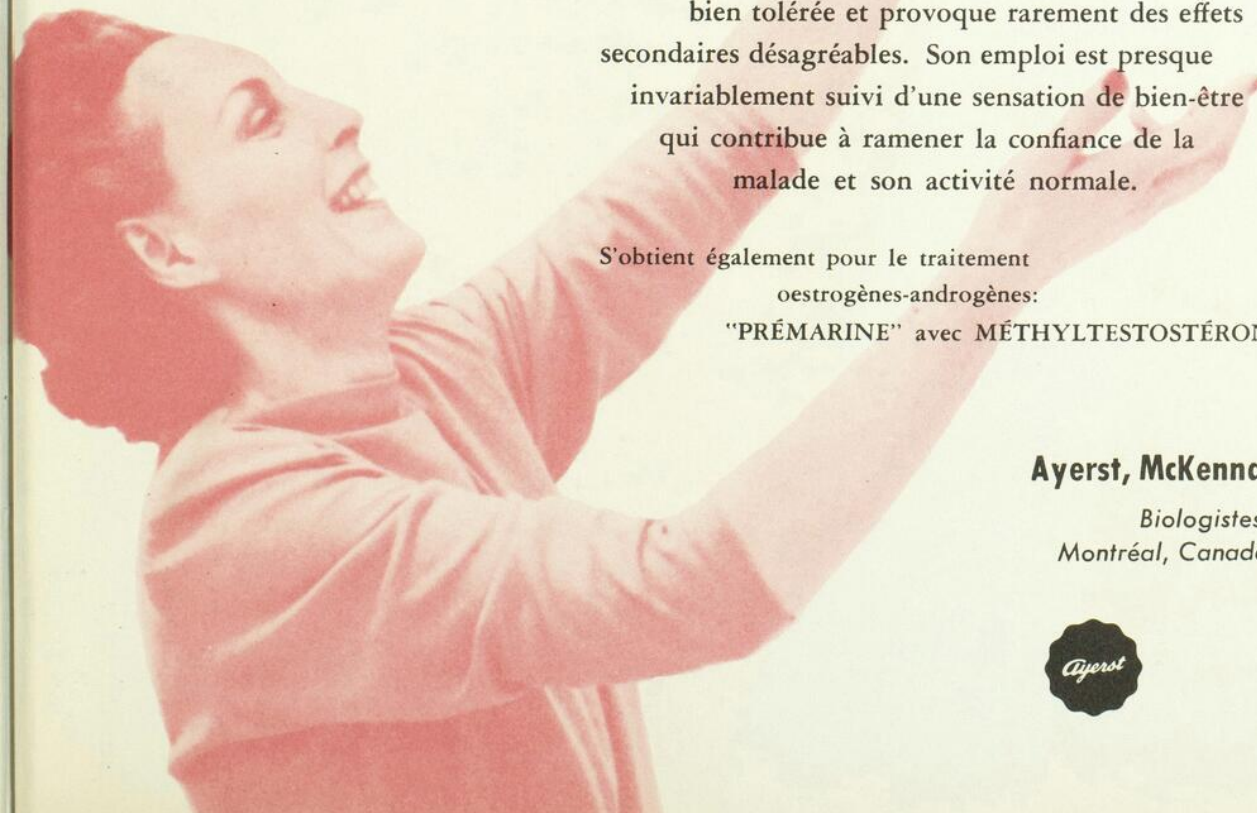


Une importante bibliographie fait ressortir la valeur remarquable de la "Prémarine" dans le traitement des troubles ménopausiques. L'amélioration symptomatique se manifeste d'ordinaire promptement. Bien que très puissante, la "Prémarine" est exceptionnellement bien tolérée et provoque rarement des effets secondaires désagréables. Son emploi est presque invariablement suivi d'une sensation de bien-être qui contribue à ramener la confiance de la malade et son activité normale.

S'obtient également pour le traitement
oestrogènes-androgènes:
"PRÉMARINE" avec MÉTHYLTESTOSTÉRONNE

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

*Biologistes et Pharmaciens
Montréal, Canada*



pour améliorer le TABLEAU CLINIQUE



"Maturex"

*Contient tous les spécifiques
des anémies macrocytaires et ferriprives*

Chez les adultes "MATUREX" — N° 340

Capsules dosées à:	
Vitamine B ₁₂	10 microg.
Estomac desséché.....	250 mg.
Acide folique.....	0.67 mg.
Sulfate ferreux P.B..... (5 grains)	323 mg.
Acide ascorbique.....	50 mg.
Extrait de foie, équivalent de.....	1 g.
	de foie frais

"MATUREX" Non ferreux — N° 341

Formule du N° 340, mais sans sulfate ferreux. D'après les comptes rendus de l'emploi du produit, rares sont les malades qui ne tolèrent pas le fer des capsules de "Maturex", mais la formule sans fer se prend dans les cas où la médication martiale est superflue.

Chez les enfants "MATUREX" (Enfants) — N° 338

Capsules dosées à:	
Vitamine B ₁₂	5 microg.
Estomac desséché.....	80 mg.
Acide folique.....	0.67 mg.
Sulfate ferreux P.B..... (1½ grain)	100 mg.
Acide ascorbique.....	25 mg.
Extrait de foie, équivalent de.....	0.5 g.
	de foie frais

"MATUREX" Non ferreux (Enfants) — N° 339

Formule du N° 338, mais sans sulfate ferreux. Destiné aux enfants qui ne requièrent pas une médication martiale.

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

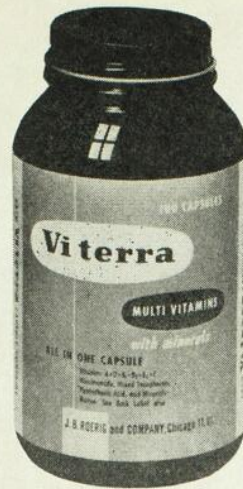
Biologistes et Pharmaciens • Montréal, Canada



*La posologie moyenne de chacun de ces
produits est de trois capsules par jour.
Toutes formules en flacons de 24, 100 et
500 capsules.*

11 Sels Minéraux et 9 Vitamines

EN UNE SEULE CAPSULE



EQUILIBRE PARFAIT—La formule de VITERRA procure des doses bien équilibrées de vitamines, de sels minéraux et d'éléments à l'état de traces. Elle est composée de manière à augmenter la valeur nutritive de chacun des ingrédients qu'elle renferme. Les composants du VITERRA sont dans des proportions telles qu'ils assurent l'harmonie des rapports biologiques essentiels au bon fonctionnement des systèmes enzymotiques vitaux.

EFFICACITÉ—VITERRA contient toutes les vitamines que l'on sait être essentielles à l'alimentation humaine, ainsi que les 11 sels minéraux dont les aliments sont le plus ordinairement dépourvus.

COMMODITÉ—Grâce à VITERRA, il est possible, pour la première fois, de procurer des doses supplémentaires suffisantes de vitamines, de sels minéraux et d'éléments à l'état de traces, et cela en une seule capsule.

Viterra

Chaque Capsule Contient:

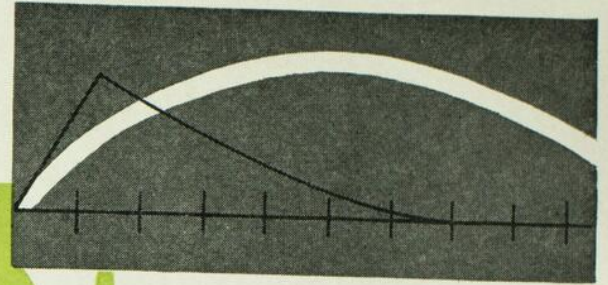
Calcium (du phosphate de dicalcium)	213 mg.	Vitamine A	5,000 Unités Int.
Cobalt (du sulfate de cobalt)	0.1 mg.	Vitamine D	500 Unités Int.
Cuivre (du sulfate de cuivre)	1 mg.	Chlorhydrate de thiamine	3 mg.
Iode (de l'iodure de potassium)	0.15 mg.	Riboflavine	3 mg.
Fer (du sulfate ferreux)	10 mg.	*Chlorhydrate de pyridoxine	334 mg.
Manganèse (du sulfate de manganèse)	1 mg.	Niacinamide	25 mg.
Magnésium (du sulfate de magnésium)	6 mg.	Acide ascorbique	50 mg.
Molybdenum (du molybdate de sodium)	0.2 mg.	*Acide d'panothénique	1.67 mg.
Phosphore (du phosphate de dicalcium)	165 mg.	*Vitamine E (type VI)	3.34 Unités Int.
Potassium (du sulfate de potassium)	5 mg.		
Zinc (du sulfate de zinc)	1.2 mg.		

*Quantité nécessaire de ces vitamines en nutrition humaine n'est pas encore déterminée

J. B. ROERIG AND COMPANY (CANADA) LIMITED



1255 Phillips Square, Montreal 2, Quebec



**TRAITEMENT
À DOMICILE**
*pour le
malade alité*



**TRAITEMENT
AU CABINET
DE CONSULTATION**
*pour le
malade ambulant*

ACTHAR* *Gel* À ACTION PROLONGÉE



ACTHAR *Gel* — la nouvelle préparation ACTH-RETARD à action prolongée — simplifie le traitement par l'ACTH au point que l'on peut le comparer au traitement du diabète par l'insuline-retard. Les traitements à la maison ou au cabinet de consultation deviennent faciles à appliquer et représentent une économie importante pour le patient. La facilité d'administration et une action thérapeutique de longue durée constituent les avantages remarquables de l'ACTHAR *Gel*.

De récentes études cliniques ont nettement établi la posologie recommandée pour le traitement de l'ACTHAR *Gel*. Il est essentiel de bien déterminer la dose afin d'obtenir les meilleurs résultats dans le traitement quotidien de l'ACTH au cours de votre pratique.

Indications: Arthrite rhumatoïde, fièvre rhumatismale, lupus érythémateux, sensibilité aux médicaments, asthme bronchique sévère, dermatite de contact, la plupart des affections inflammatoires de l'œil, pemphigus aigu, dermatite exfoliatrice, colite ulcéreuse, arthrite goutteuse aiguë, hypofonctionnement adrénocortical secondaire. **Présentation:** fioles à doses multiples de 5 c.c. contenant 20 U. I. par c.c., et fioles à doses multiples de 5 c.c. contenant 40 U. I. par c.c.

* NOM DÉPOSÉ DE L'HORMONE ADRÉNO-CORTICOTROPE (ACTH) DES LABORATOIRES ARMOUR

THE ARMOUR LABORATORIES

520 NORTH MICHIGAN AVENUE • CHICAGO 11, ILLINOIS

Distributeur canadien: LAURENTIAN AGENCIES, LTD.
429, RUE SAINT-JEAN-BAPTISTE, MONTREAL 1, QUEBEC, CANADA

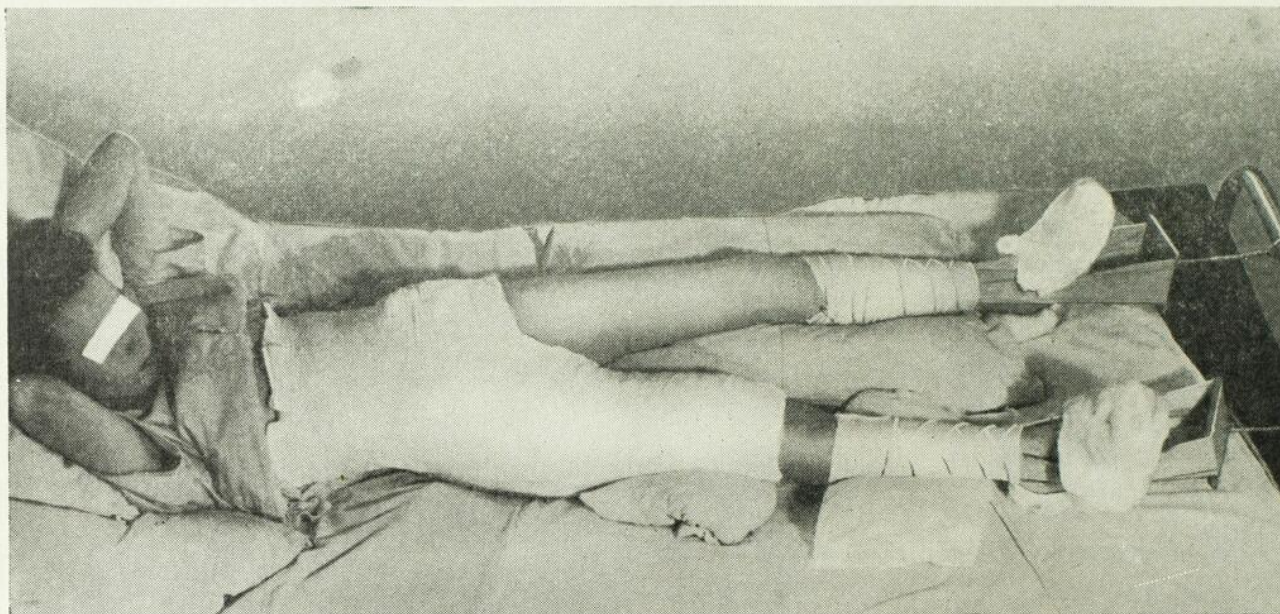
TUBERCULOSE de la HANCHE DROITE

FICHE MÉDICALE: D. S., jeune femme de 22 ans, souffrait d'une arthrite tuberculeuse précoce de la hanche droite. Il devint nécessaire pour le traitement de la placer sur un cadre, genre abducteur ou autre. Pendant six mois, il fut impossible de lui procurer un lit dans un sanatorium et, en attendant, on improvisa l'abduction de la hanche par la méthode illustrée ci-dessous.

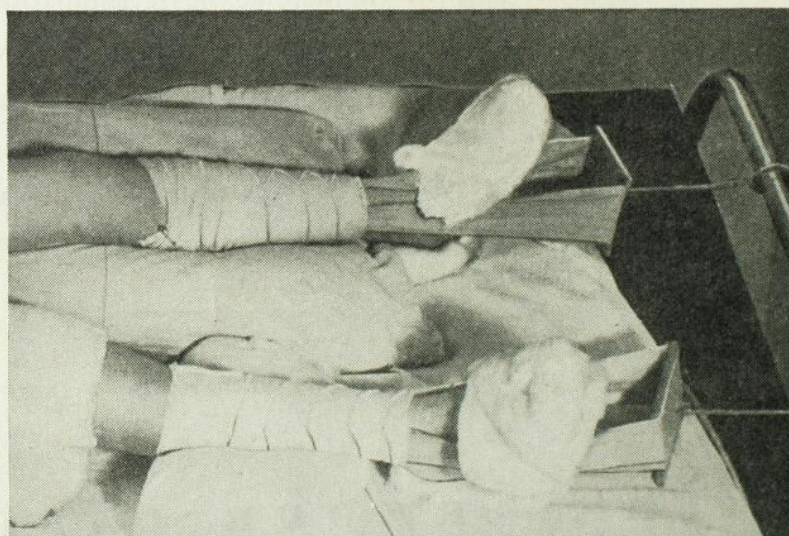
OBSERVATIONS: L'immobilisation dans le plâtre de Paris seul ne suffisait pas. L'Em-

plâtre-Extension Elastoplast fut appliqué aux deux jambes et attaché à la barre au pied du lit. On obtint une traction contraire en soulevant le pied du lit sur des blocs.

Ces détails et illustrations sont tirés d'un cas réel. Les fabricants T. J. Smith & Nephew Ltd., de Hull, Angleterre, présentent cet exemple — typique parmi beaucoup d'autres — où l'emploi de leurs produits a été couronné de succès.



Les Emplâtres-Extension Elastoplast sont faits d'un tissu Elastoplast adhésif possédant une extensibilité *croisée*. Ils offrent la rigidité longitudinale absolument nécessaire à l'extension, pendant que l'élasticité latérale leur permet de s'adapter parfaitement aux divers contours du membre. Se présentent en bandes de 3" de largeur par 3 verges de longueur.



SMITH & NEPHEW LIMITED

2285, AVENUE PAPINEAU
MONTRÉAL (24), P. Q.

Ciba

plus d'efficacité

Linguettes^{*} Métandrène^{*}

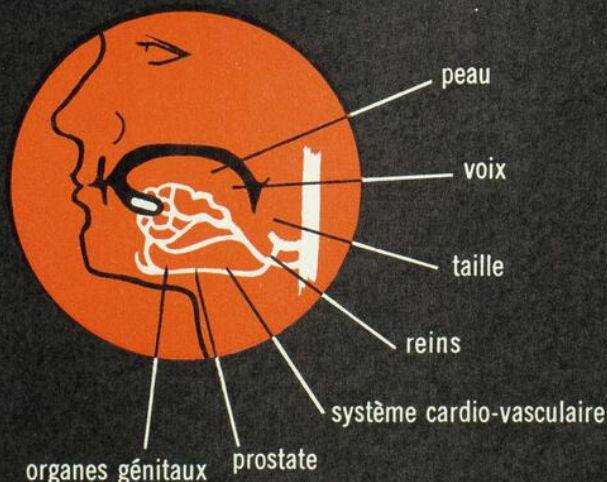
Chaque fois que l'androgénothérapie est indiquée
les LINGUETTES METANDRENE s'imposent.

Elles offrent aux médecins et aux malades
les avantages de la thérapie parentérale tout en
éliminant la nécessité des injections.

Le contenu hormonal
des LINGUETTES METANDRENE est
complètement absorbé par le réseau capillaire
de la muqueuse orale et atteint les organes
visés par une route directe.

Ainsi les LINGUETTES METANDRENE évitent
· l'inactivation gastro-hépatique, ne nécessitent
que la moitié de la dose orale, et offrent
une forme d'androgénothérapie
à la fois simple, sûre et économique.

* MARQUE DÉPOSÉE



à plus bas prix



emendatio vomituum

Gravol s'identifie avec les résultats heureux qui s'obtiennent dans la prophylaxie et la thérapeutique des nausées et des vomissements. Il est tout indiqué dans: le mal de mouvement, la grossesse, la maladie des rayons, comme traitement du choc opératoire ou de l'électrochoc, ainsi que pour contrebalancer les réactions fâcheuses de certains antibiotiques.

En plus, Gravol s'avère hautement efficace dans le syndrome de Ménière et la migraine, s'il est administré durant la phase prodromique. Il fournit des résultats satisfaisants dans les troubles du labyrinthe associés à l'hypertension et à l'artériosclérose.

les Gravol

frank w. horner limited, montréal, canada



LES SPECIFIQUES ANTI-NAUSEES EPROUVES



GRAVOL LIQUIDE



GRAVOL-DEX



GRAVOL-6



GRAVOL



SUPPOSITOIRES GRAVOL

TRAITEMENT DES
DIARRHEES INFECTIEUSES

Streptomagma

Sulfate de dihydrostreptomycine et pectine
dans un véhicule de gel d'alumine kaoliné

Le Streptomagma réunit tous les éléments essentiels à une prompte et totale rémission clinique d'un grand nombre de diarrhées bactériennes infectieuses. Par une action synergique, le Streptomagma assure la bactériostase, la neutralisation des toxines et la protection de la muqueuse intestinale enflammée. Il remplit ces trois fonctions simultanément. En règle générale, on assiste à une rémission complète au bout de quelques jours de traitement.

COMPOSITION D'UNE ONCE LIQ.:

Dihydrostreptomycine (sous forme de sulfate)	4.63 gr. (0.30 Gm.)
Kaolin	45 gr. (2.92 Gm.)
Pectine	4 gr. (0.26 Gm.)

dans un gel d'alumine spécial

Posologie: 2 cuillerées à thé trois fois par jour, avant les repas, jusqu'à disparition des symptômes. Chez les adultes, on peut doubler cette dose s'il n'y a pas de réaction favorable dans les 24 heures.

En flacon de 3 onces liq.



Marque Déposée

Accepté*par le Conseil de l'A.M.A. pour la Pharmacie et la Chimie***Cafergot, N.N.R.**
(E.C. 110)**Traitement Oral
de la Crise de Migraine**

➡ Le **CAFERGOT** est le premier médicament efficace par voie buccale dans la crise de migraine. Chaque dragée contient:

1 mg. tartrate d'ergotamine
100 mg. caféine (pure)

➡ . . . "Pratiquement tous les malades de ce groupe avaient employé auparavant le tartrate d'ergotamine pour avorter ou soulager leur migraine, et tous constatèrent que E.C. 110 était plus efficace que l'ergotamine employée seule" . . .
(Horton, Ryan & Reynolds, Proc. Staff Meet., Mayo Clin., 23: 105, 1948).

➡ . . . "Quoique E.C. 110 (CAFERGOT) fut développé surtout pour le traitement de la crise de migraine, il est tout aussi efficace et peut être employé dans d'autres céphalées, surtout la céphalée histaminique typique et atypique" . . .
(Hansel, Ann. Allerg. 6: 155 — 161, 1949).

➡ . . . "Le CAFERGOT . . . semble être une préparation excellente pour l'avortement des maux de tête, surtout ceux du type de la migraine et de la céphalée histaminique" . . .
(Ryan, Postgrad. Med., 5: 330, 1949).

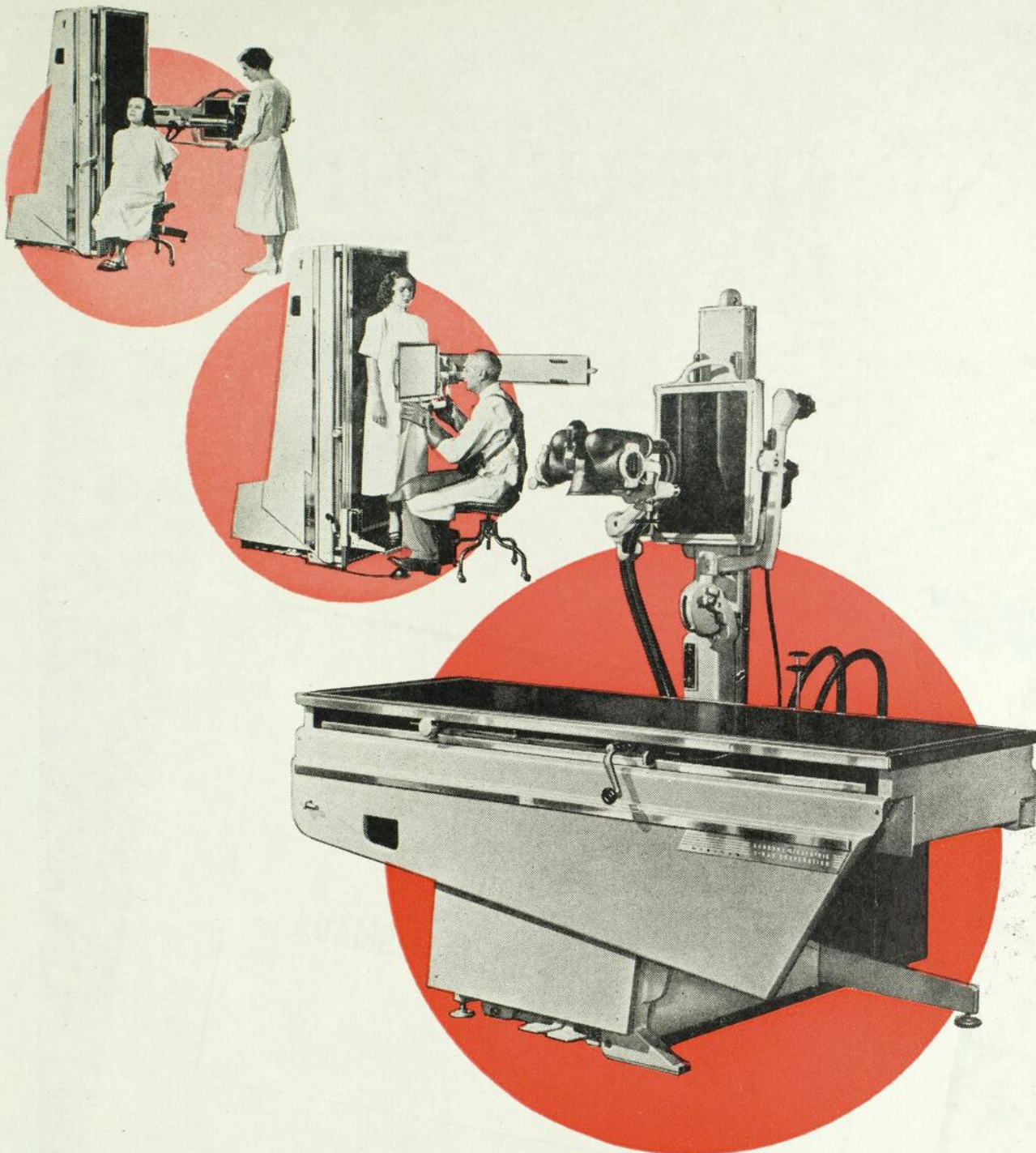


Littérature et échantillons sont à la disposition
du Corps Médical.

SANDOZ PHARMACEUTICALS LTD.

286 OUEST, RUE SAINT-PAUL,

MONTRÉAL, P. Q.



UN SEUL TUBE REMPLIT DEUX FONCTIONS DANS CE MAXICON

Versatilité! Voilà la description de ce Maxicon. Capable d'une grande portée diagnostique, il est pourvu des éléments nécessaires pour la graphie et la scopie, en position horizontale et verticale.

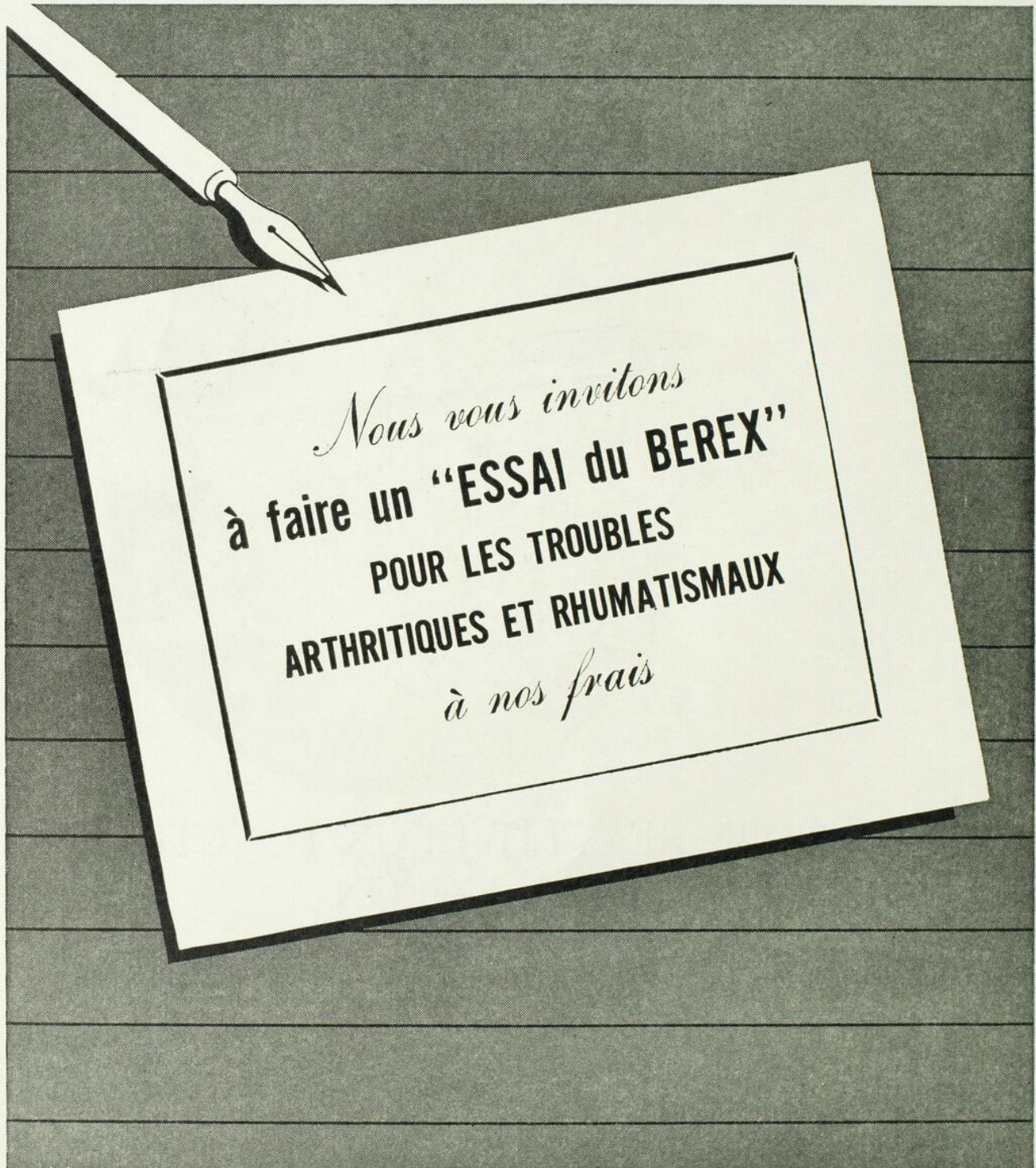
Manœuvrable à la main ou déplacé par un moteur, la table de graphie et de scopie à un seul tube est construite pour des générateurs

de 100 ou 200 ma. Comme le support du tube est à même la table, cette disposition en fait un tout compact — idéal pour les petites pièces.

Téléphonez ou écrivez au bureau le plus près — General Electric X-Ray Corporation, Limited, Montréal, Toronto, Vancouver, Winnipeg.

GENERAL  ELECTRIC

UNE OFFRE QUI SORT



Nous vous invitons
à faire un "ESSAI du BEREX"
POUR LES TROUBLES
ARTHRITQUES ET RHUMATISMAUX
à nos frais

DE L'ORDINAIRE...



aux médecins canadiens!

Tout ce que nous pourrions vous dire au sujet de l'efficacité du traitement oral par le succinate-salicylate (BEREX) des troubles arthritiques et rhumatismaux ne saurait être aussi convaincant que votre observation personnelle des résultats obtenus sur vos propres patients. C'est pourquoi nous faisons l'offre exceptionnelle suivante:

Nous vous fournirons GRATUITEMENT une quantité de BEREX suffisante pour que vous fassiez vous-même l' "ESSAI DU BEREX" sur deux malades souffrant de troubles arthritiques et rhumatismaux.

De cette façon, docteur, vous pourrez constater par vous-même — sans vous engager en aucune façon — la réponse remarquable produite par le traitement oral par le BEREX.

Des médecins qui ont prescrit le BEREX ou qui ont fait l' "ESSAI DU BEREX" rapportent . . . "les symptômes douloureux s'amendèrent rapidement" . . . "le BEREX est bien toléré" . . . "aucun indice de réactions toxiques, pas de constipation, pas de brûlements d'estomac" . . . "aucune réaction secondaire indésirable" . . . "se prête admirablement à un traitement prolongé."

Nous vous engageons, docteur, à faire l' "ESSAI DU BEREX" à nos frais. Vous avez tout à gagner et rien à perdre. Faites vous-même la démonstration que, dans le traitement de l'ostéo-arthrite, de la polyarthrite déformante, de la fièvre rhumatismale, de la myosote, de la fibrosite, de la bursite ou de la névralgie sciatique, le BEREX procure des bienfaits extraordinaires.



Dès que nous recevons votre demande,
nous vous enverrons un format pharmacie de 500 comprimés BEREX avec les indications complètes sur la posologie. Des quantités additionnelles vous seront fournies au besoin afin que votre essai personnel du traitement oral par le succinate-salicylate (BEREX) puisse être concluant.

Le BEREX se vend en flacons de 100 et en format pharmacie de 500 comprimés à votre pharmacie d'ordonnances. Fabriqué sous licence sous le nom déposé BEREX.

BEREX Pharmacal Company

36-48 Caledonia Road, Toronto, Canada

PULMO-BAILLY		
TONIQUE RESPIRATOIRE		
Gaïacol Acide phosphorique Codéine	<i>Affections pulmonaires Convalescences</i>	
LABORATOIRES A. BAILLY SPELY-EXPORT 19 RUE DU ROCHER - PARIS Agents pour le Canada - VINANT Limitée, 200 rue Vallée, MONTRÉAL		<i>4 à 5 cuillerées à café par jour</i>

RHINAMIDE		
para-amino-phényl-sulfamide éphédrine élycaïne	<i>Affections du Rhino-Pharynx</i>	
LABORATOIRES A. BAILLY SPELY-EXPORT 19 RUE DU ROCHER - PARIS Agents pour le Canada - VINANT Limitée, 200 rue Vallée, MONTRÉAL		<i>instillations pulvérisations</i>

un *nouvel*
antibiotique
d'importance
vitale

SULFATE DE POLYMYXINE B

marque **AEROSPORINE'**[®]

Etudié et mis au point par les Laboratoires de Recherche Wellcome

(BREVET AMÉRICAIN 2,565,057)

INJECTABLE dans la méningite, la septicémie et autres infections
générales dues à *Pseudomonas aeruginosa* (*Bacillus*
pyocyaneus) et autres organismes Gram négatifs
sensibles.

à l'usage
exclusif
des
hôpitaux 'AÉROSPORINE' STÉRILE, correspondant à 50 mg.
(500,000 unités) de Polymyxine Etalon

ORAL

dans les infections gastro-intestinales dues aux
Shigellas et autres organismes Gram négatifs sensibles
'AÉROSPORINE', COMPRIMÉS, Rainurés, correspon-
dant à 50 mg. (500,000 unités) de Polymyxine Etalon



BURROUGHS WELLCOME & CO.
(The Wellcome Foundation Ltd.) Montréal

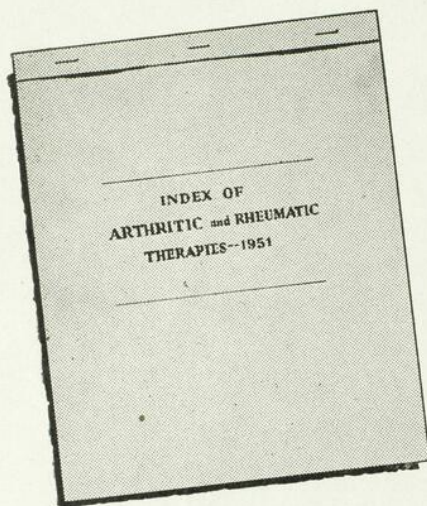
*Renseignements
complets
envoyés
sur
demande*

Thérapeutiques de l'Arthrite

● **Le Nouveau Recueil révèle au corps médical canadien les plus récentes découvertes en recherche médicale.**

● **Il démontre que les salicylates procurent les bienfaits remarquables des hormones corticales - Avec sécurité!...**

sans effets secondaires appréciables.



Pour le bénéfice du corps médical canadien, on a préparé un rapport concis sur les thérapeutiques de l'arthrite et du rhumatisme.

Le Recueil . . . AMBERMIDE "Index of Arthritis and Rheumatic Therapies — 1951" . . . met entre vos mains les découvertes de la dernière heure des chercheurs de plusieurs pays.

Un fait établi par le Recueil est d'importance primordiale pour les médecins praticiens:

Dans le traitement des affections arthritiques et rhumatismales, l'un des salicylates (l'AMBERMIDE) procure les remarquables bienfaits des hormones corticales . . . sans effets secondaires appréciables.

De plus, ces découvertes indiquent que le succinate-salicylate (AMBERMIDE) offre en outre les avantages suivants:

- AMBERMIDE constitue un traitement peu coûteux.
- Les Comprimés AMBERMIDE apportent un soulagement rapide, ils sont faciles à prendre, n'occasionnent aucun trouble gastrique.
- Les Comprimés AMBERMIDE se trouvent à votre pharmacie d'ordonnances. Flacons de 100 et de 500 comprimés.

et du Rhumatisme...

Réactions bienfaisantes	Hormone corticale	Succinate-salicylate
1. Réduction dans la teneur en acide ascorbique du cortex surrénalien.	OUI	OUI
2. Augmentation de l'élimination urinaire de l'acide urique.	OUI	OUI
3. Inhibition de l'action de l'hyaluronidase.	OUI	OUI
4. Diminution des éosinophiles dans la circulation.	OUI	OUI
5. Diminution de la globuline gamma et des anticorps dans le sérum.	OUI	OUI
6. Affaiblissement de la réponse allergique.	OUI	OUI
7. Soulagement clinique des symptômes rhumatismaux.	OUI	OUI
8. Activation de l'oxydation tissulaire.	OUI	OUI
9. Favorisation de la phosphorylation.	OUI	OUI

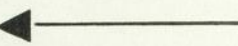


Tableau comparatif des avantages des deux thérapies.

● **POUR VOUS:** Nous nous ferons un plaisir de vous envoyer un exemplaire du "Index of Arthritic and Rheumatic Therapies — 1951". Adressez votre demande à Dépt. L U, THE PAN PHARMACALS LIMITED, Toronto 10, Canada.

L'Ostéoarthrite

est responsable de la grande majorité des troubles arthritiques. On évalue à pas moins de 6 sur 7 le nombre des arthritiques atteints de ce type d'arthrite. Bien qu'on ait découvert que les hormones corticales avaient un effet palliatif dans l'arthrite rhumatoïde, on ne signale aucune efficacité dans les cas d'ostéoarthrite. Par contre, l'efficacité marquée du traitement par le succinate-salicylate (AMBERMIDE) est confirmée par les découvertes cliniques démontrant une amélioration dans 95% des cas. AMBERMIDE est également indiqué dans le traitement de l'arthrite rhumatoïde... et permet un traitement prolongé sans effets secondaires appréciables.

AMBERMIDE

Ingrédients actifs dans chaque comprimé

- O-Hydroxybenzamide ... 2 gr.
- Succinate de calcium ... 2.8 gr.
- Hydroxyde d'aluminium ... 1.7 gr.
- Magnésium Hydroxide ... 0.649 gr.
- *Salicylamide

Pour un soulagement symptomatique rapide de l'arthrite et du rhumatisme
Fièvre rhumatismale - sciatique-goutte - bursite - névrite - fibrosite - myosite

Intolérance?
Question de
proportion et de
Solubilisant...

70/30 contre **50/50**

Aminophylline

Théophylline 70
Ethylènediamine 30

ACET-AMINOPHYLLINE

Théophylline 50
Ac. amino-acétique 50

Solubilisant irritant
malgré l'enrobage

Solubilisant amodin
sans enrobage

ACET-AMINOPHYLLINE

GLYCINATE DE THÉOPHYLLINE CALCIQUE

représente un progrès notable
dans la médication à la théophylline

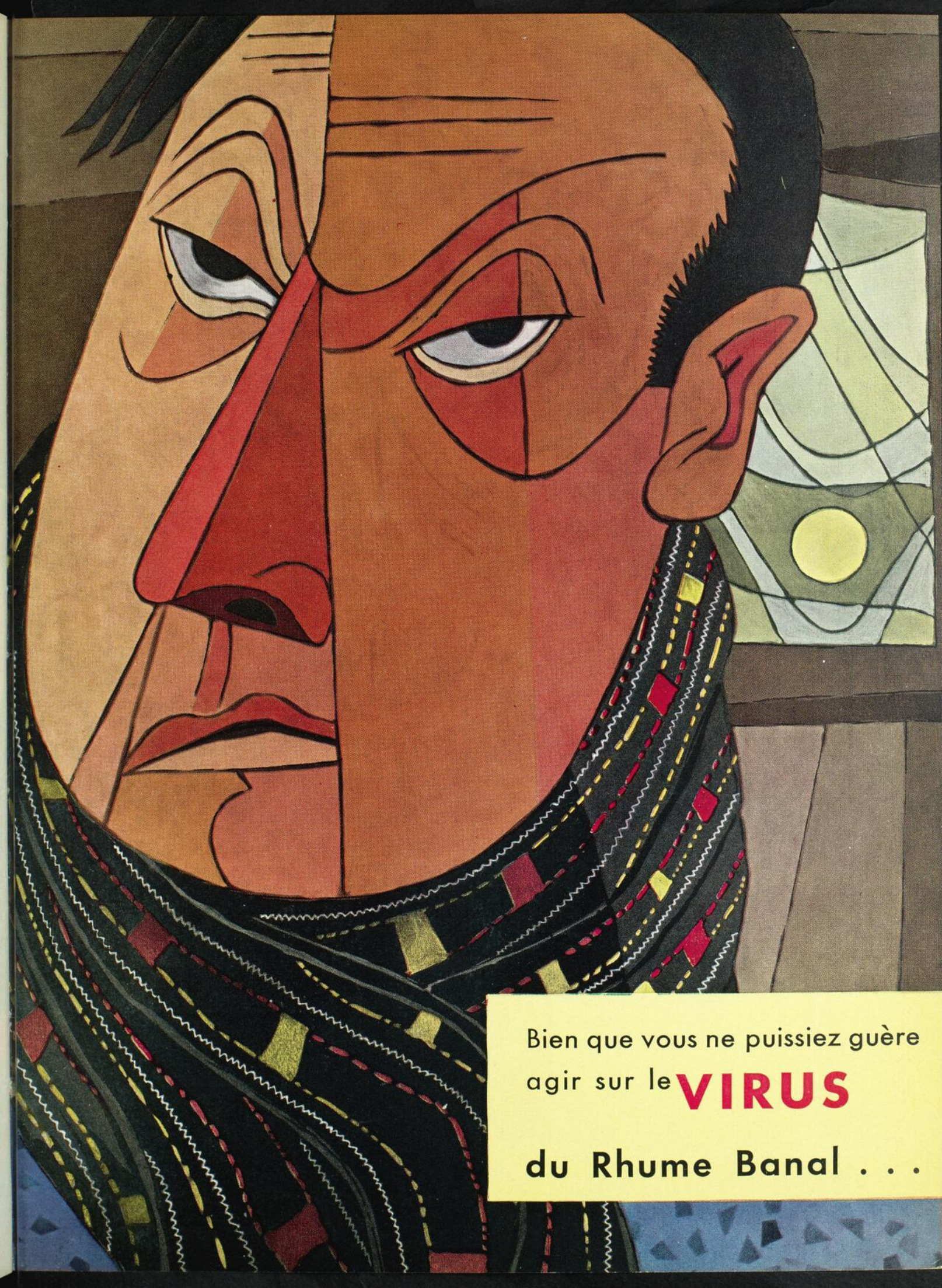
INDICATIONS

Asthme bronchique — Respiration de
Cheyne-Stokes — Insuffisance cardiaque
— Œdème pulmonaire — Asthme car-
diaque — Thrombose coronarienne —
Angine de poitrine — Hypertension —
Comme diurétique dans l'œdème d'ori-
gine cardiaque.

PRÉSENTATION ET POSOLOGIE

Comprimés à 5 grains: 1 à 2 comprimés
3 fois par jour. Chez l'enfant: propor-
tionnellement à l'âge et au poids.
Suppositoires 10 grains: Adultes: 1 sup-
positoire toutes les 4 à 6 heures.
Enfants: ½ suppositoire toutes les 4 à
6 heures.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.
178 est, rue Jean-Talon, Montréal 10



Bien que vous ne puissiez guère
agir sur le **VIRUS**
du Rhume Banal . . .

VOUS POUVEZ COMBATTRE LES

Envahisseurs Secondaires PENICILLINO-SENSIBLES

AVEC L'

AEROHALOR

NOM DÉPOSÉ

(INHALATEUR DE POUDRE D'ABBOTT)

BIEN TROP SOUVENT le soi-disant rhume banal est précédé, accompagné ou suivi d'infections respiratoires causées par des organismes sensibles à la pénicilline. C'est alors qu'est indiquée la thérapeutique locale directe par l'AEROHALOR—une inhalothérapie qui dépose la poudre de pénicilline là où elle peut faire le plus de bien.

Qu'il soit bien entendu que nous ne recommandons pas l'inhalothérapie par la pénicilline en poudre au moyen de l'AEROHALOR comme cure du rhume à virus, car elle ne l'est pas.

Krasno et Rhoads¹ rapportent comme suit: "L'évolution du rhume banal est raccourci de façon remarquable par l'inhalation de poudre de pénicilline dès le début. Nous ne nous faisons aucune illusion qu'elle agisse contre le virus qui déclenche le rhume banal ou contre tout autre virus."

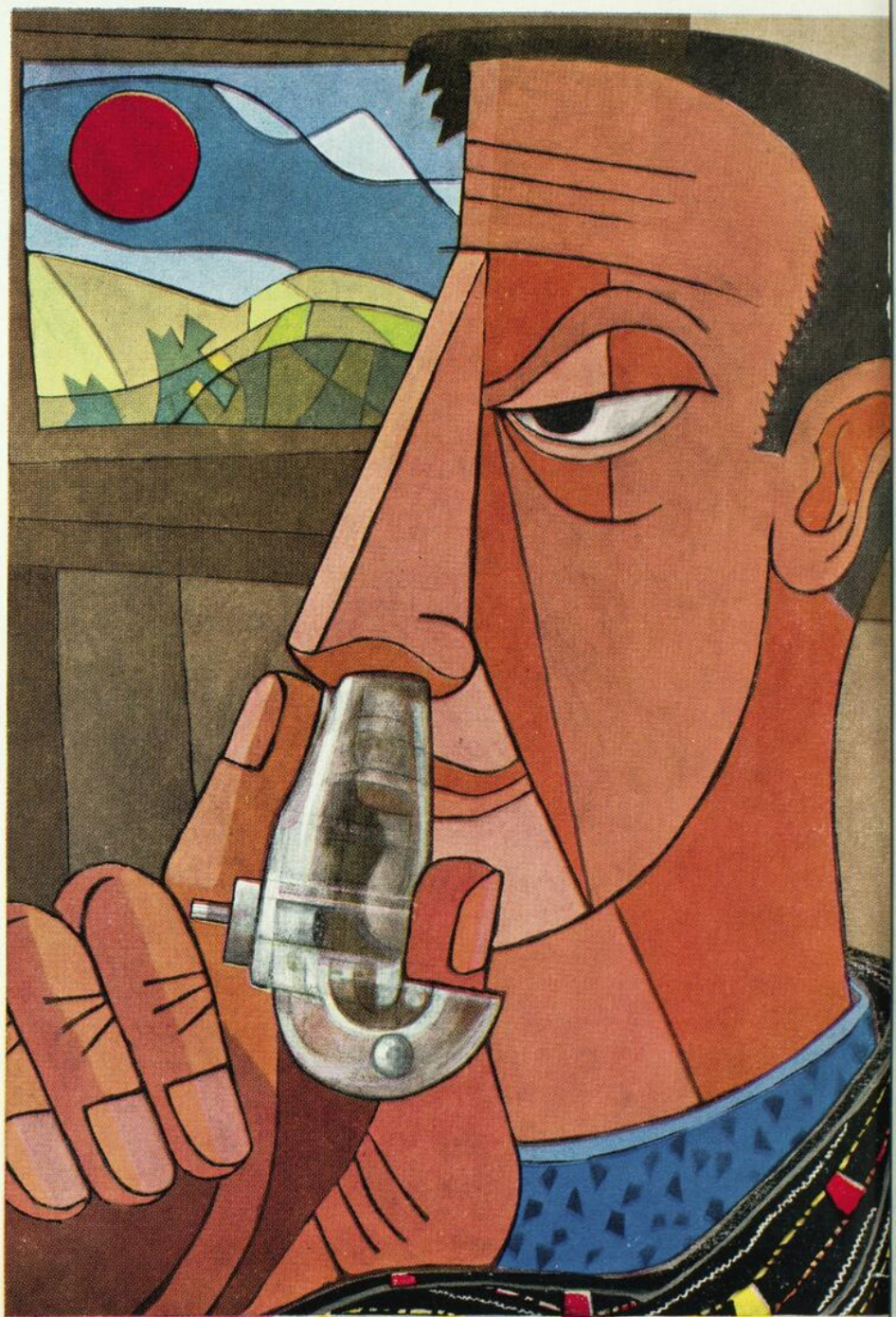
Et les mêmes auteurs ajoutent: "Nous savons parfaitement que l'agent étiologique du rhume banal n'est probablement pas un organisme pénicillino-sensible. Des envahisseurs secondaires sont sans aucun doute responsables de l'aggravation des symptômes initiaux et, dans la plupart des cas, des complications plus graves. On constate souvent une amélioration frappante chez les malades dont le rhume traîne."

L'AEROHALOR est également indiqué comme adjuvant dans le traitement des cas suivants:

Trachéite et laryngite, rhinite et nasopharyngite aiguës, sinusite aiguë et chronique, bronchite aiguë et chronique et les composants infectieux de l'asthme bronchique, infections respiratoires supérieures avant et après intervention chirurgicale, infections respiratoires postopératoires, envahisseurs secondaires dans la pneumonie à virus, angine de Vincent, traitement symptomatique de la bronchectasie.

La possibilité d'une sensibilité à la pénicilline commande la prudence dans l'emploi de l'inhalothérapie, surtout chez les patients souffrant d'asthme ou ayant des antécédents d'allergie.

Chaque AEROHALOR est présenté tout monté avec embouchure buccale pour l'inhalation orale, et accompagné d'une embouchure nasale facilement interchangeable. Les Cartouches AEROHALOR*, se prescrivant séparément et contenant chacune 100,000 U.I. de pénicilline G Potassique finement pulvérisée, sont présentées en fioles bouchées hermétiquement contenant chacune trois cartouches. Pour la littérature, écrire aux Laboratoires Abbott Limitée, Montréal 9. **Abbott**



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

1. Krasno, L., et Rhoads, P. (1949), The Inhalation of Penicillin Dust; its Proper Role in the Management of Respiratory Infections, Amer. Proc., 11: 649, July.

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 80:

MM. Allard (Eugène); Amyot (Roma); Andersen (A.); Archambault (Jacques); Archambault (Jules); Archambault (Paul-René); Augustin (Marc); Badeaux (Georgine); Balestrazzi (N.); Baril (Edmond); Beauregard (J.-M.); Bélanger (Claude); Bélanger (Paul-Marcel); Bélisle (Maurice); Bertrand (A.); Blain (Emile); Bombardier (J.-P.); Boulanger (J.-B.); Bourbonnais (Georges); Bourgeois (Paul); Bourgeois-Gavardin (M.); Bourque (J.-P.); Boussat (André); Brisson (Gérard); Brunel (D.); Cabana (Léo-Paul); Caouette (Maurice); Champoux (Roger); Chaptal (J.); Charbonneau (Henri); Charest (Gustave); Comeau (Maurice); Côté (Fernand); Coutu (Albert); Couture (Ernest); Croissant (Odile); Cusson (André); Daguet (G.); David (Paul); Del Vecchio (Marc); Denoncourt (J.-A.); Desforges (Aimé); Desjardins (Edouard); Desmarais (Bernard); Desranleau (J.-Marc); Desrochers (Jean-Léon); Dionne (Paul); Doray (Maurice); Doré (Réal); Dubeau (Marius); Dubreuil (Lucien); Dufresne (Origène); Dufresne (Roger-R.); Dugal (Jean-Paul); Durand (Fernande); Durivage (Jacques); Dussault (Roland); Duvalier (François); Favreau (J.-C.); Fiset (Robert); Foisy (René); Foley (A.-R.); Fontaine (Rosario); Forget (Ulysse); Fourage; Frappier (Armand); Frenette (Ulric); Fugère (Paul); Fukuda (Toku Ro); Gagnier (L.-A.); Gagnier (M.); Gagnon (E.-D.); Gagnon (Jacques-N.); Gareau (J.-Roger); Gauthier (C.-A.); Gauthier (Louis-J.); Gauthier (Vincent); Genest (Jacques); Genest (Robert); Gervais (Maurice); Gill (Guillaume); Girard (Armand); Giroud (A.); Gosselin (Blaindine-Yvette); Gosselin (Gilles); Gougoux (Jacques); Gratton (Armand); Gratton (Jean); Grignon (C.-E.); Grignon (Jean); Grignon (René); Groulx (Ad.); Guy (Roland); Hébert (Gérard); Hector (Saint-Lucien); Hillemand (Professeur); Hood (A. J. G.); Hudon (Fernando); Jacques (André); Jarry (Gaétan); Jean (R.); Johnson (Ré-

ginald); Joncas (Gérard); Journet (Léon); Justin-Besançon (L.); Kelly (A. D.); Kourilsky (Raoul); Lacharité (Hervé); Ladouceur (Léo); Lafond (Guy); Lacasse (Philippe); Laham (Jean); Lamotte-Barillon (S.); Lamoureux (Louis); Lamquin (L.); Landry (Philippe); Langlois (Marcel); Lapointe (Henri); Lapointe (J.-A.); Larichellière (Raymond); Larivière (Paul); Larochelle (L.-N.); Larouche (Gérard - L.); Latraverse (Valmore); Lauzé (Simon); Lauzer (Rosaire); Lebeau (René); Leblanc (Loyola); LeBlond (Sylvio); LeBlond (Wilfrid); Lecours (Antonio); Lefebvre (René); Legault (Jean-Paul); Léger (Jacques); Léger (J.-Louis); Lemierre (Professeur A.); Lemieux (J.-E.); Lépine (Edgar); Lépine (Pierre); LeSage (Albert); LeSage (Jean); Lessard (Ivan); Letendre (Paul); Letondal (Paul); Longtin (Jean); Mackay (André); Marion (Donatien); Marion (Pierre); Marois (Paul); Martin (Hon. Paul); Martineau (Bernard); Marsolais (Almanzor); McCaffrey (Frank); Miller (J.-Chs); Mirallie (Charles); Monfette (Claude); Morissette (L.); Nadeau (Gabriel); Nègre (Léopold); Noël (Victor); Normand (Jos.); Panisset (Maurice); Paquet (A.-E.); Paquette (J.-P.); Pavlanis (Vytautas); Pesant (Laurent); Piette (Jean); Pilon (J.-Louis); Pinsonneault (G.); Plichet (André); Poirier (J.-R.); Poirier (Paul); Poirier (René); Pouliot (Antoine); Potvin (V.); Prévost (Jules); Redon (Henri); Ricard (H.); Riopel (Paul); Rives; Robillard (Rosario); Rochemont (Serge); Rolland (Gérard); Saint-Arnaud (Grégoire); Saint-Martin (Maurice); Saint-Martin (Théo.); Saint-Onge (Marie); Salvaing (J.); Samson (J.-Ed.); Saucier (Jean); Selye (Hans); Smith (Henri); Smith (Pierre); Sonea (Sorin); Sylvestre (J.-Ernest); Sylvestre (Lucien); Tétreault (Ernest-R.); Thibault (Eugène); Tougas (Hubert); Trudel (Hermile); Vaillancourt (J.-R.); Vallée (A.-F.); Vallée (Louis-Ivan); Valois (Ant. - B.); Verge (Willie); Vézina (Norbert); Albert-Weil (Jean); Wyckoff (Ralph W. G.).

164933

...L'écrivain d'une science ne possède pas, en effet, l'heureuse fortune du photographe qui, en un instant, est à même d'enregistrer et de reproduire, sans la moindre omission, une scène quelconque, si chargée qu'on veuille l'imaginer. Tandis qu'il se prépare et travaille à fixer sur le papier une phase donnée de la science, cette science avance, les faits s'accumulent, les doctrines changent. S'il est quelque peu soucieux du bien faire et du complet, s'il aspire à une œuvre de vulgarisation qui ne soit point un pur exercice littéraire sur des thèmes vieillis ou combattus, il doit interrompre sa besogne et prendre connaissance des observations récentes, des théories nouvelles, afin de rajeunir son exposé. Mais lorsque l'écrivain se livre tout à la fois à des recherches personnelles et à l'examen des travaux publiés par d'autres investigateurs, alors arrêts et retards se répètent sans cesse. Telle trouvaille d'observation lui paraît trop importante pour être signalée sans contrôle; telle théorie va trop à l'encontre des idées qu'il soutient pour être consignée sans examen critique préalable; et tour à tour, s'il est histologiste comme nous, il lui faut quitter la plume pour le microscope et le microscope pour la plume. Malgré tous ces soins, l'œuvre n'est jamais achevée. Elle n'est pas exacte, non plus; car, comment se défendre contre l'éclat de l'actualité qui donne au détail secondaire les apparences d'un fait capital? comment se garder des critiques intéressées à jeter le discrédit sur des progrès positifs, ou obvier aux silences plus intéressés encore à les maintenir en oubli? enfin, comment éviter de fausser la juste perspective morale de toute découverte ou de toute théorie?...

... La raison de la forme se trouve donc entier dans le fonctionnement passé ou présent. Aussi, plus tard, dans un avenir lointain encore, quand la science aura acquis la plénitude de ses moyens d'action, quand la chimie et la physique n'apparaîtront plus que comme deux modalités de la même mécanique des atomes, la discipline de l'anatomiste sera-t-elle autrement plus sévère. Il ne sera autorisé à déclarer valable l'explication d'un fait de texture que s'il peut répondre d'une manière satisfaisante à ces trois questions: Quel est le rôle utile de cette disposition dans l'être? Quel est le mécanisme de son fonctionnement? Par quels processus chimico-mécaniques est-elle parvenue à son état actuel, à travers les enchaînements phylogéniques et ontogéniques connus de nous?...

... Toute hypothèse est donc plausible et même provisoirement acceptable, si incomplète soit-elle, pourvu qu'elle marque un pas vers la vérité et donne essor à des recherches. Il faut rejeter comme inadmissible et inutile, au contraire, l'hypothèse qui, en raison de son insuffisance, ne sert point de jalon vers le but de tous nos efforts, ou n'est point capable de susciter de nouveaux courants d'idées et de nouvelles entreprises.

Mais, ne l'oublions jamais, une théorie n'est qu'une théorie; c'est un édifice provisoire, élevé par notre esprit pour synthétiser de façon artificielle un certain nombre de faits et permettre d'en saisir définitivement, un monument durable et indestructible du labeur de notre pensée. Et cependant, que de victimes et des plus illustres de cet oubli, de ce mirage si pernicieux pour la science!...

Ramon Cajal.

BIOTOLIA
BIBLIOTHECA

BULLETIN

SUR DES STATISTIQUES EN MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE

Des travaux et recherches innombrables effectués en tuberculose, il demeure que l'œuvre de Laënnec, la conception de Villemin, la découverte de Koch et l'application de la radiographie, sont devenus les moyens les plus efficaces de la lutte engagée contre cette infection.

Le dépistage des malades qui en sont atteints s'opère grâce à la connaissance des signes cliniques en regard des lésions déterminantes, grâce à l'investigation radiographique, grâce aussi à l'identification du bacille que nous savons être la cause efficiente de la maladie.

La notion de contagiosité et des modes de contagion porte inéluctablement à la mise en œuvre de procédés et d'initiatives propres à éviter cette contagion et limiter, sinon à tarir, l'expansion de la tuberculose.

Sans doute, les méthodes de traitement : cure de repos, pneumothorax de Forlanini, pneumo-péritoine, thoracoplastie, streptomycine et autres substances médicamenteuses, sont des armes dont on ne pourrait se passer. Ces éléments thérapeutiques aident à enrayer la diffusion de l'infection en guérissant, en excluant certaines sources infectieuses, mais leur utilité se trouve beaucoup plus à l'échelle individuelle. La lutte contre la tuberculose, portée sur le plan social et à répercussion indéfinie dans les résultats se fait par le dépistage précoce et la mise hors la contagion des individus infectés. Et ainsi on arrive, jusqu'à nouvel ordre ou jusqu'à la découverte du traitement spécifique, à trouver dans une organisation matérielle systématique qui vise à examiner tous les individus d'une communauté et à placer et traiter tous les contagieux dépistés, l'instrument qui pourrait éventuellement réduire la maladie à une incidence étonnamment basse.

Cela requiert momentanément un vaste déploiement de procédés et de capitaux, mais cela pourra conduire à l'atténuation de certains de ces moyens par la réduction marquée du nombre des infectés. Et les grands et nombreux sanatoria pourront peut-être, dans un

avenir rapproché, servir à d'autres fins qui ne manquent certainement pas dans le domaine de la sécurité et du bien-être social.

Certaines statistiques récentes nous permettent d'envisager cette perspective. Ainsi la mortalité par tuberculose au Canada était de 47,2 pour 100 000 en 1946; elle était de 25,6 en 1950. En Ontario où elle était la plus basse, elle fut de 25,4 en 1946, elle est maintenant de 13. En Québec elle se trouvait à 72,2 il y a 5 ans, elle s'était abaissée à 39,3 en 1950.

Cette mortalité a diminué de 45,69% dans le pays durant ces quatre années de 1946 à 1950. Si on étudie cette décroissance dans chacune des provinces, en excluant Terre-Neuve, on voit qu'elle marque un pourcentage allant de 30 à 57 pour cent.

Le taux de mortalité en Québec est encore le plus élevé des neuf provinces.

Le constater est essentiel, le déplorer serait inutile.

Il est impératif de continuer la lutte avec la même vigueur, avec la même systématisation des moyens et avec le concours actif de la profession médicale. Le médecin peut et doit aider en conseillant fermement au public, à sa clientèle, l'utilisation des centres de dépistage, de recourir même aux examens périodiques.

Les Ministères de la Santé doivent fournir par ailleurs les installations sanatoriales en nombre suffisant.

Chaque individu éclairé, instruit et intelligemment avisé par son médecin pourra prévenir pour lui-même une évolution malheureuse d'une tuberculose décelée trop tardivement, et surtout contribuer à réduire selon une progression géométrique la pathologie tuberculeuse dans sa famille, sa communauté et la population générale du pays.

Une infection contagieuse a bien son point de départ, mais une fois déclenchée et laissée à elle-même, n'a plus de point d'arrêt et se propage en extension divergente. L'inverse, cependant, se produit si elle est arrêtée précocément dans les multiples foyers d'où elle peut partir.

A chacun de nous d'y penser.

Roma AMYOT.

OSTÉOCHONDRITE DE LA HANCHE¹

(SYN.: COXA-PLANA — MALADIE DE LEGG-PERTHES — OSTÉOCHONDRITE DÉFORMANTE JUVÉNILE)

Lionel GROLEAU et R. DuBERGER (Sherbrooke).

Cette affection fut décrite pour la première fois en 1910 par Legg, en Amérique, et par Jacques Calvé, en France.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

La coxa-plana est une lésion à point de départ épiphysaire qui se développe chez les enfants de 4 à 10 ans, plus souvent chez les garçons que chez les filles, dans la proportion, d'après certains auteurs, de 85 pour cent, et serait plus souvent unilatérale que bilatérale.

Sa véritable cause est encore inconnue. Parmi les causes probables, on a invoqué l'infection, le traumatisme, les troubles des glandes endocrines et, finalement, certains troubles vasculaires. Il est communément admis maintenant que les lésions dégénératives de la tête fémorale sont d'origine vasculaire dont les troubles favoriseraient une ischémie régionale aggravée ensuite par les microtraumatismes répétés. De cette ischémie résulterait une nécrose aseptique totale ou partielle de la tête fémorale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Cette affection évolue toujours en deux périodes: 1^o période dégénérative; 2^o période de réparation.

Dans la première période, la lésion atteint d'abord la synoviale et la capsule et ensuite la tête fémorale. Cette lésion fait naître un double processus biologique et mécanique. La synoviale et la capsule sont gonflées, œdématisées, hyperhémisées avec infiltration périvasculaire de lymphocytes et de plasmocytes. Peu après apparaissent dans la tête fémorale des zones multiples de densité augmentée et de raréfaction osseuse, donnant ainsi l'image

de fragmentation de la tête. Ces zones de tissu nécrosé seront par la suite résorbées en partie ou en totalité par les vaisseaux sanguins, puis les tissus de granulation y apparaissent. Cette résorption atteint en même temps la moelle osseuse de la région.

Au début, le cartilage de la tête demeure intact, d'abord parce qu'il est supporté par le tissu osseux encore assez résistant et, ensuite, parce qu'il ne peut être altéré par les lésions vasculaires, du fait qu'il est nourri par le liquide synovial.

Durant l'évolution de cette période, l'os nécrosé sera remplacé graduellement par du tissu conjonctif jeune apte à former du tissu osseux nouveau. La moelle osseuse sera remplacée seulement par du tissu de granulation.

L'os nécrosé, devenu friable, sera exposé aux fractures spontanées. A ce stage, le cartilage articulaire sera endommagé du fait qu'il perd son support normal.

Période de réparation. Quand le noyau de la tête se reforme, la période de résorption est à peu près terminée. Les fragments sains augmentent de volume, se rapprochent les uns des autres et se soudent; le tissu conjonctif jeune se calcifie. En même temps, il se fait un affaissement mécanique de la boîte cartilagineuse de la tête.

Cette réparation est expliquée par le fait qu'il se produit une prolifération de tissu de granulation formé par de nombreux vaisseaux sanguins qui pénètrent dans l'os fragmenté. Ce tissu de granulation, pour accomplir son travail sans perturbation, se trouve situé en-dessous de la zone dangereuse ou traumatisée.

Cependant ce travail de réparation ne sera jamais parfait. Dans les cas graves, il y aura des séquelles importantes. La tête fémorale prendra la forme d'un champignon qui s'adaptera mal au cotyle. Cette tête, toutes les fois

1. Communication au XXI^e Congrès de l'A. M. L. F. C., Trois-Rivières, octobre 1951.

qu'il y a déformation notable, débordera la partie supérieure du cotyle comme dans les cas de subluxation.

ETUDE CLINIQUE.

L'évolution clinique de la coxa-plana peut être divisée en trois périodes: 1^o période du début; 2^o période de dégénérescence; 3^o période de réparation.

Symptômes.

Au début, l'enfant accuse une légère boiterie qui varie avec l'intensité de la maladie. La douleur, accompagnée de spasme musculaire, d'abord localisée à la hanche, s'irradie souvent à la face interne de la cuisse et au genou, suivant le trajet du nerf obturateur. Cette douleur, qui peut être accentuée par la marche, sera calmée par le repos. Dans la période suivante, ces symptômes seront remplacés par des troubles mécaniques résultant de la déformation de la tête fémorale.

Signes physiques. A l'examen, on constate une limitation de mouvements de la hanche, dans l'abduction et dans la rotation interne et externe. Assez souvent, il existe une légère amyotrophie de la cuisse. Il peut y avoir une légère sensibilité dans l'aîne mais jamais de réaction ganglionnaire. Le raccourcissement du membre, qui peut être d'un quart ou d'un demi-pouce, sera proportionnel à l'aplatissement de la tête et au raccourcissement du col fémoral.

Signes radiographiques.

Au début, la radiographie montre un gonflement globulaire de la capsule, une tête fémorale légèrement aplatie et un espace articulaire agrandi à la partie interne.

A la période de destruction, la tête fémorale devient mince, aplatie, élargie, fragmentée, débordant le toit du cotyle. Le noyau épiphysaire présente, au centre, une zone de densité et, à sa partie interne et externe, deux zones de décalcification.

La ligne épiphysaire devient plus large et irrégulièrement décalcifiée du côté du col. Graduellement le col devient plus épais et plus court.

A la période de guérison, la ligne épiphysaire se récalcifie pendant que la surface

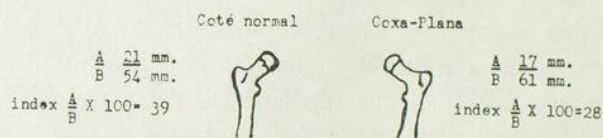
proximale du col devient convexe et pénètre par endroit dans la tête.

Progressivement, les zones décalcifiées de la tête se récalcifient et donneront à la tête l'apparence d'un champignon dans les cas graves. Lorsque la tête est déformée, elle est subluxée comme si elle était trop grosse pour la cavité. Elle déborde le cotyle d'un quart de son diamètre ou plus.

Assez souvent il sera utile de calculer, sur l'image radiographique, le quotient épiphysaire. C'est une méthode de mensuration qui nous permet de juger avec plus de précision les déformations de la tête, du col et du cotyle. Par elle, il est possible d'établir le pourcentage des déformations de la tête en comparant avec le côté sain.

Voici la façon de procéder pour obtenir le quotient épiphysaire: il faut d'abord établir l'index épiphysaire en mesurant la hauteur de l'épiphyse avec sa largeur au niveau de la ligne épiphysaire. La hauteur est ensuite divisée par la largeur et le quotient est multiplié par cent pour éviter les fractions.

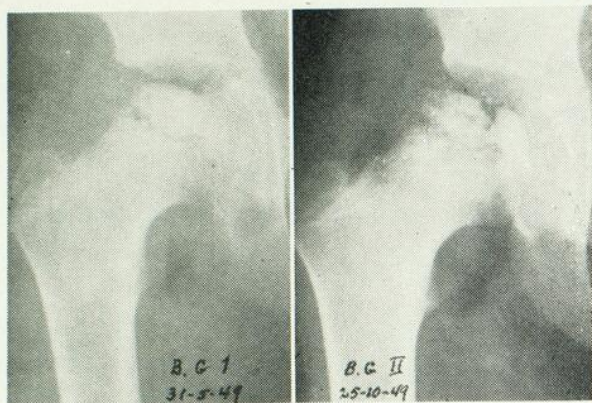
Voici un exemple:



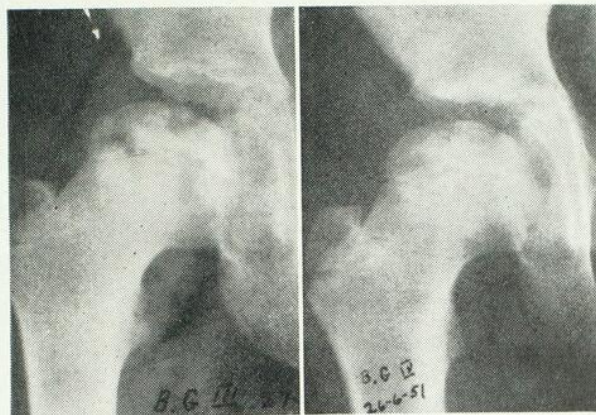
Le chiffre du côté lésé est encore divisé par celui du côté sain et le quotient est multiplié encore par 100.

$$\text{Quotient} = \frac{28}{39} = 72 \% \text{ du normal.}$$

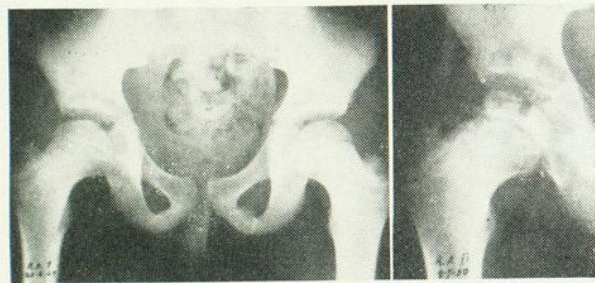
Avec la même méthode on peut connaître le quotient du col fémoral et du cotyle et de l'espace articulaire. En additionnant ces quatre quotients et en divisant ensuite la somme par quatre on obtient le quotient compréhensif qui est encore plus précis puisque, dans certains cas, le quotient épiphysaire seul de 72% montera jusqu'à 92%, chiffre qui est plus près de la réalité. Au point de vue pratique, l'index épiphysaire est suffisant (diviser la hauteur et la largeur de l'épiphyse et multiplier par 100). Une image normale sera de 45 à 55 pour les enfants âgés de moins de 7 ans et de 35 à 45 pour les enfants âgés de plus de sept ans.



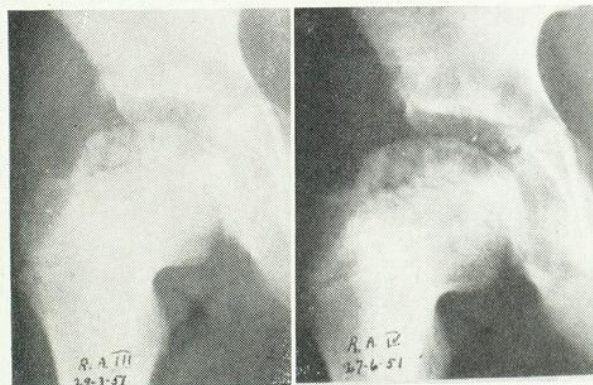
B. G..., 6 ans. — I. 31 mai 1959: Début d'une coxa-plana. La capsule est gonflée. Décalcification de chaque côté de la ligne épiphysaire à sa sortie externe. La tête est légèrement aplatie. L'espace articulaire est agrandi. — II. 25 octobre 1949: Six mois après le début, la tête est aplatie, mince, fragmentée, avec zone de décalcification à sa partie externe. Zone plus dense au centre. Légère subluxation de la tête. Décalcification de la partie centrale du col près de la ligne épiphysaire. Le col est plus court et plus large.



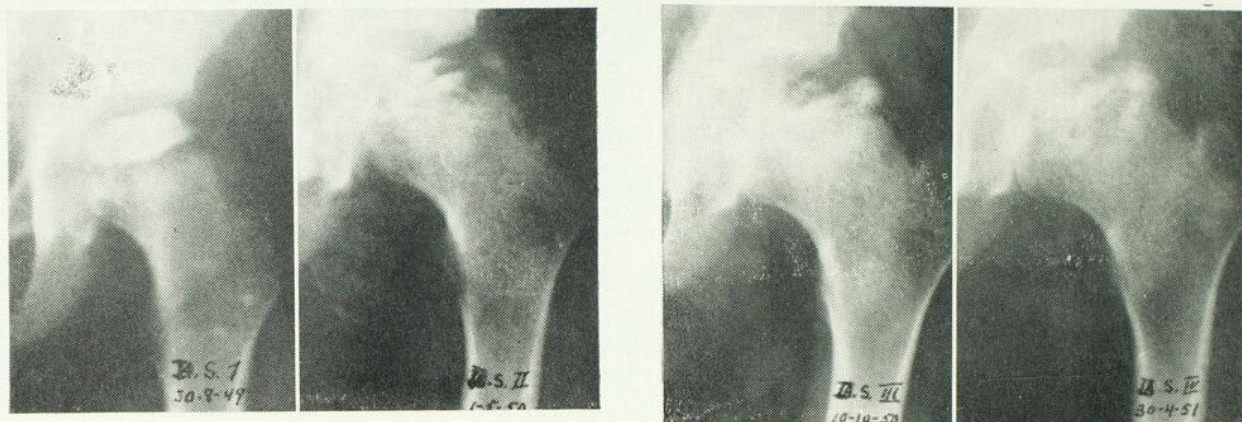
B. G... — III. 27 mars 1950: Début de la période de réparation. La tête se reforme. Récalcification partielle de toute l'épiphyse. La ligne épiphysaire se rétrécit et se récalcifie. La partie proximale du col s'ossifie, bien qu'il reste encore deux petites géodes. La tête est subluxée. — IV. 26 juin 1951: Fin de la période de réparation. Cas favorable. L'épiphyse est entièrement récalcifiée. L'ancienne zone de nécrose du sommet est ossifiée. Le contour de la tête, bien que légèrement aplati, conserve une forme régulière. Subluxation de la tête. Col plus gros et plus court. Index épiphysaire, 60%, ce qui est normal.



R. A..., 8 ans. — I. 20 juin 1949: Coxa-plana droite au début. La tête est légèrement aplatie, plus mince. Capsule gonflée. Zone de décalcification au bord externe de la tête et du col à sa partie juxta-épiphysaire. Espace articulaire agrandi. — II. 8 juillet 1950: Période de dégénérescence. La tête est plus aplatie, plus mince et plus élargie. Elle est fragmentée. Zone de grande densité au centre et à la partie interne. Zone de décalcification à la partie externe. La ligne épiphysaire est irrégulière. Le col devient plus court et plus large.

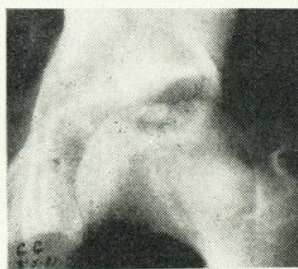


R. A... — III. 29 mars 1951: Début de la période de réparation. Récalcification. Récalcification de l'épiphyse. Les zones de décalcification sont moins nombreuses et de moindre étendue. La tête est subluxée. Le col est plus court et plus large. La ligne épiphysaire est irrégulière. — IV. 27 juin 1951: Récalcification plus avancée, mais non terminée. On peut prévoir que le contour de la tête sera régulier, bien que l'épiphyse demeurera aplatie et subluxée.



D. S..., 4 ans. — I. 30 août 1949: Evolution d'un cas qui ne s'est pas astreint au traitement prescrit. Début ordinaire de la coxa-plana. Epiphyse gauche légèrement aplatie. Zones décalcifiées dans le col, etc. — II. 11 mai 1950: Epiphyse fragmentée et déformée. Zone plus dense au centre. Décalcification à la partie interne et externe. Col plus court et plus large. Ligne épiphysaire irrégulière et floue. Subluxation de la tête.

D. S... — III. 10 octobre 1950: Début de la période de réparation. Epiphyse déformée en forme de champignon. Récalcification partielle de la tête. Ligne épiphysaire disparue. Subluxation de la tête. — IV. 30 avril 1951: Récalcification de la tête plus avancée mais non terminée. Contour bosselé de la tête. Séquelle importante. Arthrite déformante à prévoir à l'âge adulte. Index épiphysaire 25; la normale est de 45 à 55.



G. G..., 14 ans. — 8 mai 1951: Image d'une ostéochondrite disséquante de la tête fémorale gauche. Cette lésion est plus rare que la coxa-plana.

Examens de laboratoire.

Les tests de laboratoires sont rarement utiles. La formule sanguine, le calcium sérique, le phosphore et la phosphatase ainsi que le métabolisme basal sont normaux. La culture du liquide synovial et du matériel prélevé de la synoviale fût toujours négative. Cependant, la sédimentation est légèrement élevée et indique l'intensité de la maladie.

EVOLUTION ET PRONOSTIC.

La phase de dégénérescence dure habituellement dix-huit mois, tandis que la phase de réparation est de trois ans avec le traitement conservateur. Dans les formes graves, comme la tête se déforme et se subluxé, la coxa-plana sera souvent la cause d'arthrite déformante à l'âge adulte. Cette affection n'aura cependant jamais la gravité d'une luxation congénitale.

TRAITEMENT.

Comme la cause de la coxa-plana est obscure, le traitement sera symptomatique et institué précocement.

Les deux principes du traitement sont le repos et l'absence de pression sur la tête fémorale durant l'évolution de la maladie. A la période des spasmes et des douleurs du début, il faut prescrire, quand il est possible d'hospitaliser l'enfant, le repos au lit avec extension continue durant 3 à 6 semaines. Si l'enfant est traité à domicile, il est immobilisé dans un spica plâtré durant 7 à 8 semaines. Le repos améliore la circulation des parties molles et favorise la guérison de l'os. L'immobilisation plâtrée ne doit pas dépasser deux mois parce qu'elle provoque la décalcification de la tête fémorale du fait de l'absence de l'activité musculaire.

Quand la période douloureuse est passée, le traitement vise en même temps à supprimer toute pression sur la tête fémorale qui est devenue friable et à favoriser la mobilité articulaire qui stimule la récalcification de la tête fémorale.

Plusieurs méthodes de traitement ambulatoire d'inégale valeur ont été préconisées après la période du début.

1° L'appareil Caliper avec point d'appui ischiatique n'est pas à conseiller parce qu'il n'enlève pas suffisamment de pression sur la tête fémorale. Avec cette méthode, les résultats sont médiocres.

2° La marche avec béquilles et semelle élevée du côté du membre sain est une bonne méthode en principe si l'enfant est bien surveillé par les parents. Cette méthode évite la pression sur la tête fémorale et permet la mobilité articulaire. Elle est facile à faire accepter aux patients et est celle que je préconise habituellement.

3° Le Wu-Splint assure une bonne immobilisation mais il présente l'inconvénient de garder l'enfant au lit durant dix-huit mois ou plus, c'est-à-dire jusqu'à ce que la période de réparation soit avancée. Cet appareil est formé de deux calipers pour les membres inférieurs, fixés par une ceinture pelvienne. Il s'enlève tous les jours pour le traitement physiothérapique qui empêche l'amyotrophie et assure la mobilité de la hanche.

4° Une méthode bien conseillée est la marche avec béquilles et ceinture qui maintient la hanche légèrement fléchie et le genou fléchi à 50 degrés, empêchant ainsi toute pesanteur sur l'articulation. Cette ceinture, faite de cuir, passe sur l'épaule opposée et est fixée à la taille par une courroie qui en fait le tour. Elle descend jusqu'à la cheville où elle est fixée par une autre courroie encerclant la chaussure. Cette méthode est fortement recommandée par le docteur C. H. Snyder, de Michigan, et par le docteur M. B. Howorth, de New-York. Les raisons invoquées sont que l'enfant est incapable de se porter sur son membre affecté, la hanche est dans une position de détente qui favorise la mobilité et la circulation.

5° La méthode sanglante qui n'est pas universellement employée est cependant recom-

mandée par Ferguson et Howorth qui affirment que les résultats sont satisfaisants et que la période de guérison est raccourcie d'un tiers.

Cette méthode se décrit de la façon suivante: par l'incision de Smith-Petersen une fenêtre est faite dans la partie antérieure du col, près de la tête fémorale. Avec le perforateur, trois ou quatre trous seront faits dans la tête fémorale. Cette intervention assurerait une revascularisation et une récalcification plus rapide. Les statistiques ne sont pas encore assez nombreuses et variées pour porter un jugement définitif sur cette méthode.

Comme la cause de cette affection reste encore inconnue, le traitement actuel diminue seulement en partie la durée de ses deux cycles sans agir directement sur sa cause. Actuellement, par l'application des deux principes du traitement nous obtenons d'excellents résultats.

Il reste à souhaiter que, plus tard, il sera possible de compter la durée de cette maladie

en mois plutôt qu'en années lorsque cette cause sera connue.

BIBLIOGRAPHIE

1. L. OMBREDANNE et P. MATHIEU: *Traité de Chirurgie orthopédique*.
2. *Campbell's Operative Orthopedics*. 1949.
3. WEINMANN et RICHER: *Bone and Bones*. 1948.
4. H. SNYDER: *Journal B. and J. Surg.*, avril 1947, page 524.
5. B. HOWORTH: *Journal B. and J. Surg.*, juillet 1948, page 601.
6. M. PIKE: « Legg-Perthes Disease. » *Journal of B. and J. Surg.*, juillet 1950.
7. Cl. HEYMAN: « Legg-Perthes Disease. » *J. of B. and J. Surg.*, juillet 1951, p. 663
8. H. PEDERSEN et H. R. McCARROLL: « Treatment in Legg-Perthes Disease. » *Journal of B. and J. Surg.*, juillet 1951, p. 591.
9. A. B. GILL: « Legg-Perthes Disease. » *J. of B. and J. Surg.*, octobre 1940, p. 1013.
10. S. C. SHANKS et P. KERLY: *Text-Book of X-Ray diagnosis*. 1950.
11. COLONNA: *Regional Orthopedic Surgery*. 1950.

IMPRESSIONS CLINIQUES SUR L'EMPLOI DE PROCAÏNE INTRAVEINEUSEMENT ET DE LA TÉTRACAÏNE EN INFILTRATIONS THÉRAPEUTIQUES¹

La Salle **MONDOR** (Grand'Mère).

La douleur est une réponse du soma à un changement survenant dans le milieu intérieur ou extérieur: elle peut ne pas être utile et peut même être nuisible si elle empêche une fonction ou si elle met en branle un réflexe nerveux, ordinairement sympathique (1) qui constituera par lui-même une maladie indépendante pouvant persister longtemps après la disparition de la cause (2).

Les médecins ont constaté que les traitements conventionnels sont insuffisants, de là l'intérêt qu'ils portent depuis quelques années à l'emploi des anesthésiques locaux.

Notre pratique s'étant faite tant au cabinet médical qu'à l'hôpital, toujours chez des patients privés mais peu fortunés nos constatations ne peuvent être basées sur l'analyse statistique (contrôles et examens de laboratoire). Elles ne sont que des impressions cliniques, mais de telles impressions intéresseront toujours les pharmacologistes, rejoignant ainsi le domaine médical scientifique. D'ailleurs l'endroit pour appliquer la recherche clinique ne peut ne pas inclure le cabinet du médecin ou la clinique: le patient est soulagé, le médecin éprouve un intérêt renouvelé et une impression de puissance en face des résultats obtenus par les anesthésiques locaux.

Nous avons inclus dans ce travail l'étude de l'emploi de deux anesthésiques différents parce que leur mécanisme d'action est le même, qu'ils soient employés intra-veineusement ou régionalement. En conséquence, sauf pour ce qui regarde la technique pure, l'étude de l'un et de l'autre sera poursuivie concurremment.

L'emploi de la procaïne I.V. en clinique humaine remonte à 1935 et est attribué alors à Barany (3) bien que Edmonds attribue à Lewy les premiers résultats rapportés dans un

journal médical. Vint ensuite Leriche, en 1938, puis Lundy, Breton, Gedoux, Webster, Burstein, Marangoni; les cas rapportés dans la littérature se comptant aujourd'hui par dizaines de milliers. Quant à la tétracaïne en infiltrations, il semble que les premiers rapports en soient de Kornfield, en 1948. Depuis, Horan, Moore, Bonica ont écrit sur elle, ce dernier sur l'emploi I.V. (4).

Ces deux agents doivent leur présente vogue au fait d'être analgésiants, sympathicolytiques et vaso-dilatateurs (5), en plus d'être secondairement parasymphaticotoniques et antispasmodiques (6): à ce propos Graubard place la procaïne avant le curare comme relâcheur musculaire (5); quoi qu'il en soit, on doit admettre que la procaïne et la tétracaïne bloquent la réponse des terminaisons motrices à l'acétylcholine bien qu'alors leur action soit moins intense que celle du curare (7).

Pour comprendre le mécanisme d'action de la procaïne I.V. il suffit pour la clinique de savoir que dans les tissus malades ou traumatisés elle se concentre sept à huit fois plus que dans les tissus normaux (5). Elle aurait une action anti-histaminique, anti-acétylcholine, adrénérique et enfin cellulaire directe (8) en analgésiant les terminaisons nerveuses de l'intima des artères et des capillaires irrités par les agents cataboliques, brisant ainsi un cercle vicieux de réflexes nocifs, lesquels produisent de la vaso-constriction, de l'œdème et de la douleur (9).

La tétracaïne, infiltrée près des troncs nerveux somatiques, sympathiques ou dans les tissus périphériques a le même mode d'action et par le même mécanisme que la procaïne I.V.: il s'agit toujours de produire une brisure temporaire d'un cycle vicieux sympathique, créant ainsi un hyperémie périphérique avec vaso-dilatation des vaisseaux locaux (10).

1. Communication au XXI^e Congrès de l'A. M. L. F. C., Trois-Rivières, octobre 1951.

Que cette brisure temporaire d'un processus pathologique se traduise par un résultat clinique permanent, on dit alors selon les termes de Pratt, que l'agent anesthésique a « brisé un synapse ganglionnaire dans le chemin suivi par le spasme et que ce synapse est lent à se rétablir » (11).

INDICATIONS CLINIQUES

Les syndromes où s'applique la thérapie par les anesthésiques locaux employés I.V. ou régionalement n'ont de relations entre eux que du fait d'une même base physio-pathologique: la dystonie neuro-vasculaire.

1) *Maladies du système artériel.*

1) Troubles fonctionnels par vaso-spasme:

- a) maladie de Raynaud (I.V.) (12).
- b) érythromélgie (blocs) (13).
- c) engelures (blocs ou I.V.) (5, 12).
- d) syndrome du scalène antérieur (blocs) (13).
- e) contracture ischiémique de Volkman (blocs) (13).
- f) angor pectoris (blocs stellaires ou de C-7, D-1, D-12) (14, 5, 8, 15).
- g) éclampsie (blocs ou I.V.).
- h) claudication intermittente (5).
- i) anurie due à un vaso-spasme post-opératoire ou transfusionnel (I.V.) (5, 16).

2) *Troubles artériels organiques.*

- a) maladie de Buerger (blocs ou I.V.) (13).
- b) traumatismes artériels (blocs) (13).
- c) embolies cérébrales ou des membres (blocs stellaires ou I.V.) (17, 18).
- d) embolies pulmonaires (I.V.) (5, 19).
- e) thromboses cérébrales et cérébelleuses (blocs stellaires) (17, 19).
- f) thrombose artérielle rétinienne (19).
- g) glomérulonéphrite aiguë des enfants (I.V.) (20).

3) *Maladies dégénératives du système artériel.*

- a) artériosclérose (13).

b) insuffisance coronarienne aiguë (blocs stellaires puis I.V.) (15, 21).

c) gangrène par artérite diabétique (blocs et I.V.) (5).

d) comme réhabilitant dans l'hémorragie cérébrale (I.V.) (5).

e) syndrome du sinus carotidien dans la tuberculose laryngée (bloc stellaire) (22).

II *Maladies du système veineux.*

1) Thrombophlébites des veines superficielles (localement, blocs ou I.V.) (13).

2) Thrombophlébites aiguës des membres (blocs ou I.V.) (13, 23).

3) Phlébitis migrans, associée ou non à la maladie de Buerger (blocs ou I.V.) (13).

4) Thrombophlébites chroniques (13).

5) Œdème postphlébitique (blocs ou I.V.) (5, 13).

6) Crises hémorroïdales aiguës (blocs ou I.V.) (24).

7) Œdème et douleur scrotale post hydroclectomie (blocs) (13).

8) Ulcères variqueux chroniques (blocs ou I.V.) (25).

III *Dystrophies post traumatiques.*

1) Atrophie osseuse aiguë (blocs) (13).

2) Membre fantôme (blocs ou I.V.) (5, 12, 19).

3) Séquelles des contusions à la main (I.V.) (26).

4) Fractures après réduction (I.V.) (5, 27).

5) Entorses (localement) (28, 2), (I.V.) (27).

6) Luxations de l'épaule ou des doigts (I.V.) (27).

7) Fractures avec déplacement minime (tubérosité de l'humérus, poignet, apophyses transverses vertèbres lombaires) (I.V.) (5).

8) Chez le patient d'orthopédie se plaignant de douleur avant la physiothérapie (I.V.) (29).

9) Traumatismes des tissus mous (I.V.) (5).

10) Arthrite traumatique (I.V.) (5).

11) Myo-fascite de l'épaule et de l'omoplate (localement) (5).

12) Douleur sacro-lombaire soit en thérapie soit comme moyen de différencier une lésion discale (I.V.) (5).

13) Fractures de côtes (blocs intercostaux) (19).

14) Troubles circulatoires dus à une longue immobilisation dans un plâtre (I.V. ou blocs) (13).

15) Atrophie de Sudek (blocs ou I.V.) (13).

IV Divers.

1) *Processus inflammatoires:*

a) infections des mains ou des pieds (blocs) (13).

b) épидидymite chronique (bloc) (13).

c) points thoraciques douloureux (localement) (1).

d) tendinite supra-épineuse, bursite sous deltoïdienne (bloc supra-scapulaires ou stellaires) (19), (I.V.).

e) synovite du genou (localement) (30).

f) syndrome épaule-main ou cou-omoplate (blocs stellaires) (31, 32).

g) orchite ourlienne (blocs sympathiques lombaires) (33).

h) brûlures (I.V.) (23, 34).

i) changements de pansements douloureux (I.V.) (34).

j) maladie fibro-cystique du pancréas (blocs splanchniques) (35).

k) névralgie du trijumeau d'intensité moyenne (I.V.) (5).

l) sciatique non due à une lésion discale (blocs sciatiques lombaires ou pré-sacrés) (I.V.) (36).

m) douleur du cancer pelvien (caudal) (37).

n) arthrite rhumatoïde (I.V.) 5, 8).

o) ostéo-arthrite (I.V.) (5, 9).

2) *Processus à manifestations cutanés:*

a) Maladie du sérum ou de la pénicilline (I.V.) (5, 8, 38).

b) sclérodémie, neuro-dermatite, dermatite de contact (I.V.) (5, 39).

c) urticaire et œdème de Quincke (I.V.) (23, 25).

d) ictère persistant (I.V.) (25).

e) plaies indolentes avec cicatrisation torpide (I.V.) (27).

f) herpès Zoster et douleurs consécutives (I.V.) (blocs) (13, 40).

g) ulcères des jambes chez les artérioscléreux (I.V.) (41).

h) prurit de la maladie de Hodgkin (I.V.) (5).

i) chéloïdes (I.V.) (3).

3) *Processus purement dysneurotoniques:*

a) spasme laryngé (I.V.) (42).

b) séquelles post asphyxie par l'oxyde de carbone (I.V.) (43).

c) colique urétérale (blocs thoraco-lombaires) (45).

d) paresthésie brachiale nocturne (I.V.) (12).

e) cardiospasme (I.V.) (5).

f) arythmie cardiaque (I.V.) (15).

g) dyskinésies des canaux biliaires (I.V.) (5).

h) vomissements de la grossesse (blocs stellaires) (46).

i) pour remplacer lobotomie dans la douleur du cancer (intra-cranial) (47).

j) status asthmaticus (blocs stellaires) (19).

k) syndrome spasmodique post poliomyélite (I.V.) (5).

l) vessie hypertonique chez les paraplégiques (blocs sacré-postérieur) (19).

m) hoquet incontrôlable (phrénique) (19).

n) tinnitus aurium (I.V.) (3).

o) tremblement et inco-ordination de la maladie de Parkinson (I.V.) (48).

p) névrite diabétique (blocs) (13).

q) intolérance aux médicaments comme préventif et non en thérapie du choc anaphylactique (I.V.) (8).

La description des techniques à appliquer, de la toxicité des médicaments employés, des

précautions à prendre et des contre-indications va nous éclairer sur les questions qui viennent à l'esprit à l'énoncé de telles indications.

Qu'il s'agisse d'employer la procaïne I.V. ou la tétracaïne en infiltrations, il faut toujours se souvenir que l'on a devant soi, non pas un syndrome défini mais un patient, i.e. un être humain d'une complexité infinie et dont les motifs d'action sont souvent impossibles à déterminer.

Que le malade soit hospitalisé ou non, il faut lui donner avant tout traitement 100 mg. d'un barbiturique à action brève (séconal ou nembutal). Le clinicien doit ensuite essayer d'établir un diagnostic afin de fonder dans son esprit au moins une croyance pathogénique et, qu'il s'agisse d'un patient référé ou non, il doit lui poser quelques questions: endroit, nature, sévérité de la douleur, durée, a-t-elle augmenté ou est-elle demeurée la même depuis son apparition, est-elle aggravée par une pression appliquée localement, par quoi, selon le patient serait-elle causée, empêche-t-elle le sommeil, disparaît-elle sous l'influence de l'acide acétyl salicylique (37)? si la douleur est intermittente, existe-t-elle présentement ou le patient peut-il la provoquer de quelque façon?

Promettez peu comme résultat, tout en manœuvrant de façon à convaincre le patient qu'un bénéfice est possible pour lui. Cependant il est bon de lui expliquer clairement les manœuvres à être appliquées, ce qu'il va ressentir au cours du traitement et après. Il faut aussi prévenir le malade que les résultats obtenus par un premier traitement ne se maintiendront peut-être que quelques heures et qu'il y aura dans quarante pour cent des cas exacerbation du mal à la fin de l'effet analgésique; à ce propos il faut lui remettre, s'il s'agit de la technique par infiltration, quelques tablettes combinant codéïne et acide acétyl salicylique. Enfin, il est important d'annoncer au malade qu'il ne s'agit pas d'un traitement unique, mais parfois une série de traitements qui seront à répéter pour un temps impossible à déterminer dès l'abord.

Si l'on fait une infiltration, se servir d'une

aiguille de calibre vingt-deux à biseau long, écarter forcément la peau entre le pouce et l'index gauches, introduire l'aiguille d'un mouvement décidé et unique: ceci évite la douleur. Plus en profondeur, il ne faut pas toucher de périoste si l'on peut s'en dispenser et il faut éviter de percer plusieurs fois à la recherche du point douloureux (trigger point). En piquant vite, injecter ensuite lentement afin de ne pas provoquer de douleur par distension des tissus; ultime précaution, surtout si l'on se trouve au voisinage de la colonne ou d'un tronc vasculaire, aspirer et réaspirer en tournant l'aiguille sur elle-même dans tous les sens pour éviter une injection vasculaire ou sous arachnoïdienne.

Dans la technique employant la procaïne I.V. il n'est pas bon d'user d'un véhicule salé chez les cardiaques ou hypertendus; le mélange de la procaïne au soluté doit se faire par agitation vigoureuse du flacon et l'aiguille à choisir est de calibre dix-huit, adaptée à un tube non pyrogène. Le rotamètre n'est pas indispensable (49).

Le médecin devrait après l'application régionale ou intraveineuse demeurer quinze à trente minutes avec son patient et lui demander alors par deux fois, en évitant toute suggestion, s'il est satisfait du résultat.

La procaïne et la tétracaïne sont deux médicaments toxiques et qui peuvent amener des réactions d'anaphylaxie et d'intolérance relative. Les premières seraient d'une rareté très grande, mais il est important de faire une réaction test de quelques gouttes en injection sous-cutanée à l'avant-bras; les secondes sont en fonction de la concentration et de la vitesse d'administration ou d'absorption plutôt qu'en fonction de la quantité totale administrée (21). Ceci est dû à la métabolisation rapide de ces anesthésiques: la procaïne, par exemple, à la dose de 20 à 45 mg. à la minute, disparaît toujours de la circulation en deux minutes, quelle que soit la durée de l'injection.

Dans le cas des deux drogues, si leur concentration dans la circulation générale est au-dessus des limites physiologiques, on ob-

tient une légère stimulation des système cardio-vasculaire, respiratoire et nerveux, stimulation manifestée par un état nauséux, « boule dans la gorge », des palpitations, du vertige, des tintements d'oreilles, de l'hyperpnée, de la tachycardie, de l'hypertension. La concentration continuant d'augmenter ces symptômes s'aggravent: petites contractions musculaires à la face, tremblement des mains puis convulsions. Enfin, les doses devenant très toxiques, la dépression systématique s'installe: hypotension, bradycardie, transpiration profuse, puis paralysie, inconscience. Ces diverses réactions ne sont pas dues à une hypersensibilité ou à de l'allergie, mais à une absorption trop rapide (4). Un moyen pratique de savoir quand ralentir ou arrêter l'administration est de s'informer si le patient est étourdi: dans l'affirmative il faut corriger ou cesser (50). Nous avons remarqué que certains patients peuvent esquiver une phase toxique d'excitation pour se trouver subitement en état de dépression. Ceci sera d'abord manifesté par de la somnolence ou du bredouillage: avant donc d'attribuer ces symptômes à la prémédication barbiturique on devra arrêter l'injection et, si le patient semble plus alerte après une ou deux minutes, c'est que la technique était trop intense.

En théorie, il ne faudrait ni pour la tétracaïne ni pour la procaïne, même en injection minime sous la peau, être débourvu des item suivants au moment de leur emploi: oxygène et appareil pour l'administrer sous pression, éphédrine (51), bédryl et nembutal en solutions injectables, pentothal à 2½ pour cent, deux à quatre cc. étant suffisants au cas de convulsions. En pratique cela peut exclure ces deux drogues du cabinet privé.

La façon la plus prudente d'employer la procaïne I.V. est d'user d'un mélange de 1 000 cc. de soluté dextrosé à cinq pour cent avec cinq cc. de procaïne à vingt pour cent et de n'utiliser que quatre mg par kg du poids du malade (52, 39). Nous avons obtenu des résultats identiques avec une injection ou lente ou rapide (43) et le médicament semble avoir I.V.

un effet cumulatif (9), aussi l'employons-nous chez nos patients hospitalisés à la dose d'un ou deux grammes par jour: dès que le patient est satisfait des résultats il est déchargé et continue de s'améliorer. Ces doses ne sont pas énormes car Bittrich, chez un sujet anesthésié il est vrai, a donné vingt et un grammes de procaïne I.V. en quatre heures sans effets nocifs (42).

La concentration optima de la tétracaïne I.V. ou en infiltrations est de 0,15% (4) et on peut donner quinze à vingt mg par livre de poids en vingt minutes sans manifestations toxiques (4). Elle apparaît de dix à douze fois plus toxique que la procaïne, mais elle prend avantage sur elle en thérapeutique régionale en produisant une analgésie qui dure deux à quatre fois plus longtemps. A la concentration de 0,15% il est mieux de ne pas employer plus de 140 cc. en une fois en infiltration (1) et se limiter à 0,5 mg par livre de poids chez les enfants et vieillards (13 cc. chez un enfant de 40 livres) (53). Si l'on injecte dans une région vascularisée (bloc stellaire ou brachial), on doit s'attendre à une absorption plus rapide. Elle n'a jamais provoqué la moindre réaction chez nos malades après des centaines d'infiltrations.

CONTRE-INDICATIONS

Les neurotiques: ils se reconnaissent au fait qu'une pression quelconque se traduit chez eux par une douleur; les patients dont la douleur a quelque relation avec l'état émotionnel (2); les hystériques: la narration de leurs malaises est incohérente (54); les habitués des opiacés ou des barbituriques (37); les patients présentant des signes radiologiques de pathologie intra-articulaire; les sujets atteints de phlébites par métastases de tumeurs abdominales, de phlébites simples mais atteignant la veine fémorale commune, d'embolies proximales au genou (19), de coccygodynie, de sclérose en plaques, de sclérose latérale amyotrophique (5), de douleurs dans la paraplégie (19), d'œdème des pieds ou des mains dans les infections mycotiques (13).

Dans tous ces cas les anesthésiques étudiés n'opèrent pas. Enfin la procaïne I.V. demande une surveillance trop étroite pour être pratiquée contre les douleurs de l'accouchement (55), et les infiltrations sont à rejeter pour aider à différencier une maladie viscérale (56), de même chez les patients en état de choc (58), et chez ceux qui reçoivent des anticoagulants ou qui ont un temps de saignement trop prolongé (57). Il faut aussi remettre le traitement à un moment ultérieur chez un sujet n'ayant pas sa douleur au moment donné ou incapable de la provoquer (37).

Nous avons appris par tâtonnement que nos résultats sont meilleurs, si nous combinons la thérapeutique par infiltrations régionales à la tétacaïne avec l'emploi de la procaïne I.V. Nous avons aussi constaté qu'à cause de la nécessité de répéter les infiltrations, surtout dans les cas d'arthrite traumatique, de traumatisme musculaire, de thrombose cérébrale, de douleurs post-herpétiques, d'ulcères variqueux ou par thromboangéite oblitérante, de bursite, que les malades se fatiguent vite des traitements, et que, par la combinaison avec la procaïne I.V. il nous a été permis d'avoir à recourir aux infiltrations à intervalles plus éloignés et seulement pour éliminer un noyau symptomatique rebelle. En particulier chez nos patients atteints de sciatique par lésion discale, il nous a été souvent possible d'obtenir des résultats égalant ceux de la chirurgie, mais à condition de combiner les deux formes de traitement.

Il nous a cependant paru suffisant de n'utiliser que des blocs dans nos cas de points douloureux thoraciques, de torticolis, de syndrome épaule-main, de lumbago simple, de sciatique simple et de nous limiter à la voie veineuse dans l'ostéo-arthrite, les états cutanés et rénaux. Nous nous sommes évidemment limité à la procaïne I.V. chez une patiente atteinte de maladie de Buerger déjà sympathectomisée, et qui offrait un ulcère nécrotique sur une jambe; cet ulcère a d'ailleurs guéri et la patiente a vu disparaître en plus, son état angineux et sa claudication intermittente. Dans un

cas de maladie rhumatismale la procaïne I.V. nous a donné une amélioration subjective immédiate mais rien objectivement.

De toute façon, nos résultats ont été décevants dans les douleurs par métastases osseuses, la coccygodynie, l'aphasie sans syndrome moteur et chez quelques neurotiques qui nous avaient orientés vers un syndrome purement somatique.

Quelques cas sont ici brièvement relatés afin d'illustrer notre impression, née de l'empirisme, que la combinaison des deux drogues et des deux techniques d'administration vaut mieux que l'emploi exclusif de l'un ou de l'autre médicament sous une forme donnée.

Observation 1.

L.D., mâle, 40 ans fait une chute de sa motocyclette à trente-cinq milles à l'heure sur le pavé; vu le soir du même jour, il accuse de vives douleurs à la région thoracique droite postérieure basse et lombaire droite. L'examen objectif est négatif, sauf qu'une pression discrète provoque de violentes douleurs en ces régions; il existe en outre un peu d'œdème. Sédatifs pour la nuit.

Le lendemain, 23 juillet, infiltration des muscles lombaires droits au moyen de 40 cc. de tétacaïne à 0,15%. Le patient paraît guéri de tous maux après 15 minutes et veut quitter l'hôpital. Le 24 juillet, la région lombaire est très améliorée objectivement et subjectivement, mais la région thoracique droite est douloureuse au point de nuire à la respiration: infiltration paravertébrale droite D-10, D-12 avec effet spectaculaire comme la veille. Le 25, le syndrome est moins aigu que le 23, mais il persiste de façon ennuyeuse: nouvelle infiltration lombaire. Le 26, le patient aime mieux ne pas être piqué car il n'est pas souffrant, bien que très endolori et résigné à une invalidité prolongée. Il accepte cependant la proposition d'une technique I.V. Après 20 minutes de procaïne I.V. à 0,2% il n'a aucune douleur. Le 27, nous répétons cette administration I.V. et le 28 nous infiltrons un point douloureux persistant dans la masse lombaire.

Le patient a congé et reprend son travail le lendemain.

Observation 2.

Mme D.L., 27 ans, tertipare, quatre mois de grossesse, crise hémorroïdaire violente: infiltration des deux nerfs honteux internes, soulagement parfait immédiat, mais réapparition de la douleur après quelques heures. Nous répétons les infiltrations le même soir. Le lendemain la malade souffre d'une manière moins aiguë mais demeure très incommodée. Nous instituons alors un traitement au moyen de la procaïne I.V.: après cinq minutes d'administration rapide, toute douleur est disparue, et la patiente jouit d'une journée sans douleur, en compagnie d'un flacon de soluté procaïné administré lentement. Nous répétons le lendemain afin de « consolider » nos résultats et la patiente quitte l'hôpital, toujours porteuse de ses hémorroïdes, mais complètement soulagée de ses douleurs; elle se maintint telle jusqu'à son accouchement.

Observation 3.

A.H., 59 ans, arthrite traumatique de l'épaule gauche par accident d'automobile en novembre 1950: examen négatif en février 1951, sauf douleur diffuse périarticulaire et articulaire avec limitation des mouvements. Les infiltrations stellaires sus-scapulaires, acromio-claviculaires et de divers points douloureux amènent un soulagement temporaire, mais peu de résultats quant à la mobilisation active. Les injections quotidiennes de un gm de procaïne I.V. pendant trois semaines nous donnent immédiatement un résultat adéquat quant aux deux syndromes (douleur et ankylose). Le sujet nous quitte débarrassé de ses douleurs, et avec une amélioration nette de la fonction.

Enfin, le rapport de ces deux cas suivants illustrera l'utilité de l'emploi des infiltrations, concurremment aussi bien que postérieurement aux injections I.V.

Observation 4.

Mme L.C., 53 ans: ostéoarthrite depuis six ans, manifestée par de la douleur à la région sacro-lombaire, à la cuisse et à la hanche droites. Elle ne peut marcher qu'avec grande difficulté. Une arthrodèse coxale droite lui a déjà été proposée et lui est, en fait proposée de nouveau par notre consultant, ainsi qu'une section des nerfs obturateurs.

Le quinze janvier, nous lui faisons un bloc lombaire droit et le 16, deux injections I.V. de 500 mg de procaïne à 0,1%, ainsi qu'une infiltration sus-cotyloïdienne droite à la tétracaïne. Nous répétons le tout le 17 janvier, la patiente s'améliorant depuis le début du traitement: à partir du 18 janvier nous ne donnons quotidiennement qu'un gm de procaïne I.V. dans 500 cc. de soluté dextrosé à 5%. Le 22 janvier, nous infiltrons à la tétracaïne un point douloureux au voisinage du grand trochanter droit, et le 30, nous infiltrons certains muscles postérieurs de la cuisse devenus très douloureux par suite de l'exercice musculaire actif que les traitements permettent à la patiente. Continuant toujours nos injections I.V. quotidiennes de procaïne, nous pouvons donner congé à cette malade le 4 février; elle marchait alors sans douleurs, mais il persistait une ankylose relative et naturellement irrésoluble de la hanche droite. Nous n'avons pu revoir cette malade, mais d'autres cas d'ostéoarthrite traités de façon analogue nous ont permis d'obtenir des résolutions symptomatiques d'un à plusieurs mois, résolutions obtenues en quelques jours de traitements, surtout dans les cas ne présentant pas de points douloureux anciens.

Observation 5.

E.G., 48 ans, piéton frappé par une automobile. Il présente des contusions à la région lombo-sacrée droite et le syndrome est assez douloureux pour nous faire croire à des fractures d'apophyses transverses. Repos, pansements et salicylates. Les radiographies sont négatives et, le 1er mars, le patient est forcé d'accepter l'hospitalisation à cause de douleurs

insupportables provoquées par le moindre mouvement. Du 1er au 6 mars nous infiltrons tour à tour les points qui nous paraissent en cause (masse lombaire droite, racines lombaires droites, articulation sacro-iliaque droite et muscles fessiers) en plus de pratiquer une injection quotidienne de 1 gm de procaïne I.V.; à partir du 7 mars, nous nous contentons de ce dernier traitement répété tous les jours: le patient est maintenant ambulant; il ne souffre absolument pas au cours de ses injections I.V. et pour plusieurs heures après. Au réveil, il présente de la raideur et de la douleur variant d'un jour à l'autre (région fessière droite, sacro-iliaque et, à partir du 9 mars syndrome sciatique droit). Nous étions évidemment en face d'un malade menacé d'évoluer vers un syndrome post traumatique comprenant: arthrite, péri-arthrite et myosite; un tel syndrome chez certains sujets prédisposés s'installait souvent de façon permanente dans le passé. Nos injections I.V. sont continuées jusqu'au 22 mars, avec le 9 mars, infiltration sciatique droite, le 13 mars, infiltration racine L-4 droite, les 14, 16, 18 et 20 mars, infiltrations points douloureux musculaires lombaires et fessiers droits. Le 24 mars, infiltrations muscles lombaires droits, le 25 infiltration muscles fessiers droits et le 26, infiltration sacro-iliaque droite. Le 27, le patient est sans douleur et complètement libre dans ses mouvements; il a son congé.

Résumé.

L'usage clinique de la procaïne en injections I.V. et de la tétracaïne en infiltrations nous paraît être d'une grande utilité et embrasser un vaste champ thérapeutique. Dans bien des cas nous croyons que leur emploi concurremment est plus avantageux que l'emploi exclusif de l'un ou de l'autre. Le praticien a besoin d'armes nouvelles et vraiment efficaces dans son combat de tous les jours contre la douleur.

Historique bref puis exposé du mécanisme d'action des médicaments en question. Énumération des indications thérapeutiques dans

les maladies du système artériel, du système veineux, dans les dystrophies post traumatiques, dans divers processus inflammatoires dermatologiques et dysneurotoniques. Description des techniques à employer, de la toxicité de ces drogues, des précautions à prendre dans leur administration et contre-indications. Enfin, présentation de quelques résultats personnels.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) D. C. MOORE: *J. A. M. A.*, **146**: 809 (juin) 1950.
- (2) GORRELL: *J. A. M. A.*, **142**: 8, 557.
- (3) R. A. GORDON: *Anesth. and Analg.*, **29**: 1, 54 (janv. et fév.) 1950.
- (4) BONICA: *Anesthesiology*, **11**: 722 (nov.) 1950.
- (5) D. J. GRAUBARD: *Anesthesiology*, **10**: 185 (mars) 1949.
- (6) HAZARD: *Progrès Médical*, **73**: 403 (10 déc.) 1945.
- (7) ARROWOOD: *J. A. M. A.*, **141**: 11, 765.
- (8) STATE et WANGESTEEN: *J. A. M. A.*, **130**: 15, 994.
- (9) GRAUBARD et PETERSON: *J. A. M. A.*, **141**: 11, 757.
- (10) A. HURTING: *C. M. A. J.*, **62**: 490 (mai) 1950.
- (11) Cité par Hurting.
- (12) H. GRUNERT: *Zentralblatt für Chirurgie*, **74**: 1131 (nov.) 1949.
- (13) F. L. FAUST: *Anesthesiology*, **7**: 2, 164.
- (14) BRAEUKER: *Medizinische Klinik*, **45**: 489 (avril) 1950.
- (15) CURY: *La Presse Médicale*, **58**: 389 (avril) 1950.
- (16) GRAUBARD: *N. Y. State Journal Med.* **47**: 2187 (octobre) 1947.
- (17) AMYES: *J. A. M. A.*, **142**: 1, 15.
- (18) GILBERT: *J. A. M. A.*, **136**: 659 (6 mars) 1948.
- (19) ANDERSON: *Anesth. and Analg.*, **29**: 324 (nov.-déc.) 1950.
- (20) Goluboff de MILIES: *Archivos de Pediatría del Uruguay*, **21**: 333 (mai) 1950.
- (21) Queries and Minor Notes: *J. A. M. A.*, **141**: 12, 884.
- (22) Le LOURD: *La Presse Médicale*, **53**: 503 (septembre) 1945.
- (23) BARBOUR: *Anesthesiology*, **9**: 520 (sept.) 1948.
- (24) SCHAFF: *Arch. Sur.*, **59**: 825 (oct.) 1949.
- (25) LERICHE: *La Presse Médicale*, **49**: 641 (juin) 1941.
- (26) GRAUBARD: *N. Y. State Journal of Med.*, **48**: 16 (août) 1948.

- (27) BARTHELEMY: *Progrès Médical*, **73**: 4143 (10 décembre) 1945.
- (28) McLAUGHLIN: *Military Surgeon*, **97**: 457 (décembre) 1945.
- (29) STEINBERG: *Anesthesiology*, **10**: 742 (nov.) 1946.
- (30) BERGER: *N. Y. State Journal of Medicine*, **51**: 615 (mars) 1951.
- (31) STEINBROCKER: *Anesth. and Analg.*, **27**: 5, 273.
- (32) BAGMALL: *C. M. A. J.*, **64**: 109 (février) 1951.
- (33) MORIN: *Strasbourg Médical*, **109**: 46 (fév.) 1949.
- (34) ZELUFF: *United States Army Medical Journal*, janvier 1950.
- (35) AYERS: *J. A. M. A.*, **142**: 17.
- (36) AYERS: *J. A. M. A.*, **143**: 16, 1454.
- (37) ADAMS: *J. A. M. A.*, **146**: 9, 803.
- (38) FELDER: *J. A. M. A.*, **143**: 4, 361.
- (39) TURNER: *J. A. M. A.*, **144**: 18, 1561.
- (40) WARTENBERG: *J. A. M. A.*, **134**: 1, 94.
- (41) SCHIFF: *Anesthesiology*, **10**: 753 (nov.) 1949.
- (42) BITTRICH: *J. A. M. A.*, **141**: 11, 766.
- (43) AMYES, *J. A. M. A.*, **141**: 14, 1054.
- (44) OLSEN: *Bulletin of the Los Angeles Neurological Society*, **14**: 23 (mars) 1949.
- (45) MacLEAN: *Journal of Urology*, **61**: 204 (février) 1949.
- (46) PASCHEN: *Zeitschrift f. Geburtshisge u. Gynakologie*, **132**: 173, 1951.
- (47) MANDL: *Weiner Klinische Wockenschrift*, **63**: 13 (5 janvier) 1951.
- (48) GORDON: *Anesth. and Analg.*, **27**: 4, 228.
- (49) ADAMS: *J. A. M. A.*, **141**: 11, 767.
- (50) STEINBERG: *Anesthesiology*, **10**: 741 (nov.) 1949.
- (51) ISENBERGER: *Anesthesiology*, **10**: 348 (mai) 1949.
- (52) GRAUBARD: *Anesthesiology*, **8**: 239 (mai) 1947.
- (53) BONICA: *Anesthesiology*, **11**: 619 (sept.) 1950.
- (54) PURTELL: *J. A. M. A.* **146**: 10, 904.
- (55) Queries and Minor Notes: *J. A. M. A.*, **142**: 11, 862.
- (56) CORRELL: *J. A. M. A.*, **142**: 8, 561.
- (57) LEARNED: *Anesthesiology*, **12**: 391 (mai-juin) 1951.
- (58) HANSON: *Anesth. and Analg.*, **29**: 3, 147.
-

CORRÉLATION ENTRE LES FOYERS ÉPILEPTIQUES DES LOBES TEMPORAUX ET L'ÉTAT PSYCHIQUE DES PATIENTS DANS UNE INSTITUTION MENTALE¹

Jean PANET-RAYMOND,

Laboratoire d'Electroencéphalographie, Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (Montréal).

Ce travail est un essai dans le but de démontrer toute corrélation entre la localisation du foyer épileptogénique des lobes temporaux, dans des cas variés de réactions psychiques chez des patients d'une institution mentale.

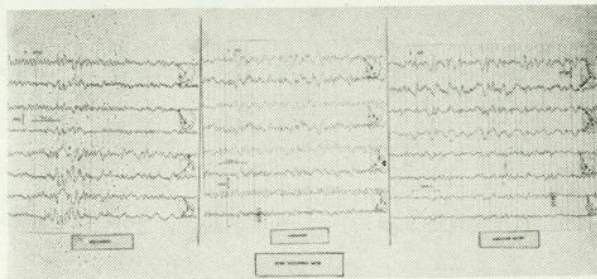


Figure 1

Nous avons groupé deux cent quatre-vingt-trois (283) cas de crises cliniques d'épilepsie contrôlés par un examen électro-encéphalographique et nous avons trouvé que, parmi ces deux cent quatre-vingt-trois (283) cas d'épilepsie clinique de type varié, quatre-vingt-douze (92) avaient un foyer épileptogénique localisé à la surface corticale (32,5%), trente-neuf (39) donnaient une activité paroxystique bilatérale et synchrone de grande amplitude et quarante-huit (48) se classèrent parmi les épilepsies idiopathiques à 3/sec. (30,6%); vingt-sept (27) furent du type diffus ou ne montraient aucune localisation (9,5%).

Il serait intéressant de remarquer que quarante-huit (48) cas (16,9%) d'épilepsie clinique bien observée furent normaux et vingt-quatre (24) furent jugés frontières (8,4%) du point de vue électrographique, mais nous de-

vrions également mentionner que les réactions variées telles que la photo-stimulation ou le métrazol n'ont pu systématiquement être appliquées dans ces cas pour certaines raisons et nous avons l'impression que ce nombre total de soixante-douze (72) cas normaux et frontières auraient pu être diminués considérablement si des stimulations adéquates eussent été tentées.

Dans l'ensemble, nous avons une activité épileptiforme électrographique de 72,6% et parmi ces deux cent six (206) cas, quarante-quatre (44) (21,3%) furent localisés à un lobe temporal ou de façon synchrone aux deux lobes temporaux. Nos résultats sont basés sur cinquante-cinq (55) examens électrographiques faits sur ces quarante-quatre (44) cas.

Trente-six (36) cas furent localisés de façon précise à un lobe temporal, avec des ondes lentes et aiguës paroxystiques ou des pointes réversibles et huit (8) cas furent bi-temporaux, avec phases réversibles lentes et aiguës synchrones sur chaque région temporale. Ces données électrographiques sont du type paroxystique avec des ondes lentes et aiguës de haute amplitude et phases réversibles sur les lobes temporaux. Ces anomalies sont spontanées, apparaissant de façon très évidente durant l'examen de routine ou durant l'hyperventilation.

Pour découvrir de façon irréfutable la présence de cette activité épileptiforme dans nos enregistrements, nous nous sommes conformés aux directives de Jasper et Hawke en vue de localiser un foyer épileptique. De cette façon, nous avons des décharges sporadiques d'ondes lentes sur une surface restreinte ou une activité de grande amplitude de 100 microvolts ou plus, apparaissant occasionnellement dans un enregistrement normal par ailleurs quant à

1. Travail présenté à la réunion de la *Eastern Association of Electroencephalographers*. Jasper-in-Quebec, Saint-Donat, P. Q., du 15 au 18 mars 1951. (Traduction française.)

l'amplitude, entre les crises; cependant, les relations de phase semblent avoir été la preuve la plus évidente dans les cas où l'on recherchait la localisation d'un foyer épileptogénique.

La méthode triangulaire de Gastaud fut d'un apport considérable dans la recherche de la localisation de nos foyers temporaux du fait que l'amplitude de nos décharges anormales est augmentée, ceci étant probablement dû à la grande distance des électrodes sur le cuir chevelu. Cette méthode, associée à la photo-stimulation, s'avéra encore plus précise.

L'examen de routine est enregistré au moyen d'un appareil « Grass 111-A » à huit plumes avec dix-sept électrodes au cuir chevelu et la durée de l'examen n'est pas moins d'une heure.

L'ajustement des électrodes sur le cuir chevelu est équidistant, selon la technique du (Montreal Neurological Institute), et ces électrodes sont doublement argentées et chlorurées. Une électrode est utilisée comme prise de terre, habituellement l'électrode pariétale vertex, de telle façon qu'on puisse utiliser les deux électrodes de l'oreille comme étant actives dans les enregistrements bi-polaires.

Tous les patients furent aussi examinés avec l'électrode pharyngée, mais nous avons constaté ici que cette électrode pharyngée aurait pu être dangereuse dans certains cas, et alors nous lui avons substitué les deux électrodes auriculaires reliées ensemble, donnant à peu près le même rendement. Ceci ne gênerait aucunement le patient et, en cas de déclenchement d'une crise clinique, n'endommagerait, de quelque façon que ce soit, la base du crâne.

Avant d'ajouter de plus amples renseignements, je tiens à spécifier que quelques-uns de nos examens manquaient de données cliniques précises à cause du genre de patients qui sont examinés, ainsi, la description du début de la crise n'a pu être recueillie de façon adéquate dans plusieurs cas, les patients étant excessivement détériorés mentalement ou étant trop agressifs pour pouvoir coopérer de façon

satisfaisante avec l'examineur. Dans bien des cas, il est quelquefois impossible d'en retirer même un mot. Néanmoins, plusieurs autres furent très bien observés dans les salles et nous avons pu obtenir de très bonnes descriptions du début de la crise sous forme de rotation de la tête et des yeux d'un côté, de cri, vocalisation, fugue ou hallucinations.

Nos cas épileptiques ont une longue évolution, remontant parfois à la naissance, et objectivent une détérioration mentale plus ou moins accentuée, avec des réactions de violence, de fureur, ou de fugue, cependant, plusieurs ne présentent que des troubles de comportement entre les crises.

L'âge de nos patients varie entre 13 et 68 ans. Il y avait 25 hommes et 19 femmes.

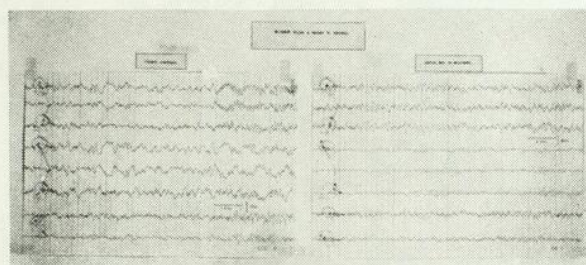


Figure 2

Tous ces cas d'épilepsie furent soumis à une médication intensive et les électro-encéphalogrammes ont été enregistrés après que la médication eut été cessée sinon complètement du moins depuis trois jours, tandis que dans d'autres cas la médication n'a pu être cessée avant l'enregistrement, de peur de provoquer des réactions violentes dans le laboratoire ou des crises de « Grand mal », ce qui aurait compromis l'interprétation de l'électro-encéphalogramme. Ceci pourrait être la raison pour laquelle, dans bien des cas, nous n'avons pu recueillir une activité épileptiforme précise.

Nous n'avons pas encore de données suffisantes et nous n'avons pu réactiver tous ces patients, par la photo-stimulation ou le métrazol, dans le but de localiser ces foyers épileptiques, mais dans 11 cas où nous y sommes parvenus, nous avons réussi à clarifier et à localiser cette activité épileptique.

Maintenant, pour ce qui concerne les différentes réactions psychiques manifestées par ces patients, nous pourrions les classer sous quatre formes différentes, ce qui semble plus rationnel et plus inclusif. Onze (11) cas présentaient des réactions violentes durant et entre les crises; ces réactions consistaient en accès de fureur telles que: lancer des objets, frapper des personnes, ou parler violemment. Certains de ces cas tentèrent même de tuer.

Après la crise, quelques-uns de ces patients admirent avoir été poussés à agir de cette façon à cause de leur hallucination auditive beaucoup plus fréquemment qu'à cause de leur hallucination visuelle.

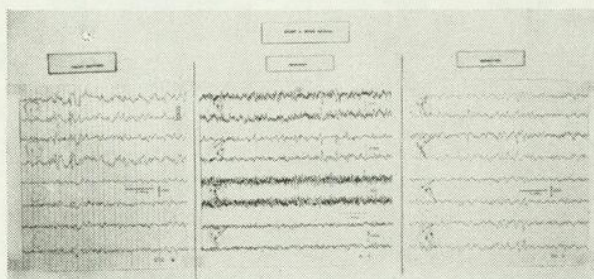


Figure 3

Parmi ces onze (11) cas, le foyer électrographique fut localisé à la région temporale gauche dans sept (7) cas et à la région temporale droite dans trois cas, un de ceux-ci étant un patient gaucher.

Sept (7) cas présentaient des épisodes aigus de mélancolie, aussi bien qu'un comportement de dépression continue, consistant en un manque d'intérêt pour les activités de la salle, une inactivité pour tout travail manuel ou auraient de fortes tendances au suicide.

Cinq (5) d'entre ces sept cas indiquaient un foyer électrographique localisé à la région temporale gauche, tandis qu'un cas présentait un foyer électrographique localisée à la région temporale droite, ce patient étant gaucher.

Sous la classification de trouble du comportement, nous avons inclus ces réactions mineu-

res comme difficulté de relations sociales, inconstance dans le travail et difficulté à s'adapter aux différentes situations. Sept (7) cas sur dix présentaient un foyer électrographique à la région temporale droite.

Nous avons aussi examiné seize (16) cas d'arriération mentale sans réactions psychiques évidentes et nous avons trouvé que la majorité de ces cas ont un foyer bi-temporal ou un foyer à la région temporale droite.

Ces découvertes ne sont pas suffisamment concluantes pour assurer un rôle déterminé des lobes temporaux dans les réactions psychiques, mais des auteurs tels que Keschnier, Bender, et Strauss, en 1936, ont déjà soupçonné l'importance des lobes temporaux dans des cas de troubles mentaux.

Nul doute, cependant, que dans la majorité de nos cas, les anomalies, qui étaient de type paroxystique avec des ondes lentes et aiguës de grande amplitude, fussent localisées aux lobes temporaux.

Cette hypersynchronie fut plutôt constante et ceci nous porterait à croire qu'il pourrait y avoir un foyer d'anomalie siégeant dans ces lobes temporaux dans de tels troubles mentaux.

D'après notre travail, nous serions portés aussi à croire que le lobe temporal de l'hémisphère dominant serait impliqué plus souvent (70%) dans les cas de réactions violentes, de même que dans les cas de dépression (71,4%).

Ces données pointeraient-elles vers une lésion temporale gauche chez les patients à réactions mentales aiguës, tandis qu'au contraire, indiqueraient-elles une localisation temporale de l'hémisphère non-dominant dans les cas de trouble continu du comportement sans réactions paroxystiques?

Voilà la question en litige qui sera résolue seulement par des recherches cliniques plus poussées et surtout par la neuro-chirurgie dans ces explorations des lobes temporaux si fertiles en découvertes pour les différentes réactions mentales.

ANOMALIES ÉLECTROGRAPHIQUES DES LOBES TEMPORAUX EN REGARD DES RÉACTIONS PSYCHIQUES CHEZ LE MALADE MENTAL.

<i>Réactions violentes.</i>	<i>Troubles du comportement</i>	<i>Dépression.</i>	<i>Arr. ment. simple.</i>
1—Temp. g. o. a. par.	1—Temp. d. o. a. par.	1—Temp. g. o. a. & ép.	1—Bi-temp. 3-6/s.
2—Temp. g. o. a. par. rév.	2—Temp. g. o. a. rév.	2—Temp. g. o. a. rév.	2—Fr-temp. d. o. a. (dr.)
3—Temp. g. o. a. par. rév.	3—Temp. d. o. a. & ép. rév.	3—Temp. d. o. a. rév. (gau.)	3—Temp. g. o. l. & a.
4—Temp. d. o. l. & a. rév.	4—Temp. g. o. a. rév.	4—Temp. g. o. l. & a. rév.	4—Temp. g. o. a. rév.
5—Temp. d. o. l. rév. (dr.)	5—Temp. g. o. l. & a.	5—Temp. g. 5-6/s. & o. a. rév.	5—Bi-temp. o. l. & a.
6—Bi-temp. o. l. & a. rév.	6—Temp. d. 5-7/s. & o. a. rév.	6—Temp. g. ép. rév. par.	6—Fr-temp. d. o. l. & a.
7—Temp. g. 5/s. & o. a. rév.	7—Temp. d. o. l. & a. par. rév.	7—Temp. d. o. a. rév.	7—Temp. d. o. l. & a. rév.
8—Temp. g. o. l. & a. rév.	8—Temp. d. o. a. & ép. rév. cont.		8—Bi-temp. o. a. rév.
9—Temp. g. o. a. rév.	9—Temp. d. 3-5/s. par.		9—Temp. d. o. a. rév.
10—Temp. g. o. par. 2/s.	10—Temp. d. o. l. rév. par.		10—Bi-temp. o. l. & a.
11—Temp. d. o. a. & ép. rév. (gau.).			11—Fr-temp. d. o. a. rév.
			12—Bi-temp. o. l. & a. rév.
			13—Bi-temp. 4/s. par.
			14—Temp. g. o. l. & a. rév.
			15—Bi-temp. 4/s. par.
			16—Temp. d. 6-7/s. & o. a. rév.
TOTAL: Temp. g. 70%	Temp. d. 70%	Temp. 71.4%	Bi-temp. 43.7%
			Temp. d. 37.5%

(Temp. g.: temporal gauche — Temp. d.: temporal droit — o. a.: ondes aiguës — o. l.: ondes lentes — ép.: épines — par.: paroxystiques — rév.: réversibles.)

ÉTUDE STATISTIQUE DE 283 CAS D'ÉPILEPSIE EN REGARD DES DONNÉES ÉLECTROGRAPHIQUES.

	<i>Petit mal</i>	<i>Grand mal</i>	<i>Focale</i>	<i>Gr. et Pt. mal</i>	<i>Equiv. psych.</i>	<i>Total</i>	
Localisation corticale	8	61	18	4	1	92	32.5%
Bilatérale Synchronique	4	31	3	0	1	39	13.7%
Idiopathique	16	27	4	1	0	48	16.9%
Non localisée ou diffuse	1	20	3	1	2	27	9.5%
Normales	13	24	4	0	7	48	16.9%
Frontières	7	15	0	2	0	24	8.4%
Nulles	1	3	1	0	0	5	1.7%
<i>Total</i>	50	181	33	8	11		

BIBLIOGRAPHIE

- F. A. ECHLIN: «The Electroencephalogram associated with Epilepsy.» *Arch. Neurol. Psychiat.*, Chicago, **52**: 270-290, 1944.
- H. JASPER et A. HAWKE: «Electroencephalography. IV—Localisation of seizure waves in Epilepsy.» *Arch. Neurol. Psychiat.*, Chicago, **39**: 885-907, 1938.
- H. JASPER et J. KERSHMAN: «Electroencephalographic Classification of the Epilepsies.» *Arch. Neurol. Psychiat.*, Chicago, **45**: 903-943, 1941.
- H. JASPER: «Electrical signs of epileptic discharge.» *EEG Clin. Neurophysiol.*, **1**: 11-19, 1949.
- M. KERSCHNER M. B. BENDER et I. STRAUSS: «Mental symptoms in cases of tumor of the temporal lobe.» *Arch. Neurol. Psychiat.*, **35**: 572-596, 1936.
- J. O'LEARY et W. S. FIELDS: «Focal disorder of brain activity as it relates to the character of convulsive seizures. Electroencephalogram in focal seizures.» *Arch. Neurol. Psychiat.*, **62**: 590-610, 1949.
- W. PENFIELD: «Classification of the Epilepsies.» *Arch. of Neurol. Psychiat.*, **60**: 107-118, 1948.
- W. PENFIELD et H. FLANIGIN: «Surgical therapy of temporal lobe seizures.» *Arch. Neurol. Psychiat.*, **64**: 491-500, 1950.
- R. SIMON, J. L. O'LEARY et J. J. RYAN: «Cerebral dysrhythmia and psychopathic personalities.» *Arch. Neurol. Psychiat.*, **56**: 677-685, 1946.
-

RECUEIL DE FAITS

HÉMATOME INTRA ET EXTRA-DURAL¹

Jean SIROIS,

Chef de neuro-chirurgie, Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec.

Si le traitement chirurgical des hémorragies intra-cérébrales peut être parfois hasardeux et souvent grave chez les hypertendus artériels, par contre il est le traitement de choix et l'unique dans les cas d'hématome intra ou extra-dural. Notre vie industrialisée et mécanisée a rendu les accidents beaucoup plus nombreux, ce qui nous permet alors de rencontrer plus fréquemment des hématomes. Le médecin de famille est toujours le premier appelé lors d'un accident; par conséquent, je crois qu'il est de son devoir de savoir bien surveiller ces accidentés afin de pouvoir dépister le plus vite possible la compression sanguine qui s'organise et concourir ainsi à sauver des vies. L'expérience neuro-chirurgicale des dernières trente années nous permet maintenant de faire un diagnostic précoce des hématomes puisque l'observation de très nombreux cas a servi à les bien classifier. L'on reconnaît en effet aujourd'hui que le syndrome ne se développe pas toujours selon les données que l'on considérait autrefois classiques.

VARIÉTÉS

Il y a deux variétés d'hématome: l'intra et l'extra-dural.

Dans l'hématome intra-dural, le sang, par rupture d'une artère ou d'une veine, se répand entre la dure-mère et le cortex, la compression est plus ou moins rapide selon le calibre du vaisseau intéressé. Les signes sont généralement assez constants et bien caractérisés. Faite à temps, la trépanation offre un taux peu élevé de mortalité.

Lors d'un hématome extra-dural, l'hémorragie se fait entre la dure-mère et l'os. Une

fracture de l'os est fréquente et la rupture des veines du diploë provoque l'hématome; mais parfois ce dernier est dû à la rupture de l'artère méningée moyenne ou d'une de ses branches. Le syndrome de cette variété est beaucoup moins précis, les signes plus variables et moins évidents que dans l'hématome intra-dural. Le diagnostic est plus difficile à faire. La mortalité opératoire est beaucoup plus élevée que lors de l'hématome intra-dural. Il semble que l'œdème cérébral est beaucoup plus important même à la suite d'une intervention rapide et c'est cet œdème généralisé qui fait mourir le malade.

CLASSIFICATIONS

Les hématomes intra ou extra-duraux peuvent se classifier en trois syndromes: le syndrome foudroyant ou suraigu, le syndrome classique et le syndrome chronique.

1° — Dans les cas foudroyants, il y a eu généralement un traumatisme très important avec fracture étendue de la boîte crânienne; le malade demeure profondément inconscient, présente des signes évidents de compression généralisée avec parfois tout de même quelques petits indices d'une latéralisation de la compression. Ces malades deviennent rapidement moribonds et l'exitus se fait par une compression bulbaire brusque dans les quelques heures qui suivent le traumatisme. Il sont mortellement atteints et toute tentative chirurgicale est vaine.

2° — Le syndrome classique est celui que tous les médecins connaissent. Le traumatisme est plus ou moins sévère; il y a généralement une perte de connaissance, mais toujours temporaire, un intervalle de lucidité plus ou

1. Communication au XXI^e Congrès de l'A. M. L. F. C., Trois-Rivières, octobre 1951.

moins complète, variant entre vingt-quatre et trente-six heures, suivis progressivement de signes généraux d'hypertension intra-crânienne tels que céphalée violente, état de somnolence qui va même à l'inconscience, abaissement progressif du pouls qui devient bondissant, augmentation progressive de la tension artérielle et troubles de la respiration.

Dès le début de l'apparition de la somnolence ou de l'augmentation de la céphalée apparaissent généralement un à un les signes de compression localisée tels que diminution de la forme musculaire d'un ou des membres d'un côté, puis s'installe du côté intéressé un état de parésie ou d'hémiplégie; irritation des voies pyramidales du côté en état de parésie ce qui se manifeste par l'augmentation de l'amplitude des réflexes, présence des signes de Babinski et d'Hoffmann ou de clonus, contracture de ces membres puis dilatation progressive ou brusque de la pupille du côté comprimé.

L'évolution est donc simple en soi: traumatisme, peu ou pas de perte de connaissance, intervalle lucide variable, apparition de signes d'hypertension intra-crânienne généralisée puis signes de compression latéralisée. Tous ces signes sont progressifs et évoluent plus ou moins rapidement selon l'intensité de l'hémorragie.

L'exemple suivant est très classique.

Observation 1.

No 95870 — Un étudiant de 22 ans se rend chez sa fiancée vers 8.00 p.m. Il subit un accident d'auto assez banal, mais se frappe tout de même la tête. Peut sortir de sa voiture et il se dispute avec l'autre chauffeur, aide les officiers de vitesse à prendre les mensurations sur la route, fait remorquer sa voiture au garage et se rend seul chez lui en taxi. Environ une heure après son arrivée chez lui, la céphalée s'installe; elle est généralisée et augmente progressivement puis apparaît un état nauséux; il se couche et vers 11 $\frac{1}{4}$ hre p.m., la mère le trouve légèrement désorienté et confus. Elle le fait transporter dans un hôpital et sa

fiancée, garde-malade, reste à son chevet. Cette dernière mise au courant de la possibilité d'une compression, l'observe attentivement et constate de 11 $\frac{1}{2}$ heures p.m. jusqu'à 1 heure a.m. l'installation progressive d'une hémi-parésie gauche et une dilatation progressive de la pupille droite ainsi qu'une augmentation de la tension artérielle. Lorsque je vois le malade à 1.30 hre a.m., alors qu'il avait été transporté dans mon service, il est profondément inconscient, a une respiration de Cheyne-Stokes et des signes évidents de compression cérébrale droite. Une trépanation simple est faite immédiatement; un énorme hémato-me intra-dural est évacué et dès le lendemain midi, le malade était assis dans son lit à prendre son dîner. Six jours après, il quittait l'hôpital et il reprit ses études en septembre.

Observation 2.

Un garçon de 8 ans le samedi midi en courant après son chat grimpe dans un poteau. Il touche à un transformateur et est projeté à terre. Inconscience de 3 à 5 minutes. Il passe l'après-midi au repos, dort bien le samedi soir. Le dimanche matin, il se plaint de céphalée, mais va quand même en bicyclette. Dans l'après-midi, la céphalée est plus intense et le malade présente un état nauséux. Il ne soupe pas et se couche très fatigué avec un sac de glace sur la tête. Aucun médecin n'est demandé le dimanche. Lundi, à 5 heures a.m., la mère le trouve inconscient dans son lit. Il est transporté dans un hôpital où l'on constate des signes de compression localisée. Une ponction lombaire est faite; le liquide retiré est sanguinolent et quelques dix minutes après, le pouls devient très lent, la respiration est du type Cheyne-Stokes et les pupilles se dilatent brusquement. C'est dans cet état qu'il m'est amené à l'hôpital. Une trépanation temporale gauche nous permet de constater un énorme hémato-me extra dural, mais le malade décède sur la table.

Ces deux exemples sont classiques dans leur évolution. Le premier fut sauvé par la sagacité de la personne qui le surveillait et non par le

chirurgical. Le deuxième n'eut pas la même chance d'être bien suivi et par comble de malheur, on lui fit une ponction lombaire.

3° — La troisième variété aussi importante que la 2e est celle des hématomes chroniques. Ils sont beaucoup plus fréquents que l'on ne saurait le croire.

Lors du traumatisme, qu'il y ait eu perte de connaissance ou non, le diagnostic d'une commotion ou d'une contusion est porté et le traitement institué en conséquence. Ces traumatisés ne présentent pas de signes de localisation puis tout semble rentrer progressivement dans l'ordre; mais toutefois il persiste de la céphalée et des étourdissements intermittents pendant une période de quelques mois et même de quelques années. A l'occasion d'un second traumatisme parfois très banal ou même sans traumatisme, ces malades développent rapidement des signes d'hypertension intra-crânienne généralisée: céphalée, étourdissements, nausées, légers troubles de la mémoire, apathie, puis on assiste à une évolution très rapide d'une compression cérébrale nettement localisée. Le premier diagnostic posé est celui d'une tumeur cérébrale à évolution rapide, type gliome, puisque le traumatisme assez éloigné est oublié et rarement mentionné dans l'histoire. L'évolution très rapide (quelques jours ou une semaine au plus) d'une compression cérébrale localisée est assez caractéristique d'un hématome chronique. C'est, j'oserais dire, un signe pathognomonique, surtout si nous avons affaire à un alcoolique ou qu'un traumatisme crânien est relaté dans l'observation.

L'hématome est alors bien organisé avec deux membranes et un centre ne renfermant plus qu'un liquide brun chocolat. Nous aurons parfois la chance d'observer à la radiographie une légère calcification des membranes.

Pourquoi un hématome demeure-t-il ainsi silencieux pendant des mois et même des années? Il faut croire qu'au moment du traumatisme la rupture vasculaire ne fut que veineuse; l'épanchement s'est fait lentement, le cerveau s'y est adapté, et la veine s'est coa-

gulée sous l'effet d'une compression légère. Puis lorsque les globules rouges du centre de l'hématome se sont lysés, que les membranes sont bien organisées, il se produit progressivement un phénomène d'osmose qui apporte au centre de l'hématome une quantité de plus en plus grande de liquide; le cortex est progressivement comprimé sans donner de manifestations cliniques alors qu'un seuil de compression est dépassé, l'œdème cérébral se fait très vite et c'est à l'apparition de cet œdème que se déclenche tout le syndrome général et local. Assez fréquemment aussi un second traumatisme crânien très banal provoque cet œdème cérébral ou fait saigner à nouveau la veine qui s'était coagulée lors de la formation de l'hématome. A tout événement ce qui nous paraît certain c'est que l'œdème cérébral est responsable de l'apparition des signes généraux du début.

Les quatre exemples suivants illustrent bien ce syndrome des hématomes chroniques.

Observation 3.

D. no 99188 — Il s'agit d'un malade de 55 ans qui, un dimanche matin en se levant, présente de la céphalée assez intense ayant débuté 4 ou 5 jours auparavant alors qu'il s'était frappé la tête sur un tuyau. Le syndrome d'hypertension intra-crânienne s'est développé dans l'espace de 48 heures et des signes de localisation et de compression cérébrale droite, dans les 24 heures suivantes. Je le vois dès ce moment. Il est confus, désorienté, présente d'une façon évidente une compression temporo-pariétale droite avec signes généraux d'hypertension intra-crânienne. Après les examens nécessaires, une trépanation temporale droite est faite et nous trouvons un hématome très ancien organisé avec deux membranes et une partie centrale complètement lysée qui s'enlève avec facilité. La guérison est complète et le malade retourne à son travail après un mois de convalescence. L'observation est reprise et le malade nous raconte qu'il a subi un traumatisme crânien assez important trois ans auparavant alors qu'il était à son travail et

dans l'intervalle il présentait des céphalées intermittentes accompagnées parfois de légers étourdissements spontanés et provoqués.

Observation 4.

D. no 93557 — Ce patient, boucher de son métier, tombe dans sa cave en octobre. Inconscience de quelques minutes; suites normales. On diagnostique une commotion cérébrale. Dans les semaines qui suivent, céphalée intermittente. La veille de l'Immaculée-Conception, soit le 7 décembre, céphalée intense avec état nauséux. Le jour de l'Immaculée-Conception, en sortant de l'église, période de confusion et de désorientation. Dans l'après-midi, somnolence progressive. Le lendemain matin, semi-conscience. Il est alors transporté dans mon service. Nous trouvons à l'examen des signes évidents de compression cérébrale gauche. La trépanation révèle un hématome bien organisé sûrement de type ancien. Il est à noter que dans son histoire, le malade nous a fait part qu'il a eu une amnésie complète durant les quatre ou cinq jours qui ont précédé sa perte de conscience.

Observation 5.

D. no 38724 — Un autre patient, voyageur de commerce, alcoolique, subit à Montréal un traumatisme banal en montant dans un tramway. Il revient seul en train jusqu'aux alentours de Lévis. Durant une semaine, il vaque à ses occupations ordinaires, puis il développe des signes d'hypertension intra-crânienne et une hémiplégie avec inconscience profonde et mauvais état général, tension artérielle très élevée, pouls à 48, une respiration du type Cheyne-Stokes. Tout ce syndrome s'installe dans une période de douze heures. Il est alors trépané et un très gros hématome est évacué.

Observation 6.

D. no 54189 — Un employé de brasserie, alcoolique, lors d'un excès de vitesse en automobile se frappe la tête sur le toit de sa voiture. Inconscience de quelques minutes. Perte de travail de trois jours seulement. Pendant qua-

tre ans, légère céphalée intermittente, mais il travaille sans interruption. Un bon jour, il se frappe la tête sur un cadre de porte chez lui alors qu'il était légèrement ivre. Dès le lendemain et dans les trois jours suivants, il développe des signes d'hypertension intra-crânienne et de compression cérébrale droite. A l'intervention, un hématome très ancien, légèrement calcifié, est enlevé tout d'une pièce et orne encore le musée de l'université. Il travaille depuis, mais son alcoolisme n'est pas guéri.

Quelle sera donc la conduite à suivre après un traumatisme crânien?

Lorsqu'il y a eu un traumatisme crânien et que la perte de conscience a été légère, ou même lorsqu'il n'y a pas eu perte de conscience mais que le traumatisme a été important, il est de toute nécessité de ne pas traiter à la légère ces malades pour une période de 24 à 48 heures. Il est primordial de recommander ou d'établir une surveillance très attentive, immédiate et surtout suivie, pour une journée ou deux, de l'état de conscience, du pouls, de la tension artérielle et de la mobilité des membres par une personne à qui l'on a bien expliqué ces choses, que nous ayons affaire à une garde-malade ou non. De plus, le médecin, pour cette période de temps, doit revoir le malade plusieurs fois et à chaque visite, vérifier lui-même l'état de la force musculaire des membres, l'état des réflexes, rechercher les signes de Babinski ou de Hoffmann et bien constater s'il y a changement du calibre d'une pupille afin d'être à l'affût d'une compression cérébrale localisée qui s'organise. Dès que quelques signes de compression sont observés, il ne faut pas attendre que le malade devienne inconscient pour décider l'intervention. Il faut sans hésiter le transporter dans un milieu où une trépanation pourra être faite adéquatement si jugée nécessaire. Il vaut mieux pécher par excès de prudence et forcer un traumatisé à passer un ou deux jours dans un hôpital sous observation que de trop retarder et demander quasi l'impossible au chirurgien. Dès qu'elles s'installent, ces compression progressent rapidement et chaque minute compte. Un exemple

cité un peu plus loin illustrera le tragique d'un tel retard.

En terminant je tiens à mettre les médecins en garde contre deux procédés de diagnostic malheureusement trop répandus.

A l'occasion d'un traumatisme et surtout lorsque l'on constate les premiers signes de compression cérébrale, il y a deux choses qu'il faut de toute nécessité éviter; d'abord la ponction lombaire et puis la radiographie du crâne. Une ponction lombaire ne donnerait aucun renseignement pratique même si l'on constate une hypertension intra-crânienne au manomètre ou la présence d'un peu de sang. Ces constatations ne sont d'aucune valeur de diagnostic dans les cas d'hématome puisqu'elles se retrouvent aussi bien dans les commotions, les contusions et les fractures. De plus l'on expose inutilement le malade à mourir par une compression des amygdales cérébelleuses ou de la fente de Bichat. La tension intra-crânienne augmentera rapidement après la ponction et la compression bulbaire sera plus imminente. Les signes cliniques sont assez caractéristiques et il vaut mieux enfin, dans le doute, de faire une trépanation exploratrice qui est banale en soi, qu'une ponction lombaire. Quant à la radiographie du crâne, il est absolument inutile de perdre un temps excessivement précieux à rechercher s'il y a une fracture; d'abord le malade est très agité, la radiographie sera généralement mauvaise; il faudra se battre avec lui sur la table des rayons X et s'il saigne, nous l'exposerons à saigner davantage, à fatiguer sa respiration et encore une fois, on perd un temps des plus précieux. Les signes cliniques de compression sont généralement suffisants pour nous orienter du côté à trépaner qu'il y ait là ou non une fracture; c'est ce côté qui sera d'abord trépané d'autant plus que la trépanation est presque toujours bilatérale. Les deux exemples suivants serviront à illustrer cet avancé.

Observation 7.

D. no 84122 — A un collègue classique de Québec, vers deux heures de l'après-midi, en

entrant à l'école, un jeune garçon de 14 ans, neveu d'un radiologiste, est poussé par un compagnon et se frappe la région temporale gauche sur le coin du pupitre. Pas de perte de connaissance, mais durant l'heure de la classe, le professeur remarque que l'enfant est distrait; ce dernier se plaint de céphalée et explique le traumatisme qu'il a subi. L'enfant est envoyé à l'infirmerie et vers quatre heures, l'infirmier constate quelques vomissements; il renvoie l'enfant chez lui en taxi avec un compagnon. A son arrivée chez lui, l'enfant se couche à cause d'une céphalée violente; la mère le trouve semi-inconscient et très confus vers 5 hres 30 p.m. Le médecin de famille demandé constate des signes de compression localisée et conseille une trépanation immédiate. Le radiologiste consulté fait transporter son neveu dans son hôpital et de 6 jusqu'à 8 hres ¼ p.m., on s'efforce de prendre de bonnes radiographies pour dépister une fracture; durant ce temps, la compression s'installe de plus en plus et lorsque la belle radiographie a été prise, l'enfant est profondément inconscient et présente du Cheyne-Stokes; c'est alors qu'on se décide de me le diriger. Dix minutes après son admission à l'hôpital, l'enfant mourait, mais il avait eu de belles radiographies.

Observation 8.

D. no 85328 — Une semaine exactement après, au même collège classique, à la récréation de dix heures, un jeune garçon reçoit une balle à la région temporale droite. Aucune perte de connaissance. Au dîner, l'enfant n'a pas d'appétit; la céphalée s'installe. Dans l'après-midi, la céphalée est plus violente accompagnée de vomissements. Le directeur averti par la tragédie de la semaine précédente, au lieu d'envoyer le malade chez lui, fait demander le médecin. Ce dernier constate une légère désorientation; il fait transporter le malade dans sa famille et recommande bien à la mère de le surveiller. Une heure après, il retourne le voir et constate alors de petits signes de compression localisée. En effet, la pupille droite est dilatée, le malade présente

un Babinski à gauche, il est plus désorienté que lors de la première visite et il est très somnolent, mais conscient. Le médecin suspectant l'organisation d'un hématome m'amène l'enfant dans sa voiture. A son arrivée, nous portons le diagnostic d'une compression temporo-pariétale droite; l'enfant est immédiatement trépané à droite (sans radiographie). Un hématome intra-dural est trouvé et évacué. Trois semaines après, l'enfant pouvait reprendre sa classe régulièrement.

Je crois que ces deux exemples parlent par eux-mêmes non seulement de l'inutilité, mais de l'effet trop souvent tragique de la fameuse prise de radiographie lors des traumatismes crâniens ou lorsque l'on suspecte une compression cérébrale localisée à la suite d'un traumatisme.

Conclusions.

1° — Il est bon de se rappeler que les hématomes, même les hématomes chroniques, sont très fréquents.

2° — Que tous les traumatisés crâniens doivent être surveillés très attentivement pendant 24 à 36 heures et jusqu'à ce que l'on soit bien certain qu'aucune compression cérébrale ne s'organise.

3° — Dès l'apparition des premiers signes de compression et même dans le doute de ces derniers, placer le malade dans un milieu où une intervention, si jugée nécessaire, peut être pratiquée d'urgence.

4° — Ne jamais pratiquer une ponction lombaire si une compression cérébrale est suspectée et retarder la prise d'une radiographie du crâne jusqu'à ce que le malade soit calme et ne présente plus de signes de compression localisée.

ANOMALIES CONGÉNITALES DE L'OMBILIC¹

OBSERVATIONS CLINIQUES SUR DEUX CAS DE PERSISTANCE DU CANAL OMPHALO-MÉSÉNTÉRIQUE ET UN CAS D'OMPHALOCÈLE.

Dominique GAUDRY (Chicoutimi).

Les trois cas d'anomalie congénitale de l'ombilic, faisant le sujet de cette communication, me paraissent intéressants par leur rareté et leur signification embryologique.

CONSIDÉRATIONS EMBRYOLOGIQUES

Le sac vitellin d'un œuf humain primitif communique largement avec le tube digestif de l'embryon. Cette annexe embryonnaire re-

Le tube digestif de l'embryon se développe relativement plus vite que la paroi abdominale. Il résulte de cette disproportion que, chez un embryon de 30 mm. de longueur, pratiquement tout le tube digestif est dans le

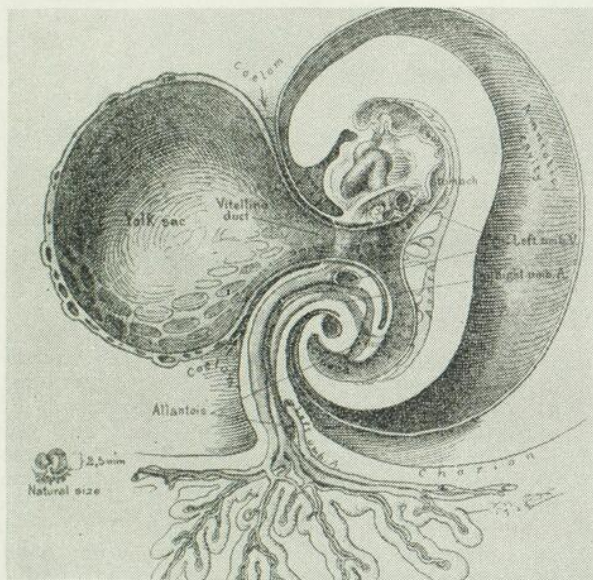


Fig. 1. — Section sagittale d'un embryon de 2.5 mm. Il nous montre la large communication du tube digestif primitif de l'embryon avec le sac vitellin. (*The Umbilicus and Its Diseases*. T. S. Cullen. Courtoisie de W. B. Saunders & Co.)

gresse rapidement et dès la 5^e semaine de la vie fœtale (embryon de 6 mm.), cette communication est réduite à un petit canal tubulaire. C'est le canal vitellin ou canal omphalo-mésentérique. Il est complètement oblitéré, normalement après la 7^e semaine de vie fœtale (fig. 1 et 2).

1. Communication au XXI^e Congrès de l'A. M. L. F. C., Trois-Rivières, octobre 1951.

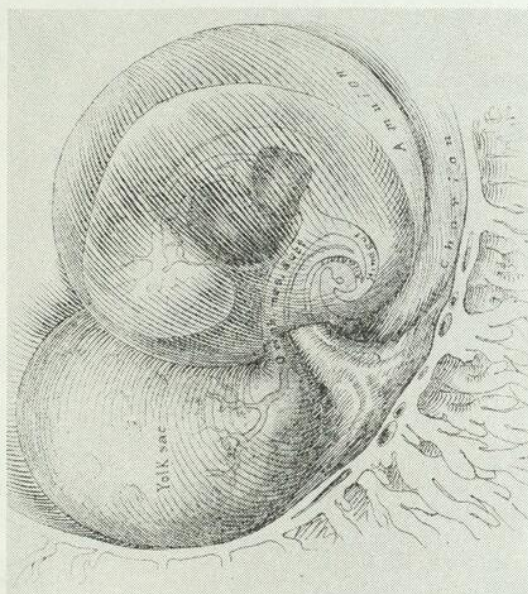


Fig. 2. — Illustration d'un embryon de 3.5 mm. montrant les annexes embryonnaires et le canal omphalo-mésentérique. (*The Umbilicus and Its Diseases*. T. S. Cullen. Courtoisie de W. B. Saunders & Co.)

cœlome externe ou cordon. Ce tube digestif régresse graduellement dans le cœlome interne ou cavité péritonéale et cette régression est complète vers la fin du 3^e mois, alors que le fœtus a atteint une longueur de 45 mm. (1, 3, 12) (fig. 3).

CONSIDÉRATIONS CLINICO-PATHOLOGIQUES

Plusieurs anomalies congénitales de l'ombilic s'expliquent à la lumière de ces particularités de développement embryologique (fig. 4).

Le canal omphalo-mésentérique peut per-

sont herniés. — Ces cas d'omphalocèle nécessitent une intervention très précoce après la naissance parce que cette membrane amniotique se dessèche rapidement, se rupture et une issue fatale devient inévitable (5, 6, 7, 9, 11, 13).

Observation 1.

Un nourrisson de 15 jours est amené d'urgence, le soir, à l'hôpital pour fistule stercorale à l'ombilic. Le résident, qui voit le malade à l'admission, ne paraît pas fortement impressionné par cette lésion peu banale et il n'obtient qu'une histoire très sommaire du père de l'enfant.

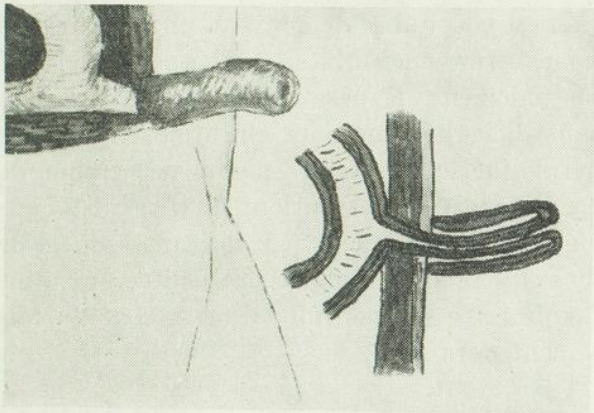


Fig. 5. — Illustration, d'après dessin en couleur, du mécanisme de prolapsus et inversion du canal omphalo-mésentérique.

Le nourrisson pèse 6 livres, son état général n'inspire pas de crainte: il n'est pas déshydraté, pas intoxiqué et pas souffrant. Il présente, à l'ombilic, un fragment de cordon sphacelé et en-dessous, deux anses intestinales ayant l'aspect d'un anus artificiel à la Mikulicz. Une histoire rétrospective peut facilement être établie: l'enfant présentait, à sa naissance, un petit omphalocèle avec inclusion d'une anse intestinale qui a été accidentellement ligaturée avec le cordon. Le sphacèle de cette anse intestinale par la ligature s'est effectuée assez rapidement et une fistule stercorale à l'ombilic en est résulté. Des selles jaunes, semi-liquides s'écoulaient de cet anus artificiel, l'abdomen est souple, aucun signe de péritonite. — Cette

situation ne paraît pas trop désespérée et je me propose de procéder comme dans un Mikulicz: pincer les deux éperons intestinaux pour rétablir leur continuité et éventuellement fermer la fistule stercorale.

L'état général du nourrisson étant satisfaisant, je décide d'attendre que les derniers vestiges du cordon soient tombés et que les anses intestinales soient plus solidement adhérentes au pourtour ombilical, pour pratiquer le pincement de ces anses.

Deux jours après l'admission, je suis prévenu qu'un boudin fait saillie au côté de l'anus ombilical. — Une exploration minutieuse, à la salle d'opération, révèle qu'il s'agit d'un canal omphalo-mésentérique prolapsé et inversé (fig. 5). Je pratique une ligature et excision de ce canal et j'applique une pince sur les éperons intestinaux. Quelques jours plus tard, l'enfant passe des selles par le rectum et une fonction intestinale assez normale s'établit par le rectum et l'ombilic. Le nourrisson s'alimente assez bien pendant quelques jours, l'abdomen reste souple, mais des phénomènes de cachexie progressive entraînent la mort, près d'un mois après l'admission. — Ce cas présentait une double malformation: un petit omphalocèle avec ligature accidentelle d'une anse intestinale et une persistance complète du canal omphalo-mésentérique.

Observation 2.

Un enfant floride, âgé de deux mois, pesant 13 livres 11 onces, m'est amené pour malformation ombilicale (fig. 6). Il présente, à l'ombilic, un boudin rouge-foncé de 5 à 6 cms. de longueur. Il est apparu 8 jours après la chute du cordon, quelques selles jaunes claires s'écoulaient par ce boudin deux à trois fois par jour. Je pratique, sous anesthésie générale, une incision circulaire à la base du canal omphalo-mésentérique pour le désinsérer et réduire son inversion. Avec une petite incision de l'ombilic, l'implantation jéjunale du canal peut être excisée facilement et le jéjunum suturé de deux plans. — Les suites opératoires sont bien normales. Une coupe histo-pathologique de ce

canal nous montre une muqueuse intestinale de type grêle sans particularité.

Observation 3.

Un nourrisson, né prématurément vers la fin du 8e mois et pesant 3 livres et 12 onces, est admis à l'hôpital quelques heures après sa naissance pour omphalocèle d'environ 3 cms. de diamètre. Cette hernie forme une forte saillie en-dessous de la ligature du cordon et, à

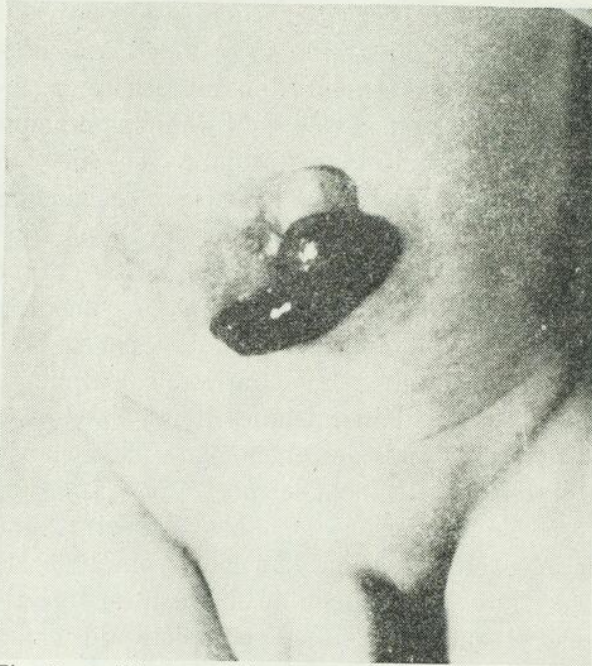


Fig. 6. — Photographie du deuxième cas, montrant un canal omphalo-mésentérique prolabé et inversé.

travers la membrane amniotique, on distingue facilement les anses intestinales.

Le nourrisson est opéré immédiatement, sans anesthésie. La membrane amniotique est excisée, les bords de la peau sont avivés. Les bords herniaires sont difficiles à rapprocher. Je parviens, avec quelques difficultés, à cause de la forte poussée abdominale, à insérer 2 points doubles de tension à travers toute l'épaisseur de la paroi abdominale. En attachant ces deux points, sur tubes de caoutchouc, je réussis à rapprocher les bords de la hernie et à refouler les viscères dans la cavité abdominale. — Je complète l'affrontement des bords herniaires

par un surjet de points rapprochés, incluant toute l'épaisseur de la paroi.

Les suites opératoires sont assez difficiles et le nourrisson se comporte avec la fragilité habituelle des prématurés. Grâce aux transfusions, solutés, antibiotiques, oxygène et les attentions toutes spéciales de notre personnel du service des prématurés, il survit. 4 jours après l'intervention, les points de tension commencent à couper à travers la peau, les bords de la plaie s'écartent sans qu'il se produise cependant d'éviscération. La plaie suppure pendant une dizaine de jours et guérit finalement par granulation. Le nourrisson quitte l'hôpital un mois après l'admission. — Il ne pèse que 4 livres, mais il paraît en bonne voie de guérison complète.

Il est hospitalisé de nouveau un an plus tard pour hernie incisurale. — Il s'est développé normalement, il pèse 16 livres, je pratique sans difficulté, une cure chirurgicale de cette hernie incisurale. — Je suis un peu étonné de constater, à l'intervention, qu'il n'existe aucune adhérence au niveau des anses du grêle ainsi qu'au sac herniaire. Les suites opératoires de cette seconde intervention sont parfaitement normales¹.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) A. BRANCA: *Précis d'Embryologie*. Librairie J. B. Baillière et Fils, Paris, 1922.
- (2) Donald V. CLARK: «Exstrophy of the Ileum Through a Patent Omphalomesenteric Duct with Strangulated Umbilical Hernia (c).» *J. Int. Coll. Surgeons*, 9: 251, 1946.
- (3) T. S. CULLEN: *The Umbilicus and Its Diseases*. W. B. Saunders & Co., 1916.
- (4) Deward O. FERRIS et Harrison C. PUTMAN, Jr.: «Patent Omphalomesenteric Duct. Report of 2 cases.» *Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic*, 25: 120 (1er mars) 1950.
- (5) Paul E. FOX: «Uncommon Umbilical Anomalies in Children.» *Surg., Gyn. and Obst.*, 92: 95 (janv.) 1951.
- (6) Robert E. GROSS et James B. BLODGETT: «Umbilical Eventration in the Newly Born.» *Surg., Gyn. and Obst.*, 71: 520, 1940.

1. Les 5 premières figures sont de *The Umbilicus and its Diseases*, par Cullen, édité par Saunders Co.

- (7) Julius JARCO: « Congenital Umbilical Hernia. » *Surg., Gyn. and Obst.*, 65: 593 (nov.) 1937.
- (8) Frederick C. KITTLE, Hilger P. JENKINS et Lester R. DRAGSTEDT: « Patent Omphalomesenteric Duct and Its Relation to the Diverticulum of Meckel. » *Archives of Surgery*, 54: 10 (janvier) 1947.
- (9) William E. LADD et Robert E. GROSS: *Abdominal Surgery of Infancy and Childhood*. W. B. Saunders Co., 1941.
- (10) J. E. MORGAN: « Patent Omphalomesenteric Duct (c). » *Am. J. of Surgery*, 58: 267 (nov.) 1947.
- (11) Jacob L. STEIN: « Congenital Omphalocele (c). » *J. Pediatrics*, 14: 89, 1939.
- (12) H. L. TRIMINGHAM et John R. McDONALD: « Congenital Anomalies in the Region of the Umbilicus (c). » *G. O.*, 80: 152, 1945.
- (13) Williams Carrington (Clinic of): « Congenital Defects of the Anterior Abdominal Wall No. 122985 c. » *Surgical Clinics of North Amer.*, 10: 805 (août) 1930.

UN CAS D'ÉPISTAXIS REBELLE

Valmore LATRAVERSE,
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Observation.

L.E., âgé de 70 ans, se présente à la clinique d'urgence de l'hôpital Notre-Dame, le 12 mars 1951, pour épistaxis profuse bilatérale, ayant débuté brusquement le 11 mars précédent. Nausées et vomissement de sang abondants. Pouls à 80.

1ère hospitalisation: no 2642.

Aucun autre épisode antérieur d'épistaxis. Hospitalisation immédiate dans le service de médecine qui dresse le tableau clinique suivant avant de faire appel au service d'O.R.L. Hypertension: 190/85. Tamponnement antérieur inefficace. Hypnotiques: phénobarbétal et morphine. Chute du nombre des globules rouges à 1 200 000 le 14 mars 1951. Pouls à 90. Syndrome rénal important: albuminurie-cylindres. Azotémie à 69.

Alors on fait appel au résident en O.R.L. le docteur Andersen qui pratique un tamponnement antérieur, d'où modération de l'épistaxis sans arrêt complet de celle-ci. Pouls à 100.

Du 15 au 19 mars: épistaxis rebelle malgré tout traitement. Mauvais état général du pa-

tient. Maintenant malgré les transfusions, les globules rouges sont à 2 275 000. Pouls filant. Azotémie: 117. Glycémie: 123.

Toutefois les tamponnements parviennent à arrêter l'hémorragie. Le patient reprend ses forces. Consultation avec le docteur Brault qui s'en tient au traitement classique et demande de temporiser pour la ligature de la carotide externe suggérée par le médecin traitant, le docteur Georges Hébert.

Le 13 mars: pouls: 80, P.A.: 190/85, azot.: 69, glyc.: 126, glob. roug.: 3 700 000, hgl.: 77%.

Le 17 mars: pouls: 100, glob. roug.: 2 275 000, hgl.: 56%.

Le 19 mars: pouls: filant, P.A.: 120/60, azot.: 117, glyc.: 123, glob. roug.: 2 250 000, hgl.: 48%.

Le 19 avril: transfusion de 500 cc.

Le 4 avril: pouls: 90, P.A.: 180/80, azot.: 74, glob. roug.: 3 075 000, hgl.: 66%.

Temps de saignement et coagulation: normaux.

Le 21 mars, le malade ne saigne plus, Son état s'améliore. P.A.: 120/60. Le patient quitte l'hôpital le 6 avril 1951 assez bien.

2e Hospitalisation: no 4951.

Le 7 mai suivant: reprise des épistaxis. Traitement d'urgence à la clinique externe: tamponnements impuissants. Impossible d'hospitaliser le patient avant le 11 mai en vue d'une ligature de la carotide externe droite; à notre avis, seul traitement efficace à appliquer. Globules rouges: 2 250 000, Hgl.: 49%, P.A.: 180/80.

Le 12 mai 1951: ligature de la carotide externe droite sous anesthésie locale par les docteurs V. Latraverse et R. Blais. Congé le 15 mai 1951. Arrêt complet des épistaxis sans récurrence à date; siège: 1/3 moyen de la muqueuse pituitaire droite de la cloison.

Parfois, il faut ajouter la ligature des artères ethmoïdales bronches de la carotide interne par l'ophtalmique.

COMMENTAIRES

Dans un cas semblable, il faut noter que l'oxycel est inefficace: il ne comprime pas suf-

fisamment et surtout, son extraction laborieuse favorise le saignement. Le tamponnement classique antérieur et postérieur lui est supérieur. Il est préférable d'éviter la cautérisation dont l'escharre subséquente provoque par sa chute une hémorragie plus profuse. La chute des globules rouges, l'ascension du pouls et de l'azotémie sont des signes cardinaux qui précisent l'indication de la ligature de la carotide externe, dans une épistaxis rebelle. Le symptôme de l'hypertension ne doit pas nous entraîner vers une fausse sécurité.

Nous avons pratiqué la ligature de la carotide externe chez une malade du Dr Godin, non hypertendue sans dyscrasie sanguine, mais que, tout de même, l'épistaxis rebelle avait conduit à l'état comateux, les traitements médicaux et locaux s'étant avérés inefficaces; la patiente reprit conscience un peu plus de 2 heures après la ligature.

Il est à noter que la ligature de la carotide externe ne donne aucune séquelle importante.

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS DU REIN¹

Eugène GAULIN, F.A.C.S.,

Professeur d'Urologie, Faculté de Médecine, Université d'Ottawa.

Les tumeurs du rein demeurent encore aujourd'hui un problème épineux pour un grand nombre de médecins. Etant toujours les premiers consultés par les malades atteints de cette affection, il est tout à fait nécessaire que les médecins praticiens soient en mesure d'apprécier les signes cliniques à leur juste valeur pour traiter ces malades ou pour les référer aux cliniques urologiques et cela sans délai.

Marion décrit les tumeurs du rein comme des affections rénales qui ont tendance à s'accroître, à se généraliser, à récidiver et à agir sur l'état du patient.

Vous me permettrez d'ignorer les classifications courantes des tumeurs du rein. Si l'étudiant en pathologie doit savoir distinguer entre les tumeurs bénignes et malignes; s'il doit connaître les tumeurs qui se développent aux dépens du tissu épithélial, du tissu conjonctif ou encore des deux, les tumeurs mixtes, le praticien doit se souvenir qu'au point de vue pratique les tumeurs du rein sont de deux ordres:

La tumeur de l'adulte.

La tumeur de l'enfant.

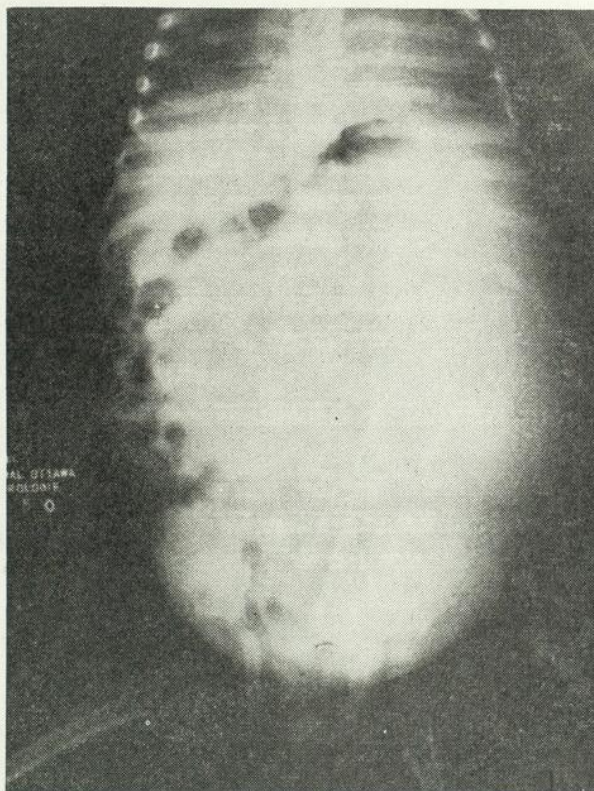
La tumeur de l'adulte, c'est l'hypernéphrome, la tumeur dite de Grawitz, le cancer du rein. La tumeur de l'enfant, c'est l'adéno-myosarcome, la tumeur de Wilms. Et toutes deux sont malignes.

Comme pour tous les autres cancers, plus le diagnostic est établi rapidement, meilleures sont les chances de guérison.

Kretschmen a dit que lorsque la tumeur est encore petite, le diagnostic est difficile à poser, mais que le traitement est aisé et le pronostic

favorable. Au contraire, quand le diagnostic crève les yeux, le traitement devient difficile et le pronostic est mauvais.

Le cancer du rein se présente donc à deux périodes bien distinctes de la vie. Chez l'enfant en-dessous de 7 ans; chez l'adulte de 40 ans et plus. On ne rencontre pas d'hypernéphrome chez l'enfant et excessivement rare l'adéno-myosarcome chez l'adulte.



Masse remplissant tout le côté gauche de l'abdomen.
Tumeur de Wilms.

A — *Le cancer du rein chez l'adulte.*

Le trépied symptomatique est constitué par:

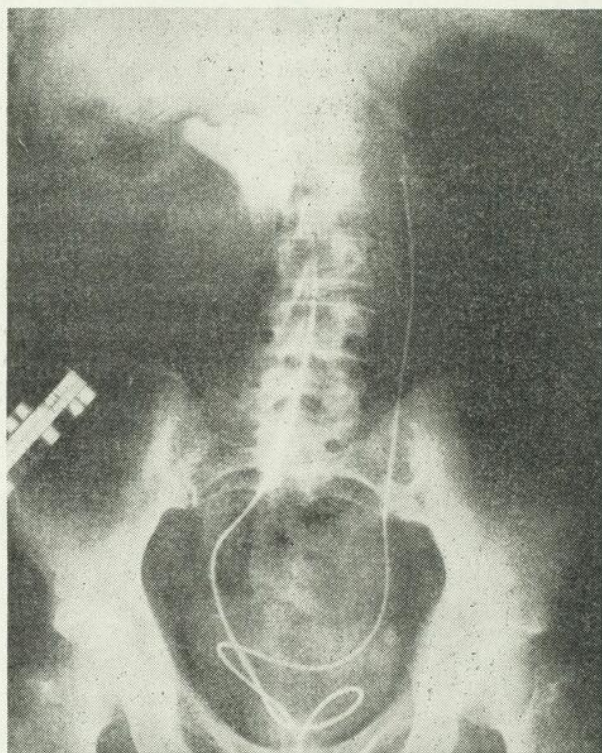
- a) hématuries (60 - 70%)
- b) masse lombo-abdominale (20%)
- c) douleur lombaire (10%)

1. Communication au XXI^e Congrès de l'A. M. L. F. C., Trois-Rivières, octobre 1951.

Hématuries

L'hématurie, signe capital, est ordinairement le symptôme initial. C'est une hématurie spontanée, intermittente, mais totale. L'hématurie, bien qu'elle soit le plus souvent un symptôme initial des tumeurs rénales, en est souvent un symptôme tardif. En effet, elle n'apparaît que lorsque la nécrose s'est produite dans le rein et au moment où le bassinet est envahi par la tumeur.

L'hématurie est souvent l'unique symptôme clinique.



Déplacement du bassinet. Distorsion. Effacement des calices moyen et inférieur. L'uretère est refoulé sur la colonne. Cancer du rein.

Masse lombo-abdominale

Le malade vient rarement consulter parce qu'il s'est trouvé une masse dans le côté. Il est toujours surpris qu'on le lui apprenne. Cette masse tumorale, même si elle prend des proportions considérables, ne cause habituellement aucun ennui au malade. Cliniquement, la masse tumorale a conservé à peu près les contours d'un rein; elle est lisse ou nodulaire, mobile ou non; elle n'est pas douloureuse à la

pression. Si ces malades n'ont pas eu d'hématuries franches, il existe d'ordinaire une hématurie microscopique. Voici les signes cliniques que tout praticien doit garder en mémoire en face d'une masse lombo-abdominale. La masse tumorale palpée est-elle un rein? Marion a tout dit sur ce sujet.

Le gros rein est:

a) toujours lombaire — c'est-à-dire qu'il est facilement palpable au niveau des lombes et que même s'il a pris des proportions considérables et qu'il est devenu abdominal, il garde toujours cette caractéristique d'être lombaire.

b) le ballottement rénal — ce signe est aussi perçu à la palpation bimanuelle; c'est la translation de la masse d'une main à l'autre.

c) sonorité sur la masse — à la percussion, il existe un certain degré de tympanisme explicable par la présence des angles coliques, hépatiques ou spléniques, sur la masse.

Douleur lombaire

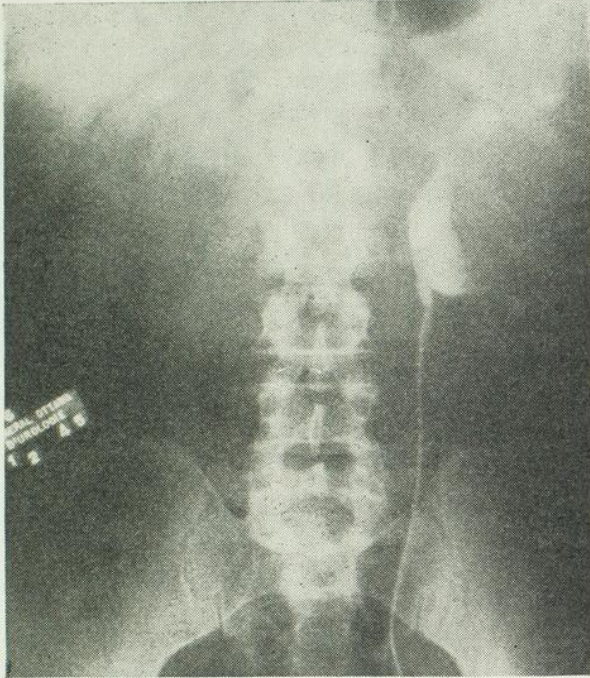
Enfin, troisième et dernier symptôme, la douleur lombaire. Elle est souvent totalement absente. Quand elle est là, elle est rarement très aiguë. C'est plus souvent une pesanteur, un malaise que le malade ressent dans son côté. Exceptionnellement, les douleurs simuleront une colique néphrétique. Il ne s'agit pas de calcul, mais bien de caillots migrateurs vers la vessie.

Quelques symptômes généraux et locaux sont à garder en mémoire.

La fièvre, jamais élevée, est presque constante. La perte de poids est souvent le seul signe clinique accusé par le malade. Depuis longtemps, Legueu a signalé le varicocèle récent, chez un malade qui ne l'avait pas avant, comme signe précoce et certain de tumeur rénale. Il peut même exister avant que la tumeur soit palpable. Legueu l'attribue à la dilatation considérable des veines péri-rénales.

Tous ceux qui ont opéré des cancers du rein ont pu se rendre compte du nombre et de la grosseur des veines de la capsule péri-rénale.

Chevassu et Colby donnent plus d'importance au varicocèle gauche. Pour eux, la veine rénale serait comprimée par la tumeur où serait le siège de thrombose métastatique.



Effacement des calices moyens. Allongement du calice supérieur et inférieur. Cancer du rein.

Les lésions osseuses, les fractures spontanées sont souvent le résultat de métastases d'hyperméphrome, à distance.

DIAGNOSTIC

L'histoire du malade, l'examen clinique, l'examen cystoscopique et la pyélographie établiront le diagnostic.

La cystoscopie est indispensable. Elle nous permettra, si le malade saigne encore, de voir d'où vient le sang. Elle nous permettra également d'éliminer les tumeurs vésicales, puis de glisser les sondes urétérales vers les reins pour pratiquer la pyélographie rétrograde. De nos jours, la pyélographie intra-veineuse est très répandue et très à la mode. Il n'y a aucun doute qu'elle nous offre un excellent moyen d'étudier l'appareil urinaire. Cependant, il faut se rappeler qu'elle ne donne pas de très bonnes images dans les tumeurs rénales.

Attendu que l'intensité de la pyélographie intra-veineuse dépend de l'intégrité et du bon fonctionnement des glomérules et des tubes urinifères et que dans les tumeurs du parenchyme rénal ces éléments sont en partie ou totalement détruits par l'invasion tumorale, il s'en suit que les images sont souvent peu denses, incomplètes, ou totalement négatives.

La pyélographie rétrograde reste donc le moyen par excellence de diagnostic. Les images pyélographiques des tumeurs du rein sont très particulières, quelquefois fantastiques. Dans la lecture de ces pyélographies, il y a trois points importants à contrôler:

- a) la distorsion du bassinet du rein et des calices,
- b) l'effacement d'un ou de plusieurs calices,
- c) l'allongement des calices.

Ces modifications ne sont pas toujours toutes présentées à la fois. Il faut le savoir.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

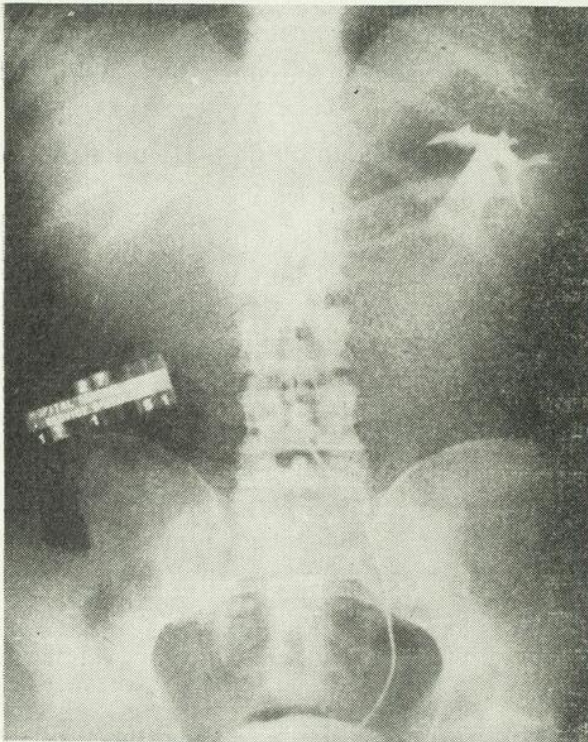
Si la douleur siège à droite, il nous faut penser au gros foie, à la grosse vésicule biliaire, à une tumeur de l'angle hépatique du côlon, au rein polykystique, à l'hydronéphrose; si la tumeur siège à gauche, il ne faut pas oublier les grosses rates, les tumeurs de l'angle splénique, les reins polykystiques.

L'histoire du malade et l'examen clinique suffiront à résoudre le problème.

Les gros foies et les grosses rates présentent un bord tranchant, semblent sortir d'endessous des côtes, sont antérieures et mates à la percussion. Ces tumeurs repoussent en bas le gros intestin. Il est souvent possible de palper l'encoche de la rate. Ces tumeurs ne sont pas lombaires mais bien abdominales. Les reins polykystiques sont bilatéraux; les hydronéphroses ne donnent pas habituellement d'hématuries. Quant aux tumeurs des angles coliques, si elles sont palpables, elles sont accompagnées de symptômes intestinaux — constipation suivie de diarrhée et présence de sang dans les selles, signes bien suffisants pour établir le diagnostic.

PRONOSTIC

Le pronostic doit toujours être réservé, même pour les tumeurs au début. Le malade débarassé de sa tumeur prend du poids, son teint se colore, il retourne au travail, quand soudain il recommence à descendre la côte. La glissade est ordinairement rapide, à issue fatale. La cachexie emporte les malades. Les métastases surviennent même 20 ans après l'ablation du rein. Elles envahissent le poumon, le foie — Tous les organes peuvent être pris. Les guérisons de 5 ans se chiffrent à environ 30%.



Le bassin est repoussé vers le dehors, a perdu ses caractères morphologiques. Les calices regardant en haut, l'uretère est refoulé vers la droite. Cancer du rein.

Il y a bien lieu de se demander pourquoi la chirurgie ne guérit pas un plus grand nombre de malades. Pourquoi? Parce que les malades arrivent à peu près tous à la chirurgie trop tard, incurables. A qui la faute?

Souvent le malade est le seul responsable. Les hématuries viennent, s'arrêtent, reviennent et soit par crainte des examens ou des traitements, ou par pure négligence, le malade s'éloigne de son médecin.

Souvent, et Claude Deming l'a prouvé dans son étude de 84 cas de tumeurs rénales, le médecin est le seul en cause. En effet, des hématuriques, à leur première hématurie, viennent consulter leur médecin qui trop souvent les renvoie avec une prescription quelconque accompagnée d'une explication fantaisiste: effort, rupture de varices vésicales et que sais-je? La majorité des malades qui me sont référés ont généralement passé du sang un an auparavant. Or les auteurs sont d'avis qu'au moment des hématuries, du rein palpable, le malade souffre d'un cancer du rein depuis 18 mois à deux ans. J'ai donc raison de dire que les résultats de la chirurgie sont mauvais à cause du retard apporté à néphrectomiser les malades.

TRAITEMENT

La néphrectomie est le traitement de choix. La roentgenthérapie n'a aucun effet sur le cancer rénal.

Il est bien entendu qu'avant de procéder à l'ablation du rein malade, le chirurgien doit se renseigner sur la présence de l'autre rein et sur sa fonction. Les anomalies rénales sont nombreuses et variées. Il faut s'en souvenir. L'absence du rein, l'hypoplasie rénale, le cancer de l'autre rein, les hydronéphroses, les calculs sont du domaine du possible. La formule sanguine, le dosage de l'urée sanguine sont à connaître. La recherche des cellules cancéreuses (Papanicolaou) peut, si elle est positive, confirmer le diagnostic.

Quant à la technique opératoire, l'urologue aime la voie lombaire parce qu'il la connaît bien. Le chirurgien général, habitué à ouvrir des abdomens préfère souvent la voie transpéritonéale, voie plus dangereuse mais qui donne un accès plus immédiat au pédicule rénal. Pour les très grosses tumeurs rénales, la voie thoraco-abdominale est sûrement la meilleure. Chacun doit choisir et opter pour la technique qu'il peut réaliser le plus facilement et avec plus de succès.

Faut-il opérer en présence de métastases? Ordinairement non. Toutefois, on rapporte quelques survies chez des patients qui déjà

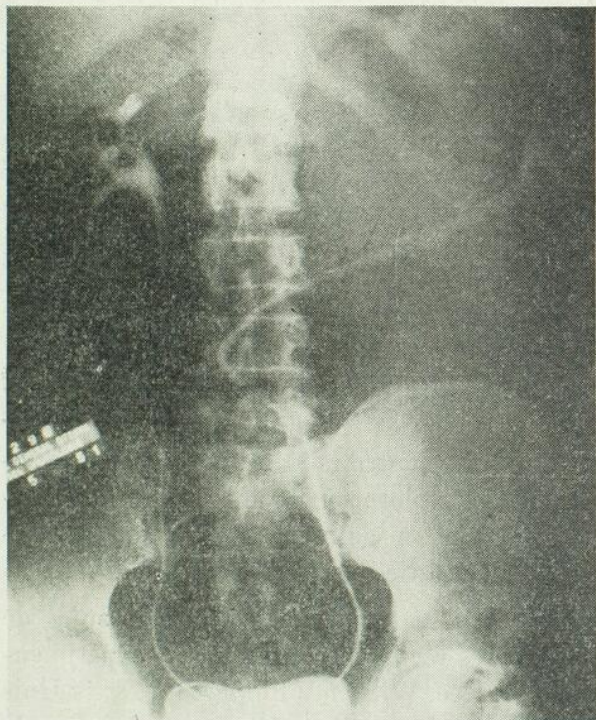
présentaient de petites métastases pulmonaires. Celles-ci répondent apparemment assez bien à la radiothérapie profonde.

B — Les tumeurs du rein chez l'enfant.

Le praticien général voit tous les jours des enfants dans sa clientèle. Il faut qu'il sache que les tumeurs du rein sont possibles chez les enfants en-dessous de 7 ans. Par ordre de fréquence, elles viennent immédiatement après les tumeurs de l'œil.

Ces tumeurs rénales, connues universellement sous le nom de tumeurs de Wilms sont des tumeurs embryonnaires composées d'un mélange varié de tissus. On y trouve même de l'os, du muscle strié identique en tous points au muscle cardiaque.

La pathogénie de ces tumeurs reste encore assez obscure. Qu'il nous suffise de savoir qu'elles sont excessivement malignes.



Immense masse abdominale gauche. Déplacement urétral. Il ne reste plus que deux calices. Wilms chez un adulte.

Contrairement aux tumeurs de l'adulte, la tumeur de Wilms donne peu d'hématuries. (5 à 8%) Le signe capital, c'est la présence

d'une masse abdominale qui croît avec une rapidité vertigineuse. La mère vous dira qu'elle vient de constater chez son enfant une voussure abdominale et elle vous soutiendra que cette voussure n'était pas là, il y a quelques jours à peine.

DIAGNOSTIC

Quand le médecin voit l'enfant pour la première fois, déjà la masse remplit tout un côté de l'abdomen. Elle sort d'en-dessus des côtes et habituellement s'étend jusqu'à la crête iliaque et dépasse la ligne médiane.

Cette masse est le plus souvent fixe, lisse, dure et indolore; parfois, elle est nodulaire, bosselée. L'enfant paraît souffrant, las, fatigué, insouciant. Il y a toujours amaigrissement. Les urines sont ordinairement négatives. La formule sanguine est toujours abaissée. L'urée sanguine est normale. Le diagnostic est à faire avec l'hépatome, les gros foies, les hydronéphroses congénitales, les maladies de la rate, les mégacôlons.

Si le médecin habite un centre où il lui est possible de faire quelques traitements de radiothérapie profonde — 100 à 125 r par jour — il verra fondre la tumeur. Ce phénomène est de règle dans les tumeurs de Wilms. Je sais que Kretschmer a rapporté un cas de Wilms insensible à la röntgentherapie. C'est l'exception. Ces traitements en même temps qu'ils confirmeront votre diagnostic faciliteront la néphrectomie.

PRONOSTIC

Le pronostic est décidément mauvais. Les résultats dépendront de l'âge de la tumeur et de l'envahissement métastatique. Si, à l'opération la masse est soudée aux tissus environnants, si le pédicule n'a plus sa souplesse, s'il est cartilagineux, si la veine rénale est thrombosée, les chances de guérison sont à peu près nulles. Les meilleurs résultats ont été obtenus chez des enfants très jeunes de 12 à 15 mois. Les récidives sont fréquentes. La fosse rénale opérée se remplit souvent d'une masse plus

considérable que la tumeur elle-même. A ce moment, les rayons X n'ont plus aucune efficacité sur la masse tumorale.

TRAITEMENT

Malgré les résultats vraiment peu encourageants, la néphrectomie est le seul traitement. La radiothérapie n'a jamais à elle seule guéri une tumeur de Wilms. Cependant, elle a sa place pré et postopératoirement.

Il est difficile de savoir combien de néphrectomisés pour tumeur de Wilms sont vivants. Le nombre atteint peut-être la centaine pour l'Amérique du Nord.

Ladd de Boston à lui seul rapporte 45 cas vivants, opérés presque tous par voie transpéritonéale. Il attribue ses succès opératoires au fait qu'il opère le plus tôt possible, manipule la tumeur le moins possible avant et pendant l'opération et enfin à l'approche transpéritonéale qui lui permet d'attaquer le pédicule avant de mobiliser la tumeur.

Résumé.

Les tumeurs du rein, importantes à connaître sont celles de l'adulte, le cancer rénal, et celle de l'enfant, la tumeur de Wilms. Au point de vue pratique, elles sont toutes deux malignes. Chez l'adulte, le symptôme capital, c'est l'hématurie; chez l'enfant, c'est la masse abdominale tumorale — l'hématurie est assez rare.

Anémie secondaire, perte de poids, lassitude, fièvre, sont des signes communs aux deux variétés de tumeurs.

L'examen clinique doit s'aider des moyens spéciaux de diagnostic, cystoscopie et pyélographie rétrograde.

La roentgenthérapie n'a aucun effet sur l'hypernéphrome. Elle a son utilité sur les tumeurs de Wilms.

Les chances de guérison varient en raison directe de la précocité du diagnostic et de l'acte chirurgical.

NOUVEAUTÉS EN GASTRO-ENTÉROLOGIE FOIE, VOIES BILIAIRES ET CÔLON

Antonio CANTERO (Montréal).

Les nombreux travaux en gastro-entérologie durant les dernières années soulignent l'effort médico-chirurgical apporté à la solution des problèmes des voies digestives et des glandes annexes. La chirurgie sans contredit y a contribué sa très grande part.

Les études de pathologie interne aussi sont remarquables. La revue des travaux sur le foie, les voies biliaires et le côlon, souligne le progrès et les étapes parcourues en gastro-entérologie médicale.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

La ponction biopsie du foie est entrée dans la pratique courante et elle fournit à l'hépatologue un renseignement inestimable sur la

morphologie du parenchyme *in vivo*. Les travaux d'Iversen et Roholm, Chiray, Fiessinger et Roux ont contribué à ce que la comparaison entre l'exploration biologique et l'histologie apportent un gain à celui qui tente d'évaluer le diagnostic d'une affection hépatique.

Les cirrhoses continuent à être le sujet de nombreuses recherches cliniques et expérimentales. McKee, Wilt et Whipple aux Etats-Unis ont démontré que l'excrétion du chlorure de sodium est sensiblement abaissée dans les cirrhoses avec ascites, causée par sa réabsorption dans le rein au niveau des tubes contournés. Au moyen de carbone radio-actif, ils ont démontré dans l'ascite expérimental chez le chien, l'échange qui se fait entre les protéines immo-

bilisées par l'ascite et le plasma sanguin. Ces travaux ont conduit à de nouvelles conceptions thérapeutiques des cirrhoses avec ascites.

La littérature médicale scandinave a rapporté à maintes reprises, des travaux fort remarquables sur les cirrhoses et la synthèse viciée des protéines. Les études d'électrophorèse, avec l'appareil de Tiselius, indiquent que dans les cirrhoses il y a forte augmentation dans la gamma globuline.

Les facteurs étiologiques sont l'objet d'études dans de nombreux laboratoires. Best et Hartroft de Toronto, démontrent que l'alcool éthylique comparé au glucose est sans effet spécifique sur la cellule hépatique. Par contre, la stéatose joue un rôle de premier plan dans l'étiologie des cirrhoses. La diminution très appréciable d'après Rich, dans la capacité régénérative du parenchyme du foie intervient dans le remplacement normal des cellules hépatiques nécrosées d'où il en résulte une fibrose qui conditionne à la cirrhose. L'absence de facteurs lipotropes telle la choline favorise l'infiltration graisseuse. L'emploi des substances lipotropes cependant dans le traitement des cirrhoses sont restées sans résultats encourageants. Par contre, les observations de Ralli, sont fort intéressantes, les cirrhoses avec ascites traitées dès le début par foie de veau en injection endoveineuse, ont une survie plus longues que les cirrhoses avec ascites traitées tard et par voie intramusculaire. Il se peut que le contrôle de l'ascite et l'amélioration appréciable soient causées par une augmentation rapide de l'albumine sérique.

Il était à souhaiter que l'ACTH et la cortisone trouveraient une place dans la thérapeutique des cirrhoses. Cette thérapeutique cependant est restée sans résultat.

L'hypoprotéïnémie dans les cirrhoses avec ascites peut être due à des facteurs multiples tel que: a) incapacité de fabriquer les protéines pouvant maintenir l'équilibre normal de l'albumine sérique, b) perte de protéines dans l'ascite.

L'emploi des albumines déchlorurées sont préconisées avec résultats encourageants com-

me contrôle de l'hypoprotéïnémie et de l'ascite.

L'hémochromatose grâce à la ponction biopsie du foie et les essais hormonales et biopsie de la peau bénéficie d'une nouvelle conception pathologique, plus en accord avec la conception d'une forme grave de dénutrition et du facteur étiologique de la cirrhose portale qu'à une anomalie du métabolisme du fer intracellulaire (Gillman, Cornil).

L'étude évolutive biologique et histologique des hépatites a été l'objet d'acquisitions nombreuses durant ces dernières années, qui explique la considérable extension des hépatites épidémiques à virus durant la dernière guerre.

Les travaux remarquables de Chabrol et Cazal, sont à signaler, ainsi que l'important mémoire de Caroli et de ses collaborateurs, qui élargit le domaine de la rétention intra-parenchymateuse au cours des hépatites.

La cirrhose biliaire primitive a été l'objet de plusieurs publications. Elle ne doit pas se confondre à cause de l'ictère et de l'hypertrophie à une obstruction des canaux biliaires extra hépatiques.

L'hypothrombinémie n'est pas toujours la seule cause d'hémorragie dans la cirrhose. Snell et ses associés de la clinique Mayo, croient d'après leurs observations que les défauts des capillaires et des thrombocytes sont très fréquents dans les maladies du parenchyme du foie. D'après les recherches récentes, il existe une corrélation entre ces déficiences et l'état anormal des colloïdes du sérum.

L'hypoprothrombinémie et la fragilité capillaire sont des facteurs associés dans les diathèses hémorragiques des cirrhoses. Elle signifie un mécanisme commun défectueux à l'utilisation de la vitamine K et causé par des lésions du parenchyme.

L'hypertension portale grâce surtout aux interventions ingénieuses de Blackmore: de circulation collatérale, porte-veine cave ou splénique-veine cave, se trouve temporairement corrigée. Cependant elle n'améliore en rien la fonction hépatique et reste sans valeur dans le traitement des cirrhoses avec ascite.

La dyskinésie post-opératoire reste toujours

un problème de grande actualité. Des multiples opérations et antispasmodiques sont préconisés, mais les résultats sont peu encourageants. La cholangiographie post-opératoire devient à la mode. Cette discipline peut éviter une cholédochotomie.

CÔLON

Les travaux de Karl Meyer et ses associés démontrent la présence d'une enzyme mucolytique (lysozyme) dans les selles pouvant être la cause de la colite. Ces travaux paraissaient au début fort prometteurs. Cependant, l'emploi des substances dites anti-lysozymes furent sans effet dans le traitement de la colite ulcéreuse.

L'emploi des nouveaux antibiotiques, terramycine, auréomycine, chloromycétine indiquent que leur action se porte sur l'infection superposée à la colite ulcéreuse, mais sont sans résultat sur la lésion même.

Devant une colite ulcéreuse grave, la colostomie avec iléojéjunostomie paraît comme étant le seul traitement efficace.

L'ACTH et cortisone appliqués comme traitement de la colite ulcéreuse sont inefficaces. Malgré les nombreuses recherches et travaux cliniques, cette maladie grave continue à être un problème de premier plan dans la pathologie des maladies du côlon.

Swenson et ses associés préconisent une opération nouvelle comme traitement de la maladie de Hirschsprung. La dilatation du côlon est causée par une obstruction partielle du rectosigmoïde due à une énervation anormale du plexus d'Auerbach.

La résection du rectosigmoïde abdomen périméale est préconisée avec d'excellents résultats.

La pathologie interne des voies digestives et des glandes annexes, présente de nombreux problèmes qui restent encore sans solution. Les

recherches de laboratoire, ainsi que les observations cliniques se multiplient et, les signes de progrès en gastro-entérologie tant médical que chirurgical se font plus évidents.

BIBLIOGRAPHIE

- C. H. BEST, W. S. HARTROFT, C. C. LUCAS et J. REDOUT: *Brit. Med. Journ.*, **2**: 1001 (6 nov.) 1949.
- R. CACHERA, M. LAMOTTE, S. LAMOTTE — BARRILLON: «L'évolution des stéatoses du foie contrôlée par ponction biopsie.» *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, **66**: 292 (24 février) 1950.
- M. CHIRAY, N. FIESSINGER et M. ROUX: «La ponction biopsie du foie.» *La Presse Médicale*, **49**: 785 (22 juillet) 1941.
- J. CAROLLI: «Valeur comparée des signes cliniques et biologiques dans le diagnostic des ictères par rétention.» *Arch. Mal. Appar. Digestif*, **36**: 335 (juillet-août) 1947.
- L. CORNIL et N. GASTOUT: «Considérations histopathologiques sur le métabolisme du fer hémoglobinique dans les états hyperhémolytiques et la cirrhose pigmentaire.» *Pathologie*, **3**: 2, 1947.
- Erik MILLBOURN: «On reoperation of choledocholithiasis: Experience from and comments on 34 operated cases.» *Act. Chir Scand.*, **99**: 285, 1950.
- J. GILLMAN et T. GILLMAN: «The structure of the liver in Pellegra.» *Arch. Path.*, **40**: 239 (octobre) 1945.
- P. A. HERBUT et H. T. TAMAKI: «Cirrhosis of the liver and diabetis as related to hemochromatosis.» *Am. J. Clin. Path.*, **16**: 640, 1946.
- Frank W. Wilt McKEE et G. H. WHIPPLE: «The circulation of ascitic fluid. Interchange of plasma and ascitic fluid protein, as studied by means of C 14 labeled lysine in dogs with construction of the Vena cava.» *J. Exp. Med.*, **91**: 115, 1950.
- K. ROHOLM et P. IVERSEN: «Changes in the liver in acute epidemic hepatitis based on 38 cases aspiration biopsies.» *Act. Path. Micro. Scand.*, **16**: 427, 1939.

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 81, Numéro 1 — Montréal, janvier 1952

UNE NOUVELLE SUBSTANCE DE
CONTRASTE: L'ANGIOPAC

Le dernier mot n'est jamais dit en médecine. En particulier, le progrès en radiologie s'effectue à pas de géant, encore de nos jours, 56 ans après la découverte des rayons X. Parmi les nombreuses méthodes d'examen qui sont en évolution constante, il faut retenir l'angiographie et, plus récemment encore, la spléno-graphie qui sera certainement remise en lumière grâce à un nouveau produit que nous avons eu l'opportunité d'essayer.

Pour ce qui est de l'angiographie, il s'agit de mettre au point, tantôt, les appareils qui permettront des radiographies en série, tantôt, la substance à injecter pour opacifier les vaisseaux.

Nous avons à notre disposition jusqu'à maintenant parmi les substances de contraste, le Diodrast, le Néo-Iopax et le Thorotrast.

Le Diodrast est encore de beaucoup le plus employé parce qu'il est, de l'avis de tous, le moins dangereux des produits précités. Nous n'avons jamais utilisé le Néo-Ipax, dans l'artériographie, car nous avons eu connaissance de certains rapports défavorables à son sujet.¹

Une substance colloïdale, le Thorotrast a joui temporairement d'une certaine faveur chez les médecins, mais à cause de sa radioactivité, pouvant causer des accidents tardifs, il est tombé en discrédit, et avec raison, malgré le petit nombre de cas rapportés. Un récent travail, paru dans *Radiology* (novembre 1951), intitulé « Hepatolienography, past, present and future », par Thomas, Henry et Kaplan, souligne que le danger d'accidents causés par les radiations du Thorotrast, était dépassé par le danger de fibrose hépatique, splénique ou périvasculaire (à l'endroit d'injection extravasculaire) causée vraisemblablement par l'élimination presque nulle du Thorotrast.²

Un nouveau produit, l'Urokon, a été utilisé pour l'urographie, mais nous n'avons pas encore rencontré de rapport sur son utilisation dans l'angiographie. Cette substance serait encore moins toxique que le Diodrast et nous croyons qu'elle pourrait faire le sujet d'une expérimentation.

Depuis juin 1948, nous avons pratiqué plus de 370 artériographies cérébrales avec le Diodrast.

Le seul accident sérieux que nous ayons eu est survenu tout dernièrement. Il s'est agi d'un cas d'hémiplégie s'installant quelques heures après l'examen et régressant lentement sur une période de quelques jours. Une monoparésie du membre supérieur a persisté, cependant, assez longtemps.

Il est possible de relever dans la littérature médicale des accidents encore plus pénibles à la suite de l'emploi du Diodrast et nous en connaissons qui

1. L. A. French et P. S. Blake: *Am. J. of Roent. and R. Th.*, 64: 816 (nov.) 1950.

2. Sidney F. Thomas, George W. Henry et Henry S. Kaplan: *Radiology*, 57: 669 (nov.) 1951.

n'ont jamais été publiés. Tore Broman et Ollé Olsson ont d'ailleurs fait d'utiles expériences sur l'action du Diodrast et autres produits similaires sur les vaisseaux cérébraux.^{3, 4, 5}

Ces produits causeraient un trouble de la perméabilité vasculaire pouvant amener un œdème cérébral plus ou moins prononcé et même parfois de la stase et des hémorragies punctiformes plus ou moins abondantes. Cet accident, survenu chez nous, chez un malade sujet à ces accidents vasculaires, contribuerait peut-être à limiter les indications de l'artériographie, malgré l'usage d'une technique rigoureuse, c'est-à-dire: test de sensibilité, anesthésie générale, infiltration locale du sinus carotidien et délai entre les différentes injections nécessaires à un examen complet. Ce délai devrait être de 15 minutes, d'après Olsson,⁶ pour éviter la sommation des effets traumatiques du Diodrast, sur l'endartère; cet intervalle correspond au temps nécessaire au développement des films et permet de jeter un coup d'œil sur ces films après chaque injection dans le but de diriger l'examen.

Quoi qu'il en soit de cette dissertation sur les mérites d'un produit ou de l'autre, l'on comprend combien un nouveau produit comme l'Angiopac pouvait répondre à un besoin plus ou moins pressant. Les Allemands fabriquaient, avant la guerre, une substance colloïdale, le triiodo-stéarate d'Éthyle, qui, paraît-il, aurait été abandonné à cause de son instabilité.

3. Tore Broman et Ollé Olsson: *Acta Radiologica*, 31: 321, 1949.

4. Tore Broman et Ollé Olsson: *Acta Radiologica*, 30: 326, 1948.

5. Ollé Olsson: *Acta Radiologica*, 34: 357, 1950.

6. Tore Broman, Bengt Forssman et Ollé Olsson: *Acta Radiologica*, 34: 135, 1950.

L'Union Chimique Belge vient de mettre sur le marché l'Angiopac, qui est un di-iodostéarate d'Éthyle. Cette substance, opaque grâce à sa teneur en iode, est en suspension colloïdale comme le Thorotrast.

L'injection intraveineuse de 2 cc. par kilo de poids est bien tolérée par le lapin. Chez l'homme, l'on conseille de ne pas dépasser 60 cc.

L'angiographie à l'Angiopac est, d'abord, tout à fait indolore, ce qui nous permet de la pratiquer sous anesthésie locale seulement. Les malades ne se rendent même pas compte du moment de l'injection. Evidemment, la ponction elle-même reste douloureuse et l'infiltration à la novocaïne doit être mieux faite que si l'on pratique une anesthésie générale. Les micelles de cette suspension colloïdale doivent avoir un diamètre qui lui permet de traverser les plus fins capillaires, sans danger d'embolie. Le diamètre approximatif des globules d'Angiopac est de 2 microns, soit le 1/5 du diamètre d'un globule rouge, d'après Masy.⁷

Nous avons cru comprendre que certains ont rapporté verbalement des accidents subits que l'on pourrait attribuer à un phénomène embolique.

Personnellement, nous croyons qu'il y aurait lieu, dans ces cas, de vérifier s'il ne s'agirait pas d'embolie gazeuse avec stase de la substance colloïdale en amont. Nous avons, en effet, constaté qu'il était très facile d'avoir une suspension d'air lors d'une agitation forcée de l'ampoule ou lors de l'aspiration du colorant dans la seringue et qu'il était par la suite difficile de se défaire de cet air en suspension. Nous

7. S. Masy: *Acta Radiologica*, 34: 350, 1950.

avons radiographié des ampoules après agitation vigoureuse, pour apercevoir cette véritable suspension gazeuse dans le milieu opaque.

L'agitation de l'ampoule reste nécessaire parce qu'il s'agit d'une suspension qui sédimente. Cette sédimentation peut être mise en évidence en radiographiant une ampoule que l'on a maintenue en position verticale pendant 12 à 24 heures. La dispersion égale du produit doit être assurée autant lors de l'injection qu'au moment de la fabrication du produit.

La recherche de la sensibilité du patient à l'Angiopac doit être faite systématiquement par un test sous-cutané ou sub-lingual, ou encore mieux, intradermique. Nous n'avons pas encore rencontré d'idiosyncrasie, révélée par l'injection de 1/10 de cc. sous-cutanée. Il est vrai que nous avons encore un nombre relativement limité d'injections à notre crédit.

Si l'Angiopac est injecté hors de l'artère, ce qui peut arriver lors de la ponction carotidienne per-cutanée, il est résorbé beaucoup plus lentement que le Diodrast, qui est une solution aqueuse.

Nous avons radiographié le cou d'une malade 12 jours après une injection dans les tissus mous, et il persistait une petite quantité de substance opaque le long de l'artère. Nous avons cependant l'impression que la résorption s'effectue plus rapidement que celle du Thorotrast. Nous poursuivons nos recherches pour élucider ce problème. Il est possible que l'emploi de l'Hyaluronidase hâte d'une façon sensible cette résorption.⁸

Les artériographies obtenues récemment avec l'Angiopac se comparent favorablement à celles que nous avons faites avec le Diodrast.

La densité des images nous paraît plus grande et il semble que l'on puisse plus facilement opacifier les vaisseaux de petit calibre.

S'agit-il là d'une opacité plus grande du colorant lui-même? Nous croyons plutôt qu'il s'agit d'une dilution moins rapide par le sang circulant à cause de l'état physique différent.

Introduit dans le sang circulant, l'Angiopac est capté ou phagocyté par les cellules du système réticulo-endothélial, où qu'elles se trouvent dans l'organisme. Il est ensuite accumulé dans le foie et la rate surtout et à un degré moindre dans tout le système réticulo-endothélial, en particulier le système lymphatique. Cette accumulation dans le foie et la rate constitue la meilleure utilisation de ce nouveau produit.

En effet, depuis l'abandon du Thorotrast, aucune substance n'avait été découverte pour l'hépatospléno-graphie.

L'on utilisait bien le pneumopéritoine pour visualiser et, surtout, individualiser ces deux organes, mais comme l'insufflation périrénale ne remplace pas la néphrographie, le pneumopéritoine ne remplace pas la spléno-graphie.

En effet, l'injection d'air ne fait que visualiser les contours d'un organe, alors que l'injection d'Angiopac opacifie tout le parenchyme, splénique ou hépatique. C'est ainsi qu'il nous sera possible de mettre en évidence des masses intrahépatiques ou intraspléniques telles que tumeurs primitives, métastases, abcès ou kystes.

8. Ollé Olsson: *Acta Radiologica*, 35: 65, 1951.

Les quelques tentatives d'hépatosplénographies pratiquées dans le but, surtout, de prouver l'existence de splénomégalie insoupçonnée cliniquement, nous ont donné satisfaction. L'on prétendra qu'il est facile de tracer les contours d'une rate grosse ou non sur une radiographie surtout lors d'un examen de l'estomac ou du côlon. Dans la plupart des cas, cette prétention est vraie, mais l'opacification de la rate nous aide à convaincre les plus sceptiques.

La visualisation de routine de la rate dans tous nos cas d'artériographies nous a fait réaliser encore une fois que l'anatomie du vivant révélait des surprises aux anatomistes qui ont décrit les rapports topographiques d'une rate orthodoxe. Cet organe, même à l'état normal, peut être orienté de différentes façons, passant de l'horizontale à la verticale, se loger sous les côtés ou rejoindre la ligne médiane pour se glisser entre la grosse tubérosité et le diaphragme.

Et que dire de la découverte de rates surnuméraires? Nous attendons, cependant, encore cette découverte, et encore la découverte d'une lésion expansive du foie et de la rate.

Nous sommes plus à l'aise pour parler de splénographie que d'hépatographie.

En effet, à la dose suggérée par le professeur Masy, de Louvain, jusqu'à tout dernièrement du moins, nous n'avons pas pu obtenir d'opacification satisfaisante du foie. Et l'hépatographie devra faire l'objet d'une mise au point que tente d'ailleurs le professeur Masy lui-même.

Cet Angiopac s'élimine par le rein

en grande partie, dans les vingt-quatre heures, ce qui semble être un délai raisonnable. Il faudra envisager d'autres applications aux substances colloïdales: telles sont la placentographie, le diagnostic différentiel des différentes splénomégalies, l'opacification des ganglions médiastinaux ou autres, le diagnostic de rupture de la rate ou du foie et quoi encore?

Une question importante que l'on doit résoudre est la fréquence des réactions des malades à ce nouveau produit.

Sur 22 artériographies, nous avons observé un seul frisson généralisé qui a duré environ une demi-heure et qui a cédé sans aucune médication.

Un autre malade a fait un état de choc et même des convulsions. Ce malade avait une thrombose de la carotide interne au siphon et l'artériographie avait été pratiquée sous anesthésie générale.

Sur quatre splénographies, deux malades n'ont fait aucune réaction. Une malade a fait un frisson du même genre que le premier, et un autre a souffert d'agitation, d'asthénie, de larmoiement, de rhinite vaso-motrice, suivie d'hypertrophie ganglionnaire généralisée sans modification du pouls, de la température ou de la pression artérielle.

Les expériences de laboratoire faites par les Belges, en particulier M. Masy, ont démontré la parfaite tolérance par les animaux.

On ne rapporte officiellement chez l'homme que quelques frissons généralisés, disparus d'ailleurs sans aucun traitement, comme ceux observés chez nous. Nous ne sommes pas sûrs qu'il s'agisse d'une sensibilité à l'Iode, plu-

tôt que d'une sensibilité au produit particulier qu'est l'Angiopac.

En effet, les mêmes malades n'ont pas fait de réaction au Diodrast qui contient pourtant de l'Iode. La mobilisation du système réticulo-endothélial ne serait-elle pas responsable des réactions du genre systémique auxquelles nous avons assisté?

En conclusion, nous croyons personnellement que l'Angiopac est un excellent produit.

Les expériences de Masy et des autres sur les animaux de laboratoire semblent nous rendre prudents, tout en nous réservant le droit d'analyser les dites réactions qui peuvent être des phénomènes extrinsèques au produit lui-même.

Nos propres observations ne nous ont pas fait perdre confiance, bien au contraire. Il faut nécessairement éviter de s'emballer, et l'on doit espérer que toutes les réactions rencontrées chez l'homme seront scrupuleusement signalées.

L'emploi des antihistaminiques réussira peut-être à amoindrir les réactions possibles avec toutes les substances de contraste.⁹

De toute façon, l'angiographie est déjà plus facile et la spléno-graphie deviendra une méthode d'examen courante d'ici peu, si les promesses de l'Angiopac soutiennent l'épreuve du temps. Sinon, il faudra améliorer ce produit ou faire l'impossible pour le remplacer, car l'on ne saurait se dispenser de telles possibilités de diagnostic.

Jean-Louis LÉGER
Claude BERTRAND

9. Ollé Olsson et Olov Lofgren: *Acta Radiologica*, 31: 250, 1947.

LA THÉRAPIE PAR LES BIO-STIMULINES DE FILATOFF

Cette méthode possède-t-elle une réelle vertu curative? Serait-elle une panacée qu'on applique sans discernement à toutes les affections contre lesquelles on ne peut opposer aucun traitement spécifique vraiment efficace? Ou plutôt, l'usage intempestif qu'on en fait ne dissimulera-t-il pas une valeur réelle qu'on décèlerait en ne l'utilisant que pour certains syndromes bien choisis et de nombre limité? Le temps se chargera de la juger selon sa propre valeur.

Mais de quoi s'agit-il?

La thérapeutique tissulaire de Filatoff consiste dans l'implantation sous-cutanée ou même intradermique ou l'injection sous-cutanée, de tissus qui ont été préalablement soumis à des conditions défavorables de vie. Ayant été ainsi placées dans un milieu où elles doivent lutter pour survivre, les cellules tissulaires développeraient, sécrèteraient des substances stimulantes de grande valeur biogénique. Ce postulat de Filatoff, médecin russe, fut pensé et formulé à la suite de constatations sur la greffe de cornée. Il observa que des cornées conservées au froid pendant une certaine période, s'adaptèrent beaucoup mieux à ces conditions de la greffe que celles qu'on avait extemporanément soustraites d'un cadavre.

Cette observation porta Filatoff à reconnaître aux cornées qui avaient vécu dans un milieu réfrigérant, des qualités biogéniques supérieures aux autres cornées. D'où le postulat des bio-stimulines tissulaires.

Les agents créateurs de ces bio-

stimulines peuvent être multipliés : destruction partielle, traumatisme, vieillissement dans un milieu défavorable à la conservation de la vie. Le plus généralement, on place les tissus dans un milieu de basse température pendant une période de quelques jours. Les tissus peuvent être d'organes divers, et provenir du règne végétal comme du règne animal. Le plus souvent on recourt au tissu placentaire. Certains médecins se servent de tissus endocriniens, de moelle osseuse, de muscles, d'utérus, etc.

On croit que les bio-stimulines agissent comme catalyseurs, on ne connaît pas leur nature biochimique exacte. Ils ne seraient pas du groupe des protéines. Peut-être s'agirait-il d'acides aromatiques ou d'acides bicarbonés. Conjectures et hypothèses. A tout événement, l'expérimentation aurait démontré que ces substances exercent une action nettement activante sur la formation et la croissance des végétaux, sur la fermentation de la levure, sur la propriété d'absorption des plantes et sur l'activité des ferments.

Il va sans dire qu'on s'est empressé d'appliquer l'action des bio-stimulines tissulaires à toute une série d'affections de nature et d'origine hétérogènes.

On n'a pas manqué non plus de faire un rapprochement entre le syndrome d'adaptation, l'action de la cortisone et de l'ACTH et celle des stimulines biogènes de Filatoff. En effet, elles se montrent actives plus particulièrement dans le groupe des syndromes pour lesquels on invoquerait la pathogénie d'adaptation; leur activité s'opérerait par l'intermédiaire de la surrénale, par une stimulation du genre cortisone et sur un ensemble d'affections du tissu conjonctif. Tout cela est, bien entendu, conjectural, hypothétique et attaché, à raison ou non, au courant des idées médicales actuelles.

Il serait vraiment inutile et fastidieux d'énumérer les maladies et les syndromes qu'on a soumis à la thérapie tissulaire. Les critères de succès sont trop fragiles pour prendre en sérieuse considération tout ce qui fut rapporté. Qu'il nous suffise de dire que la pathologie oculaire semble être ici la plus favorisée: kératites, chorio-rétinites, atrophie du nerf optique, rétinite pigmentaire, myopie compliquée, dégénérescence maculaire, décollement de la rétine, bénéficieraient largement de cette méthode de traitement.

En médecine et chirurgie, on a traité ainsi des plaies atones, le lupus érythémateux, des processus de rhumatisme chronique, l'asthme bronchique, certaines névralgies rebelles, des algies des moignons d'amputation, des douleurs dues à des infiltrations cellulitiques et bien d'autres troubles d'allure et de classement disparates. Succès nombreux paraît-il. Les stimulines biologiques renouvellent, revigorent le métabolisme, activent les cicatrifications et favorisent la résorption des lésions cicatricielles en voie de formation. Une synthèse doit s'opérer dans tout le fracas des rapports et communications avant qu'on puisse fonder un jugement définitif sur cette thérapie qui est déjà commercialisée, du moins en France.

Son caractère d'omnivalence, son cachet de quasi-ésotérisme, la déprécient sûrement et lui enlèvent au moins momentanément ce qu'elle peut receler de véridicité et de potentiel. Elle n'est sûrement pas à rejeter et si elle ne déterminait que le sentiment de bien-être, d'euphorie cénesthésique qu'on lui prête d'opérer chez les malades, elle aurait droit de cité dans l'arsenal thérapeutique. Elle vaut sans doute la peine qu'on en fasse l'expérience sur certains de ses malades et qu'on en retire une opinion personnelle exacte.

Roma AMYOT.

VARIÉTÉS

LE DERNIER CHIRURGIEN DU ROI À QUÉBEC

ANTOINE BRIAULT

1742-1760

(suite)

Gabriel NADEAU (Rutland, Mass.).

Chapitre III

L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC

Sommaire: — Restitution des bâtiments — les services généraux — L'outillage hospitalier — Le domaine urbain et rural — Les revenus — Les privilèges et exemptions.

« Fouillez la bibliothèque la mieux fournie, a dit M. Pierre-Georges Roy, dans aucun ouvrage publié ici vous ne trouverez une description détaillée de l'Hôtel-Dieu sur la fin du régime français ».¹

Cette observation peut s'appliquer à n'importe quelle époque du régime, car aucun auteur de mémoire, pas un seul voyageur n'a pris la peine de nous faire le détail d'une institution qui a joué un rôle si important dans la vie médicale de la Nouvelle-France. La description la plus complète, encore que très succincte, et de l'hôpital et du monastère nous vient d'un étranger. Quant à ceux qui ont écrit de nos jours sur l'Hôtel-Dieu, ils ne se sont guère efforcés de le reconstituer dans son ensemble. Avant tout, ce sont les annales religieuses de la maison, celles des Hospitalières, qui les occupent. L'ouvrage de Casgrain, par exemple, fort édifiant mais si peu historique et improprement intitulé *Histoire de l'Hôtel-Dieu*, ne contient pas une seule page sur l'organisation de l'hôpital et son fonctionnement, ni sur les médecins et les chirurgiens qui se dépensèrent avec tant de dévouement pour le soin des malades.

S'il est vrai qu'il nous manque une description intéressant l'institution dans son entier,

par ailleurs bien des renseignements de détail, tirés des archives générales et particulières, de lettres, de relations, ont été mis à jour et à l'aide de ces documents nous allons tenter une restitution de l'Hôtel-Dieu tel qu'il existait avant l'incendie de 1755. Cette restitution, qui dans l'état actuel de nos connaissances ne peut être que partielle, s'étendra non seulement aux bâtisses, mais à l'outillage, aux divers services, au personnel, à l'administration.

I — *Restitution des bâtiments*

A — *L'hôpital.*

L'Hôtel-Dieu était formé de quatre corps de logis réunis en quadrilatère autour d'une cour intérieure. L'un de ces corps, celui qui faisait face au sud, constituait l'hôpital. Du monastère, donnant par ses deux ailes au nord et à l'est sur la rivière Saint-Charles et sur le fleuve, les Religieuses jouissaient sans doute d'une « fort belle vue », comme disait le botaniste suédois Kalm; mais dans leurs salles largement exposées au soleil toute la journée, les malades bénéficiaient par cette disposition des bâtisses d'une situation privilégiée.

L'hôpital était bâti en pierre de taille, à un seul étage long de 100 pieds, mesure française, sur 36 et reposant sur des caves munies de voûtes solides. Le toit, en pointe, était mansardé. Par son extrémité gauche ce bâtiment donnait dans le flanc de l'église qui représentait, avec d'autres constructions plus ou moins régulières, le quatrième membre du quadrilatère de l'Hôtel-Dieu. A l'opposé, il n'aboutis-

sait pas à plein sur l'aile du couvent, mais y touchait seulement par un coin, de sorte que cette façade terminale de l'hôpital se trouvait au dehors entièrement. Partant, la façade terminale de l'aile correspondante du monastère était aussi complètement à découvert.

Sur la devanture de ce bâtiment principal trois constructions faisaient saillie. A l'un des bouts, celui de gauche, c'était le pavillon des ecclésiastiques malades, tandis qu'à celui de droite s'adossait une espèce d'aile tronquée où logeaient les officiers. Au milieu, un avant-corps se projetait qui formait vestibule, avec une entrée sur chacune de ses trois faces et une fenêtre unique. Cet avant-corps était plus qu'un vestibule à la vérité. C'est là que les malades étaient reçus; on y tenait registre de leur entrée et de leur sortie. Là aussi que la sœur portière avait sa loge. Il devait y avoir dans l'hôpital un vestibule à l'usage du médecin et du chirurgien-major; c'est en cet endroit que nous le placerons.

De ce vestibule on passait de plain-pied dans la salle des femmes. Un plan logique exigerait un corridor qui, coupant l'hôpital en deux, eût séparé la salle des femmes de celle des hommes et mené directement à un arrière-corps qui empiétait sur la cour intérieure et contenait l'apothicairerie, des chambres de malades, la salle d'opération. Il aurait fallu aussi, en arrière et parallèlement à l'axe longitudinal de la bâtisse, un passage rejoignant d'un côté le corridor qui contournait les deux faces intérieures du monastère et, de l'autre, l'église et le chœur des Religieuses. Mais ces divisions n'existaient pas. En pénétrant dans l'hôpital, on se trouvait tout de suite dans la salle des femmes.

1 — *Les salles.*

Les salles ne portaient pas de noms de saints, que nous sachions, comme c'était la coutume en France. Il n'y en avait que deux et elles mesuraient chacune 50 pieds de long sur 36 de large et 11 de haut. Pièces spacieuses pour l'époque et des visiteurs comme Charlevoix, Bacqueville de la Potherie, l'auteur du

Voyage au Canada, étaient frappés de leurs dimensions.

a — *La salle des hommes.*

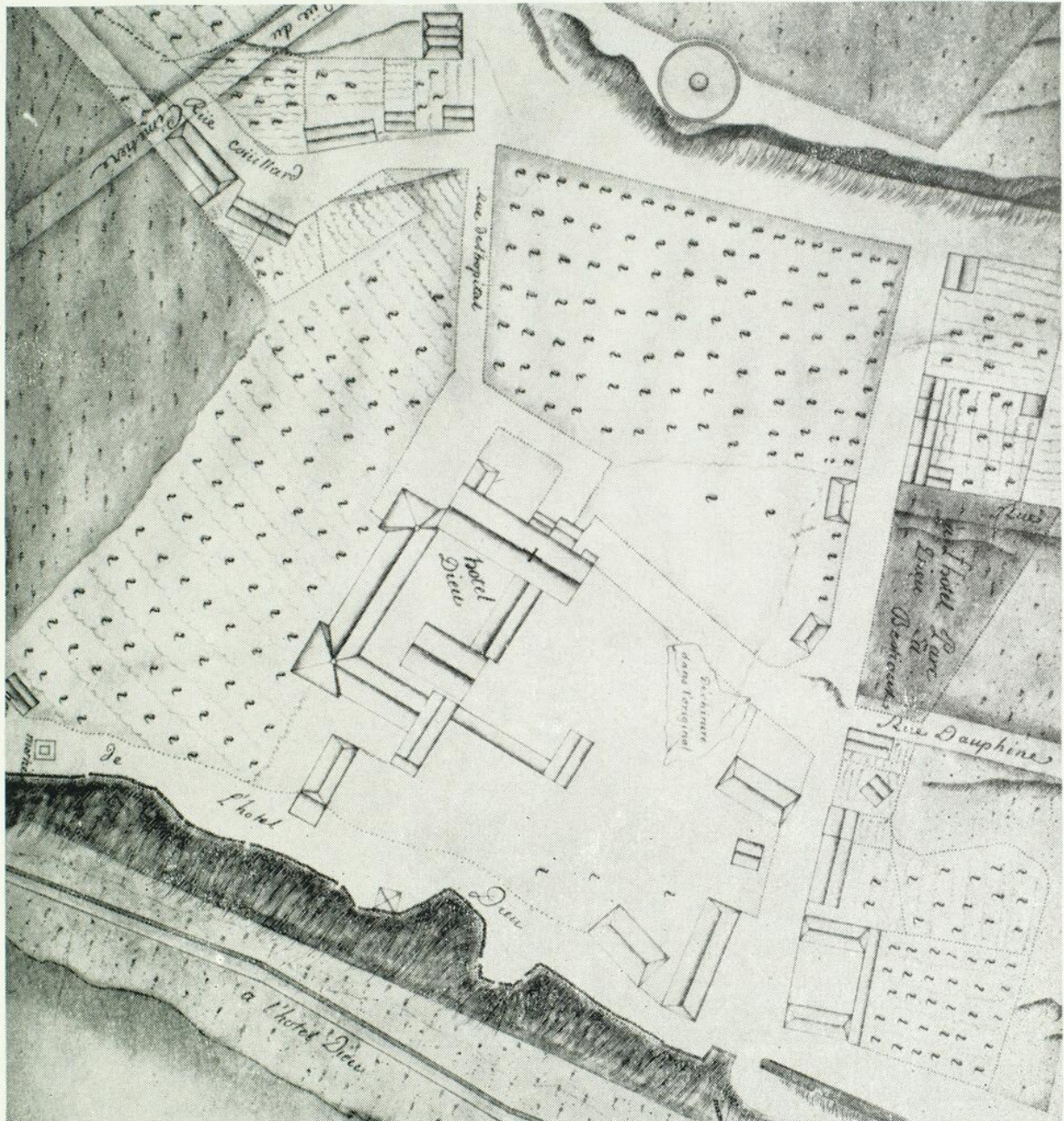
La salle des hommes datait de 1672. Elle prenait jour par huit fenêtres, dont quatre sur le devant, deux dans le mur du fond et deux sur la cour intérieure. A propos de ces fenêtres et des planchers, la Mère Duplessis de l'Enfant-Jésus disait aux alentours de 1744 qu'ils étaient « fort vieux quoiqu'ils aient été renouvelés ».

Contre le mur, au bout de la salle s'élevait une statue sur piédestal, ce qu'on appelait alors un *oratoire*. Le plan de Chaussegros de Léry en 1716, dont nous parlerons plus loin, indique un autel à cet endroit, mais nous croyons que c'était un projet d'autel seulement, pour le service de la salle des hommes en même temps que pour celui d'une nouvelle salle qu'on espérait construire alors.

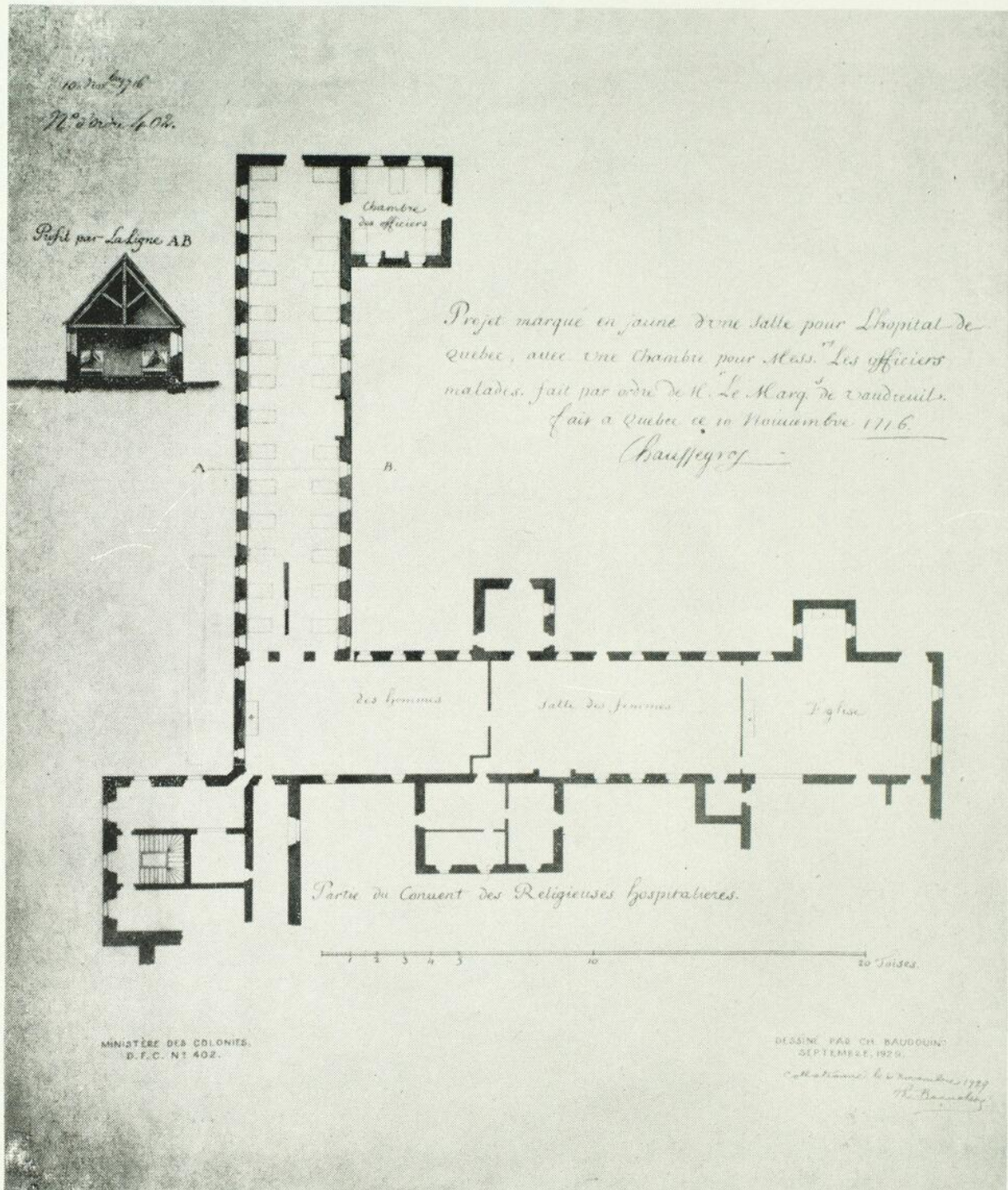
On comptait en tout quatre portes. Une communiquait avec la salle des femmes et par cette salle avec l'extérieur; une, avec le pavillon des officiers et par ce pavillon avec l'extérieur aussi. Les deux autres, qui étaient voisines, donnaient accès dans le monastère. A l'une aboutissait le corridor qui longeait la cour intérieure; l'autre conduisait aux escaliers et aux parloirs extérieurs. Il est fort possible qu'il y ait eu, au fond de la salle, une autre sortie donnant sur la rue qui venait finir à ce coin des bâtiments et qui portait le nom de rue *de l'Hôpital*. C'est la rue Collins aujourd'hui. Ce fond de salle, tel qu'il apparaît sur le plan de Chaussegros de Léry, a été remanié en vue de l'allonge qu'on proposait d'y bâtir, de sorte que sa disposition exacte est fondée sur des conjectures.

b — *La salle des femmes.*

La salle des femmes, dont la construction remontait à 1656, occupait l'emplacement des deux pièces qui servaient aux hommes et aux femmes avant 1671 et qui avaient jusqu'à cette date constitué tout l'hôpital. On y



Plan parcellaire de la Ville de Québec, 1713. Sans nom d'auteur.
(Paris. Dépôt des Fortifications des Colonies.)



Plan de Chaussegros de Léry, 10 novembre 1716.
(Paris. Dépôt des Fortifications des Colonies.)

comptait « huit portes et autant de fenêtres », nous apprend la Mère de l'Enfant-Jésus. Faisons d'abord la distribution des portes, à l'aide du plan de Chaussegros de Léry. Une d'elles ouvrait sur le vestibule, une autre sur la salle des hommes. Le mur de refend, entre les deux salles, se brisait au fond pour former une espèce de retrait et dans ce retrait une porte communiquait avec l'arrière-corps. A l'extrémité opposée de la salle, une porte donnait dans une pièce dont nous ignorons l'usage et qui faisait encoignure entre la salle et le chœur des Religieuses. Deux autres portes permettaient accès dans l'église. Dans le mur de la façade, une porte, que ne montre pas le dessin de Chaussegros de Léry parce qu'il est antérieur à son percement, communiquait avec le pavillon des prêtres, et une autre, située à peu près au milieu, ouvrait sur le dehors. Cette dernière avait servi d'entrée principale à l'époque où la salle actuelle des femmes formait tout l'hôpital.

Pour ce qui est des fenêtres, le plan de Chaussegros de Léry n'en indique que sept: quatre dans la façade et trois en arrière. Il est fait mention quelquefois dans les mémoires de *l'autel de la salle*. En réalité, cet autel était placé en dedans de l'église, mais il s'appuyait contre le mur de refend, et ce mur devait être muni d'un panneau à claire-voie et à rideau, ajouré en tout cas, afin de permettre aux malades de suivre les cérémonies du culte.

c — La salle projetée en 1716.

Ces deux salles depuis longtemps ne suffisaient plus à accommoder les malades. Parlant des Hospitalières aux alentours de 1700, Bacqueville de la Potherie écrivait: « Le nombre des malades qui entrent chez elles est considérable. Il est survenu depuis quelques années des maladies populaires, qui ont fait périr bien du monde. L'on y compte ordinairement tous les ans vingt et un mille journées de malades ». Ce chiffre, réparti également sur une année entière, ne donne que 58 malades par jour — moyenne assez basse à la vérité mais relativement élevée pour le nombre des lits.

Surtout, l'affluence des malades subissait des écarts très marqués d'une saison à l'autre, avec des hauts en hiver, pendant une épidémie, en été, quand les vaisseaux déversaient dans le port des scorbutiques, des fiévreux, des pestiférés.

En 1715, l'intendant Bégon, trouvant les salles mal situées et en mauvais état, mandait au ministre qu'il lui paraissait nécessaire d'en bâtir de nouvelles, et ajoutait que Mgr de Saint-Vallier donnerait 4 000 livres par an tant que cette construction ne serait pas terminée, pourvu que le roi consentît à y contribuer de pareille somme. En réponse le 15 juin suivant, le ministre demandait au gouverneur de lui faire tenir « un devis des réparations de ces salles avec un état de ce qu'il en coûtera ». A Québec on jugeait plus urgent de construire une salle neuve que de réparer les anciennes et dans cette vue l'ingénieur Chaussegros de Léry fut chargé de dresser un plan, que Vaudreuil expédia à la Cour.

Ce plan, que nous reproduisons en hors-texte, est d'une importance capitale parce qu'il nous renseigne du même coup sur le vieil hôpital et sur ses dépendances immédiates. Il prévoyait l'abattage du pavillon des officiers et, à sa place, la construction d'une aile un peu plus étroite que les salles anciennes mais de même longueur qu'elles, c'est-à-dire de 100 pieds. Quant aux officiers, leur pavillon serait rebâti en équerre sur l'extrémité de l'aile projetée.

Le ministre ne s'attendait pas à recevoir un devis de bâtiments nouveaux; aussi, le 26 juin 1717, fait-il savoir à Vaudreuil et à Bégon par un mémoire du roi que, « puisque les salles de l'Hôtel-Dieu peuvent encore longtemps servir comme elles sont, il ne faut point penser à en bâtir d'autres quant à présent. Sa Majesté, poursuit le mémoire, pourra se déterminer à faire construire celle que le sieur de Vaudreuil a proposée et dont il a envoyé le plan et l'estimation, quand le Palais [de l'Intendance] sera entièrement achevé, en appliquant à cet usage partie du fonds des 15 000

livres employées sur l'état du Domaine pour la bâtisse de ce Palais ».

Une fois le Palais de l'Intendance achevé — « Incomparablement plus beau que ne l'était l'autre », remarque la Mère de Saint-Ignace dans ses *Annales* — on ne songea plus à élever l'aile nouvelle de l'hôpital, et les salles furent laissées dans leur état de dégradation. C'est que les finances du royaume devenaient de plus en plus obérées et que, dans la colonie, d'autres institutions, comme l'Hôtel-Dieu de Montréal par exemple, tombé dans un dénûment complet, sollicitaient l'attention de la Cour.

Dix ans plus tard, le procureur général Collet rédigeait pour le compte du ministre un long mémoire sur les Hospitalières. Selon lui, elles ne faisaient aucunes réparations à l'hôpital qui tombait en ruines, quoiqu'elles eussent amassé un fonds considérable. Certes l'hôpital ne tombait pas en ruines; mais, comme l'expliquait Mgr de Saint-Vallier, « les froids excessifs qui sont en ce pays pendant et plus de cinq mois, joints aux grandes neiges, fatiguent beaucoup les ouvrages de maçonnerie ». Quant aux Religieuses, l'évêque, se portant à leur défense, assurait qu'elles entretenaient avec grand soin les édifices qui leur appartenaient.²

L'encombrement des salles continua donc. « Notre hôpital est toujours plus que plein », écrivait la Mère Duplessis de Sainte-Hélène en 1742 et, le 17 avril de cette année-là, le ministre, se disant informé de l'exiguïté des salles et de leur insalubrité, recommandait aux autorités de la colonie de pousser les Religieuses à en construire une nouvelle. La question revint sur le tapis en 1752 et on avait presque décidé alors de bâtir enfin cette annexe dont Chaussegros de Léry avait tracé le plan, quand la guerre de Sept Ans éclata.

2 — L'arrière-corps de l'hôpital.

Situé à l'opposé du vestibule, il faisait saillie dans la cour intérieure. Ses dimensions étaient de 30 pieds sur 15 et il communiquait avec la cour par deux sorties. Il comprenait

trois pièces: la salle d'opération, des chambres de malades et l'apothicairerie.

a — La salle d'opération.

Elle avoisinait les salles et on y pénétrait par celle des femmes. Elle mesurait 18 pieds sur 9. Dépourvue de fenêtres, elle prenait jour sur la cour par sa porte de sortie. Deux autres portes ouvraient dans l'apothicairerie et dans la chambre des malades.

b — Les chambres de malades.

« On met dans une chambre séparée, écrit Kalm, ceux dont l'état demande plus de soin, afin d'empêcher qu'ils ne soient incommodés par le bruit ».³ Mais la version anglaise de sa relation diffère quelque peu de ce texte: « *Those who are very ill are put into separate rooms, in order that the noise in the great hall may not be troublesome to them* ». Pour concilier ce singulier et ce pluriel il faut supposer que des cloisons subdivisaient en chambres la pièce dont nous parlons.

Elle mesurait 18 pieds sur 6 et pouvait contenir tout au plus de trois à quatre lits. Elle ne possédait aucune porte de sortie sur la cour. Ses fenêtres, au nombre de deux, étaient-elles renforcées de barreaux? Peut-être, car cette chambre servait de cellule pour les prisonniers, blessés ou malades, qu'on recevait par autorité de justice. Pour les soldats, un planton montait la garde à côté. Du moins, les ordonnances enjoignaient cette précaution; mais il faut dire que la surveillance se relâchait parfois. En 1708, deux soldats, Dufay et Châteauneuf, ayant voulu en découdre pour un motif que nous ignorons, furent blessés tous deux — Châteauneuf d'un coup qui « lui entra dans le coffre le long des poulmons » et dont il mourut. Son adversaire, hospitalisé à l'Hôtel-Dieu, prend la poudre d'escampette peu après et une semaine se passe avant qu'on s'inquiète de sa disparition. C'est Charles Macard, substitut du procureur général, qui rend compte de l'affaire en séance du Conseil. « S'étant informé à Jean Coustard, chirurgien de l'Hôtel-

Dieu de cette ville, dit le rapport de la séance, de l'état où était le nommé Claude Dufay, soldat des troupes du détachement de la marine en ce pays, ci-devant prisonnier ès prisons royales du Palais, conduit et envoyé audit Hôtel-Dieu pour y être pansé d'une blessure qu'il avait, accusé de s'être battu en duel avec le nommé Châteauneuf, aussi soldat dudit détachement, ledit Coustard lui aurait dit qu'il y avait sept à huit jours qu'il n'avait pansé ledit Dufay, ne paraissant plus au dit Hôtel-Dieu »⁴.

c — *L'apothicairerie.*

Cet office, par synecdoque, donnait son nom à tout l'arrière-corps. Ainsi, on lit quelque part que les instruments du chirurgien-major Briault, détruits au cours de l'incendie de 1755, étaient gardés dans l'apothicairerie. Il faut entendre: gardés dans la salle d'opération. Nous parlerons plus au long de l'apothicairerie dans le chapitre suivant.

3 — *Le pavillon des prêtres.*

On peut fixer la construction de ce pavillon à 1721. Voilà pourquoi il n'apparaît pas sur le plan de Chaussegros de Léry, tracé à l'automne de 1716. Un document du 1er décembre 1721 le situe « proche et attendant l'Hôtel-Dieu de la Miséricorde de Jésus » et l'appelle « une maison bâtie pour Messieurs les Ecclésiastiques incommodés et malades »⁵. Nous savons par une ordonnance de Mgr de Saint-Vallier aux Religieuses, en date du 18 août 1724, que les membres du clergé séculier l'avaient fait construire à *communs frais*.

Il s'élevait contre la salle des femmes et communiquait avec cette pièce par une porte ouvrant tout près du refend qui séparait l'église de l'hôpital. Quelles étaient ses dimensions? Nous ne le savons pas. « Une petite maison », disait l'ordonnance de Mgr de Saint-Vallier. Nous ignorons aussi tout le détail de sa construction intérieure.

4 — *Le pavillon des officiers.*

Il remontait à une date déjà ancienne. Le plan de l'Hôtel-Dieu et de ses dépendances,

tracé par Villeneuve, l'indique en 1685. Il communiquait avec la salle des hommes, comme nous l'avons dit, et sa porte de sortie ouvrait sur la rue de l'Hôpital. Sa construction devait ressembler à celle qu'a représentée Chaussegros de Léry: une pièce unique de 20⁰ pieds carrés à peu près, avec cinq lits et une cheminée à foyer. Alors, c'était une salle commune? A moins que l'ingénieur ait oublié de marquer le cloisonnage qui séparait les lits. A la Charité de Louisbourg, le pavillon servant aux officiers comprenait « cinq chambres à feu où on pouvait mettre dans chacune deux lits ».

On recevait dans cette partie de l'hôpital les officiers de l'armée et ceux de la marine, des personnes attachées à l'administration, des bourgeois. Même des dames. En 1732, Madame Regnard-Duplessis, qui avait deux filles religieuses à l'Hôtel-Dieu, mourait dans ce pavillon, après plusieurs mois de maladie. Cardio-Rénale, elle souffrait d'asthme et d'une « goutte universelle ». Madame Hertel de Rouville, fille et sœur de chirurgiens, et qui avait tant fait pour forcer son fils à prendre la soutane, dut mourir elle aussi dans le pavillon des officiers, en 1745.

Quand il n'y avait plus de lits disponibles dans le pavillon, au cours d'une épidémie par exemple, on déménageait les femmes dans les parloirs extérieurs ou ailleurs dans l'Hôtel-Dieu, et on appropriait leur salle. Ainsi, la Mère de Saint-Ignace nous apprend qu'en 1685 la salle des femmes « était pleine d'officiers de qualité ».

5 — *Le dispensaire.*

Dans le passage cité plus haut au sujet des prisonniers, on a remarqué les mots suivants: « Ledit Dufay ne paraissant plus au dit Hôtel-Dieu ». Faut-il entendre par là qu'il ne faisait plus acte de présence, qu'il n'allait plus à l'hôpital pour se faire panser? Non, car nous savons par une délibération ultérieure du Conseil qu'il s'était bel et bien évadé. Mais tout de même aurait-il pu se présenter au chirurgien, pour être pansé seulement? Ce qui

revient à demander s'il y avait un dispensaire à l'usage des malades de l'extérieur.

Dans la lettre circulaire rédigée à la mort de la Mère de Saint-Bonaventure en 1698, il est question de *malades alités à l'hôpital* et de *malades externes*. « En 1690, raconte l'auteur de cette lettre, alors que les Anglais assiégèrent Québec, le combat, quoiqu'avantageux pour nous, ne laissa pas de nous donner nombre de blessés qui augmenta celui de nos malades; elle [c'est-à-dire la Mère Forestier de Saint-Bonaventure] n'en voulut céder sa part à personne. Le zèle qu'elle fit paraître en cette rencontre fut si grand que les malades et les externes ne purent s'empêcher de nous faire connaître combien ils en étaient édifiés »

Ne nous empressons pas là-dessus de conclure à l'existence d'un dispensaire, car *externes* peut vouloir dire: malades alités chez eux, en ville. En effet, et cela étonnera sans doute, l'Hôtel-Dieu maintenait pendant les épidémies un *service de traitement à domicile*. Lisons ce qu'écrivit en 1698, dans un mémoire sur l'hôpital, la Mère Marie-Madeleine Hazeur de Saint-François-Xavier: « Les salles sont trop petites, et dans les maladies populaires, qui arrivent presque tous les ans, on est obligé de refuser des malades; auquel cas l'hôpital n'en est pas tout à fait déchargé, fournissant à la plupart des bouillons et des médicaments qu'on leur envoie dans leurs maisons ».

On a créé de nos jours le service social et diverses autres fonctions d'assistance publique; mais l'Hôtel-Dieu de Québec sous le régime français, avec son *service médical à domicile*, peut se vanter d'avoir dépassé notre époque et joué un rôle parahospitalier que nos établissements modernes ne seront jamais en mesure d'imiter.

Revenons au dispensaire. Aucun texte ne nous permet d'affirmer son existence; mais nous croyons pouvoir démontrer plus loin que les personnes du dehors étaient autorisées à se procurer des remèdes à l'apothicairerie. Si on dispensait des drogues, peut-être dispensait-on aussi des soins médicaux et chirurgicaux. Dans la salle d'opération par exemple, transformée

en salle de consultation. D'autant plus que la cour intérieure ne formait pas un enclos parfait, mais communiquait avec le dehors du côté de la ménagerie. Les gens de la ville pouvaient donc se rendre directement à l'arrière-corps sans passer par les salles.

6 — *Le dépôt des malades.*

Si nous possédions pour l'Hôtel-Dieu un plan aussi détaillé que celui qu'a tracé de l'Hôpital-Général de Québec Mlle de Saint-Ours en 1785, ou un inventaire, chambre par chambre, aussi complet que celui de l'Hôpital-Général de Montréal en 1747, comme notre tâche serait simplifiée! Des pièces utilisées pour des services qui existaient, sans doute possible, nous ne savons où les placer, de même que d'autres dont la nécessité découle de l'arrangement intérieur de la maison. Prenons le *dépôt des malades* par exemple.

Dans les hôpitaux de France il existait un endroit où les hardes et les effets qui appartenaient aux malades étaient gardés en sûreté. Cette garde-robe, à l'Hôtel-Dieu de Paris, avait été longtemps désignée sous le nom de *pouillerie*, à cause de la vermine qui infestait les vêtements. A l'époque qui nous occupe cette appellation convenait encore à ces sortes de vestiaires. Dans les hôpitaux de la Charité — et cette pratique donc devait s'observer à Louisbourg — voici la coutume qu'on suivait: « Les hardes de dessus, linges, souliers, bonnet ou chapeau sont enveloppés sous un numéro qui est répété au bras du malade par un parchemin roulé qui est attaché, et sur le registre d'entrée. Le tout est remis à la case de ce numéro ou garde-robe, où il y a autant de cases que de lits ».

A l'Hôtel-Dieu de Québec, où se trouvait le dépôt des malades? Dans des armoires placées dans les salles, au grenier, à la cave? Dans des placards que Chaussegros de Léry n'a pas cru nécessaire d'indiquer? Nous l'ignorons. En tout cas, effets et hardes étaient gardés quelque part et marqués de quelque façon au nom de leurs propriétaires. En 1699, un mémoire de

hardes est mentionné à l'occasion d'un procès. Deux ans auparavant, une certaine Françoise Millot, veuve de René Mézeray, avait été hospitalisée à l'Hôtel-Dieu. Peu après sa sortie elle convole en secondes noces avec Léonard Dubord, mariage qui soulève aussitôt une question d'héritage et donne lieu, de la part de la famille Mézeray, à des contestations suivies de poursuites devant le Conseil supérieur. Parmi les pièces du procès on relève un *mémoire des hardes que ladite Millot a portées avec elle à l'Hôtel-Dieu de cette ville en y entrant après le décès dudit défunt [son mari]*.

7 — *La chambre des morts.*

Le mort, s'il n'était pas réclamé par sa famille, était enterré à l'Hôtel-Dieu, dans le cimetière des pauvres. En attendant le service, qu'en faisait-on? Où était-il exposé? Quelquefois encore on retenait un cadavre pour autopsie ou fins de justice. Où le déposait-on? En France, les hôpitaux possédaient des *chambres mortuaires*, simples retraits souvent, où on plaçait les morts. A Québec, il devait y avoir un endroit réservé au même usage, un charnier peut-être bâti près de l'hôpital; mais les documents que nous avons consultés ne font jamais mention de chambre mortuaire ou de charnier.

Les morts étaient pourtant gardés quelque part. Prenons un exemple entre plusieurs, celui de Timothée Roussel. Lieutenant du Premier Chirurgien du Roi, il décéda à l'Hôtel-Dieu le 11 décembre 1700, au cours d'une épidémie. Après sa mort il fut mis au cercueil et gardé dans l'hôpital, en attendant d'être porté à l'église paroissiale. La Mère Juchereau de Saint-Ignace va nous raconter ce qui se passa à l'heure du service. « Mr de Chamballon, notaire de Québec et gendre du mort, écrit-elle, qui agissait pour toute sa famille, ordonna ses funérailles, et quoiqu'on l'avertît qu'il devait demander à la Mère Supérieure de l'Hôtel-Dieu la permission de faire enlever le corps de son beau-père, il crut que c'était une formalité superflue et ne voulut faire là-dessus aucune soumission. Il laissa venir le clergé

jusqu'ici; mais notre Révérende Mère Supérieure, pour maintenir les droits de l'hôpital, fit fermer la porte de la salle et ordonna à la portière de répondre au premier Clerc qui sonnerait qu'elle n'ouvrirait point et qu'elle ne laisserait point enlever le cercueil, que Mr de Chamballon n'eût fait son devoir, en demandant cette permission à la Mère Supérieure. C'était au mois de décembre, la saison était très froide. Cependant les prêtres attendirent dehors et firent des reproches à Mr de Chamballon de ce qu'il les mettait en chemin sans avoir fait toutes les démarches nécessaires. Il se vit enfin contraint d'aller promptement et tout confus sonner au parloir, et ayant demandé à notre Mère Supérieure et obtenu d'elle la permission qu'il souhaitait, il lui fit bien des excuses, et aussitôt on ouvrit les portes. Le Clergé entra et enleva le corps ».

Le récit de l'annaliste précise qu'on fit fermer *la porte de la salle*. Mais est-ce bien dans les salles que gisait le chirurgien, dans celle des hommes ou dans celle des femmes (pendant les épidémies, qui bouleversaient toujours le train ordinaire de la maison, cette salle servait aussi aux hommes), ou est-ce dans une pièce de l'arrière-corps? Impossible d'en décider.

Pour l'exposition des cadavres nous savons qu'il existait une *table des morts*. En 1708, deux religieuses, la Mère de Saint-Augustin et la Mère des Anges, mouraient presque le même jour. « Après que ma Sœur de Saint-Augustin fut morte, écrit la Mère de Saint-Ignace, [ma Sœur des Anges] prévint le petit embarras où était l'infirmière en lui disant qu'elle savait bien qu'il n'y avait ici [c'est-à-dire dans l'infirmierie du couvent] qu'une table pour exposer les défuntes, et que puisqu'elle était employée, il fallait prendre pour elle la table de l'hôpital, qu'elle serait ravie que les meubles des pauvres lui servissent ».

8 — *Les lieux d'aisances.*

« J'ai entièrement perdu l'odorat, écrivait la Mère Duplessis de l'Enfant-Jésus en 1734.

depuis une sécheresse qui tarit l'eau qui passe dans les lieux communs de l'hôpital, qui leur faisait rendre une si mauvaise odeur que j'avais le cerveau empuanti toutes les fois que je veillais deux ou trois jours. Depuis ce temps je n'ai senti ni bon ni mauvais et mon odorat s'est éteint insensiblement ».

Il s'agit des latrines de l'hôpital, non de celles du monastère. Où se trouvaient-elles exactement? Quelque part dans la partie médiane du bâtiment. Un cours d'eau qui traversait la cave de l'hôpital, à peu près sous le mur qui séparait les deux salles, avait fourni autrefois l'eau de deux fontaines installées dans les salles; mais des travaux de fortification avaient détourné ce ruisseau. Les canalisations étaient restées cependant. Cette eau qui passait dans les lieux communs en 1734 devait provenir d'un puits ou d'une autre source.

A l'Hôpital-Général de Québec, les latrines étaient situées tout à côté du vestibule. Elles servaient par conséquent non seulement au personnel laïc de l'hospice mais au public visiteur.

9 — La mansarde.

« Au-dessus de cet étage [des salles], écrit vers 1744 la Mère Duplessis de l'Enfant-Jésus, est une mansarde où sont placés les offices de l'hôpital comme lingerie, dépôt, et un lieu propre à étendre le linge »⁶. Une mansarde se définit une pièce ou chambre pratiquée sous un toit à comble brisé et dont la partie supérieure est rétrécie par l'inclinaison de ce toit. Le plan de Chaussegros de Léry est muet sur l'escalier qui menait à cette mansarde. Remarquons ici qu'on peut distinguer sur ce plan un tracé assez flou qui rejoint un mur fenêtré, à proximité de la vieille salle des hommes. L'ingénieur a-t-il voulu représenter une autre mansarde qui aurait desservi l'allonge projetée?

Il est bien regrettable que la Mère de l'Enfant-Jésus n'ait pas jugé à propos de nous donner les dimensions de la mansarde, qui devait s'étendre sur une partie considérable de la

toiture. Expliquons en quoi consistaient les offices qu'elle abritait.

a — La lingerie.

Il s'agit de celle de l'hôpital. Dans le monastère, à côté de la salle de couture sans doute qui, elle, se trouvait au deuxième étage, il y en avait une autre, à l'usage des Religieuses. On serrait dans cette pièce de la mansarde le linge servant à la confection des rideaux de lit, des paillasses, des matelats, des couvertures. Le linge des chemises aussi que portaient les malades alités. Peut-être la lingerie était-elle en même temps salle de couture.

b — Le dépôt.

Les biens de l'Hôtel-Dieu, bien meubles comme biens-fonds, se divisaient en ceux des pauvres et en ceux de la Communauté. Ils étaient administrés séparément. Les pauvres ne veulent pas dire ici les indigents de la ville mais les malades, et la religieuse préposée à la régie de leurs biens s'appelait *Dépositaire des pauvres*. C'est son office qu'on trouvait sous la mansarde et ses fonctions aujourd'hui porteraient la désignation générale de *secrétariat, d'administration*.

La dépositaire, de par les devoirs de sa charge, avait affaire à toutes sortes de personnes du dehors: fournisseurs, hommes de loi, le fermier de la seigneurie, le contremaître du domaine urbain. Son office était donc bien mal situé sous les toits. C'est sur l'étage qu'on aurait dû le placer. A l'Hôpital-Général de Québec, le dépôt et la *décharge du dépôt* occupaient deux pièces à l'étage des salles.

Les effets qui constituaient le dépôt des pauvres, comme garnitures de lits, linge des malades, ustensiles, comestibles aussi, n'étaient pas tous gardés sous la mansarde, dans l'office du dépôt proprement dit et dans la lingerie. Loin de là. La plus grande partie reposait à côté sous les combles et en bas dans les caves. Voici selon Casgrain, qui ne différencie pas entre le contenu des greniers et celui des caves, ce que le dépôt comprenait en 1755: « Il était

rempli de tout ce qui était nécessaire à l'hôpital pour plusieurs années: toiles de toutes façons, couvertures et rideaux de lit, vaisselle de cuivre et d'étain, ferrures, etc., sans compter les provisions de vin, d'huile, de sucre, de riz, etc., etc. Il renfermait en outre deux cents minots de blé, et beaucoup d'autres grains ».

Où se trouvait au juste l'office de la dépositaire? La Mère de Saint-Ignace en parle à un endroit de ses *Annales*. « La veille de saint Thomas apôtre, écrit-elle, le feu prit par la cheminée de la salle des hommes, au plancher du dépôt de l'hôpital, et quoique l'on y courût très vite, on trouva que les planches étaient déjà toutes consumées et que les coffres qui étaient dessus, remplis de bons effets, avaient aussi commencé à brûler, en sorte que la dépositaire des pauvres assura qu'ils avaient perdu pour deux mille livres ». Nous ne sommes guère plus avancés cependant, car il faudrait situer cette cheminée de la salle des hommes, et le plan de Chaussegros de Léry ne l'indique pas.

c — *Le séchoir.*

Il devait être dans le voisinage des cheminées. Nous savons que celle des femmes, représentée sur le tracé de l'ingénieur, passait dans cette partie du mur qui séparait leur salle de l'apothicairerie. D'ailleurs, la buanderie était en-dessous de l'apothicairerie. Un escalier de service devait mener directement de la buanderie au séchoir.

A l'Hôpital-Général de Québec, c'est sous les toits aussi qu'on séchait le linge. « Le pauvre peuple de Québec ne manqua pas de s'y réfugier [à l'Hôpital-Général], raconte une religieuse de cet hospice dans sa *Relation du siège de Québec en 1759*; toutes les dépendances en furent remplies, maison domestique, étable, grange et tout ce qui s'en suit; les greniers même, malgré les fréquentes lessives que nous étions obligées de faire continuellement pour les blessés, étaient pleins de grabats de ces malheureux ».

10 — *Les combles de la bâtisse.*

« Au-dessus de cette mansarde, écrit toujours la Mère de l'Enfant-Jésus, est le faitage de la maison qui sert de grenier pour serrer les autres nécessités de l'hôpital ». Chaussegros de Léry a dessiné en marge de son plan un profil montrant l'intérieur de l'allonge qu'on projetait en 1716. Comme cette aile devait se conformer au reste de l'hôpital par son caractère architectural, nous voilà renseignés non seulement sur le corps de la vieille bâtisse, mais sur la forme du toit et sur sa charpente. Ajoutons que le toit était percé de lucarnes que l'ingénieur n'a pas indiquées.

Parmi ces *nécessités de l'hôpital*, que la Mère de l'Enfant-Jésus n'énumère pas, il faut mentionner les grains. C'est l'ancienne coutume, chez les particuliers, de serrer les grains sous les toits qui a donné le nom de grenier à cette partie de nos maisons. A l'Hôtel-Dieu de Montréal en 1673, le grenier contenait: « Environ quarante minots de blé froment, et environ soixante minots de farine sans sasser... Un minot ferré haut et bas de deux cercles, et une méchante petite chaise et une selle de bois à quatre pieds, avec une poche de bois à mettre le blé ». A l'Hôpital-Général de Montréal, le grenier servait au même usage. Voici ce que déclare le Frère Louis Turc, nouveau supérieur, en prenant possession de la maison en 1719: « De la [dépense] nous sommes allé aux greniers à blé où nous avons trouvé environ dix minots de blé et trente de farine, environ cent minots d'orge, dont partie était préparée pour la bière, un bluteau enfermé dans une armoire de douze pieds ». A l'Hôtel-Dieu de Québec, nous avons vu plus haut qu'en 1755 le dépôt des pauvres contenait « deux cents minots de blé, et beaucoup d'autres grains ».

En temps d'épidémie les greniers, et la mansarde aussi sans doute, servaient d'annexes aux salles. « Vers la fin de juillet de l'année 1685, relate l'annaliste de l'Hôtel-Dieu, le vaisseau du roi arriva, qui amena Monsieur l'abbé de Saint-Vallier, nommé à l'évêché de

Québec, Monsieur le marquis de Denonville, en qualité de gouverneur général, bon nombre de soldats de recue et plusieurs braves officiers d'un mérite distingué. La maladie s'était mise parmi eux, de sorte que dès que le navire eût mouillé, on débarqua tous les malades et on en remplit non seulement nos salles, mais notre église, nos greniers, nos hangars et poulaillers, et tous les endroits de l'hôpital où nous pûmes leur trouver place. On dressa même des tentes dans la cour ».

En 1740, avec l'épidémie du *Rubis*, les salles débordent encore. « Je n'ai jamais tant vu de malades chez nous qu'il y en a depuis plus de deux mois, écrit à Madame Hecquet la Mère Duplessis de Sainte-Hélène, le 25 octobre 1740. Les salles, greniers, parloirs extérieurs et chambres dépendantes de l'Hôtel-Dieu, tout en est plein, et à peine pouvons-nous passer entre leurs lits ». Trois ans plus tard, le 13 octobre, elle mande de nouveau à son amie: « Je vous dirai que ce qui redouble mon embarras en ce temps, Madame, c'est que le vaisseau du roi vient d'arriver si rempli de malades que nous ne savons où les mettre. Il y en a jusque dans nos greniers ».

11 — *Les caves.*

Dans les documents qui mentionnent les caves de l'Hôtel-Dieu on distingue rarement entre celle de l'hôpital et celles du monastère. Nous sommes donc forcé de les réunir sous la même rubrique.

L'hôpital n'était pas de niveau avec le reste des bâtiments; mais tout de même les caves devaient communiquer entre elles et s'étendre depuis la salle des femmes jusqu'à l'extrémité nord-ouest du couvent. A l'Hôtel-Dieu de Montréal, en 1695, elles étaient situées « sous la cuisine, le réfectoire et un bout de la [salle de] communauté ». Et « toutes voûtées de pierre, ajoute la Sœur Morin que nous citons, avec des soupiraux ou fenêtres voûtées de pierre de taille, grandes et larges, qui mettent un grand jour dans les caves ».

A Québec, le sous-sol de la Haute-Ville, formé de calcaires et de schistes, se prêtait

admirablement à la construction de voûtes solides. Aussi, plus d'un propriétaire, marchand ou simple particulier, en possédait-il sous sa maison. Le platon sur lequel s'élevait l'Hôtel-Dieu permettait aussi d'y construire de bonnes voûtes. Nous savons qu'elles étaient vastes et les Religieuses parfois les louaient à des commerçants. C'est du moins ce qu'une ordonnance des Raudot père et fils nous amène à supposer. En effet, le 29 avril 1707, Regnard-Duplessis, agent de la Compagnie de la Colonie, est condamné « à payer aux Dames Hospitalières de Québec la somme de cinquante livres pour le loyer d'une voûte dans laquelle la Compagnie a mis son castor ».

En 1709, les voûtes furent mises à la disposition des habitants lorsque les bruits d'une attaque prochaine par les Anglais se répandirent dans la ville. « Chacun prit l'alarme, raconte la Mère Juchereau de Saint-Ignace, et pensa à mettre en sûreté le peu de meubles qu'il possédait. On porta tout dans les Communautés, comme dans les lieux qui seraient mieux gardés que les autres. La Haute et la Basse Ville tâchèrent de mettre à couvert tous leurs effets. Nos voûtes furent bien remplies et en fort peu de temps. Nous y serrâmes aussi tout ce que nous avions de meilleur, l'argenterie de l'église, les ornements, notre linge, nos habits, notre vaisselle et, en un mot, toutes les choses dont nous crûmes pouvoir nous passer pendant le siège... Quand on fut parfaitement convaincu ici qu'il n'y avait rien à craindre pour cette année, chacun vint chercher son butin, et ce ne fut pas pour nous un petit embarras que de recevoir et de rendre tant de différentes choses à tant de particuliers. Ils furent tous fort satisfaits du désir que nous avions eu de leur conserver leurs biens, et des peines que nous avions prises pour les serrer ».

Nouvelle alerte à l'automne de 1711. « Nos voûtes servirent encore d'asile à tous ceux qui voulurent y loger leurs biens, continue l'annaliste. Nous y mîmes nous-mêmes ce que nous avions de plus précieux ».

Nous avons dit que le dépôt des pauvres se partageait entre le grenier et la cave de l'hôpital. Le dépôt des Religieuses devait aussi être divisé entre leur cave et leur grenier.

Dans la cave de l'hôpital se trouvait la buanderie, service important qui devait employer plusieurs personnes, tant domestiques que Sœurs converses. Elle était située sous l'apothicairerie. Aux alentours de 1715, le feu s'y déclara et faillit consumer l'hôpital. « Un

jour de la Purification, écrit la Mère de Saint-Ignace, le feu qu'on y avait laissé prit à un petit bûcher que l'on avait placé trop proche de la cheminée. La fumée remplissait la maison et inquiétait tout le monde; on cherchait de tous côtés d'où elle venait et on n'alla dans cet endroit qu'après avoir été partout ailleurs; on trouva que la flamme gagnait le plancher de l'apothicairerie, qui est au-dessus, mais grâce à Dieu on l'éteignit promptement ».

EN DEVOIR

LA PROFESSION EST-ELLE MÉCONNUE ?

Ian MacNEILL.

Pendant près de deux années, je me suis dévoué aux relations publiques de l'Association Médicale Canadienne. Ce travail est maintenant continué par mes anciens collègues, mais il a été suggéré que je fasse un retour plus ou moins désintéressé du rôle de conseiller en relations publiques, pour écrire ce qu'on pourrait appeler une allocution d'adieu.

Lorsque j'ai été nommé au service d'Association Médicale Canadienne, une part de mon travail consistait à donner un point de vue objectif et extérieur des affaires de l'Association. Au début, j'entrepris cette tâche non sans quelques réserves personnelles. Bien que je connaisse et admire plusieurs médecins individuellement, je voyais la profession en général avec un œil critique. Je croyais alors que l'Association Médicale était ancrée dans un esprit de conservation pour ne pas dire réactionnaire. Son premier objectif semblait viser à maintenir son *statu quo* dans notre système médical même au prix de la santé publique. Parfois, le médecin incompetent était protégé

tandis que le pionnier était puni. A mon avis, le médecin canadien devait suivre la ligne de conduite établie ou faire face à l'ostracisme de la profession. Il s'agissait d'unions rigides et autoritaires.

Au cours des deux dernières années, j'ai découvert jusqu'à quel point mes premières opinions étaient fausses. J'ai travaillé en relations étroites avec le personnel de l'Association Médicale Canadienne, j'ai rencontré des centaines de membres de l'Association et j'ai assisté aux réunions du grand conseil, aux congrès annuels, aux réunions d'affaires de chaque section, aux assemblées des comités et aux sessions tenues par les divisions et les régions. Pendant toute cette période, mon point de vue a gardé son sens critique et j'ai pensé que mon travail de conseiller en relations publiques consistait autant à présenter les vues du public à la profession, qu'à aider les médecins à se faire connaître aux yeux des gens. Qu'ai-je constaté? Une organisation établie sur des traditions parlementaires qui donnent le champ

libre aux droits et aux opinions des individus et des minorités dans son cadre. Un groupe qui, contrairement aux accusations des politiciens et autres, a accompli plus pour développer une approche pratique en faveur des soins médicaux voulus par les canadiens, que tous les autres groupements ensemble y compris les gouvernements. Il s'agit d'un organisme qui encourage la critique à son égard et qui se soucie de cette critique formulée par les autres, ce qui est une caractéristique rare parmi les groupes professionnels et commerciaux. Cela ne veut pas dire que la médecine organisée est sans défauts car elle a aussi sa part; mais ces anomalies se rattachent plutôt à la forme qu'à l'esprit et seront corrigées parce que l'attitude de la profession ne se contente pas d'un état passif. Elle possède cette force dynamique qui est l'essence même du progrès. Je sais maintenant que la santé des Canadiens est entre bonnes mains. Nous ne verrons pas ici une reproduction du développement survenu au Royaume-Uni, qui donne au peuple tout ce qu'il désire excepté de bons soins médicaux. Nous ne verrons pas aussi une profession qui ignore ou amoindrit les besoins et les désirs légitimes du peuple. Je crois plutôt que la profession au Canada sera à la tête d'un mouvement où le peuple et les gouvernants participeront à la création d'un système sûr au point de vue médical, et ce système en étant pratique, non-politique et économique, apportera par-dessus tout, un bon service médical.

Malheureusement un grand nombre de Canadiens partagent les premières opinions que j'éprouvais à l'égard de la profession médicale, et c'est parmi les gens même les mieux renseignés que ces idées prévalent, comme les éducateurs, les journalistes, les dirigeants ouvriers, les intellectuels, les membres du clergé, les sociologues, les hommes d'affaires et d'autres dans une position pour influencer la pensée du pays. Ces vues n'appartiennent pas non plus seulement aux partis opposés mais sont partagées dans tous les milieux politiques et sociaux. Nous pouvons en somme résumer ainsi cette attitude. Bien que le travail des médecins ca-

nadiens (en général) soit très admirable dans le domaine scientifique, leur présentation au point de vue social est lamentable.

Je sais maintenant que ceux qui partagent cette opinion, et celle-ci est importante à l'égard de l'avenir de la profession, sont dans l'erreur. Mais comment se fait-il que des personnes généralement bien renseignées possèdent ainsi des idées fausses? A mon avis, il y a deux raisons.

Premièrement, en dépit du travail accompli par la profession en dehors du domaine scientifique, la mesure n'est pas suffisante. L'histoire du Canada abonde en noms de médecins qui se distinguèrent dans les arts et les lettres, dans le service social, dans la politique et autres activités en dehors de la médecine. Mais la plupart de ces noms remontent à plus de trente ans. De nos jours, la mise en valeur de la science elle-même dans les études médicales, la rapidité des découvertes relatives à certaines maladies, et le travail immense qui est demandé pour suivre les développements de la science, semblent avoir restreint les intérêts et les activités de la profession. De plus en plus les médecins semblent vivre à part, penser à part et ainsi évoluer dans une sphère différente de celle de leurs concitoyens. Ces faits ont privé le pays d'une importante contribution intellectuelle et sociale, ont empêché la profession d'occuper une position intégrante dans la société. Au cours de son récent discours d'adieu, le Dr Norman Gosse, ancien président de l'AMC, demandait un retour de la profession aux humanités et une relation plus étroite entre les médecins et la société. Ce conseil est sage et arrive au bon moment. S'il se réalise, il en résultera un mariage d'idées et de renseignements qui apporteront une nouvelle vitalité et une plus grande valeur aux efforts de la profession dans le domaine social, ce qui gagnera le respect de la société pour le travail accompli par les médecins dans le passé.

La seconde raison est corollaire à la première. Il existe un sentiment au sein de la profession même, qui la fait se confiner dans

ses propres affaires avec l'idée que les autres n'ont pas besoin de les savoir. La profession, souvent sans le vouloir, a tendance à se renfermer dans une tour d'ivoire. Cette attitude était peut-être justifiable au temps où la médecine et la magie étaient alliées, et elle était même acceptable aussi lorsqu'une élite intellectuelle se dévouait aux besoins moraux, spirituels et physiques des gens illettrés. Mais l'éducation générale du peuple et les communications plus étendues ont diminué les domaines où les affaires sont demeurées privées. La médecine est l'un de ces cas. Comme l'instruction, elle est trop importante au bien-être de la nation pour demeurer un domaine privé. La médecine, que les médecins le veulent ou non, est maintenant la préoccupation de tout le monde. La profession doit accepter ce fait, l'encourager même, et moins les médecins rendront mystérieuses leurs activités scientifiques et sociales, plus ils seront compris et appréciés par le public.

Un cas à remarquer est l'attitude de la profession à l'égard des médecins immigrants. L'association a souvent été critiquée sous plusieurs formes à ce sujet. Pourtant les faits démontrent une situation qui est excessivement favorable à la profession. Il s'agit de faits qui peuvent être soutenus par des chiffres et des résultats et pourtant le public n'a pas été mis au courant parce que certaines sections de la profession croient que ces affaires ne concer-

nent pas le public. En tant que groupement autonome, la profession agit au nom des gens et ceux-ci ont le droit de connaître les faits.

La profession médicale est en mesure de subir toute enquête à son sujet. Ses faiblesses sont beaucoup compensées par ses vertus et l'une de ces dernières qui mérite notre considération est le fait que la profession démontre un désir sincère de corriger ses défauts. La profession ne peut que gagner davantage en mettant le public au courant de ses confidences, en communiquant aux gens ses espoirs, ses méthodes, ses succès et même ses insuccès. La profession peut y perdre seulement si elle maintient sa réserve.

Il faudrait un retour du rôle traditionnel de la profession comme dirigeant dans tous les domaines de l'activité humaine et comme franc partisan avec la société, pour accomplir les devoirs humanitaires qui s'imposent. Cette réalisation, à mon avis, devrait compter parmi les objectifs importants de la profession.

Note sur l'auteur.

Au cours des deux dernières années, M. Ian MacNeill, dont l'article paraît ci-dessus, a travaillé en relation étroite avec l'Association Médicale Canadienne, à titre d'officiel en relations publiques, employé par Public & Industrial Relations Limited. M. MacNeill nous a maintenant quittés pour devenir assistant-commissaire de l'Office National du Film à Ottawa, mais il a trouvé le temps de faire un retour et de nous présenter ses impressions résultant du contact intime et, pour nous, très appréciable, qu'il a eu avec notre Association.

La Rédaction.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

LA LITHIASÉ BILIAIRE

Albert LeSAGE

(Montréal).

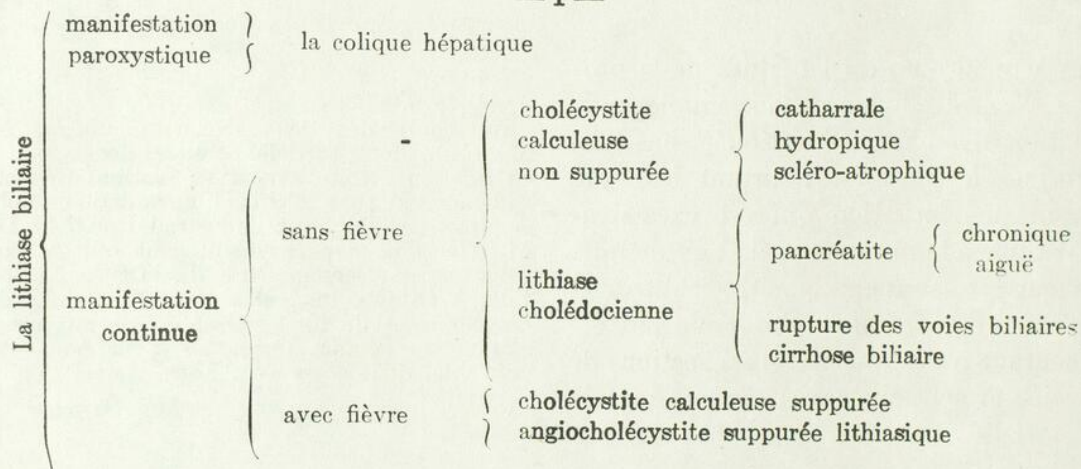
Je pense que nous devons souvent répéter certaines choses que nous croyons utiles. Parmi celles-ci, la *cholécystite* aiguë ou chronique est fréquente en clientèle. Elle nécessite, quelquefois, une radiographie. Mais le médecin, à la campagne, seul, peut, s'il prend la peine de les rechercher, s'appuyer sur les signes cliniques, pour établir un diagnostic certain de cholécystite en se basant sur l'anatomie et la physiologie. C'est à son intention que je publie ces notes plus ou moins télégraphiques...

d'une émotion, d'un effort, d'un accouchement, d'une digestion laborieuse, de la menstruation.

Débute la nuit, de préférence, et coïncide avec la fin de la période digestive au moment où la vésicule biliaire chasse la bile dans l'intestin où elle se mélange au bol alimentaire.

Prodromes: état nauséux, anorexie, sensibilité anormale aux régions hépatique et épigastrique, puis douleur atroce s'irradiant dans l'épaule et le dos: vomissements presque

— 1 —



— 2 —

Infections aiguës des voies biliaires { cholécystites aiguës
angiocholécystites aiguës

Définition. Elle résulte de la présence de sable dans les voies biliaires. Causée par une infection et une inflammation préalables.

En suivant les indications du tableau, il est facile d'en comprendre l'évolution clinique.

— I —

A.—*Paroxysme — colique hépatique.*

Peut apparaître à la suite d'un traumatisme,

constants, alimentaires, bilieux; frissons, fièvre, sueurs abondantes.

Douleurs à la palpation des régions épigastrique, cystique et cholédocienne.

Foie peut augmenter de volume.

Si le calcul est dans le cholédoque, l'ictère apparaît au bout de 24 heures — plus ou moins; si le calcul est dans la vésicule, il n'y a pas d'ictère, mais la région cystique est très

douloureuse, souvent elle est perceptible à la palpation; la vésicule est cylindrique, ou globuleuse et arrondie; elle déborde le foie.

B.—*La forme fruste* est caractérisée par des crises de gastralgie ou de gastrite aiguë à répétition avec frisson et état lypothimique.

Complications (a) *cœur*: arythmie, rythme à trois temps, confondu souvent avec le bruit de galop, dû à une dilatation du cœur droit — insuffisance tricuspidiennne, asystolie aiguë possible.

(b) *Poumons*: toux dite hépatique causée par une congestion de la base droite ou des deux bases, à la suite de troubles réflexes.

(c) *Urines*: diminuées; réflexe inhibitif aux reins et déshydratation par insuffisance des liquides et vomissements.

(d) *Système nerveux*: crises convulsives, hémiplégié passagère possible.

— II —

A.—*Manifestations continues* (sans fièvre).

1° *Cholécystite calculeuse non suppurée* (catarrhale).

Après une crise de colique hépatique, la vésicule demeure douloureuse à la palpation, elle n'est pas volumineuse. Sensation de gêne, de pesanteur plus marquée immédiatement après les repas — surtout 2 ou 3 heures après. Pas de fièvre, constipation, ballonnement du ventre, sommeil pénible. Cet état persiste jusqu'à la prochaine crise.

2° *Cholécystite hydropique*. — Mêmes caractères que précédente, mais la vésicule est allongée, mobile, douloureuse, elle donne à la palpation la sensation d'une tumeur (poire) appendue au bord libre du foie.

On peut la confondre avec une hydronéphrose, dont elle se distingue par le palper bi-manuel.

Cette forme peut évoluer très lentement et guérir subitement au bout de quelques semaines par la disparition de la tumeur qui se vide dans l'intestin, en évacuant beaucoup de sable dans les selles.

3° *Cholécystite scléro-atrophique*. — Mêmes caractères que dans les autres vésicules, mais les douleurs sont, ici, continues, avec des crises paroxystiques plus ou moins fréquentes qui empruntent le syndrome de la dyspepsie gastro-intestinale: hyperchlorydrie, spasme du pylore avec rétention, entérite muco-membraneuse, crises de vomissements, constipation ou diarrhée. Foie plus ou moins gros, subictère, vésicule douloureuse.

Evolution longue, souvent incurable par le traitement médical.

B.—*Lithiasé cholédociennne*. — Causée par un calcul emprisonné dans le cholédoque — formé sur place ou venant des voies biliaires supérieures.

Douleur continue avec crises subintrantes accompagnées d'ictère, foie et rate augmentés de volume.

Vésicule normale, fièvre, avec crises. Amaigrissement, troubles dyspeptiques.

A la palpation, douleur dans la région pancréatico-duodénale (voir plus loin).

— Sub-ictère, selles quelquefois décolorées, contenant de la graisse non émulsionnée.

Urines ictériques ou urobilinuriques.

— Evolution longue, souvent incurable, elle peut se compliquer de pancréatite chronique dite ulcéreuse hypertrophique avec déficit pancréatico-duodénal, ou pancréatite aiguë avec cyto-stéato-nécrose ou hémorragique par auto-digestion et péritonite généralisée.

Ou bien il peut y avoir rupture des voies biliaires par un calcul qui a provoqué des adhérences qui cèdent et provoquent la mort par péritonite ou cachexie simulant le cancer.

C.—*Manifestation continue* (avec fièvre).

1° *Cholécystite suppurée*.

Nous pouvons observer tous les signes notés précédemment, mais ils s'accompagnent de fièvre. Cette affection peut évoluer vers la péritonite, la fistulisation des voies biliaires à la peau, l'obstruction intestinale.

2° *Angio-cholécystite suppurée lithiasique*.

S'accompagne de frissons suivis de chaleur

et de sueurs profuses, procédant par accès de 6 à 12 heures se répétant tous les trois à cinq jours (fièvre bilio-septique).

Fièvre intermittente, leucocytose augmentée.

— Troubles digestifs: langue saburrale, anorexie, diarrhée, urobilinurie.

— Diminution de l'urée et du rapport azoturique.

— Foie augmenté de volume, douloureux à la pression et à la palpation, vésicule également.

— Peut évoluer vers l'abcès aréolaire du foie, la péritonite périhépatique, l'abcès sous-phrénique, l'ictère grave.

* * *

Pour conclure, ce court résumé nous indique que la douleur est la clef de tout ce syndrome. Il importe donc d'en connaître la sémiologie.

* * *

Les points douloureux sont au nombre de huit.

- 1° épigastrique,
- 2° cystique,
- 3° pancréatico-cholédocien,
- 4° point de la douzième côte,
- 5° point phrénique,
- 6° moignon de l'épaule,
- 7° scapulo-apexien,
- 8° vertébraux.

I. Point épigastrique:

C'est par lui que la lithiasse commence à se manifester sous la forme d'une douleur:

1° *Forme spontanée*: (2 ou 3 heures après les repas).

— Crampe — torsion — ballonnement — vomissements alimentaires, muqueux, biliaires.

Aérophagie (25 à 30 %). Importance à ce sujet des crises gastralgiques isolées sans dyspepsie, associées à des crises d'aérophagie passagère. — Point douloureux à l'appendice xiphoïde.

Cette surface a une étendue de 5 x 10 cc. (2 pouces par 5 pouces.)

2° *Forme provoquée*:

A la pression: sensibilité du plexus solaire, avec bande d'hyperesthésie cutanée s'étendant à droite et à gauche, indiquant dans les couches sous-jacentes la présence d'un organe profond irrité, gastro-spasme, ou irradiation douloureuse venant des voies biliaires irritées, avec phénomènes sécrétoires réflexes de l'estomac, (servirait à cataloguer la lithiasse biliaire au début).

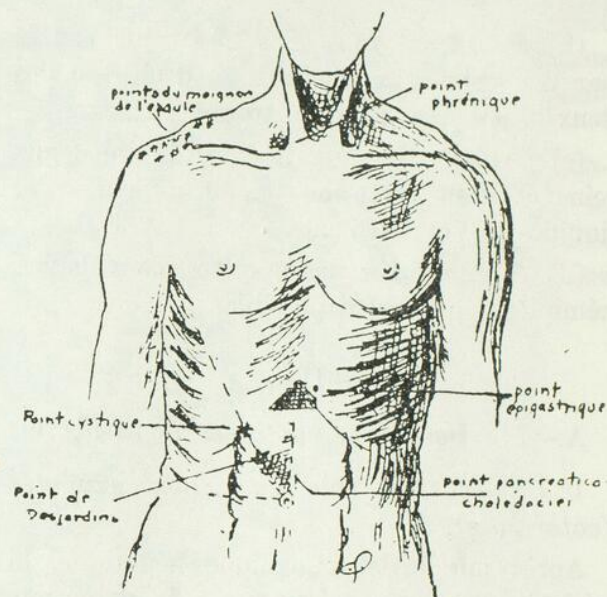


Figure 1.

II. Point cystique:

Le plus constant, le plus intense: douleur.

1° *Spontanée*: douleur atroce de la crise de colique hépatique (quelques heures après les repas): sensation d'écrasement et de broiement, etc.

2° *Provoquée*: peut indiquer une lithiasse encore mal définie. — La rechercher en dehors des crises (bord externe du muscle droit avec rebord des fausses côtes). Elle précède et suit la colique. Enfoncer les doigts perpendiculairement, lentement, progressivement.

III Point pancréatico-cholédocien.

Pathognomonique de la lithiasse du cholédoque. Il existe aussi dans la lithiasse biliaire.

Point douloureux compris dans un angle à sommet ombilical et la bissectrice d'un angle formé par la verticale et l'horizontale partant de l'ombilic (voir fig. 1).

Description, d'après Chauffard: « Prenons comme point de repère l'ombilic, et de ce point menons une verticale et une horizontale for-

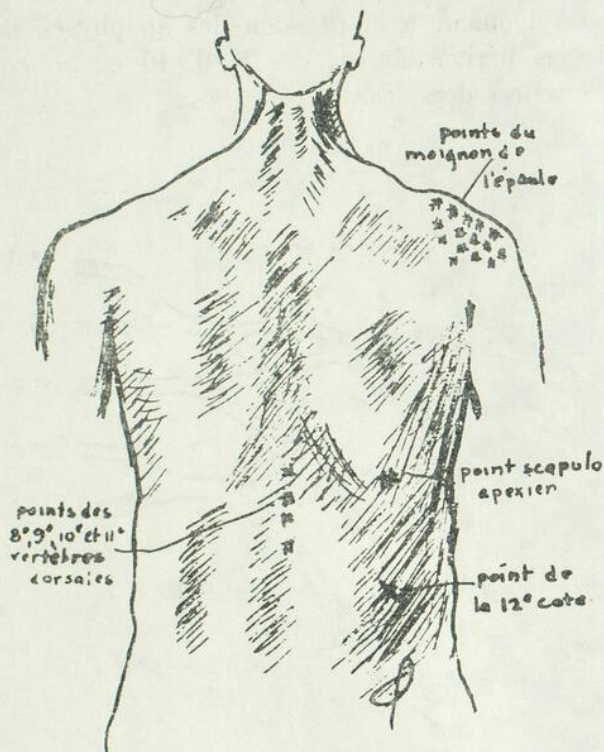


Figure 2.

mant un angle droit dont le sommet correspond à l'ombilic, puis traçons la bissectrice de cet angle. La zone pancréatico-cholédocienne est comprise entre la verticale et la bissectrice de l'angle, sans atteindre en bas tout à fait jusqu'à l'ombilic.» (Fig. 1.)

Pathogénie: processus de pancréatite secondaire, ou bien: irradiation d'une douleur venant du canal cystique, du canal cholédoque, de la vésicule.

IV. *Point de la douzième côte:* côté droit, en arrière.

— A son extrémité libre. Inconstant. N'a pas la valeur diagnostique des autres.

V. *Point phrénique droit:*

— Serait à peu près constant.



Figure 3.

Passage du phrénique droit devant le muscle scalène antérieur.

1, nerf phrénique; 2, anastomose du phrénique et du sous-clavier; 3, nerf du sous-clavier; 4 et 5, anastomoses du phrénique avec le ganglion cervical inférieur; 6, anse de l'hypoglosse envoyant un rameau au phrénique.

— Enfoncer *un doigt*, profondément au-dessus de la clavicule droite en dehors du sterno-cléido-mastoïdien pour atteindre le *nerf phrénique* qui passe en avant du scalène antérieur où il s'anastomose avec:

- le sous-clavier,
- l'hypoglosse,
- le sympathique (anast. avec ganglion inf.).

Douleur quelques jours avant et après les crises.

— Le phrénique gauche est toujours indolore.

— Importance capitale dans la lithiase biliaire au début, dans l'irritation de la vésicule biliaire.

— Facile d'accès, précise une affection à

siège abdominal où les points de repère nombreux peuvent porter à la confusion. — Douleur due à l'irritation de ses rameaux terminaux qui cheminent sous le péritoine au niveau du bord libre du foie dans le voisinage de la vésicule.

L'irradiation suit le nerf phrénique jusqu'au plexus cervical où des anastomoses le mettent en communication avec le moignon de l'épaule, surtout la droite.

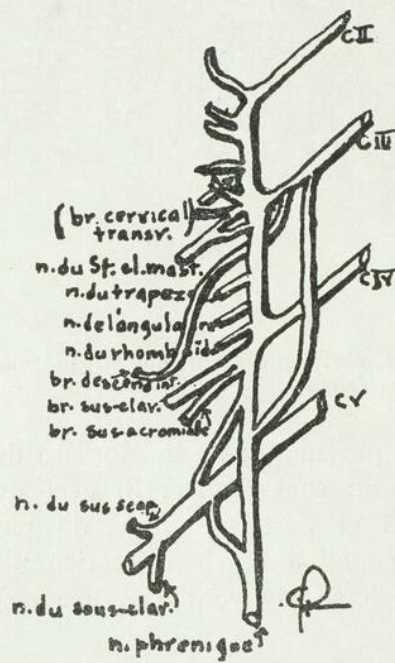


Fig. 4. — Racines du nerf phrénique.

VII. *Point scapulo-apexien droit: (omoplate, en arrière).*

— Surtout spontané pendant les paroxysmes.

VIII. *Point douloureux de l'épaule droite.*

— Dû aux anastomoses du phrénique avec le plexus cervical, au niveau des II, III, IV et Vèmes paires cervicales. Les lithiasiques désignent, au moment de la crise, la région deltoïdienne qui recouvre l'articulation scapulo-humérale droite. (Voir épaule de fig. 1.)

- Siège à la pointe même de l'omoplate.
- Sensation de transfixation, d'embroche-

ment. La palpation peut aussi le déceler, pendant ou après la crise.

IX. *Point scapulo-apexien droit: (omoplate droite, en arrière).* (Fig. 5).

— Zone postérieure semblable à la zone xiphoidienne hyperesthésiée, située sur la ligne médiane le long de la colonne vertébrale.

— Douleur à la pression des apophyses et tissus périvertébraux des 8, 9, 10 et 11ème vertèbres dorsales.

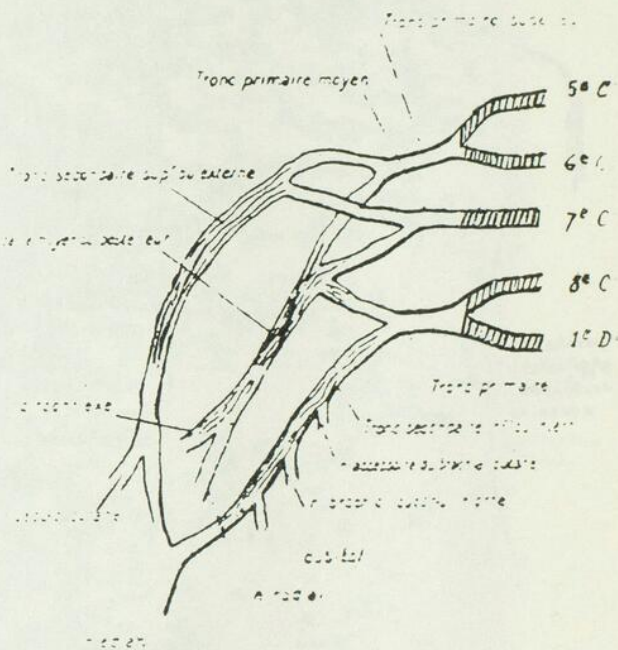


Figure 5.

Origines et branches terminales du plexus-brachial.

— Inconstants. Ils ont une valeur de second ordre.

X. *Autres signes:*

— Douleurs à la nuque — hypocondre gauche, épaule gauche.

— Les plus importants parmi ces signes douloureux sont:

- 1° Spontanés. — Cystite, épigastrique, scapulo-apexien.
- 2° Provoqués. — Cystique, phrénique, pancréatico-cholédocien.

Conclusion.

Dieulafoy, jadis, avait bien catalogué les petits signes de brightisme. Leur groupement nous mettait sur la piste d'une maladie chronique dont les débuts incertains nous empêchaient auparavant de préciser la nature de cette affection et d'incriminer l'organe malade.

Il en est ainsi de la lithiasse biliaire. Chauffard et ses élèves, plus tard, ont fait, pour le foie, ce que Dieulafoy avait fait pour le rein. Ils ont catalogué les petits signes douloureux de la lithiasse biliaire, aussi insidieuse au début que décisive dans les dernières phases de son évolution.

— Aujourd'hui où la thérapeutique préventive, l'hygiène et la diététique prennent, en médecine, une si grande place, et où la chirurgie des voies biliaires donne de si beaux résultats, surtout quand elle peut intervenir avant la phase des complications graves, il est nécessaire de réunir tous les signes susceptibles de fournir les éléments d'un diagnostic précoce de la lithiasse biliaire. (*Loc. cit...*)

1. *Troubles digestifs, fréquents*, peu améliorés par l'hygiène alimentaire ou une médication appropriée; indigestions répétées; gonflement épigastrique après les repas; crises intermittentes d'aérophagie; signes d'insuffisance hépatique accompagnée d'une douleur vague dans le flanc droit.

II. *Signes douloureux*: 1° spontanés, 2° provoqués, sont comme un des éléments essentiels d'un diagnostic précoce.

Conditions: Pour qu'un de ces points douloureux puisse avoir une valeur sémiologique, il faut qu'il réunisse plusieurs conditions indispensables:

1° Qu'il soit nettement localisé à une région invariable.

2° Qu'il soit persistant, et qu'on puisse le retrouver plusieurs fois de suite au même endroit pendant un même examen, ou à plusieurs examens se succédant à quelques jours d'intervalle.

3° Il ne doit pas être recherché pendant une crise spontanément douloureuse, car la localisation devient difficile et souvent impossible.

4° L'association de deux ou trois points douloureux constitue une certitude plus complète.

5° L'importance de connaître son malade et de ne pas oublier que les *nerveux peuvent* nous induire en erreur à cause de leur susceptibilité particulière à la douleur. Se méfier de la suggestion par des examens trop fréquents qui attirent leur attention.

Tels sont les signes qui, isolés ou groupés, peuvent convaincre le praticien qu'il s'agit d'une cholécystite.

Le traitement médical échoue le plus souvent.

La *chirurgie, seule*, peut guérir ce malade dont les crises répétées l'incitent à des consultations fréquentes, infructueuses ou définitives!

LE FOND D'ŒIL ET LE PRATICIEN¹

André PANNETON (Trois-Rivières).

L'ophtalmologie, malgré l'exiguïté apparente de son champ d'action, peut dans maintes circonstances, devenir d'un secours précieux pour tout praticien. En raison de son anatomie et de sa physiologie si complexes, l'œil, comme tous les autres organes, est susceptible d'être atteint par tous les grands processus morbides de l'organisme. Et c'est en partant de cette notion que l'on peut considérer l'œil au point de vue pathologie générale, comme un élément de diagnostic très précieux. En effet, si on exclut les maladies propres de l'œil, l'on s'aperçoit que l'immense majorité des affections oculaires, surtout celles des membranes profondes, ne sont que des manifestations d'un état pathologique extra-oculaire. Les relations de l'ophtalmologie avec la médecine interne sont donc très étroites.

De tous les examens pratiqués sur l'œil, celui qui est le plus riche de renseignements pour le praticien est sans contredit l'examen du fond de l'œil. Les maladies responsables des lésions du fond de l'œil sont beaucoup trop nombreuses pour faire l'objet de ce travail et c'est pourquoi nous ne nous limiterons qu'à étudier succinctement les principales maladies dans lesquelles l'examen du fond d'œil peut être indiqué et quels renseignements le praticien peut en tirer tant au point de vue diagnostique que pronostic.

De toutes les affections courantes susceptibles d'altérer le fond de l'œil, le diabète est sans doute l'une de celles qui doit retenir notre attention à cause de ses complications si fréquentes au niveau de l'œil. Nous ne nous arrêterons pas à décrire les lésions que cette maladie provoque dans le fond de l'œil, mais nous nous placerons plutôt du point de vue du praticien qui vient interroger l'œil d'un malade diabétique.

Deux questions se posent ici: y a-t-il réelle-

ment intérêt à examiner le fond de l'œil d'un diabétique et dans l'affirmative quels renseignements le praticien peut en tirer? Si l'on se place au point de vue diagnostique, il est évident que l'intérêt est ici secondaire. L'examen clinique et surtout les examens de laboratoire suffiront amplement pour porter un diagnostic sûr de diabète. Toutefois en face d'un diabétique vu pour la première fois et dont on ignore les antécédents, la présence d'une rétinopathie diabétique, c'est-à-dire hémorragies et exsudats du fond de l'œil, est le signe probable d'un diabète évoluant déjà depuis assez longtemps. Ce renseignement est certes utile au praticien.

Mais c'est surtout au point de vue pronostic qu'un examen du fond de l'œil devient important. L'absence de toute lésion de la rétine chez un diabétique, atténuée considérablement le pronostic général et visuel tandis qu'au contraire la coexistence d'une rétinopathie diabétique assombrit le pronostic général. De plus, autre renseignement utile pour le praticien, des études faites sur ce sujet nous montrent que plus de la moitié des sujets atteints de rétinopathie diabétique ont « une altération importante des fonctions rénales » et que 85% sont des hypertendus.

Il faut donc conclure que si le rapport de l'examen du fond de l'œil est positif, le malade devra être suivi et traité avec beaucoup plus d'attention. Il est bon de rappeler aussi que la rétinopathie diabétique est d'un mauvais pronostic visuel à cause surtout de la bilatéralité fréquente des lésions.

Lorsque nous examinons le fond de l'œil, il faut se rappeler une notion qui est d'une extrême importance surtout en pathologie vasculaire. En effet le fond de l'œil est le seul endroit de l'organisme où il nous est permis d'examiner directement *in vivo* des artères et des veines. Grâce à l'ophtalmoscope, l'artère et la veine centrale de la rétine ainsi que leurs

1. Communication au XXI^e Congrès de l'A. M. L. F. C., Trois-Rivières, octobre 1951.

plus fines ramifications sont mises à nu et nous pouvons observer directement toutes les modifications pathologiques de ces parois vasculaires. De là découle l'intérêt indiscutable de l'examen du fond de l'œil chez les hypertendus et les artérioscléreux. Encore ici le praticien trouvera une source de renseignements précieux tant au point de vue diagnostique que pronostic. Il faut toutefois se rappeler ici que le réseau vasculaire de la rétine n'est qu'un territoire bien localisé et que les altérations de ce réseau vasculaire n'impliquent pas nécessairement un désordre vasculaire généralisé. Toutefois la plupart des statistiques s'accordent à dire que 60 à 70% des artérioscléreux et des hypertendus présentent des lésions d'artériosclérose des vaisseaux de la rétine. En présence d'un hypertendu et d'un artérioscléreux, le praticien trouvera donc dans l'examen du fond de l'œil des renseignements très utiles. Cet examen le renseignera sur l'état des parois artérielles. En l'absence de toute lésion des vaisseaux rétinien, le praticien pensera davantage à une forme d'hypertension bénigne ou récente et dans ces cas les tests fonctionnels ne montreront généralement pas de signes d'insuffisance rénale. Au contraire si l'examen du fond d'œil révèle des lésions importantes d'artériosclérose, soit des modifications des parois artérielles, soit un rétrécissement marqué des artères, ou encore des lésions dégénératives ou hémorragiques consécutives à un trouble circulatoire, dans ce cas, il sera le plus logique de croire à une atteinte plus sérieuse et ancienne du système vasculaire.

L'hypertension artérielle, nous amène à étudier brièvement le groupe des affections cardio-vasculo-rénales. C'est ici et avant tout que l'examen du fond de l'œil prend une place de toute première importance, et l'on peut dire sans hésiter que dans tous les cas d'hypertension d'origine rénale, l'examen du fond d'œil s'impose. Et ici plus que dans toute autre maladie, c'est au point de vue pronostic surtout que cet examen donnera des renseignements au praticien. L'apparition d'une « réti-

nite albuminurique » i.e. l'apparition d'exsudats, d'hémorragies, et parfois d'œdème de la papille chez un rénal hypertendu est toujours le signe d'une atteinte profonde du rein. La présence de cette rétinite albuminurique chez un hypertendu est toujours un symptôme d'hypertension maligne et dans ces cas, la pression céphalo-rachidienne est souvent anormalement élevée. Dans un cas d'hypertension d'origine rénale, le praticien verra donc dans l'apparition d'une « rétinite albuminurique (appelée aussi rétinopathie hypertensive) un signe d'une extrême gravité pour le pronostic vital. Cette complication oculaire témoigne d'une telle atteinte de l'état général qu'on s'explique aisément la menace qui pèse sur le malade ». (Bailliart), et les statistiques nous apprennent qu'environ 75% des sujets ainsi atteints disparaissent en deux ans! Il faut donc insister sur l'importance de l'examen du fond d'œil dans tous les cas d'hypertension d'origine rénale.

Dans ces cas la coexistence d'importantes lésions de la rétine sera pour le praticien un élément de pronostic important bien que trop souvent désastreux.

Dans un autre ordre d'idées et avant de terminer, il faut rappeler l'importance d'un examen du fond de l'œil dans tous les syndromes d'hypertension intra-crânienne. Cette notion est déjà trop connue pour qu'il soit nécessaire d'y insister longuement. Il s'agit de rappeler que l'hypertension du liquide céphalo-rachidien se transmet aux gaines arachnoïdiennes qui entourent le nerf optique, ce qui provoque un obstacle à l'écoulement normal du sang de la veine centrale de la rétine qui chemine elle aussi à l'intérieur de cette gaine arachnoïdienne. Il en résulte donc cet aspect décrit sous le nom de « stase papillaire » i.e. que les bords de la papille optique deviennent flous et ensuite apparaît l'œdème du nerf optique avec dilatation veineuse. La stase papillaire n'accompagne pas nécessairement tout syndrome d'hypertension intra-crânienne, mais sa présence est un élément de diagnostic de toute première valeur.

L'examen du fond d'œil s'impose dans tout cas suspect d'hypertension intra-crânienne d'origine tumorale. L'absence de stase papillaire n'exclut pas un tel diagnostic, mais sa présence est un symptôme quasi absolu. La stase papillaire est un des symptômes capitaux de l'hypertension intra-crânienne. Chez un malade souffrant de céphalée et de vomissements dont on n'arrive pas à préciser l'origine, ce sera souvent l'examen du fond d'œil qui tranchera le diagnostic.

Ce bref exposé nous laisse donc entrevoir l'importance d'un examen souvent négligé. Celui du fond de l'œil. C'est un examen d'exécution facile et rapide et dont l'instrumentation est extrêmement simple, puisqu'elle se résume à un ophtalmoscope. Ajouté à tous les autres examens, il sera dans maintes circonstances d'un secours précieux pour le praticien et lui donnera des renseignements précis sur le diagnostic et le pronostic de certaines affections d'ordre général.

VALEUR CLINIQUE DE L'HÉMAGGLUTINATION DE MIDDLEBROOK-DUBOS EN TUBERCULOSE PULMONAIRE¹

M.-P. DIONNE (Montréal).

Il s'agit d'une épreuve, imaginée en 1948 par Middlebrook et Dubos, dans le but de déceler les anticorps tuberculeux, même à l'état de traces. La tuberculine, utilisée comme antigène, est absorbée à la surface de globules rouges de mouton et la réaction antigène-anticorps se traduit par une agglutination.

On a voulu reconnaître à cette méthode une sensibilité et une spécificité dont aurait été dépourvues les méthodes anciennes d'agglutination et de fixation du complément. On a même souligné le caractère original de cette réalisation technique. Connaissant les précieux renseignements qu'apporte la sérologie dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de certaines maladies infectieuses, il est facile de comprendre l'engouement renouvelé que suscita la remise en question des anticorps tuberculeux. Et c'est le grand mérite de Middlebrook et Dubos d'avoir ranimé autour de cette question, un intérêt qui était en voie de s'éteindre.

Pour bien établir la spécificité et la sensibilité de l'épreuve, quelques hommes de labo-

ratoire s'appliquèrent à en faire des études sérieuses chez des tuberculeux et des non tuberculeux. J'ai réuni leurs principaux résultats en tableau:

La connaissance de ces résultats ne manque pas de nous laisser un peu inquiets quant à la spécificité de l'épreuve car un trop grand nombre de sujets indemnes de tuberculose présentent une épreuve positive.

On a recherché, en second lieu, s'il existait une relation entre le taux d'anticorps tuberculeux et le degré d'activité de la maladie. Il semble qu'une épreuve positive soit liée à la présence de foyers bacillaires en activité mais ne permet pas d'apprécier l'évolution et le pronostic de la maladie. Toutefois, on a toutes raisons de croire qu'à l'occasion d'une réactivation, l'hémagglutination devienne positive avant que les signes cliniques et l'image radiologique le soient.

On s'est demandé si la forme anatomo-clinique de tuberculose influençait la production d'anticorps. Encore ici, on a dû se contenter d'une demi-réponse, i.e. que les pleurésies et les primo-infections donnent les pourcentages de positivité les plus élevés et les plus constants.

Il était intéressant de connaître, au moyen

1. Communication à la séance du 20 novembre 1951, de la Société Médicale de Montréal.

de cette méthode, le retentissement de la vaccination par le BCG sur la production d'anticorps. Tandis que la vieille technique de séro-agglutination d'Arloing et Courmont s'avère positive chez la très grande majorité des vaccinés, l'hémagglutination de Middlebrook-Dubos accuse des résultats irréguliers.

Enfin, et c'est une constatation consolante, des animaux de laboratoire rendus tuberculeux expérimentalement présentent une réaction positive avec une singulière régularité.

En conclusion.

1. L'épreuve de Middlebrook-Dubos n'apparaît pas tellement plus sensible et spécifique que celle de Bordet-Gengou et celle de Courmont, respectivement de 45 et de 34 ans ses aînées.

2. Cette épreuve ne peut, dans les circonstances présentes, renseigner utilement le clinicien sur le diagnostic et le pronostic de la tuberculose pulmonaire.

3. Cette épreuve ne rend pas compte à date, de façon satisfaisante, des modifications humorales consécutives à la vaccination par le BCG.

4. Cette épreuve pourrait peut-être constituer un test de guérison si l'on a eu soin de fixer la courbe des taux d'anticorps au cours de la maladie. Mais, même à cet égard, on ne doit pas lui prêter, pour l'instant, une fidélité entière.

5. En raison des résultats encourageants obtenus chez l'animal, il reste que l'épreuve d'hémagglutination de Middlebrook-Dubos est un instrument de recherche précieux, que loin de la laisser tomber, on doive la fouiller davantage, mais sur le plan expérimental. Qui sait si elle ne nous éclairera pas sur un aspect de la pathogénie de la tuberculose et si, perfectionnée, on ne pourra pas en toute sécurité la remettre à la disposition du clinicien.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus » : nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple : J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Med. Psychol. », 94 : 1 (juin) 1938.

MEDECINE

A. R. AXELROD et L. BERMAN. — **La moelle osseuse au cours de l'hypothyroïdie et de l'hyperthyroïdie.** (*The Bone Marrow in hyperthyroidism and hypothyroidism.*) "Blood", 6: 436 (mai) 1951.

Au cours de l'hyperthyroïdie, la moelle osseuse, prélevée en un endroit électif comme le sternum, est ordinairement très cellulaire. Cette réaction hyperplasique intéresse surtout la lignée myéloïde et son intensité est démontrée par la reviviscence fonctionnelle de la moelle des os longs. Une partie des modifications hématologiques serait secondaire à une hémolyse anormale. L'hyperplasie des organes lymphopoiétiques au cours de l'hyperthyroïdie atteint aussi la moelle et on note une augmentation du nombre des lymphocytes médullaires.

Il est à noter que si les mégakaryocytes de la moelle sont augmentés, les plaquettes du sang périphérique demeurent à un taux à peu près constant. Ces constatations permettent d'éliminer d'abord certains syndromes associés à l'hypersplénisme, puis les états réactionnels secondaires à une hémorragie grave ou à une splénectomie ancienne, enfin certaines affections néoplasiques avec hyperplaquetose.

L'hypothyroïdie, au contraire, s'accompagne d'une hypoplasie médullaire avec augmentation proportionnelle de la portion lipoidique. Certains cas laissent voir une moelle constituée d'un tissu hyperhémique, œdémateux non-hématopoiétique. Le fait qu'il n'y ait

que peu de modifications morphologiques au niveau du sang périphérique indique bien que l'hypothyroïdie épargne la moelle. Toutefois, on doit considérer l'hypothyroïdie comme une des causes d'hypoplasie médullaire et il faut y penser dans les cas où sont associées hypoplasie de la moelle et anémie macrocytaire.

Gilles GOSSELIN.

P. P. LAMBERT et Braucourt C. de HEINGELIN. — **Syndrome de Fanconi chez l'adulte.** "Acta Clinica Belgica", 6: 13 (janv.-fév.) 1951.

Affection caractérisée par une ostéomalacie avec phosphaturie et hypophosphorémie, par une glycosurie d'origine rénale, par une élimination urinaire accrue d'acides aminés, surtout de cystine, enfin par une cirrhose hépatique.

Le mérite de Fanconi fut de relier les symptômes énumérés, à une cause commune, i. e. altération fonctionnelle des tubes urinaires. L'atteinte rénale se situe au niveau des tubes contournés proximaux, là où se résorbent normalement le glucose, les phosphates organiques et peut-être aussi les acides aminés. Les glomérules restent intacts.

Les A. présentent l'observation d'un malade de 56 ans, complètement immobilisé depuis 5 ans et chez qui on constate une ostéomalacie avancée du squelette avec fractures et pseudo-fractures dans le bassin, tassement vertébral.

Outre la déformation du squelette, l'examen clinique révèle des signes d'atteinte pyramidale bilatérale avec clonus, Babinski et quadruparésie. Le sang montre une hypophosphorémie intense, de l'hypocalcémie, une glycémie normale. La phosphaturie reste élevée malgré l'hypophosphorémie.

Le dosage et l'analyse chromatographique des urines révèlent une amino-acidurie accrue. L'analyse de la fonction rénale indique, avec une filtration glomérulaire normale, un trou-

ble de la fonction de réabsorption portant sur le glucose et les phosphates inorganiques, autant lorsque la glycémie et la phosphorémie sont portées à des taux suffisants pour saturer la capacité de réabsorption des tubuli envers ces deux constituants urinaires, qu'aux valeurs normales de ces substances dans le plasma.

L'administration de staticine caronamide ne modifie pas l'élimination urinaire des phosphates. Ceci confirme que le trouble rénal consiste en une réduction de la capacité de réabsorption des tubes et non en une sécrétion tubulaire anormale des phosphates.

L'administration de larges doses de phosphates tricalcique et monosodique a permis de corriger rapidement l'ostéomalacie et d'effacer le syndrome neurologique qui lui était associé.

Après 6 mois de traitement, le malade est en état de s'asseoir sans aide et l'on peut prévoir le retour de la fonction locomotrice dans un bref délai.

Gilles GOSSELIN.

S. LEIBOWEITZ, L. GREENWALD, I. COHEN et Joseph LITWINS. — **Hépatite à sérum chez une technicienne d'une banque de sang.** (*Serum hepatitis in a blood bank worker.*) "J. A. M. A.", 140: 17; 133 (27 août) 1949.

Les auteurs rappellent d'abord qu'il existe deux sortes d'hépatites, l'une dite infectieuse et l'autre au sérum homologue. Les deux sont causées par un virus, et la seule différence entre les deux réside dans leur période d'incubation. Pour l'hépatite infectieuse, elle serait de vingt à quarante jours et de quarante à cent soixante pour la seconde.

Le plus souvent, l'on sait que la transmission de la maladie se transmet au receveur soit d'une transfusion, soit d'un vaccin. Le virus peut aussi être transmis lors d'une simple injection ou prise de sang lorsque le matériel est mal stérilisé.

L'intérêt du travail réside, ici, surtout dans le fait que la maladie a été transmise à une garde-malade qui avait pour tâche d'enlever

l'aiguille de la veine après la prise de sang et à ranger et à étiqueter les bouteilles. Seulement, la personne en question était sujette à se piquer les doigts et c'est exactement cela qui se produisit dans le cas rapporté et qui contracta une hépatite.

Le cas fut rapporté à la Commission des Accidents du Travail qui, après enquête, n'hésita pas à allouer une compensation en déclarant que c'était pour eux une nouvelle catégorie d'accidents du travail.

Maurice COMEAU.

O. D. BERESFORD. — **Les manifestations de la sarcoidose.** (*Manifestations of sarcoidosis.*) "Can. Med. Ass. Journ.", 65: 245 (sept.) 1951.

Une série de 18 cas a été observée dans la région de Bristol, en Angleterre. L'incidence de la sarcoidose est plus grande dans la troisième et la quatrième décades de la vie, mais des cas ont été rapportés chez l'enfant de trois semaines à trois mois et chez le vieillard de 70 à 80 ans.

L'étiologie est douteuse, bien que la plupart des auteurs la considèrent comme une forme inusitée de tuberculose. Dawson en fait une forme de tuberculose non-caséifiante chez les individus à forte immunité et à faible hypersensibilité, le changement étant dû à une perte d'équilibre entre l'hôte et le parasite. La béryllose et la brucellose chroniques, de même que certaines mycoses peuvent présenter un tableau clinique, radiologique et anatomopathologique semblable.

Fait étrange, quatre cas, dans cette série de 18, ont montré un primar complex calcifié et le Mantoux était négatif. Il semblerait que la négativité du Mantoux puisse s'expliquer par un haut degré d'immunité et elle n'exclut pas la tuberculose comme cause de la sarcoidose.

Aucun diagnostic de sarcoidose ne saurait être complet sans biopsie, laquelle peut se faire sur un ganglion, sur la peau ou sur une amygdale.

La lésion caractéristique consiste en une collection de cellules épithélioïdes disposées

en follicules mais ne présentant pas de nécrose ni aucun bacille tuberculeux démontrable. La lésion guérit par fibrose et hyalinisation et, avant que ce processus soit atteint, des cellules géantes peuvent apparaître. L'hémo-gramme est nécessaire et montre une anémie, une macrocytose et/ou une éosinophilie. Les protéines sanguines montrent une globuline augmentée.

La radiographie du thorax peut présenter de gros ganglions hilaires et médiastinaux et une variété de lésions aux plagues pulmonaires. Les radiographies osseuses montrent des zones circulaires nettement délimitées de résorption osseuse. Les manifestations cutanées sont les plus communes (lupus perniosis).

Les manifestations osseuses apparaissent dans 15 à 16 pour cent des cas. Plusieurs cas sont dépistés par l'ophtalmologiste (iritis nodulaire).

Trois des dix-huit cas ont été découverts à la suite de radiographie pulmonaire de routine. Neuf ont présenté des symptômes pulmonaires.

Issue fatale possible de la maladie: un cas de tuberculose franche avec bronchectasie; un cas de lésions pulmonaires sténosantes et finalement « cor pulmonale », un cas de fibrose cardiaque. Le pronostic est généralement bon et la maladie régresse entre 5 et 10 ans.

Il ne semble pas y avoir de thérapeutique véritablement effective; vitamines, irradiations, arsenic et ultra-violet ont été tentés sans grand succès. Le calciférol est dangereux à cause des intolérances. La streptomycine s'est avérée inutile.

Julien LAMBERT.

M. M. WINTROBE, G. E. CARTWRIGHT, J. C. PALMER, J. C. KUHN et L. T. SAMUELS. — **Action de l'ACTH et de la cortisone sur le sang de diverses maladies chez l'homme.** (*Effect of corticotrophin and cortisone on the blood in various disorders in man.*) "Arch. Int. Med.", 88: 3; 310-336 (septembre) 1951.

L'ACTH amène, expérimentalement, chez l'homme et l'animal, de la neutrophilie et de

la lymphopénie du sang périphérique. On a noté, au cours de diverses maladies intéressant les leucocytes, comme la leucémie aiguë, des rémissions de durée variable et une amélioration subjective remarquable. Les meilleurs résultats ont été constatés au cours de la leucémie lymphoïde chronique, la maladie de Hodgkin, certaines maladies ganglionnaires, les leucémies et le mycosis fungoïde. Par contre, la leucémie myéloïde chronique ne bénéficie nullement de cette thérapeutique et peut même évoluer plus rapidement. La leucocytose, qui accompagne certaines infections, et la leucopénie de maladies, comme le lupus érythémateux disséminé, semblent pouvoir être corrigées, du moins temporairement.

L'anémie est souvent diminuée par l'ACTH dans l'arthrite rhumatoïde, la glomérulonéphrite, l'anémie hémolytique aiguë, le Hodgkin, etc. Dans plusieurs cas, on note une réticulocytose importante et une augmentation de l'activité érythropoïétique de la moelle osseuse.

Les A. ont administré de l'ACTH ou de la cortisone à 40 malades atteints d'affections hématologiques diverses. Une amélioration notable fut notée tant du point de vue clinique qu'hématologique, chez 5 des 11 cas de leucémie aiguë, 3 des 4 cas d'anémie hémolytique acquise, 2 des 4 cas de lupus érythémateux disséminé; tous les cas (3) d'arthrite rhumatoïde et un cas de purpura thrombocytopénique essentiel. De plus, les malades atteints de myélome multiple (1), de lymphosarcome au stade terminal (1), de leucémie lymphoïde chronique (1), ont accusé une diminution des cellules médullaires anormales avec réviviscence de la lignée érythroïde, mais sans amélioration clinique. Un malade avec anémie aplastique présenta une augmentation notable des cellules nucléées du sang périphérique.

Le mode d'action de ces hormones au cours de ces affections est obscur, sinon inconnu, mais on doit le relier aux effets déjà bien connus des hormones du cortex surrénalien, i. e. lymphocytolyse, hémopoïèse augmentée et modifications de certaines réactions immunologiques.

Les A. concluent que l'ACTH et la cortisone peuvent être très utiles dans les traitements de l'anémie hémolytique acquise et du purpura thrombocytopenique essentiel, mais n'en constituent pas le traitement étiologique.

Gilles GOSSELIN.

M. L. ROSENHEIM. — **Sodium.** "Lancet", 261: 505, 1951.

Les expériences de Pitts et de Lotspeich ont montré que des quantités considérables de sodium étaient réabsorbées au niveau des tubes proximaux du rein, tandis que seule une faible proportion l'était au niveau de la portion distale de néphron où la capacité maxima de réabsorption décide finalement de la quantité excrétée dans l'urine.

Chez l'homme, l'excrétion rénale normale de sodium est à peu près égale à l'ingestion et, quand celle-ci diminue, le taux du sodium urinaire est nul en 24 - 48 heures. De même, tout processus qui diminue le sodium plasmatique (vomissements, diarrhée, sudation, œdème, ascite, pneumonie) est accompagné de diminution du sodium dans les urines.

Les variations de l'excrétion de sodium sont soumises surtout à deux grands facteurs: 1) la filtration glomérulaire; 2) la réabsorption tubulaire, car la quantité de sodium trouvée dans les urines dépend de l'équilibre entre ces deux mécanismes.

— Filtration glomérulaire normale (130 cc./minute) = 180 litres/jour.

— Eau excrétée dans l'urine = 1-2 litres/jour.

— NaCl dans le filtrat glomérulaire = environ 1200 grammes/jour.

— NaCl dans les urines = 5-10 grammes/jour.

D'autres facteurs entrent aussi en ligne de compte: les hormones de la corticale surrénalienne contrôlent l'excrétion rénale de sodium; l'augmentation du volume plasmatique et une hypersécrétion d'hormone antidiurétique amènent une déperdition urinaire de sodium.

Chez les malades déshydratés, il y a perte d'électrolytes avec diminution de volume plasmatique, de la filtration glomérulaire, augmentation de la réabsorption tubulaire. Ceci amène la production d'une urine concentrée mais sans sodium. La diminution de la filtration glomérulaire amène la rétention de substances azotées et aussi elle est un des facteurs d'apparition de l'azotémie extrarénale.

On croyait autrefois que le sodium ne pénètre jamais dans le fluide cellulaire, mais des études poursuivies avec certains isotopes radioactifs ont démontré que le sodium peut librement passer de l'extérieur à l'intérieur des cellules.

Dans la maladie d'Addison, il y a perte de sodium dans les urines et l'ingestion de grandes quantités de sels compense cette perte excessive, quoique de meilleurs résultats soient obtenus avec la déoxycortone.

De même, la cachexie hypophysaire, à cause de l'insuffisance surrénalienne qu'elle entraîne, provoque un déséquilibre important de la balance chlore-sodium.

Les syndromes suivants: « salt-losing nephritis », « salt depletion syndrome » produisent un tableau analogue à la Maladie d'Addison, mais ne répondent pas à la déoxycortone.

Le concept qui attribue l'œdème cardiaque à la rétention sodique par le rein, non seulement explique l'efficacité des diètes sans sel, mais encourage l'emploi des diurétiques mercuriels: l'œdème étant dû à un déséquilibre glomérulo-tubulaire, les mercuriels diminuant la capacité de réabsorption du néphron distal, avec comme résultante la perte d'eau et de sodium.

Dans la glomérulo-néphrite aiguë, les lésions siègent surtout au niveau des vaisseaux glomérulaires, ce qui amène, assez rapidement, une diminution du filtrat glomérulaire et cette diminution, en présence d'une activité tubulaire relativement normale, est probablement responsable de l'œdème, de l'augmentation du fluide extracellulaire et du volume plasmatique qui accompagnent cette affection.

La glomérulo-néphrite aiguë (diminution du filtrat glomérulaire) et un excès de déoxycortone (augmentation de la réabsorption tubulaire) sont tous deux suivis de rétention de sodium et d'hypertension. Ces deux conditions présentent aussi une série de signes cardiaques analogues: augmentation réversible du volume du cœur, modification électrocardiographique, etc. Il semble que dans les deux cas l'hypertension soit due à l'action conjuguée des hormones de la corticale, surrénalienne et de la rétention sodique par l'intermédiaire de l'augmentation du volume sanguin et leur action directe sur la musculature artériolaire (tonus augmenté).

L'intérêt assez récent apporté au sodium et à son rôle dans la production de l'œdème et de l'hypertension se reflète par les mesures thérapeutiques employées pour limiter la rétention sodique. Aux mercuriels diurétiques et aux diètes faibles en sodium, sont venus récemment s'ajouter les diverses variétés de résines qui absorbent le sodium alimentaire au niveau de l'intestin.

Il faut se souvenir que cette médication comporte certains dangers, tels que la déplétion sodique excessive avec ses résultantes, i. e. le collapsus circulatoire, et le catabolisme cellulaire exagéré, et que leur emploi demande une surveillance continue de l'équilibre électrolytique.

Gilles GOSSELIN.

PHTISIOLOGIE

L. J. CASS et W. FREDERIK. — **Etude comparative de l'efficacité de différents médicaments contre la toux.** (*Comparative effectiveness of cough medication.*) "Am. Practitioner", 2: 844 (octobre) 1951.

Les médicaments employés au cours de cette étude furent les suivants:

1. — Glycéryl gaiacolate.
2. — Hydrate de terpine.
3. — Chlorure d'ammonium.
4. — Sirop aromatique comme contrôle ou placebo.

Les sujets soumis à l'expérience furent les patients d'un sanatorium (52). Une première épreuve fut faite dans le but de se rendre

compte de la bonne volonté et de l'aptitude des patients à juger des résultats des différents médicaments. Le choix des patients, devant prendre part à l'expérience, fut arrêté d'après les résultats de cette première enquête.

Le test fut complété de la manière suivante: on donna les différents médicaments à tour de rôle à chaque patient pendant 4 périodes de 7 jours séparées par une journée de repos.

Les médecins, les gardes-malades, les techniciens de même que les malades ne surent jamais au cours de l'expérience laquelle des préparations était administrée.

Ces trois différents médicaments furent étudiés aux différents points de vue suivants:

1. Fréquence et caractère des effets secondaires, tels que ptyalisme, nervosité, agitation et insomnie. On a jugé, en effet, que lorsque ces symptômes sont présents à un certain degré, ils contrebalancent défavorablement les bons effets obtenus par la médication.

2. Effet sur la toux: si la toux devenait moins embarrassante et dérangeait moins le patient pendant sa cure ou son sommeil, on considérait ce facteur plus important que l'effet sur la fréquence de la toux.

3. Effet sur l'expectoration: le volume des 24 heures fut déterminé et il devint bientôt évident que l'efficacité d'un expectorant n'était aucunement parallèle à la quantité des expectorations. La diminution de la viscosité des expectorations a influé dans nombre de cas sur l'opinion que se faisait le malade sur l'efficacité du médicament.

4. Opinion du médecin et du technicien: basée sur une liaison constante entre le médecin, le technicien et la garde-malade ainsi que sur l'observation directe et l'interrogatoire du patient et de la garde-malade.

5. La préférence de goût du patient: comme base, on a pris l'opinion de chaque jour, car une préparation aimée par le patient au début ne l'était plus parfois au bout de quelques doses et vice-versa.

6. Opinion du patient: l'opinion du patient s'est formée en général en considérant l'effet sur la toux, le goût et les effets secondaires des médicaments.

Résultats.

On note, tout d'abord, que certains patients prennent de plus grosses doses que d'autres; ceci, parce que l'amélioration est plus lente à se faire sentir. Par conséquent, tout médicament contre la toux ne doit présenter aucun danger en quantités variables puisque certains patients en prennent beaucoup plus que d'autres.

Le bon goût du médicament et l'absence d'effet secondaire doivent aussi entrer en ligne de compte.

Les résultats ont démontré que le glycéryl exerce l'action la plus intense et la plus prolongée en augmentant la sécrétion de 200%.

Certains médicaments comme le carbonate de potasse de gäiäcol n'agissent aucunement. D'autres, tels que le créosote et le gäiäcol ont des effets insignifiants, alors que d'autres, tels que le chlorure d'ammonium et l'hydrate de terpine ont des effets intermédiaires.

Il semble que le glycéryl gäiäcolate et plusieurs autres expectorants agissent par deux mécanismes différents: 1. par action réflexe locale dans l'estomac, 2. par action générale, après absorption dans le torrent circulatoire, soit sur le système nerveux, soit sur les glandes sécrétoires des voies respiratoires. Le véhicule du sirop exerce une courte action adoucissante sur la muqueuse du pharynx et des voies respiratoires supérieures.

Les huiles aromatiques et volatiles, y compris l'hydrate de terpine, n'ont pas d'action réflexe à partir de l'estomac, mais agissent probablement directement sur les glandes sécrétoires des voies respiratoires.

En résumé, le glycéryl gäiäcolate:

1. n'eut aucun effet secondaire. Jamais aucun des 52 patients refusa de le prendre;

2. l'hydrate de terpine fut aimé des patients et fut efficace, mais beaucoup moins que le glycéryl gäiäcolate. Cette préparation amena aussi des troubles gastro-intestinaux lorsque prise en grande quantité;

3. le chlorure d'ammonium dut être abandonné et recommencé plusieurs fois pendant l'expérience à cause de son goût désagréable;

4. le véhicule seul fut très goûté de tous les patients, mais ils furent tous d'accord pour dire que ce médicament leur apportait peu de soulagement.

Jean-Paul MILOT.

E. WASSERMAN et J. YULES. — **Erythème nouveau; analyse de 50 cas et revue de la littérature.** (*Erythema nodosum: analysis of 50 cases and review of the literature.*) "American Practitioner", 2: 772 (septembre) 1951.

Définissant l'érythème nouveau: « une condition caractérisée par un érythème transitoire, des nodules sous-cutanés, occasionnellement par de la fièvre et des arthralgies », les auteurs rapportent 50 cas répondant à cette description et tentent une étude étiologique.

Un bref aperçu des principales publications consacrées à ce sujet nous met en présence d'une étiologie multiple. Selon les auteurs et selon les pays, on associe l'érythème nouveau à la tuberculose, aux infections streptococciques, au rhumatisme, à une réaction allergique aux sulfas et, dans une plus faible proportion, à l'influenza, la rougeole, la coccidioïdiomycose, la lèpre, les infections dentaires, etc...

Il semble cependant que l'unité se fasse autour d'un point, à savoir: que l'érythème nouveau serait une maladie d'ordre allergique conditionnée par des susceptibilités individuelles et une variété d'agents infectieux et chimiques.

Voici les observations saillantes recueillies par Wasserman et Yules au cours de leur travail:

— Sexe: 84 pour cent de leurs cas appartiennent au sexe féminin.

— Age: de 10 à 50 ans, ils trouvent à peu près la même incidence, soit au total 78%; puis de 51 à 60 ans: 14%; de 61 à 70 ans: 4%; de 71 à 80 ans: 4%.

— Durée des symptômes: cette durée varie de quelques jours jusqu'à 16 semaines, la majorité des cas durant moins de 4 semaines.

— Maladies associées: 26% ne présentent aucune maladie associée; 24%, réaction allergique aux sulfas; 12%, infections

streptococciques (bêta hémolytique); 12 %, infections dentaires; 8 %, rhumatisme infectieux en activité; 6 %, en contact avec des tuberculeux; 4 %, colite ulcéreuse; 4 %, gonorrhée; 2 %, intolérance aux hormones; 2 %, tuberculose active.

— Laboratoire: globules blancs: 52 % ont plus que 10 000; sédimentation: 97,4 % ont un taux anormal; présence de streptocoques hémolytiques bêta dans la gorge: 23 %.

— Rechutes: 12 % présentaient de l'érythème nouveau pour la seconde fois.

En conclusion, les auteurs soulignent que la situation géographique paraît jouer un rôle dans l'étiologie de l'érythème nouveau, puisque dans les pays scandinaves on a impliqué la tuberculose dans un fort pourcentage de cas (jusqu'à 95 pour cent chez les enfants), et qu'eux-mêmes, en Nouvelle-Angleterre, ne l'ont trouvé associé que chez un seul de leurs patients.

Paul DIONNE.

B. A. DORMER, E. GREATHEAD, G. PIRRIE, P. SMIT, T. RANDALL et M. VAN RENSBURG. — **Tuberculose pulmonaire traitée par la cure déclinée.** (*Postural rest in pulmonary tuberculosis.*) "Diseases of the Chest", 20: 407 (octobre) 1951.

Il n'est pas indifférent que le tuberculeux pulmonaire, durant les heures de repos qui lui sont imposées, se place dans une position quelconque. L'examen fluoroscopique démontre que les côtes de l'hémithorax sur lequel repose le patient se rapprochent et leur mouvement est moins étendu; la course diaphragmatique qui, au début, est plus longue devient progressivement plus courte. Il s'établit une hyperhémie dans le poumon sur lequel repose le malade; le cœur et le médiastin sont déviés vers les côtes sur lesquelles le patient se couche, tout autant de facteurs qui produisent une certaine détente de ce même côté.

Les principes de physique et de physiologie qui servent de bases à l'application de ce traitement sont les suivants: 1. la majorité des lésions tuberculeuses se développent dans

les segments postéro-supérieurs des poumons, là où le volume du sang circulant est moins grand. Or si le pied du lit est levé et si le patient repose sur le dos, il se produit une certaine détente de ces mêmes régions en même temps qu'il se produit une hyperhémie; 2. si les lésions sont unilatérales, le décubitus sur le côté atteint, les côtes sont partiellement immobilisées, le cœur et le médiastin déviés de ce côté et les organes abdominaux refoulent le diaphragme; 3. la détente ainsi produite facilite le drainage et, dans les cas de cavités sous tension, ces dernières disparaissent rapidement soit par blocage permanent de la bronche de drainage, soit par l'élargissement de sa lumière.

L'application de cette méthode présuppose une localisation segmentaire précise de la maladie, afin de donner au patient la position optimale. Et le traitement doit être rigoureusement suivi.

Tous les patients bénéficient du traitement. Quelques-uns prennent plus de temps que les autres à s'y habituer, mais seulement ceux qui souffrent de troubles digestifs graves ne peuvent s'y soumettre.

Certains cas de cavités, avec niveau liquidien, souffrent de rétention accrue et doivent, pour des périodes plus ou moins longues, se coucher dans une position complètement opposée afin de faciliter le drainage.

Fernand HEBERT.

J. HOROWITZ et D. F. GORELICK. — **Le bacille tuberculeux dans la moelle osseuse.** (*Tubercle Bacilli in Bone Marrow.*) "Amer. Review of Tuberculosis", 63: 346 (mars) 1951.

Depuis la découverte du bacille tuberculeux, l'étude de la bacillémie tuberculeuse a toujours passionné les esprits chercheurs, parce que déjà depuis 1884 on a pu mettre en évidence la présence du bacille tuberculeux dans le sang chez trois malades atteints de tuberculose miliaire. Mais les résultats n'ont pas été les mêmes chez tous puisqu'ils ont varié de 0 à 100 pour cent. Il suffit de mentionner le nom de Lowenstein pour se rappeler les

multiples causes d'erreurs. On est beaucoup plus réticent lorsqu'il s'agit de rechercher le bacille tuberculeux dans la moelle osseuse pour prouver le diagnostic d'une bacillémie tuberculeuse. Ce prélèvement de la moelle se fait par ponction, ce qui n'est aucunement dangereux. La ponction permet de faire un diagnostic précoce et rapide de la bacillémie tuberculeuse, de ses séquelles y compris la méningite tuberculeuse. Les auteurs rapportent 20 cas. Or chez 70 pour cent des cas, ils ont trouvé des bacilles tuberculeux. Cette étude de la moelle présente, en conséquence, un intérêt particulier. C'est une recherche qu'il faudrait encourager.

Paul-René ARCHAMBAULT.

J. LARDANCHET et C. STUDER. — **Les antibiotiques dans le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses.** "La Presse Médicale", 59: 96 (24 janvier) 1951.

Depuis plus de vingt ans, des polémiques démontrent que les opinions demeurent encore divergentes au sujet du traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses.

Les auteurs rapportent leurs conclusions basées sur deux cas de pyothorax tuberculeux graves avec perforation qui ont guéri grâce aux moyens médicaux. L'épanchement purulent a disparu et la fistule pleuro-pulmonaire s'est fermée.

Le traitement se fait ainsi: la streptomycine, dès les premiers jours. Aussitôt qu'apparaît le liquide purulent dans la plèvre, on fait des injections intrapleurales de streptomycine et de PAS après avoir vidé autant que possible la cavité pleurale.

En conclusion, les pleurésies purulentes ne relèvent plus, comme auparavant, uniquement de la chirurgie, grâce aux antibiotiques par voie générale et locale associés à l'aspiration discontinue. On réserverait le traitement chirurgical aux cas graves de perforation pleuro-pulmonaire large sur poumon plus ou moins entièrement détruit. Si le risque n'est pas trop grand pour le malade, on fera la pleuro-pneumonostomie à chaud.

Paul-René ARCHAMBAULT.

CARDIOLOGIE

A. C. THOMPSON et W. C. STEWART. — **L'hémoptysie dans la sténose mitrale.** (*Hemoptysis in mitral stenosis.*) "J. A. M. A.", 147: 21 (1er septembre) 1951.

Dans une étude de 168 malades porteurs de sténose mitrale confirmée, les auteurs relevèrent 29 cas d'hémoptysie, soit 17,2 pour cent. Les hémorragies, qui variaient d'une chopine à de simples expectorations triées de sang, ne compromirent jamais la vie des patients, ni, non plus, ne purent laisser prévoir l'évolution bonne ou mauvaise de la maladie.

Ferguson expliqua le phénomène par la rupture de varices de veines bronchiques. Avant lui, aucune hypothèse plausible n'avait été émise, et, bien que cette dernière soit acceptable, la bronchoscopie ne semble pas venir confirmer son affirmation.

Voici comment Thompson et Stewart tentent d'expliquer le mécanisme: le poumon comprend deux circulations: l'une, responsable de l'hématose origine de l'artère pulmonaire; l'autre, irrigue le parenchyme et les bronches, et origine de l'aorte thoracique. Le sang de cette dernière, en grande partie, rejoint la circulation première par des anastomoses dites broncho-pulmonaires. Cependant, une partie retourne à la circulation veineuse par les veines bronchiques du hile, les azygos et l'oreillette droite. Lorsque dans la sténose mitrale la pression de la circulation pulmonaire dépasse celle de l'oreillette droite, on comprendra que le sang empruntera le chemin des anastomoses broncho-pulmonaires, provoquera un reflux de sang qui passera en sens inverse pour aller rejoindre les veines bronchiques et, de là, l'oreillette droite.

Cette circulation collatérale forcée ne se fera pas sans causer des varicosités; ce qu'ont découvert les auteurs à l'autopsie, mais dans les bronches de deuxième et troisième ordre, et qui, par conséquent, ne sont pas vues à la bronchoscopie; ce qui explique qu'on ne les ait pas décelées antérieurement.

Maurice COMEAU.

Marvin H. SLEISENGER et A. A. Stone FREEDBERG. — **Acidose causée par le chlorure d'ammonium.** (*Ammonium Chloride Acidosis. A report of six cases.*) "Circulation", **3**: 837 (juin) 1951.

Les auteurs ont observé six patients chez qui l'administration de 6 à 8 gm. de chlorure d'ammonium par jour pendant des périodes allant de 7 à 45 jours, a provoqué une acidose sévère, presque fatale chez deux patients. Cinq des cas avaient une insuffisance cardiaque avec des types divers de maladie rénale. L'autre avait une glomérulo-néphrite subaiguë et était en anasarque.

Les symptômes suggérant ce syndrome sont les suivants: anorexie, nausée, vomissement, lassitude, stupeur, aréflexie et respiration du type Kussmaul. Dans tous ces cas, la cessation du CLNH₄ et l'administration de solutés et de lactate par voie endo-veineuse provoquèrent une amélioration rapide.

Les a. discutent le diagnostic différentiel, en particulier le syndrome de déplétion en sel (*low salt syndrome*). Ils recommandent d'employer le CLNH₄ avec précaution chez les patients qui associent à leur cardiopathie une maladie rénale, et ils suggèrent de limiter à 3 jours consécutifs par semaine l'administration de ce sel.

Paul DAVID.

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

A. J. WRIGHT. — **Fonction du tissu amygdalien.** (*Tonsillar Function.*) "The Journal of Laryngology and Otology", **64**: 1 (janvier) 1950.

L'auteur situe les amygdales (anneau de Waldeyer) partie constituante du système lymphatique. Sous forme de doigts de gants placés parallèlement, les cryptes amygdaliennes présentent donc une surface maxima au contact de l'air; l'épithélium qui les tapisse manque à certains endroits ce qui fait que le tissu lymphoïde se trouve à nu. Sous l'effort des mouvements de déglutition, ces cryptes se vident de leur contenu; toutefois, ne se vidant pas, elles se transforment en sorte de kystes. Des expériences ont démontré

qu'elles jouent un rôle phagocytaire des particules ou des micro-organismes; on a retrouvé du pneumocoque dans la lymphe des ganglions de cette région avant de les reconnaître dans le sang. Les amygdales jouent en même temps un rôle de défense par les leucocytes et les cellules réticulo-endothéliales qu'elles contiennent, par la production d'anticorps provoquant une sorte d'action immunisante.

Valmore LATRAVERSE.

H. P. HOUSE. — **Traitement chirurgical de l'otorrhée chronique.** "Archives of Otolaryngology", **49**: 135 (février) 1949.

L'auteur préconise l'antro-mastoïdectomie par voie endaurale. L'incision qu'il trace donne un lambeau tapissant une plus grande surface de la cavité postopératoire. L'auteur recommande de mettre en évidence la tête et le col du marteau et la courte apophyse de l'enclume avant d'enlever la paroi postéro-supérieure du conduit auditif externe.

Il n'est pas nécessaire de pratiquer une greffe cutanée de la cavité antro-mastoïdienne si la logette est bien libérée de son tissu de granulation, au cours de l'évidement partiel. Toutefois, une greffe cutanée de la cavité mastoïdienne obtenue de la peau rétro-auriculaire favorisera une guérison plus sûre.

Enlever toutes les granulations de la caisse, aussi radicalement que possible, sans endommager l'étrier. L'A. croit que la section du tendon de l'étrier peut tendre à améliorer l'audition.

Comme à l'otite chronique suppurée se trouve le plus souvent associée une mastoïde éburnée sans pneumatisation notable, le curetage de l'antro-mastoïdien et de la caisse s'impose et l'emporte en importance; aussi la chirurgie endaurale devient-elle la méthode de choix.

Le grand avantage postopératoire de cette technique c'est d'éviter toute déformation rétro-auriculaire, de simplifier les soins postopératoires, de favoriser l'arrêt complet de l'otorrhée et ainsi d'assurer une guérison plus certaine.

Valmore LATRAVERSE.

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

Réunion du 9 octobre 1951,

tenue à l'hôpital Saint-Luc.

Présidence du Dr Paul-René Archambault.

Biopsie gastrique par aspiration section.

Dr Paul TARTE.

M. Tarte passe en revue les différentes techniques de biopsie gastrique et mentionne les nombreux avantages qu'elle procure, tant au point de vue diagnostic que thérapeutique. L'une des meilleures méthodes de biopsie gastrique est la biopsie par aspiration section, à l'aide d'un gastroscope mobile à l'extrémité duquel se trouve des pinces et un aspirateur. Le matériel retiré est bien conservé et permet une étude adéquate des tissus.

L'urgence dans le diabète.

Dr Rosario ROBILLARD.

Monsieur Robillard passe également en revue les différents symptômes du diabète et insiste sur l'utilité de traiter immédiatement les malades se présentant en état de coma hyper et hypoglycémique. Dans les comas hyperglycémiques, de fortes doses d'insuline sont indiquées, ainsi qu'une surveillance attentive du malade. Les comas hypoglycémiques nécessitent également un traitement d'urgence afin de rétablir l'équilibre chimique dans l'organisme. L'administration de glucose à forte concentration a tôt fait de faire disparaître les symptômes.

La place du Syndrome de Meigs dans le différentiel des hydrothorax et des ascites.

Dr Jacques BERNIER.

Monsieur Bernier rapporte quelques cas ayant présenté un hydrothorax et de l'ascite. Les examens subséquents ont révélé chez ces malades la présence de tumeurs ovariennes. Quant à l'étiologie de ce syndrome, il reste encore inconnu. Le traitement consiste dans l'ablation de la tumeur et tout rentre dans l'ordre.

Une maladie nouvelle (?) : la pan-angéite diffuse nécrosante à évolution aiguë.

M. le professeur F. SIGUIER (Paris).

M. le professeur Siguier, après nous avoir remerciés chaleureusement de l'accueil qui lui a été fait parmi nous, nous expose brièvement une nouvelle maladie qu'il appelle la pan-angéite diffuse nécrosante. Les principaux symptômes consistent dans une infection atteignant les tissus cutanés; il se produit un genre de nécrose aux différents endroits de l'organisme, sans embolie ni œdème, ni atteinte viscérale. Chez le malade observé, tout est rentré dans l'ordre avec la vitamine B₁.

Quant à l'étiologie précise de cette maladie, elle est inconnue et ne semble pas avoir une origine bactérienne, car toutes les hémocultures sont revenues négatives.

* * *

Réunion du 23 octobre 1951,
tenue à l'Hôpital Général de Verdun.

Présidence du Dr Paul-René Archambault.

Méthode de diagnostic en gynécologie.

Dr Raoul GROULX.

Monsieur Groulx rappelle brièvement les différentes méthodes d'examen en gynécologie. Il insiste sur l'interrogatoire et un bon examen physique attentif avant d'avoir recours aux méthodes de laboratoire. En discussion, MM. Gauthier et Brais.

**Physiopathologie des anémies
hémolytiques.**

Dr René ARCHAMBAULT.

Monsieur Archambault mentionne les multiples facteurs étiologiques de ces anémies et explique succinctement les différents mécanismes d'hémolyse, tels que la différence de tension osmotique, les sels biliaires, l'incompatibilité sanguine. De plus, il explique les épreuves de laboratoire nécessaires pour mettre en évidence le facteur hémolytique. Le traitement conseillé, dans ces cas, se résume à l'exsanguinotransfusion.

**L'emploi de l'éther dans le traitement
des calculs résiduels du cholédoque.**

Dr J.-M. BOURQUE.

Un bon nombre de malades opérés pour lithiase biliaire représentent des calculs du cholédoque. Afin d'éviter une autre intervention, Pribram a suggéré l'emploi de l'éther comme solvant des calculs résiduels du cholédoque. L'éther est un solvant du cholestérol. La méthode consiste à introduire dans le tube en T un cathéter à double lumière et à y injecter 1 à 2 cc. d'éther plusieurs fois par jour. Ce traitement peut être poursuivi pendant plusieurs semaines. Monsieur Bourque présente trois cas où ce traitement fut un succès.

**Arthériographie cérébrale et hémorragie
cérébrale.**

Dr Fernand CHAREST

Monsieur Charest rappelle la méthode de Moniz pour l'opacification des vaisseaux du crâne et démontre l'utilité de cette méthode dans certains cas d'anévrysmes artério-veineux.

Monsieur Charest rapporte plusieurs cas où, grâce à l'arthériographie cérébrale, il a pu déceler la présence d'anévrysmes artério-veineux et opérer ces malades. Plusieurs malades ont pu recouvrer la santé grâce à cette intervention.

* * *

Réunion du 6 novembre 1951,
tenue à l'hôpital Notre-Dame.

Présidence du Dr Paul-René Archambault.

**Comment établir le diagnostic clinique
du diabète.**

Dr Robert LACHANCE.

Monsieur Lachance rappelle les principaux symptômes du diabète sucré, tels que baisse de la vue, diminution des forces musculaires, de l'intelligence, la polyphagie, le prurit et la polydypsie. Il mentionne que, dans les glycosuries rénales, l'insuline n'a aucun effet. L'hyperglycémie provoquée aidera au diagnostic différentiel. L'identification des sucres aidera à préciser le pronostic et le diagnostic.

**Notes préliminaires sur un nouvel
hémostatique.**

Dr Léopold MORRISSETTE.

L'anaroryl est un hémostatique efficace dans certains cas. Il agirait sur les fibres sympathiques périphériques à l'occasion d'un stimulus, en augmentant la sympathine E ou I. Ce produit s'accumule dans les tissus, a un effet latent d'environ 15 minutes, est éliminé par les urines et les intestins sous

forme d'Indol. Cette médication, employée dans 24 cas, n'a pas donné de résultats concluants.

Les leucémies aiguës chez l'enfant.

Dr Albert ROYER.

Monsieur Royer rappelle, à l'aide de transparents, la fréquence croissante de cette maladie, ainsi que sa principale symptomatologie. La leucémie aiguë demeure encore une maladie rare. Les thérapeutiques actuelles sont nulles.

Nouvelle technique de numération des globules blancs et de différenciation des éosinophiles.

Dr Albert BERTRAND.

Monsieur Bertrand a mis au point une nouvelle technique de numération des globules blancs en hémolysant les globules rouges et en lysant partiellement les blancs. Ceci permet un comptage plus facile des globules blancs et une étude morphologique plus facile.

Le secrétaire des séances,

Pierre MARION.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR J.-C. GÉLINAS (1873 - 1951)

La profession médicale de la Cité des Trois-Rivières apprenait, le 26 novembre dernier, le décès d'un de ses membres en la personne du docteur J.-C. Gélinas, à l'âge de 78 ans, après une longue maladie, soufferte en bon chrétien qu'il était, maladie qui l'avait forcé à se retirer de la pratique active de sa profession il y a six ans.

Né à Saint-Boniface-de-Shawinigan, Comté de Saint-Maurice, en 1873, il fit son cours classique au séminaire des Trois-Rivières et ses études médicales à l'Université Laval, où il décrochait, en 1898, le diplôme de médecin *summa cum laude*.

Il s'installa d'abord à Warwick (Arthabaska) (1 an), puis à Sainte-Eulalie (Nicolet) (1 an), et ensuite alla se fixer dans sa paroisse natale, Sainte-Boniface-de-Shawinigan, où il pratiqua 18 années. Enfin, en 1918, il vint s'installer dans la Cité des Trois-Rivières, dans le quartier Notre-Dame, dont il fut très vite le médecin de la plupart des familles. Il y exerça sa profession durant 27 années; mais son champ d'action ne tarda pas à déborder les limites de ce quartier pour s'étendre à toute la ville et même assez souvent dans les paroisses limitrophes.

Son bon renom et ses belles qualités attirèrent sur lui l'attention de ses concitoyens et on le retrouve, en 1921, membre du Conseil municipal des Trois-Rivières aux côtés de son estimable confrère le docteur Louis-Philippe Normand, alors maire de la ville. Il ne fit qu'un terme comme échevin. Il fut également président du Bureau médical de l'hôpital Saint-Joseph, des Trois-Rivières, ainsi que président de la Société médicale des Trois-Rivières, postes qu'il occupa avec dignité et une conscience éclairée des obligations qu'il avait assumées en acceptant ces charges.

Mais ce qui perpétuera sa mémoire au sein de la population trifluvienne, c'est sa belle réputation de médecin compétent, sagace, honnête et d'un dévouement illimité à sa nombreuse clientèle, à qui il prodigua ses soins assidus et attentifs, nuit et jour, durant les quarante sept années d'exercice de sa profession.

Une note distinctive de l'exercice de sa profession fut, sans conteste, sa grande bonhomie envers ses malades et sa charité proverbiale, car avec le docteur Gélinas, il n'était point question de clients fortunés ou miséreux; tous recevaient chez lui le même accueil et recevaient également les mêmes soins. Une autre marque distinctive de son beau caractère, c'est que lorsqu'il ne pouvait suffire à répondre aux nombreux appels de sa clientèle, il avait assez d'esprit confraternel pour diriger les clients auxquels il ne pouvait répondre vers des confrères dignes de sa confiance, plutôt que d'essayer de répondre à tous les appels en donnant une demi attention à ses malades. Sa charité fut bien mise en lumière durant les années de dépression qui avaient frappé sérieusement une grande partie de ses clients; ce fut toujours le sourire aux lèvres et le cœur largement ouvert qu'il répondait aux appels des familles éprouvées par la crise financière.

Durant son terme d'office comme échevin de la Cité des Trois-Rivières, avec son confrère le docteur L.-P. Normand, maire, il se fit le promoteur de l'établissement d'un Service de Santé pour la protection du public et l'ins-tauration dans la ville de meilleures conditions sanitaires au bénéfice de la population. Et en 1923, il accepta la charge de diriger une clinique pour nourrissons et d'assistance maternelle au Foyer Sainte-Claire, dans son quartier.

En bref, on peut dire du regretté disparu qu'il passa sa vie professionnelle à faire le bien sans bruit.

Au matin de ses funérailles, en l'église cathédrale, la population lui rendit un dernier hommage de reconnaissance.

Le docteur Gélinas laisse une nombreuse famille au sein de laquelle on trouve trois membres de la profession médicale: les doc-

teurs André Gélinas, de Saint-Hyacinthe, Guy Gélinas, des Trois-Rivières, et Georgette Gélinas, de Montréal, spécialiste en pédiatrie, ainsi qu'une garde-malade, Mlle Josephite Gélinas, au service de l'Unité sanitaire des Trois-Rivières.

A la famille du défunt *L'Union Médicale du Canada* présente ses plus vives sympathies.

Omer-E. DESJARDINS, D.H.P.

NOUVELLES

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

La Société Médicale de Montréal a procédé, lors de la séance du 18 décembre 1951, tenue à l'Hôtel-Dieu, aux élections de son exécutif pour l'année 1952.

Le docteur Paul Robert, de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital des Vétérans, a été élu président. Les docteurs Henri Charbonneau, de l'hôpital Pasteur, et René Rolland, de l'hôpital Notre-Dame, ont été choisis comme vice-présidents. Le secrétaire général sera le docteur Paul Dumas, et le docteur Pierre Marion agira comme trésorier. Le docteur Pierre Turgeon a été choisi comme secrétaire des séances. Le docteur Paul-René Archambault, président sortant de charge, devient conseiller.

Laurier, secrétaire des séances: le docteur P. Landry, assistant-secrétaire des séances: le docteur André Mackay.

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

La Société de Gastro-entérologie a tenu récemment une séance à l'hôpital Notre-Dame, sous la présidence du docteur Paul Letendre. Au programme: Cancer primitif de l'iléon. — Présentation de cas. — Docteurs Marcel Lamoureux et J.-P.-M. Ricard Polypose recto-colique, avec présentation de malades. — Docteur Yves Chaput.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH DES TROIS-RIVIÈRES

Le docteur Jean-Jacques Garneau a été élu président du bureau médical de l'hôpital Saint-Joseph des Trois-Rivières pour l'année 1952. Les autres officiers sont: le docteur C.-E. Lamoureux, vice-président; le docteur Maurice Campbell, secrétaire; le docteur Marc Allen, trésorier. Le docteur J.-A. Tétrault a été nommé délégué du bureau médical auprès du comité exécutif.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GRANBY

La Société Médicale de Granby a procédé, récemment, à l'élection de ses officiers pour 1952. Le docteur Simon Brunelle a été élu président; le docteur J.-E. Martineau, de Saint-Césaire, a été choisi comme vice-président, et le docteur Conrad Saint-Jean a été réélu secrétaire-trésorier.

NOMINATION À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

L'hôpital Sainte-Justine vient de faire connaître que le docteur Loyola Perras a été nommé directeur du service d'anesthésie de cet hôpital.

BUREAU MÉDICAL DE SAINTE-JUSTINE

Le bureau médical de l'hôpital Sainte-Justine vient de désigner le docteur Willie Major comme son président pour l'année 1952. Le docteur Major est secrétaire-trésorier de l'Association des Bureaux médicaux de la Province de Québec.

NOUVEL EXÉCUTIF DE LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE

Au cours de sa dernière réunion, tenue en l'Institut Bruchési, la Société de Phtisiologie de Montréal a élu l'exécutif suivant:

Président: le docteur Jean-Louis Pilon, vice-président: le docteur Jules Prévost, secrétaire général: le docteur J.-J. Laurier, trésorier: le docteur Ruben

MÉDECINS ÉLUS À L'A. C. F. A. S.

On nous informe qu'à la dernière assemblée générale de l'Association Canadienne-Française pour l'Avancement des Sciences, le docteur Wilbrod Bonin, professeur d'histologie et doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, a été élu premier vice-président de cette Association, et que le docteur Carlton Auger, professeur d'anatomie pathologique à l'Université Laval de Québec, a été élu conseiller.

LE CENTRE MÉDICAL CLAUDE-BERNARD

Nous retrouvons dans les colonnes publicitaires des journaux quotidiens de Montréal l'avis suivant:

AVIS PUBLIC

Avis est par les présentes donné que Fernand Grégoire, médecin de la cité de Montréal, Albert Doyon, économiste de Ville Mont-Royal, Marius Doye, ingénieur, et Marcel Piché, avocat, Conseil en Loi du Roi, tous deux de la Cité d'Outremont, Louis-Philippe Plamondon, industriel de la cité de Québec, s'adresseront à la législature de Québec, à sa présente session, pour demander l'adoption d'une loi les constituant en corporation avec toutes autres personnes qui pourront dans l'avenir faire partie de la dite corporation sous le nom de « Centre Médical Claude-Bernard Medical Centre », avec pouvoirs d'acquérir certains biens meubles et immeubles et d'établir, maintenir, administrer et développer un hôpital avec clinique de diagnostic pour patients ambulants et hospitalisés et un institut de recherches avec les services et œuvres connexes, et d'exercer en plus tous les droits et privilèges ordinaires des corporations civiles.

Montréal, le 27 novembre 1951.

Le procureur des pétitionnaires,
Marcel Piché, C.R.

RÉUNION DE LA SECTION DE RHUMATOLOGIE

La section de rhumatologie de la *Montreal Medico-Chirurgical Society* a tenu une séance à l'Hôtel-Dieu de Montréal le 11 décembre 1951.

Au programme, on notait: Les aspects chirurgicaux de l'arthrite de la hanche, par le docteur Roger Gariépy.

Présentation de malades par les docteurs Roland Dussault et Jacques Durivage.

LE DOCTEUR PAUL MARCHILDON ÉLU AU COLLÈGE INTERNATIONAL DES CHIRURGIENS

On nous communique que lors de son assemblée annuelle, tenue à Chicago, au Palmer House, le Collège International des Chirurgiens a admis le docteur Paul Marchildon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, dans les rangs de ses membres associés (*fellows*).

SOUTENANCE DE THÈSE PAR LE DOCTEUR CLAUDE FORTIER

Jeudi, le 20 décembre 1951, le docteur Claude Fortier a soutenu, à la Faculté de Médecine, une

thèse pour l'obtention d'un doctorat (Ph.D.) en médecine et chirurgie expérimentales. Le sujet de la thèse portait sur: *La régulation de la fonction corticotrophique*.

LE DOCTEUR J.-P.-M. RICARD, ÉLU PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

A la séance du 4 décembre 1951, tenue à l'hôpital Saint-Luc, sous la présidence du docteur Charles Lefrançois, la Société de Chirurgie de Montréal a procédé au choix de ses officiers pour l'année 1952. Ce sont: président: le docteur J.-P.-Maurice Ricard, de l'hôpital Notre-Dame; vice-président: le docteur Calixte Favreau, de l'hôpital Sainte-Justine; secrétaire général: le docteur Albert Couturier, de l'hôpital Saint-Luc; trésorier: le docteur Gérard Rolland, de l'hôpital de Saint-Laurent; archiviste: le docteur Guy d'Argencourt, de l'hôpital Sainte-Croix de Drummondville, et secrétaire des séances: le docteur Lucien Julien, de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE L'EST

L'Assemblée générale de l'Association des Médecins de l'Est de Montréal a eu lieu mardi le 11 décembre 1951, au club Canadien. Le docteur Origène Dufresne fit une conférence intitulée: *La bombe atomique et ses effets*.

THÈSE DU DOCTEUR PAOLA S. TIMIRAS

Jeudi, le 20 décembre 1951, a eu lieu, à la Faculté de Médecine, la soutenance de thèse de Madame Paola S. Timiras, docteur en médecine, pour l'obtention d'un doctorat (Ph.D.) en médecine et chirurgie expérimentales. Le sujet de la thèse se lisait: *Phagocytosis and the Hypophysis-Adrenocortical System*.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de Chirurgie de Montréal a tenu sa séance de décembre conjointement avec la Société Médicale. La réunion s'est tenue le 4 décembre 1951 à l'hôpital Saint-Luc sous la présidence des docteurs Paul-René Archambault et C. Lefrançois.

Le programme comportait les communications suivantes:

Péritonite aiguë — par le docteur Marcel Lamoureux.

Traumatismes abdominaux — par le docteur Laurent Archambault.

Hémorragies intrapéritonéales — par le docteur Gérard Saint-Onge.

Occlusions intestinales — par le docteur René Roux.

AGRANDISSEMENT DE L'HÔPITAL SAINTE-JEANNE-D'ARC

Les premiers travaux viennent d'être entrepris pour l'agrandissement de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc de Montréal. Ayant la forme d'un L renversé, l'hôpital aura façade sur la rue Saint-Urbain. Le projet comprend présentement sept étages, mais il y a prévision pour trois étages supplémentaires. Le nombre de lits nouveaux sera de 150.

L'HÔTEL-DIEU DE CHICOUTIMI S'AGRANDIT

Le pavillon des spécialités de l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi est en bonne voie d'édification. Cette nouvelle construction coûterait près de deux millions.

L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL

Les journaux quotidiens nous font part de la nouvelle suivante venant de Lachute:

« D'après un avis publié dans la *Gazette officielle* de Québec, l'abbé Léon Clément, curé de la municipalité de Chatham, MM. Gilbert E. Ayers, industriel de Lachute Mills, et Roger Régimbal, directeur du personnel des usines de Ayers Limited, s'adressent à la législature du Québec par bill privé pour l'adoption d'une loi incorporant les pétitionnaires et leurs successeurs en corporation sous le nom de « L'Hôpital d'Argenteuil » et octroyant à la dite corporation les droits et pouvoirs aux fins d'opérer, administrer et développer son hôpital général avec services de médecins, chirurgie, obstétrique, orthopédie, pharmacie, dispensaires, laboratoires, clinique d'expérimentation et de recherches scientifiques, maisons de gardes-malades, quartiers de médecins et école de gardes-malades étudiantes et postgraduées. »

L'hôpital actuel de la « Providence » ne répondant plus aux besoins de la population, la situation se fait de plus en plus urgente. C'est pourquoi le nouvel hôpital sera doté de 75 lits et de tous les services médicaux modernes.

Selon toute apparence, les travaux débiteront dès le printemps. Le nouvel hôpital sera érigé dans la paroisse Saint-Julien-de-Lachute Mills.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL DE SAINT-JEAN

Le docteur Roméo Marcoux a été réélu président du bureau médical de l'hôpital de Saint-Jean. Les autres élus sont les docteurs Philippe Savoie, vice-président, et Réal Kéroack, secrétaire.

CONGRÈS RÉGIONAL DU COLLÈGE AMÉRICAIN DE CHIRURGIE

L'*American College of Surgeons* tiendra au Château Frontenac de Québec, les 18 et 19 février 1952, un congrès régional très important.

Ce congrès de l'*American College of Surgeons* ouvrira la série des congrès qui doivent avoir lieu à Québec en 1952 en l'honneur du centenaire de l'Université Laval.

Les séances se tiendront le matin dès 8 heures, il y aura alors présentation de films scientifiques.

A 9.30 heures a.m. commenceront des conférences médicales qui, interrompues à midi, se continueront dans l'après-midi de 2 à 5 heures. Chaque après-midi, de 1.15 à 2 heures, il y aura présentation de films médicaux.

Le 18 au soir aura lieu le dîner où nous aurons l'occasion d'entendre des représentants du Gouvernement, de l'Université et du Collège.

Au dîner du 18, tous peuvent s'inscrire, et les dames sont particulièrement invitées.

Le 18, de 8.30 à 10 heures p.m., aura lieu un symposium sur le cancer.

Le programme scientifique a été préparé par un comité local avec le concours du Directeur de l'A.C.S.

Le Comité d'organisation, sous la présidence du docteur Paul-A. Poliquin, de Québec, et la vice-présidence du docteur Newell W. Philpott, de l'hôpital Royal Victoria de Montréal, se compose: du professeur Gavin Miller, vice-président de l'A. C. S.; des docteurs Wilbrod Bonin, G. Lyman Duff et Charles Vézina, respectivement doyens des Facultés de Médecine de l'Université de Montréal, de l'Université McGill et de l'Université Laval; des professeurs J. S. L. Browne, Archibald D. Campbell, R. R. Fitzgerald, Charles Lefrançois, Dudley E. Ross, tous de Montréal; des professeurs Wilfrid Caron, François Roy et F.-X. Demers, de Québec; des docteurs Roland Cauchon et Antoine Pettigrew, de Québec.

La conférence hospitalière très importante et faisant partie de ce congrès est sous la présidence du docteur Gilbert Turner, directeur médical de l'hôpital Royal Victoria de Montréal, et sous la vice-présidence du docteur Renaud Lemieux, surintendant médical de l'hôpital du Saint-Sacrement, de Québec.

De nombreuses personnalités médicales seront présentes et feront des travaux médicaux qui seront d'ordre essentiellement pratique. Bien que la grande majorité de ces travaux au programme doivent être faits en langue anglaise, il y aura plusieurs présentations en langue française.

Voici un résumé du programme qui est forcément donné en langue anglaise:

Monday, February 18th, 1952

8.00-9.30 a.m. — Medical Motion Pictures:

- a) Radical Resection for Carcinoma of the Stomach.
- b) Surgical Approaches to the Knee Joint.
- c) Polyps of the Large Intestine.

9.30-12.00 noon.

Professor Paul-A. Poliquin, Québec City;
Presiding.

9.30-10.30 a.m. — Papers.

- a) Exentération partielle et totale du bassin pour le cancer avancé. (To be delivered in French) — Dr. Alexander Brunchwig, New York.
- b) Management of Dangerous Thyroid Nodules. — Doctor Merrill N. Foote, Brooklyn.
- c) Problems in Diagnosis and Treatment of Benign Mediastinal Tumors. — Doctors Gustaf E. Linkskog, New Haven, William H. Carmalt, Yale University School of Medicine.

10.30-12.00 noon — Panel Discussion.

Diagnosis and Treatment of Breast Tumors.

Moderator: Professor Robert M. Janes, Toronto.

Collaborators: Professors Carlton Auger, Québec City, Jean Bouchard, Montreal, Herbert Willy Meyer, New York.

1.15-2.00 p.m. — Medical Motion Pictures.

- a) Parotidectomy.
- b) Carcinoma of the Thyroid, Thyroidectomy and Neck Dissection.

2.00-5.00 p.m. —

Professor J.-L. Petitclerc, Québec City;
Presiding.

2.00-3.25 p.m. — Panel Discussion.

Intestinal Obstruction.

Moderator: Doctor Roswell K. Brown, Buffalo.

Collaborators: Professor W. Alan Curry, Halifax;

Doctor Campbell Gardner, Montreal; Professor François Roy, Québec City; Doctor Roger E. Weismann, Hanover.

3.35-5.00 p.m. — Symposium on Trauma.

a) Internal Derangement of the Knee Joint. — Doctor H. Gurth Pretty, Montreal.

b) Injuries to the Bladder and Genitalia. — Doctor John T. MacLean, Montreal.

c) The use of Blood Substitutes in the Treatment of Shock. — Doctor Lamar Soutter, Boston.

6.00-7.45 p.m. — Dinner.

Professor Paul-A. Poliquin, Québec City;
Presiding.

Your College: What It Means to You and to Me. — Doctor Paul R. Hawley, Chicago.

An Address by His Excellency The Honorable Gaspard Fauteux.

8.30-10.00 p.m. — Symposium on Cancer.

Doctor Ernest M. Daland, Boston,
Presiding.

a) The Problem of the Adenoma of the Colon and Rectum. — Doctor R. B. Turnbull, Cleveland.

b) Pain Relief in Cancer. — Doctor Jean Sirois, Québec City.

Tuesday, February 19th, 1952

8.30-9.30 a.m. — Medical Motion Pictures.

- a) Excision of Thyro-Glossal Fistula.
- b) Radical Mastectomy for Carcinoma of the Breast.

9.30 a.m.-12.00 noon.

Professor G. Gavin Miller, Montreal,
Presiding.

a) Ruptures of the Rotator Cuff. — Doctor H. F. Moseley, Montreal.

b) Recent Advances in Surgery of Pulmonary Tuberculosis. — Professor Richard H. Overholt, Brooklyn.

c) Accidents in Gallbladder Surgery. — Professor Warren H. Cole, Chicago.

d) Les accidents au cours de la Chirurgie Pelvienne. — (To be delivered in French.) — Professor Louis E. Phaneuf, Boston.

e) The Present Status of Surgical Treatment of Peptic Ulcer. — Doctor Samuel F. Marshall, Boston.

1.30-2.00 p.m. — Medical Motion Picture.

Splenectomy in the Treatment of Hypersplenism.

2.00-5.00 p.m. — Panel Discussions.

Professor Charles Vézina, Québec City,
Presiding.

a) Emergencies Arising during Operation.

Moderator: Doctor Samuel F. Marshall, Boston.

Collaborators: Doctor Eugene E. Clifton, New

Haven; Professor André Jacques, Québec City;

Doctor David R. Murphy, Montreal.

b) Bleeding from the Gastrointestinal Tract.

Moderator: Professor John D. Stewart, Buffalo.

Collaborators: Doctor Eugene E. Clifton, New Haven; Professor Charles Lefrançois, Montreal; Doctor Harry S. Morton, Montreal; Doctor Dudley E. Ross, Montreal.

Ce congrès est ouvert à tous les médecins qui désirent s'y inscrire. L'inscription est gratuite pour les membres du Collège; les médecins qui n'en sont pas membres auront un droit de \$5.00 à payer.

Messieurs les Internes et Résidents des hôpitaux de la province de Québec sont invités à assister aux séances et pourront être inscrits sans frais sur simple présentation de leur carte de créance. Pour tous renseignements supplémentaires, s'adresser au secrétaire, le docteur Wilfrid Caron, 22, Place d'Aiguillon, Québec.

PROJET D'UN SERVICE DE DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Monsieur le Rédacteur,

Les Anomato-pathologistes de la Province de Québec se sont groupés en Association dans le but de promouvoir et de maintenir un standard élevé de pratique médicale dans la Province.

En relation avec cet objectif de notre Association, le besoin d'un service d'examen histologique systématique des biopsies et des pièces chirurgicales, dans les limites de la Province, a été l'une de nos principales préoccupations. Comme le mentionnent les résolutions ci-jointes, cette nécessité a été reconnue par la Société Canadienne du Cancer, par l'Association des Bureaux Médicaux de la Province de Québec, par l'Association des Médecins de Langue Française du Canada et par nombre d'hôpitaux de la Province de Québec. Une fois établis, de tels services amélioreraient la qualité de la pratique médicale et seraient d'un grand bénéfice au public.

En considération de ces faits, l'Association des Anomato-pathologistes de la Province de Québec a nommé un comité spécial chargé de lui faire rapport de la situation exacte et d'émettre une opinion quant aux moyens à prendre en vue de résoudre ce problème.

Ces résolutions ainsi que ce projet de service ont été adoptés à la dernière assemblée de l'Association des Anomato-pathologistes de la Province de Québec dont vous trouverez ci-jointe une copie.

L'Association vous serait reconnaissante de bien vouloir insérer dans votre journal et cette lettre et ces résolutions.

Bien à vous,

M. B. Mackenzie, M.D.,

Secrétaire-Trésorier

Association des Anomato-pathologistes
de la Province de Québec.

* * *

Troisième Assemblée spéciale du Comité d'Affaire de l'Association des Anomato-pathologistes de la Province de Québec, samedi 24 février 1951.

1.—ATTENDU que l'examen anatomopathologique systématique des pièces chirurgicales est reconnu comme indispensable à l'obtention et au maintien d'un standard élevé de pratique médicale;

2.—ATTENDU qu'aucun stage d'internat dans un hôpital dépourvu d'un tel service d'examen systématique des pièces chirurgicales n'est reconnu par l'Association Médicale Canadienne et par l'American College of Surgeons;

3.—ATTENDU qu'il a été démontré par enquête que, dans la province de Québec les pathologistes compétents et reconnus sont trop peu nombreux pour desservir sur place tous les hôpitaux de la province;

4.—ATTENDU que cette situation persistera durant les années nécessaires au recrutement et à la formation d'un nombre suffisant de pathologistes;

5.—ATTENDU qu'un service de biopsie et d'examen systématique du matériel chirurgical est instamment réclamé par: La Société Canadienne du Cancer, l'Association des Bureaux Médicaux de la Province de Québec; le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec; l'Association des Médecins de Langue Française du Canada; et par nombre d'hôpitaux dépourvus de pathologistes;

6.—ATTENDU que l'Association des Anomato-pathologistes de la Province de Québec désire 1) contribuer au progrès médical de la province; 2) venir en aide le plus tôt possible aux hôpitaux, aux médecins et au public, en facilitant l'examen systématique des pièces chirurgicales;

7.—ATTENDU que l'Association des Anomato-pathologistes, en vertu de sa charte d'incorporation sous la Loi des Syndicats professionnels, est investie de la personnalité civile, qu'elle possède en particulier les pouvoirs de créer et d'administrer des bureaux de renseignements pour les offres et les demandes de travail ainsi que de « passer avec tous autres syndicats, sociétés, entreprises, ou personnes les contrats ou conventions relatives à la poursuite de cet objet ».

IL EST RÉSOLU par l'Association des Anomato-pathologistes, de la Province de Québec d'organiser un service central d'examen des biopsies et des pièces chirurgicales. Cette résolution est adoptée avec l'entente que tout hôpital d'environ deux cents lits ou plus, qui usera du privilège de ce service devra prendre également, sans délai, les mesures appropriées afin de s'assurer les services d'un pathologiste compétent pour prendre charge de leur propre service de pathologie.

Tel qu'indiqué dans la lettre ci-jointe, l'Association des Anato-pathologistes de la Province de Québec a étudié et approuvé à sa dernière assemblée annuelle ces résolutions. En vue de la réalisation des services projetés, le Comité qui a présenté cette motion y a également annexé un plan d'application pratique. Ce plan a également reçu l'approbation de l'Association des Anato-pathologistes de la Province de Québec, après étude approfondie, au cours de sa dernière assemblée annuelle.

IV^e CONGRÈS INTERAMÉRICAIN DE CARDIOLOGIE

Organisé sur l'initiative de la Société Interaméricaine de Cardiologie par la Société Argentine de Cardiologie, sous le haut patronage du Gouvernement de la Nation, le IV^eème Congrès Interaméricain de Cardiologie aura lieu à Buenos Aires du 1 au 7 septembre 1952. La séance d'ouverture du Congrès aura lieu le dimanche 31 août 1952. Ceux qui désireront participer comme membres titulaires devront solliciter leur inscription avant le 1er avril 1952, et paieront un droit de \$250 m/n. Les parents qui désireront s'inscrire comme membres adhérents paieront un droit de \$100 m/n.

Les membres qui voudront faire des communications devront envoyer avant le 1er avril 1952, et par l'intermédiaire de la Société Nationale de Cardiologie à laquelle ils appartiennent, un résumé de chaque travail qui ne devra pas excéder 200 mots, rédigé si possible en espagnol, portugais, anglais ou français.

Toute la correspondance doit être adressée au Secrétariat Administratif du Congrès, rue Larrea 1132, Buenos Aires.

CROISIÈRE "BRUXELLES-MÉDICAL" (Pâques 1952)

L'Espagne — Les Baléares — Madère
— Les Canaries.

Tous ceux — et ils sont fort nombreux — qui s'intéressent aux initiatives de « Bruxelles-Médical », seront heureux d'apprendre que notre confrère belge, reprenant la tradition d'avant-guerre, a décidé, en accord avec la Compagnie des Messageries Maritimes, d'organiser, aux vacances de Pâques prochaines, une croisière à Madère et aux Canaries, comportant également des escales en Espagne, aux Baléares et au Maroc.

Cette croisière, d'un intérêt considérable, s'effec-

tuera à bord du paquebot de luxe « Champollion », magnifique navire de 16 000 tonnes, bien connu des habitués de nos croisières, qui, après avoir contribué, pendant la guerre, à la victoire des Alliés, a subi des transformations telles qu'il peut être considéré, indiscutablement, comme l'un des plus beaux navires de la flotte de commerce française actuelle.

La croisière du « Champollion » partira de Marseille le 5 avril à 16 heures pour rentrer dans le même port le mardi 22 avril.

L'itinéraire sera le suivant:

Marseille — Barcelone — Palma de Majorque — Tanger — Cadix (pour Séville) — Madère (Funchal) — Santa Cruz de Ténériffe — Las Palmas — Casablanca — Marseille.

Quant aux prix, qui comprennent tous les frais de Marseille à Marseille, exception faite des pourboires à bord, de la boisson dans les hôtels à terre et des dépenses personnelles, ils s'échelonnent de £ 120 en classe intermédiaire à £ 145 en classe touriste et £ 300 en cabine de grand luxe. Il y a en première classe des cabines à deux couchettes à £ 185 par personne.

NOMINATIONS NOUVELLES

Monsieur M. H. McCrady, B.Sc., chef des Laboratoires à la Division des Laboratoires du Ministère de la Santé de la province de Québec, vient d'être élu vice-président de l'Association Américaine de la Santé Publique, lors du congrès de San Francisco, du 29 octobre au 2 novembre 1951. Cette distinction honore les 40 ans de bons services fournis pour le titulaire à la cause de l'hygiène publique dans la Province de Québec.

Lors du même congrès, le docteur Maurice Saint-Martin, bactériologiste-en-chef, et M. J.-M. Duranleau, B.Sc., bactériologiste adjoint du laboratoire de Diagnostic Bactériologique, ont reçu le titre de *fellow* de l'Association Américaine de la Santé Publique.

AUX MÉDECINS DU CANADA

Cher Docteur,

Au mois de septembre 1946, tous les règlements établis en vertu de la Loi des mesures de guerre et se rapportant aux stupéfiants ont été annulés et certaines modifications ont été apportées à la Loi de l'opium et des drogues narcotiques. L'annulation de tels règlements qui, il va sans dire, n'ont été édictés que comme mesures d'urgence durant les années de guerre, empêchait automatiquement les pharmaciens détaillants de fournir de la codéine ou

des préparations codéinées à tout individu à moins que ce dernier ne soit en possession d'une commande convenablement signée et datée par un médecin dûment enregistré. La seule exception à cette règle s'applique aux composés codéinés, achetés comme tels par les pharmaciens, et visés par la catégorie mentionnée à l'article 8 de la Loi, savoir un huitième de grain de codéine par comprimé ou capsule, et au plus un tiers de grain par once liquide dans le cas de préparations liquides, lorsque ces préparations sont combinées avec d'autres ingrédients médicinaux en proportion convenable.

Au cours des récents mois, certains pharmaciens se sont plaints spécifiquement, et l'Association pharmaceutique canadienne a également signalé l'affaire au Ministère, que nombre de médecins insistaient pour transmettre par téléphone leurs ordonnances de stupéfiants aux pharmacies. Par ailleurs, dans plusieurs cas, on a demandé spécifiquement que la médication soit livrée au malade avant qu'une ordonnance écrite ne parvienne au pharmacien. Les pharmaciens qui remplissent des ordonnances de cette nature, données au téléphone commettent réellement une offense vu qu'ils enfreignent les dispositions de l'article 5 de la Loi de l'opium et des drogues narcotiques.

De plus, il a été signalé au Ministère que certains médecins, informés par les pharmaciens que les ordonnances de stupéfiants communiquées par téléphone ne pouvaient légalement être exécutées, ont parfois menacé ces derniers d'envoyer leurs ordonnances vers d'autres voies si l'on n'acceptait pas les ordonnances qu'ils commandaient par téléphone. Dans de telles circonstances, le ministère de la Justice a déclaré que « le médecin se rendrait partie à une infraction et coupable d'infraction en vertu de l'article 69 du Code criminel » relativement à l'aide, à la complicité et au conseil.

Si donc, à l'avenir, un membre de la profession médicale délivre une ordonnance convenablement signée et datée chaque fois qu'il trouve nécessaire de prescrire une médication narcotique, y compris la codéine, dans l'exercice de sa profession, non seulement aidera-t-il le Ministère à maintenir la régulation des stupéfiants à un niveau élevé, mais il se rendra également bien utile aux pharmaciens détaillants qui doivent dispenser de telles ordonnances. Comme médecin, vous devez vous rappeler que lorsque vous demandez à un pharmacien d'accepter et de livrer une médication narcotique à un malade sans tout d'abord fournir au pharmacien une ordonnance convenablement signée et datée, vous lui demandez d'enfreindre les dispositions de la Loi de l'opium et des drogues narcotiques et une telle action pourrait fort bien causer des ennuis au médecin comme au pharmacien.

Votre entière collaboration à cet égard sera hautement appréciée.

Votre tout dévoué,
Le Directeur du Bureau des stupéfiants,
K. C. Hossick.

L'INSTITUT BRUCHÉSI DE MONTRÉAL Une ordonnance de phtisiologie en 1830.

(Extrait de la "Presse Médicale"
d'octobre 1951.)

M. Charles, qui a, depuis quelques mois, une phtisie pulmonaire occasionnée par un catarrhe bronchique, continuera de vivre sobrement, et uniquement de choses liquides et adoucissantes telles que les laits de poule, soupes maigres, clairs de riz ou de gruau d'orge ou d'avoine; les gaudes de maïs, la purée de lentilles, les panades légères, le vermicelle, la grièche, le sagou, la fécule de pommes de terre, le salep de tapioca, etc. On pourra lui donner un bouillon de veau de 3 jours en 3 jours, à midi. Il peut user de quelques confitures douces, ou quelques bons fruits bien mûrs tels que les cerises. Mais avec tous, peu de pain, car il vaut mieux manger celui-ci en panade qu'à la main.

Les choses lourdes, grasses, salées et échauffantes ne conviennent pas, surtout pendant qu'il y a de la fièvre.

Le lait pur ne convient pas en ce moment, mais on peut en reblanchir les aliments qui le comportent, tels que les clairs de riz, gruaux d'orge, etc.

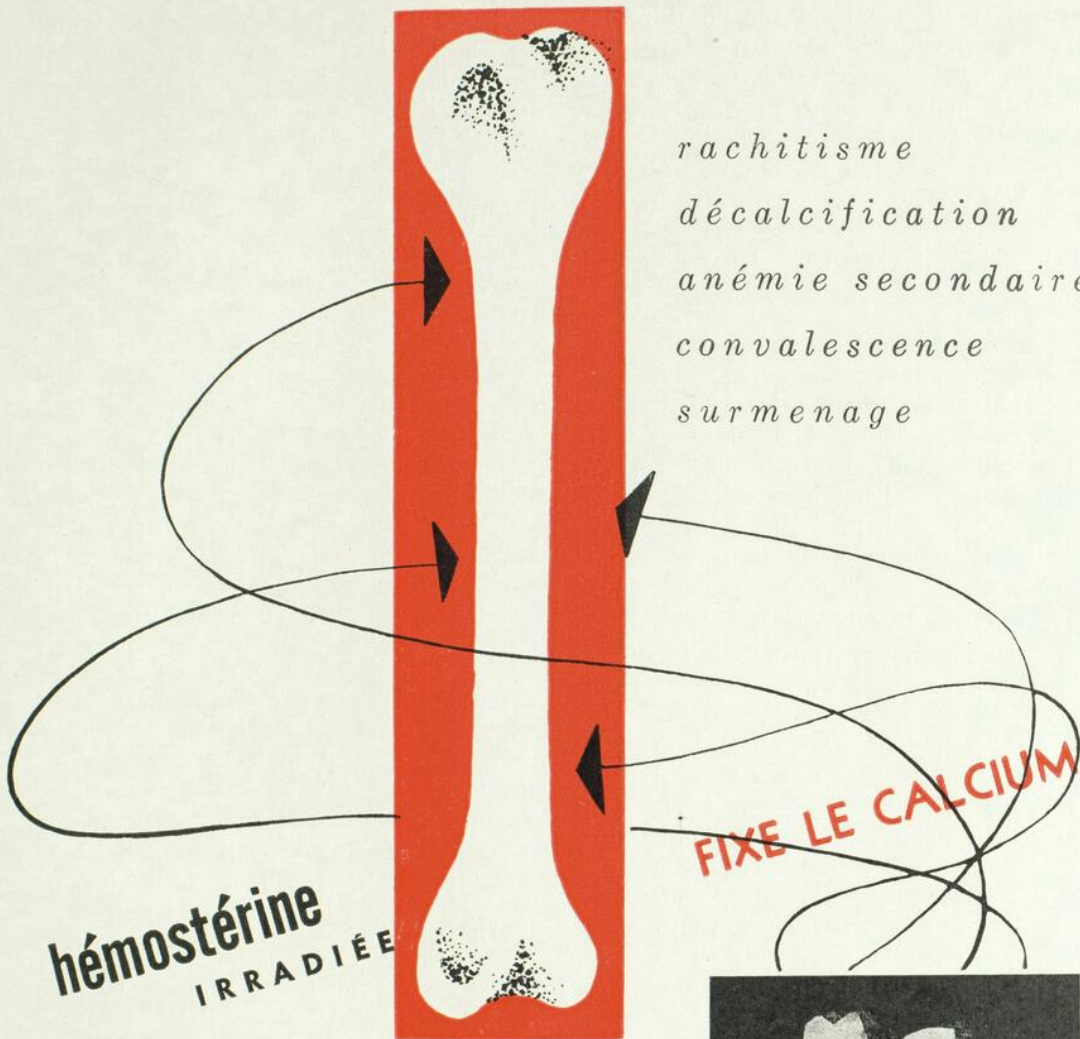
M. Charles continuera de boire habituellement l'infusion de feuilles de chicorée, édulcorée tantôt avec du miel, tantôt avec de la racine de réglisse. Il la boira ordinairement douce, c'est-à-dire ni chaude ni froide. Il la boira abondamment, afin de combattre la fièvre et de diminuer un peu l'énergie de l'estomac. Il la prendra un peu tiède lorsque la toux est quinteuse. De cette manière, elle lui tiendra lieu d'infusion de fleurs pectorales ou de looch.

Le matin à jeun, il prendra 6 cuillerées de jus de cresson, ou de feuilles de chicorée, en alternant de huit en huit jours, qu'il délayera dans une tasse de petit lait cru, tiède; il prendra ensuite quelques tasses de celui-ci, si l'estomac le supporte facilement.

Lorsque la toux est quinteuse, il prendra le jus de feuilles de chicorée préférablement à celui de cresson.

Dans le milieu de la matinée, il prendra une cuiller à thé de syrop de baume de tolu, tout pur, ou délayé dans un peu de tisane.

Lorsqu'il en aura usé ainsi encore pendant une dizaine de jours, on le suspendra pour prendre, en place, une cuillerée ordinaire d'eau de chaux dans une tasse de lait cuit. Il ne prendra de cette eau de

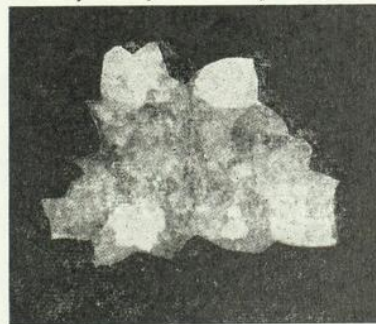


rachitisme
décalcification
anémie secondaire
convalescence
surmenage

FIXE LE CALCIUM

hémostérine
 IRRADIÉE

récalcifiant
hématogène
tonifiant



FORMULE

Chaque cc. contient:

Vitamine D	66 U.I.
Hématies (extrait désalbuminé)	44 mg.
Thymus, extrait hydro-alcoolique correspondant en organe frais à ..	110 mg.
Surrénales, extrait hydro-alcoolique correspondant en organe frais à ..	22 mg.
Chlorure de calcium	2.2 mg.
Glycérophosphate de fer	1.1 mg.
Vitamine B ₁	0.03 mg.
Niacinamide	1.0 mg.
Excipient	Q.S.

Elixir en flacon de 180 cc.

ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE

chaux que pendant une quinzaine de jours pour revenir alors à l'eau de chaux comme il est dit ci-devant, et continuera ainsi alternativement.

On prendra un bol de térébentine de la grosseur d'une noisette, le matin à jeun, de quatre en quatre jours, on l'enveloppera avec un peu d'hostie mouillée.

On entretiendra le vésicatoire jusqu'à ce que le cautère soit bien établi.

Dans la soirée, Monsieur prendra une demi-tasse d'infusion de fleurs d'hypérienne ou millepertuis. Il pourrait en prendre encore autant la nuit s'il ne dort pas.

Enfin, on lui fait observer de nouveau que la plus légère répercussion de la transpiration suffit pour renouveler la toux et la rendre quinteuse et par conséquent augmenter la fièvre. Il est donc bien important, non seulement d'être bien habillé, mais encore d'éviter le froid, l'humidité froide et surtout les courants d'air; également, il faut éviter la poussière, les mauvaises odeurs, par crainte d'exciter la toux. Il se rappellera que l'air de la chambre doit être habituellement de 10 à 12 degrés de chaleur.

Besançon, le 22 juin 1830.

Signé:Jeaubr..... (?)

Addendum daté du 3 juillet:

Puisque M. Charles ne va pas facilement du ventre, il prendra un lavement d'eau tiède de deux jours l'un. Egalement, puisqu'il y a une amélioration notable dans les symptômes de la maladie, on peut lui permettre une cuillerée ordinaire de vin cuit et sucré de trois jours en trois jours. Il le mélangera avec 3 ou 4 cuillers de sa tisane, ou de son bouillon de veau, ou de raves et de carottes. Si la fièvre paraissait plus forte, on suspendrait cette petite quantité de vin.

SUBVENTION FÉDÉRALE À DES HÔPITAUX DE SHERBROOKE ET DU CAP-DE- LA-MADELEINE.

L'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce qu'on a

accordé des subventions fédérales d'hygiène, au montant de \$276,000, à la Société de Réhabilitation Inc., de Sherbrooke (P.Q.) et à l'hôpital Cloutier, du Cap-de-la-Madeleine, afin d'aider aux frais de construction de nouveaux édifices.

La Société de Réhabilitation, fondée en 1943, tient une maison pour enfants arriérés, infirmes, tuberculeux et assistés. On y hospitalise plus d'un millier d'enfants par année. De ce nombre, cinq cents, chaque année, sont suffisamment rétablis pour recevoir leur exéat et reprendre leur place dans la collectivité. La Société a des écoles élémentaires et industrielles pour garçons et filles. Elle a deux fermes où l'on enseigne l'agriculture aux garçons. Un médecin consacre tout son temps au service médical. La Société tient aussi un centre psycho-social qui, l'an dernier, a reçu plus 200 nouveaux cas de maladies mentales que des parents, des membres du clergé, des médecins, des écoles et des agences sociales lui avaient confiés. Un psychiatre, assisté d'un psychologue et d'un travailleur social, donne les traitements.

La subvention fédérale accordée à la Société est versée en faveur de l'école Rockmount, à Sherbrooke même, et à deux dortoirs pour garçons, situés dans la section de Notre-Dame-du-Lac de la Société. Ces trois immeubles sont, à l'heure actuelle, en opération. Mais, étant donné qu'une partie des travaux de construction a été terminée après l'inauguration, en 1948, des subventions fédérales à l'hygiène, on a approuvé une subvention de \$137,000 en faveur de cette partie des travaux.

Le nouvel hôpital du Cap-de-la-Madeleine, construit et dirigé par les Sœurs Grises, a assez d'espace pour installer 102 lits pour maladies aiguës, une pouponnière de 12 moisées, 21 lits pour malades atteints d'affections chroniques, ainsi que des services modernes de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de radiographie et de physiothérapie. Il desservira le Cap-de-la-Madeleine et la région environnante du comté de Champlain. La subvention fédérale s'élèvera à \$139,000.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

Des examens pour le diplôme d'associé (Fellow) en médecine (F.R.C.P.(C)) et en chirurgie (F.R.C.S.(C)), ainsi que pour le certificat en spécialités approuvées, auront lieu en 1952.

Copies des règlements et conditions régissant les examens, listes des hôpitaux approuvés au Canada, et les formules de demande peuvent être obtenues en s'adressant comme suit:

Le Secrétaire Honoraire,

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada
150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

Les demandes concernant les examens de 1952 doivent être présentées avant le 31 avril 1952.



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

REVUE DES LIVRES

René CRUCHET. — **De la méthode en médecine.** — Presse Universitaire, édit., Paris, 1951.

L'introduction de cet ouvrage débute par un paragraphe que je dois citer parce qu'il situe la genèse de l'œuvre et le caractère de l'auteur: « Cet ouvrage, publié en 1942, a fait l'objet d'une thèse de doctorat ès-lettres. Il peut paraître extraordinaire au premier abord qu'un professeur, à la veille de prendre sa retraite, se prêle à un exercice universitaire qui est généralement l'apanage, sinon de la prime jeunesse, tout au moins de l'âge mûr. » L'œuvre fut en quelque sorte une dérivation intellectuelle aux douleurs affectives et physiques de la période d'occupation allemande. L'auteur y manifeste une activité mentale exceptionnelle, une jeunesse et une ardeur inextinguibles.

La méthode en médecine pour Cruchet n'est autre chose que le bon sens appliqué à l'étude des maladies et des malades. Elle est l'application des notions historiques, celle de la tradition que l'épreuve du temps a établie depuis l'époque hippocratique.

La méthode en médecine est celle que le clinicien et le praticien doivent adopter s'ils veulent identifier les maladies, en prévoir le pronostic et les traiter opportunément. Hippocrate conseillait de connaître les malades, de n'avoir aucun préjugé doctrinal avant de les aborder, et pour les connaître, de les observer et de les examiner avec une attention et une méticulosité indéfectibles. Voilà la base essentielle de la médecine, celle qui la créa telle qu'elle est, après qu'elle se fut associée ultérieurement l'anatomie pathologique, les investigations complémentaires du laboratoire et la radiologie.

Cruchet est un nosographe convaincu, il tient à la tradition de l'encadrement des

symptômes en affections et maladies. Et je ne serais pas loin de l'approuver entièrement, du moins pour admettre ce que plusieurs siècles d'observation ont consacré et surtout pour défendre la thèse de l'ordre et de la clarté en médecine.

Certes, il ne rejette pas ce que les faits présentent d'indubitable, mais il redoute, en s'en méfiant, la fragilité et le transitoire des notions étio-pathogéniques. Il préfère demeurer sur les solides fondations que l'objectivité des symptômes et des lésions rend irrécusables. Sans ignorer et méconnaître les brillantes découvertes de Pasteur, les prestigieux travaux de Magendie et de Claude Bernard, les innombrables investigations et recherches bio-chimiques, il ne peut détacher son admiration et sa prédilection des enseignements anatomo-cliniques de Morgagni et de l'Ecole française dont Laënnec fut le génial protagoniste.

Cet ouvrage, qui parcourt les chapitres de tête de la médecine et les diverses opérations du penser médical en présence de toute affection et de tout malade, permet à l'auteur de faire montre d'une belle et vaste érudition.

En somme, sa lecture permet de connaître l'histoire de la médecine et les grands médecins de tous les temps, qui l'on créée telle que nous la connaissons et de mieux aimer l'art et la science que nous servons.

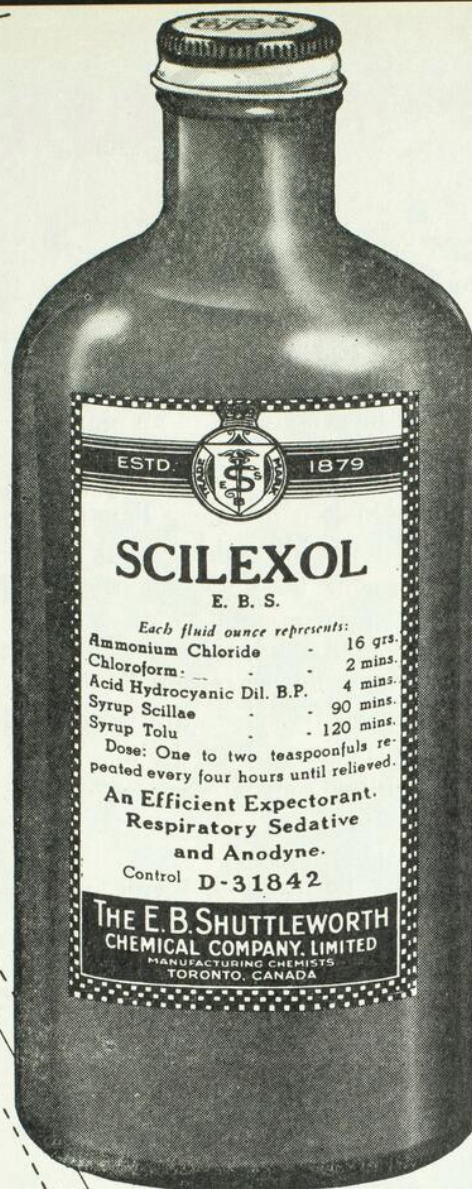
Roma AMYOT.

P. PUECH et al. — **Traumatismes crâniocérébraux.** Un volume de 507 pages. — A. Legrand et Cie, éditeurs, Paris.

Dédier le fruit de ses travaux à la mémoire de ses trois maîtres créateurs de la neurochirurgie française, T. Babinski, Clovis Vincent, Thierry de Martel, et, ironie du sort,

LA TOUX ENRAYÉE

Le Scilexol E.B.S. contient des expectorants qui dégagent les voies respiratoires de leurs sécrétions, et facilitent leur élimination.



AVEC
LE

SCILEXOL

Les spasmes de la toux seront vite enrayés si on associe au Scilexol E.B.S. les sédatifs suivants. *

- 1 Codéine 1 gr. par once
- 2 Methadon 10 Mg. par once
- 3 Teinture d'opium camphrée 80 min. par once

* Ordonnance pour narcotiques requise.



THE E.B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

UNE COMPAGNIE ENTIÈREMENT CANADIENNE... DEPUIS 1879

Représentants:

- M. Gaudias Lamontagne, 2317 Regent Ave., N.D.G., Montréal, P. Q. M. J.-A. Le Febvre, 4995 Hampton Ave., Montréal, P. Q.
M. J.-L. Vallerand, 23, rue de l'Eglise, Québec, P. Q. M. P.-E. Thibaudeau, 2425, boul. Girouard, Saint-Hyacinthe, P. Q.
M. J.-L. Racette, 5419, 4th Ave., Rosemount, Montréal, P. Q.

au moment de livrer le texte à l'éditeur être frappé brutalement en pleine activité, tel fut le sort réservé au professeur agrégé Puech.

Le premier chapitre est consacré à l'histoire, à la fréquence générale des traumatismes cranio-cérébraux et au matériel d'étude.

Après un rappel des notions d'anatomie et de physiologie normales, l'auteur s'attaque au problème médico-chirurgical en analysant successivement les accidents septiques et les accidents de la naissance.

La lecture de ce dernier chapitre bénéficiera aux obstétriciens qui sont parfois responsables de certaines lésions consécutives aux difficultés rencontrées au moment de la naissance.

Les deux derniers chapitres consacrés aux problèmes médico-légal et médico-social intéressent tous les médecins, conscients de leurs responsabilités envers les traumatisés de la tête.

Avec l'ancien doyen de la Faculté de Médecine de Paris, le professeur A. Beaudoin, souhaitons que le rêve de Puech se réalise: rendre aux médecins, aux chirurgiens et surtout à leurs malades, les services dont le cœur généreux de Puech eut été si heureux d'être le témoin.

Donatien MARION.

J. E. FOURNIER. — **Audiométrie vocale. — Les épreuves d'intelligibilité et leurs applications au diagnostic, à l'expertise et à la correction prothétique des surdités.** Préface du Pr. A. Aubin, prof. de Clinique O. R. L. à la Faculté de Médecine de Paris. Un volume de 95 pages, avec 123 figures. 1800 frs. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1951.

L'audiométrie vocale (*Speech Audiometry*), ou mesure de l'audition au moyen de sons vocaux, est une technique toute récente, qui est certainement appelée à un très grand avenir. En ce qui concerne le diagnostic de

localisation, cette méthode n'est certes pas indispensable puisqu'elle procure des renseignements équivalents à ceux qui résultent de l'audiogramme tonal, mais elle peut cependant être utile en bien des cas, et notamment lorsque les épreuves tonales présentent des anomalies. C'est surtout et tout naturellement en matière d'expertise que l'audiométrie vocale montre une réelle supériorité sur tous les procédés concurrents, et combinée avec l'audiométrie tonale elle permet en outre un dépistage rapide et indiscutable de la simulation. Enfin, l'audiométrie vocale pratiquée en champ libre permet la mesure du rendement des dispositifs amplificateurs; c'est pourquoi on l'emploie couramment, de nos jours, pour la sélection rationnelle des appareils de prothèse.

Après les chapitres consacrés aux installations nécessaires et à la préparation du matériel phonétique, la technique des examens est longuement exposée, et discutée en ses moindres détails. De nombreuses observations illustrent les considérations théoriques du texte, ce qui en facilite beaucoup la compréhension.

Précis et complet, la lecture de cet ouvrage, unique en son objet puisqu'il n'existe rien d'équivalent ou de similaire, fût-ce en langue anglaise, peut dès à présent être considéré comme indispensable à quiconque désire mettre ses connaissances à jour des tout derniers développements de l'acoumétrie.

O. DAUWE. — **Pas de crime au service de la science.** Un volume de 119 pages, avec 20 figures. 400 frs. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1951.

En conformité d'idées avec les professeurs Rivière, Favreau, Vincent et, surtout, Poztes qui a proclamé que tout médecin doit s'efforcer d'extirper de la thérapeutique ce dernier geste de barbarie, l'auteur combat l'avortement thérapeutique à tout point de vue (moral, social, légal et médical), et s'attache à mettre en

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 acétylsalicylique
Chlorhydrate d'aminoxide-atropine

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL

— MONTRÉAL

évidence la grande valeur de la vie fœtale et le caractère néfaste du fœticide.

Scientifiquement, il peut être démontré que l'interruption de la grossesse n'est plus nécessaire et qu'elle a donc vécu, tout comme l'embryotomie sur l'enfant vivant. C'est ce que l'auteur s'efforce de prouver dans cette publication en se basant sur une série de 211 observations personnelles, au cours d'une carrière obstétricale de 40 ans. Dans aucun cas, si grave soit-il, on a dû recourir à l'avortement thérapeutique, quoiqu'il eut pu être envisagé (vomissements incoercibles, hémorragies, anémie grave, cardiopathies, néphrites, diabète, tuberculose, cancer du col). Avec la collaboration du médecin spécialisé, l'accoucheur doit arriver à pouvoir sauver les deux existences qui lui sont confiées. L'auteur mentionne les dangers de l'interruption de la grossesse. Serdukoff et les gynécologues russes n'ont pas craint de faire connaître les méfaits de cette thérapeutique, exécutée par des spécialistes. L'A. T. est contraire au progrès, c'est pourquoi la science se doit de le supprimer.

Prof. G. HEUYER, E. MILLER et K. SODDY. — **Psychiatrie sociale de l'enfant.** Cours du Centre International de l'Enfance. — Préface du Prof. R. Debré, introduction par le prof. G. Heuyer. — Conférences recueillies et rédigées par le docteur C. Koupernik. Prix du volume: 2 500 francs. — Librairie Le François, Paris.

Le recueil de conférences ayant fait l'objet du Cours de Psychiatrie Sociale de l'Enfant organisé par le Centre International de l'Enfance, du 15 octobre au 15 décembre 1950, vient de paraître.

Ce Cours comprend des conférences de Neurologie, de Psychanalyse, de Psychiatrie classique, de Pédagogie, de Législation en matière de Délinquance infantile. Quand cela a paru nécessaire, le même sujet a été traité par deux auteurs différents, chacun gardant une optique personnelle.

Une première partie traite du développement de l'enfant normal. En effet, la connais-

sance des étapes de développement de l'enfant, des stades affectifs qu'il traverse est la base logique de l'Hygiène Mentale.

Un deuxième groupe de leçons a trait à la Psychopathologie Clinique. On y trouve les tableaux des atteintes organiques cérébrales, la description des procédés modernes d'exploration, illustrant les mécanismes fonctionnels du cerveau.

Une mise au point de la position actuelle en matière de Psychanalyse et de Psychothérapie lui fait suite.

Enfin, la partie suivante est consacrée à l'aspect social de la Psychiatrie, à la délinquance, aux organismes de prévention et de traitement formant l'ossature même de l'Hygiène Mentale dans un pays bien équipé, à la Pédagogie, aux Centres d'Observation et au rôle de l'Assistance Sociale.

La dernière partie de l'ouvrage analyse les divers tests psychologiques, tests du nourrisson, échelles d'intelligence, tests de performance, techniques projectives, permettant d'étudier le potentiel intellectuel et affectif d'un enfant et de le situer par rapport aux enfants de son âge.

Une bibliographie de près de 700 références est essentiellement destinée à diriger les efforts de ceux qui voudraient acquérir sur un sujet donné une documentation récente et complète.

A cette diversité des matières correspond une tendance à représenter les points de vue de plusieurs pays. Le Professeur H. Wallon, le Professeur G. Heuyer, le Professeur agrégé L. Michaux, le docteur J. Roudinesco, le docteur Clément Launay, pour ne citer que les plus marquants, représentent l'école française. Une part égale a été faite à la Psychiatrie britannique et nous ne ferons que citer les noms du docteur E. Miller, du docteur K. Soddy, du docteur E. Glover, du docteur W. H. Gillespie, parmi tant d'autres. Mme le docteur J. Jadot-Decroly, continuateur de l'œuvre de son père, représente l'apport belge; le Professeur V. Fontes expose les tendances actuelles du célèbre Institut Aurelio da Costa Ferreira de Lisbonne, aux destinées duquel il

— Un vaso-dilatateur coronarien —

rempli de promesses

KHELLIN B.D.H.

Khellin est le principe actif de la graine de Khella, plante sauvage du bassin méditerranéen. On le trouve actuellement dans le commerce sous forme cristallisée pure, pour usage oral dans la prophylaxie et le traitement de l'angine de poitrine.

USAGE CLINIQUE :

Khellin B.D.H. possède, sur les nitrites et autres vaso-dilatateurs réputés, l'avantage d'avoir une action sélective sur les vaisseaux coronariens. Son action, bien que plus lente, est plus prolongée que celle des nitrites. A doses efficaces, il n'abaisse pas la tension artérielle. A ce sujet, selon Anrep et al (Amer. Heart J., 37: 531, 1949) "on peut considérer l'action de Khellin sur les vaisseaux coronariens comme une action aussi sélective que possible."

Des essais comparatifs indiquent que le Khellin est un peu plus faible que la nitroglycérine, mais il agit plus longtemps. Quant à son action sur la musculature bronchique et coronaire, elle vaut quatre fois celle de l'aminophylline.

POSOLOGIE :

On administre deux comprimés de Khellin B.D.H. (40.0 mg.) 3 ou 4 fois par jour. Quand la réponse clinique est manifeste, on peut réduire la dose à un niveau d'entretien qui peut être continuée indéfiniment, le médicament n'étant pas sujet à accoutumance.

EFFETS SECONDAIRES :

L'incidence des réactions est faible, mais on a rapporté des effets secondaires tels que diarrhées, nausées et insomnie. On peut réduire ces effets en commençant par des doses faibles au moment des repas.

Présenté en flacons de 50 et de 100 comprimés de 20.0 mg. chacun.

THE BRITISH DRUG HOUSES

(CANADA) LIMITED

TORONTO

CANADA

préside; le regretté docteur L. Bovet, le Professeur A. Rey montrent quelle est l'orientation actuelle de la Psychiatrie et de la Psychologie helvétiques. Le docteur T. Ramer, enfin, qui a étudié pendant de nombreuses années le sort des débiles dans les écoles, apporte des données statistiques précises.

Le docteur C. Koupernik a été chargé de recueillir ces cours.

Cet ouvrage cartonné de 540 pages, comportant des illustrations, remplit une place jusque là demeurée vide dans les bibliothèques des psychiatres, pédiatres, psychologues, pédagogues, travailleurs sociaux et magistrats d'enfants. Il offrira à chacun d'eux le panorama complet de ce domaine mouvant et mystérieux qu'est la vie psychique de l'enfant.

J.-F. PORTIE. — **Les maladies polyinfectieuses inapparentes.** Un volume de 412 pages. Prix: 1 300 francs. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1951.

Voici le premier ouvrage, à notre connaissance, consacré à la question des infections inapparentes. Pourtant le sujet prend une importance chaque jour croissante, les infections inapparentes s'étant considérablement développées au cours des dernières décades et ne cessant de le faire. Comment les dépister? Les identifier? Les traiter et les guérir? Problèmes que le présent travail pose et qu'il tente de résoudre dans la mesure du possible, en usant d'une méthode nouvelle fondée sur l'auto-investigation.

Les liens étroits qui unissent le chimisme de l'organisme de l'homme sain et de l'homme infecté inapparent ainsi que les différences bio et physico-chimiques qui les opposent sont étudiés en détail. La notion de symbiose apparaît fondamentale pour comprendre la pathologie infectieuse inapparente. Il semble en effet que les centres nerveux soient composés de particules d'origine virale, bactérienne et fongique, sous une forme avirulente

et oligomoléculaire (désagrégation élevée), qui les oppose à ce double point de vue aux agents infectieux, alors qu'au contraire leur constitution chimique les rapproche beaucoup, espèce homologue pour espèce homologue.

Dans les états infectieux inapparents les facteurs symbiotiques, dont l'importance chimique et physiologique est capitale (ils assurent d'innombrables fonctions physiologiques et jouent fréquemment le rôle de pré-enzymes) sont en partie perdus par les centres nerveux et il s'y substitue des particules infectantes homologues espèce pour espèce, virales, bactériennes ou fongiques qui développent dans l'organisme les états pathologiques polyinfectieux inapparents responsables de désordres physiologiques plus ou moins nombreux et profonds.

L'auteur tente de montrer que la tuberculose implique toujours la participation d'un état polyinfectieux inapparent viral, fongique et bactérien, en dehors de la mycobactériose spécifique. Il essaie de dégager les bases d'une thérapeutique antibacillaire véritablement appropriée.

Les états infectieux inapparents qui sont à l'origine des maladies les plus variées dans leur séméiologie intéressent aussi bien le médecin de médecine générale que le spécialiste des maladies cardiovasculaires, des reins ou de l'intestin, l'hormonologiste, le rhumatologue ou le carcinologue. Ils n'intéressent pas moins le spécialiste des affections nerveuses et mentales, ces maladies étant elles aussi causées par le développement d'infections inapparentes et associées atteignant électivement le système nerveux central et périphérique.

La thérapeutique permettant de maîtriser les polyinfections inapparentes, progressivement précisée à l'occasion d'une recherche auto-investigatrice, s'offre dorénavant à l'attention, à la mise en œuvre et à la discussion des médecins, des microbiologistes et des immunologistes.

dans les cas de DÉPRESSION MENTALE
d'INSUFFISANCE ALIMENTAIRE

accompagnés
d'APATHIE
de SOMNOLENCE
d'ASTHÉNIE

prescrivez l'anti-asthénique de choix

LA THEPTINE

combinaison de Sulfate de 'Dexedrine'

et des principales vitamines B.

Élixir inoffensif, tonique et agréable au goût.

Chaque cuillerée à thé (5cc.) contient:
Sulfate de 'Dexedrine', 2.50 mg.
thiamine, 5.00 mg.
riboflavine, 0.45 mg.
niacine, 6.70 mg.



Smith Kline & French
Inter-American Corporation
Montréal 9

L. MOINSON et J. LO JACOMO. — **Vitamines et vitaminothérapie.** Un volume de 248 pages. 850 fr. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1951.

La complexité sans cesse croissante des vitamines et leur importance, tant théorique que pratique, nécessitait une mise au point moderne, concise, qui puisse résumer en peu de mots l'ensemble des connaissances acquises sur chacune de ces substances.

Pour réaliser ce projet, les auteurs se sont astreints à un plan rigoureux, identique pour chacune des vitamines. Chaque chapitre débute par un rappel historique des principales étapes de la découverte du produit, auquel fait suite une analyse rapide de la structure chimique, des propriétés physico-chimiques et du dosage. L'action physiologique est ensuite étudiée plus longuement, précédant une description détaillée des troubles provoqués par l'avitaminose humaine ou expérimentale. La partie « Indications thérapeutiques » qui clôt l'étude de chaque vitamine a été particulièrement confiée au docteur Moinson, dont la longue expérience clinique a permis de donner un caractère vécu aux conseils qui forment cet exposé. Il insiste particulièrement sur les dangers que peuvent présenter certaines posologies exagérées et sur la prudence qu'il faut exercer pour échapper aux troubles de l'hypervitaminose.

L'ensemble de ce précis est divisé en deux parties: Vitamines liposolubles et vitamines hydrosolubles, ce qui est classique et correspond, de plus, au programme des questions de physiologie de l'Internat des Hôpitaux de Paris. Il est certain que les candidats trouveront ici, tout prête, la matière de leurs « questions ».

L'ouvrage se termine par deux listes de produits spécialisés correspondant aux vitamines précédemment décrites, ce qui permettra au praticien de se retrouver dans l'énorme diversité des produits offerts par les laboratoires.

Cet ouvrage donne nettement cette impression qu'il est indispensable pour le médecin praticien de connaître à fond toutes les ques-

tions se rapportant aux vitamines... (Madame Lucie Randoïn, de l'Académie de Médecine).

P. GUILLEMAN. — **Thérapeutique clinique.** Un volume de 933 pages. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1951.

Ce nouveau traité de thérapeutique a sur les autres ouvrages similaires l'avantage d'être avant tout, comme son titre l'indique, un *précis pratique* ayant pour but d'effectuer une mise au point des traitements modernes des grands syndromes médicaux groupés par appareils.

Bannissant à dessein de cet exposé les données purement scientifiques qui n'ont pas encore reçu la consécration de la pratique, l'auteur s'est attaché à ne donner que les indications thérapeutiques susceptibles d'être utilisés partout et à tout moment.

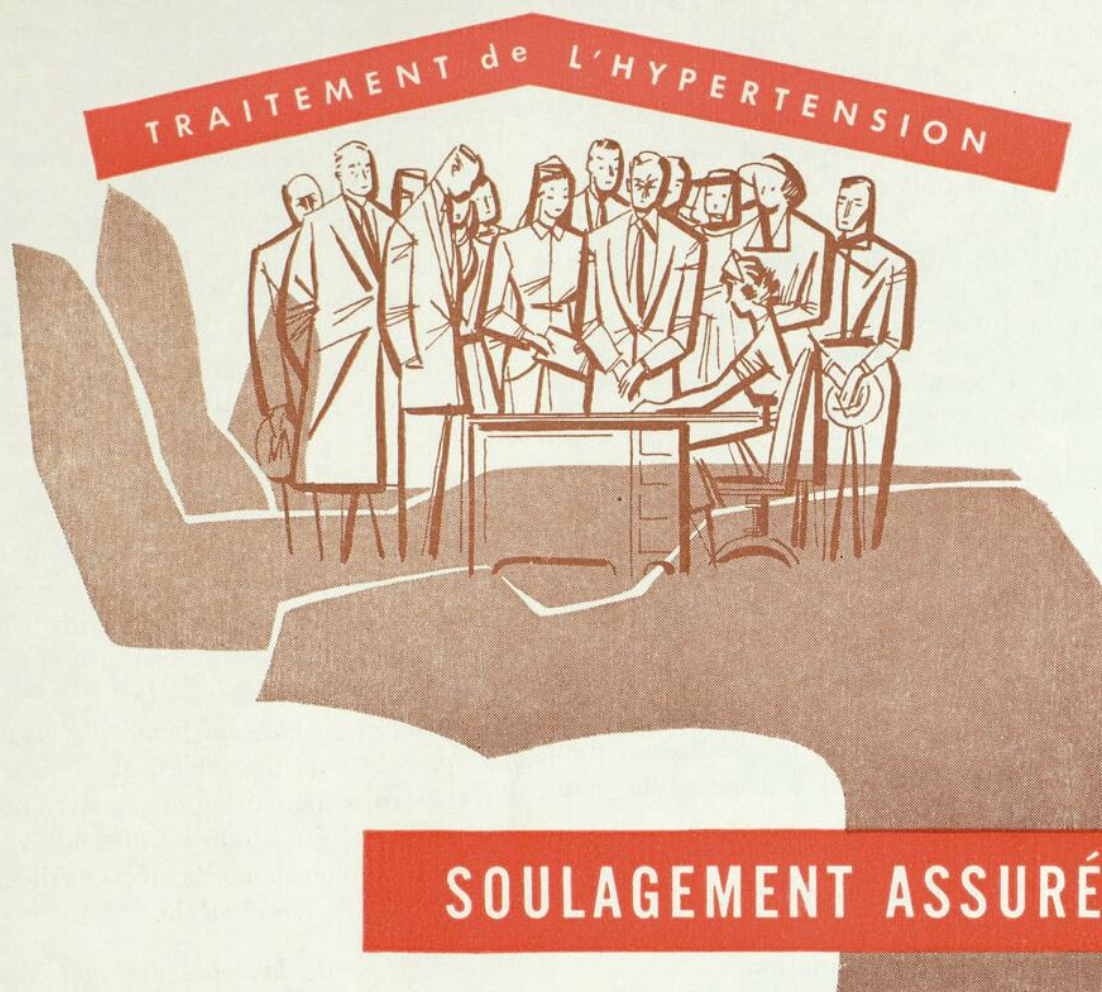
C'est dire que ce livre s'adresse à la fois à l'étudiant et au médecin praticien. Celui-là, lors de ses premiers contacts avec le malade, y puisera les notions précises qui devront guider sa thérapeutique et pourra ainsi compléter, par lui-même, l'enseignement de ses maîtres de la faculté.

Le second aura sous la main le résumé des travaux scientifiques récents expurgés, à son intention, de tout ce qui n'est pas applicable immédiatement à sa clientèle, qui lui permettra de se tenir au courant, tout en évitant les longues recherches dans les publications scientifiques qu'il n'a souvent pas le temps de lire et de classer.

L'un et l'autre trouveront, en outre, dans ce livre, les caractéristiques essentielles et la posologie des principaux médicaments, dont ils pourront mieux préciser les indications. Par ailleurs, le traitement des grands syndromes afférents à chaque appareil y est brièvement résumé.

Enfin un formulaire succinct de dermatologie permet de traiter les affections les plus communément observées en médecine courante.

Ce livre est donc à la fois un livre de consultations, un formulaire et un aide-mémoire. A ce triple titre, il doit avoir sa place dans le cabinet de consultation du médecin prati-



Pour l'usage quotidien, le Veratrite est un agent hypotenseur recommandable et dépourvu de réactions secondaires fâcheuses. Il peut procurer une amélioration de la circulation, un abaissement progressif de la tension artérielle et une sensation de bien-être accru sans exiger un horaire compliqué ou un ajustement quotidien de sa posologie. Son prix économique, facteur important dans un traitement de longue haleine, milite en faveur du Veratrite comme médicament d'entretien de la plupart des malades hypertendus.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS ENVOYÉS AUX MÉDECINS
SUR DEMANDE.

Chaque tablette de VERATRITE
contient:

Veratrum viride 3 UNITÉS CRAW*
Nitrite de sodium 1 grain
Phénobarbital 1/4 grain
Dose initiale: 2 tablettes 3 f. p. j.
après les repas.

*Standardisé biologiquement du
point de vue toxicité par l'épreuve
Craw sur la daphnia magna.

Veratrite®

Manufacturé par IRWIN, NEISLER & COMPANY, DECATUR, ILLINOIS, U. S. A.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC. - - 2027, Avenue du Collège McGill, Montréal

cient, comme dans la bibliothèque de l'étudiant. Sa seule prétention est de les aider dans leur tâche ingrate et leur lutte contre la maladie, en leur évitant tout surcroît de travail inutile.

P. DUPUY de FRENELLE, avec la collaboration de A. Tzanck, N. du Bouchet, A. Bécart, L. Jubé, G. Luquet, M. Berteux. — **Pour diminuer le risque opératoire: Anesthésie et réanimation. Soins pré, per et postopératoires.** Un volume de 340 pages, avec 66 figures. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1951.

Deux sciences ont puissamment contribué pendant ces dernières années à diminuer les risques que fait encourir une grave opération.

L'ouvrage du docteur Dupuy de Frenelle apporte aux collaborateurs du chirurgien une aide précieuse. La clarté et la précision de son exposé, ainsi que son originalité en font un instrument de travail indispensable pour l'anesthésiste.

Le docteur Dupuy de Frenelle a fait appel au concours de plusieurs spécialistes, dont les noms font autorité dans le domaine de l'anesthésie et de la réanimation.

De l'étude de la personnalité « médicale » du malade, aux soins postopératoires à lui donner, les auteurs traitent d'une façon complète tous les problèmes pouvant intéresser l'équipe qui pratique l'intervention: différentes sortes d'anesthésie, préparation du malade, surveillance durant l'opération, prévention des complications postopératoires, etc.

Cette troisième édition montre le succès remporté par cet ouvrage, succès dû à son indéniable utilité, et à sa valeur pratique. Ce sera le *vade-mecum* de tous ceux dont le domaine est la salle d'opérations.

M. FOURESTIER et B.-M. DE FOSSEY. — **Dictionnaire des constantes biologiques.** 3e édition. Un volume de 450 pages, 94 figures. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1951.

Ce dictionnaire contient tout ce que le médecin oublie le plus facilement, c'est-à-dire: *les chiffres*.

Chaque jour, le médecin moderne se trouve en face d'analyses biologiques où se pressent des chiffres et des formules. Souvent ces analyses portent le taux normal, mais lorsque ce renseignement manque, le médecin est dans l'embarras. Il devient de plus en plus nécessaire de connaître le taux normal de la prothémie, de l'équilibre albumineux, le taux de la chlorémie plasmatique, comme la richesse en acide chlorhydrique du suc gastrique normal, etc., etc... C'est seulement à cette condition qu'on peut juger de l'anomalie « en plus » ou « en moins » (Prof. Noël Fiessinger).

Ce dictionnaire donne beaucoup plus qu'il ne promet, et les Constantes Biologiques sont de beaucoup débordées. Certains chapitres étudient: La ration alimentaire. La teneur en vitamines des aliments. Les hormones. Les doses courantes des médicaments usuels. La liste des stations thermales, etc...

Cette troisième édition est un livre nouveau. 150 pages ont été ajoutées; elle fait vraiment le point de nos connaissances médicales, en cette année du demi-siècle.

Extrait de la table des matières.

Constantes biologiques. — Sang. Lymphes. Urines. Salive. Suc gastrique. Suc duodéal. Liquide pancréatique. Suc intestinal. Bile. Fèces. Le foie.

Rations alimentaires. — Besoins minima. Composition moyenne des principaux aliments.

Les vitamines.

Hormones. — Epiphyse. Hypophyse. Ovaires. Pancréas, etc...

Métabolisme de l'eau.

Appareil respiratoire. — Bronchoscopie. Nomenclature officielle de la topographie pulmonaire. Capacité pulmonaire. Fonction respiratoire, etc...

Appareil cardio-vasculaire. — Débit cardiaque. Electrocardiogramme. Phonocardiogramme. Silhouettes radioscopiques. Tension artérielle. Tension veineuse, etc...

Liquide céphalo-rachidien.

Système nerveux. — Points moteurs. Chronaxies. Les réflexes. Les sensibilités, etc...

Infiltrations sympathiques.

Electro-encéphalogramme.

Psychiatrie. — Test de Binet-Simon. Test de Rorschach.

Appareil neuro-végétatif. — Action des médica-

Un antitoux moderne



Les effets antitoux et sédatifs du Methajade enrayer la toux paroxystique et permettent aux patients d'obtenir le repos nécessaire.

MAÎTRISE LA TOUX VIOLENTE

Le METHAJADE* épargne à vos malades la violence inutile d'une toux épuisante et "improductive"—sans les priver des bénéfices d'une expectoration normale.

Parce qu'il contient du méthadon, un analgésique et antitoux de synthèse, le METHAJADE peut réprimer l'irritabilité du réflexe de la toux sans le bloquer complètement.

Parce qu'il contient du citrate de potassium et de l'acide phosphorique dilué, le METHAJADE favorise la liquéfaction et le dégagement du mucus, facilitant ainsi l'expulsion des exsudats et des débris bronchiques.

Parce qu'il relâche les muscles lisses, y compris ceux de l'arbre trachéo-bronchique, le METHAJADE soulage efficacement le spasme bronchique souvent associé à la toux.

Ensemble, ces actions tendent à réduire la fréquence et à accroître l'efficacité de la toux et à soulager le spasme bronchique. L'emploi du METHAJADE est donc bien justifié pour aider d'une façon pratique à réaliser les buts modernes dans le traitement de la toux:

- (1) préserver les bienfaits physiologiques de la toux—
- (2) réserver à l'action de tousser sa fonction naturelle d'expectoration "productive".

Composition—Le METHAJADE est un antitoux ne renfermant pas de sucre, délicieusement aromatisé à la lime. Il contient par 30 c.c. (1 once fluide):

*Nom déposé.

**L'activité analgésique du chlorhydrate de méthadon est—à poids égal—à peu près équivalente à celle de la morphine. Il enrayer la toux aussi bien, sinon mieux que la codéine. Le chlorhydrate de méthadon est soumis aux prescriptions de la Loi des opiacés et des narcotiques.

Chlorhydrate de méthadon** (chlorhydrate de <i>d</i> , 1-6-diméthylamino-4, 4-diphényl-3-heptanone)	10 mg.
AVERTISSEMENT: sujet à accoutumance.	
Propadrine,* chlorhydrate de phénylpropanolamine	0.12 gramme
Citrate de potassium	1.2 gramme
Acide phosphorique dilué	4.5 c.c.
Alcool 5%	

Dose moyenne pour adultes:—1 à 2 cuillerées à thé toutes les trois ou quatre heures.

ENFANTS:

(à noter) *Le METHAJADE ne doit pas être administré aux enfants de moins de 2 ans. Chez les enfants de 2 ans et plus, le METHAJADE ne devrait être employé que dans des cas de toux rebelle.*

Deux ans: ¼ de cuillerée à thé pas plus souvent que toutes les quatre heures.

Cinq ans: ½ cuillerée à thé pas plus souvent que toutes les quatre heures.

Dix ans: 1 cuillerée à thé pas plus souvent que toutes les quatre heures.

Présentation: Le METHAJADE se vend en flacons de 4 onces et en "Spasaver" de 16 onces.

Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 13, Ontario.

Antitoux

METHAJADE

ments agissant sur le système autonome. Mesure du tonus végétatif. Epreuves pharmacologiques. Médiateurs chimiques, etc...

Organe des sens. — Oreilles. Œil. Olfaction.

Obstétrique - puériculture. — Diamètres obstétricaux. Situation de l'utérus, etc... Allaitement. Ration du nourrisson. Sevrage. Dents, etc...

Test biologiques de la grossesse.

Education physique et biométrie.

Radiologie. — Estomac. Morphologie. Mensuration. Duodénum. Aorte. Orthodiagramme du cœur, etc...

Points d'ossification.

Humeur aqueuse. — Humeur vitrée. Larmes. Sueurs. Liquide synovial.

Lecture des cuti-réactions.

Pharmacologie. — Doses courantes des médicaments usuels. Teneurs en alcaloïdes de quelques drogues. Nombre de gouttes au gramme. Posologie infantile. Poids atomiques, etc...

Statistique. — Etude statistique de la démographie française de 1930 à 1949. Etude de la mortalité, etc...

Station hydrominérales. — Liste alphabétique et composition des eaux. Indications thérapeutiques. Classification par leur dominante chimique.

Jacques VALMONT. — **Chirurgie esthétique des seins.** Un volume de 137 pages, 120 figures. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1951.

Ce livre, le premier depuis la guerre, cherche à faire une mise au point pratique de la question.

Délaissant les premières méthodes d'un intérêt purement historique, l'auteur a analysé les nombreuses méthodes, placées généralement sur le même plan, pour les grouper selon leurs affinités et les classant, en a fait une synthèse, réalisant seulement *quatre méthodes*.

Ainsi la compréhension des problèmes posés par les hypertrophies mammaires devient plus aisée, ainsi que le choix d'une technique.

Il est bon de noter que les interventions de Chirurgie Esthétique des Seins sont *toujours bénignes*.

Les complications n'intéressent que le résultat esthétique, et ressortissent le plus souvent à la vascularisation.

Certaines méthodes sont très répandues. Cependant, celles de Schwarzmann est peu connue : l'invention du pédicule dermique vasculaire offre un intérêt primordial dont dépend la *sécurité* du Résultat.

Si les autres méthodes décrites nécessitent un choix selon l'importance de la ptose mammaire, la technique du pédicule dermique vasculaire présente aussi l'avantage de pouvoir corriger aussi bien des hypertrophies flasques ou les grosses difformités.

En résumé : une seule technique et l'opération en une seule séance.

Un chapitre particulier est consacré à *l'Anesthésie locale* avec toutes les preuves de son efficacité réelle.

Le chapitre des Retouches et Corrections ouvre un nouvel horizon, par l'espoir de pouvoir remédier aux échecs, ainsi que par une formule audacieuse : Réussir une forme normale sans envisager la nécessité de retouches ultérieures.

Enfin, pour la description principale, les schémas sont remplacés par des photographies des phases successives de l'opération.

Table des matières.

Introduction. — Etude de Formes Normales. — Difformités et Pathogénie. — Indications thérapeutiques. — Points de repère. — Anesthésies. — Technique opératoire. — Résultats. — Retouches et Corrections. — Statistique. — Conclusions.

Si vous avez diagnostiqué la **PYÉLITE**

Prescrivez
D'ABORD



pour enrayer
l'infection
et maintenir
l'antisepsie urinaire...

Quand il s'agit d'enrayer l'inflammation pyélitique et de restaurer de façon permanente l'antisepsie urinaire, la MANDELAMINE* s'impose par son action efficace et rapide contre les micro-organismes présents dans la majorité des infections des voies urinaires. L'ampleur du spectre antibactérien et l'absence à peu près totale de réactions fâcheuses en font l'agent thérapeutique par excellence à prescrire aussitôt qu'un diagnostic de pyélite a été formulé.

Dans certains cas de pyélite simple, l'antisepsie urinaire est souvent rétablie en moins de trois jours, permettant une guérison rapide sans avoir recours à des traitements plus coûteux.

La MANDELAMINE n'est positivement contre-indiquée que dans les cas d'insuffisance rénale.

Vous trouverez la MANDELAMINE dans toutes les pharmacies d'ordonnances, en flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés dragéifiés à dissolution entérique. Sur demande, nous ferons parvenir aux médecins une abondante documentation ainsi que des échantillons pour essais cliniques.



NEPERA CHEMICAL CO., INC.

MERCK & CO. LIMITED

Distributeurs exclusifs, MONTRÉAL

*MANDELAMINE est la marque déposée par Nepera Chemical Co., Inc., pour sa marque de Hexydaline (mandélate de méthénamine).

LIVRES REÇUS

- Psychiatrie sociale de l'enfant.** Publié par le Centre Int. de l'Enfance. — Librairie Le François, Paris.
- Anesthésie et réanimation (Pour diminuer le risque opératoire).** Dupuy de Frenelle. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1951.
- Les précis pratiques: Thérapeutique clinique.** P. Guilleman. — Librairie Maloine, édit., Paris.
- Pas de crime au service de la science.** Dr Octave Dawe. — Librairie Maloine, édit., Paris.
- Vitamines et vitaminothérapie.** L. Moinson et J. Lo Jacomo. Collection "Petits Précis". — Librairie Maloine, édit., Paris.
- Audiométrie vocale.** J.-E. Fournier. — Librairie Maloine, édit., Paris.
- Les maladies polyinfectieuses inapparentes.** J.-F. Portié. — Librairie Maloine, édit., Paris.
- The Ciba Collection of Medical Illustrations.** Frank H. Netter, M.D.
- Report of the Nuffield Provincial Hospitals Trust.** — University Press, Oxford.
- Traité de diagnostic chirurgical.** William Stern et François Stern-Veyrin. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1951.
- Tumeurs malignes de la vessie.** Raymond Darget. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.
- Biochimie médicale.** Michel Polonovski. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.
- Stress.** Hans Selye. — Acta Inc., Montréal, 1951.
- Traité de Médecine (Tome III).** A. Ravina et J. Patel. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.
- National Medical & Biological Film Library (Catalogue).** Nat. Film Board of Canada, Ottawa.
- Dictionnaire des constantes biologiques.** M. Fourestier et B.-M. De Fossey. — Lib. Maloine, édit., Paris, 1951.
- Electrothérapie.** J. Laborderie. — Librairie Maloine, Paris, 1951.
- La prescription dermatologique.** Léon van Lierde. — Librairie Maloine, Paris, 1951.
- Le diagnostic des maladies par les yeux.** Dr Léon Vannier. — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1951.
- Chirurgie esthétique des seins.** Jacques Valmont. — Librairie Maloine, Paris, 1951.
- Les bruits du cœur et des vaisseaux.** A. Calo. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.
- Phtisiologues et phtisiologie.** Etienne Bernard. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.
-



BETAGEN

VITAMINE "B" COMPOSÉE
ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

TONIQUE ET ALIMENT NERVIN

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie — Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux
Déséquilibre nerveux

PRINCIPAUX COMPOSANTS:

VITAMINE B₁ — RIBOFLAVINE — PYRIDOXINE — ACIDE NICOTINIQUE — ACIDE PANTOTHÉNIQUE
LÉCITHINE — AVÉNINE — GLYCÉROPHOSPHATES DE SODIUM, CALCIUM, POTASSIUM, STRYCHNINE

(1/160 gr. à l'once)

SAVEUR AGRÉABLE • TOLÉRANCE PARFAITE

DOSE: UNE CUILLERÉE À DESSERT QUATRE FOIS PAR JOUR AVANT LES REPAS.

Comprimés Bicalgen-D

A base de Gluconate de Calcium

INOSITOPHOSPHATE DE CALCIUM ET MAGNÉSIUM
CÉRIUM OXALATE • VITAMINE D

Grossesse, Lactation, Vomissements gravidiques

LE BICALGEN-D, COMPRIMÉ NON AROMATISÉ, PRESQUE INSIPIDE, ENTIÈREMENT SOLUBLE,
EST LE MÉDICAMENT DE CHOIX POUR LA FEMME GRAVIDE.

Dose — Trois à six comprimés par jour.

Comprimés TRI-SULFA* 0.50 gm. Amélioré

ACTION RATIONNELLE DES SULFAS

CHAQUE COMPRIMÉ RENFERME:

- SULFAMÉTHAZINE 37%
- SULFADIAZINE 37%
- SULFAMÉRAZINE 26%

NOUVELLE ASSOCIATION SULFAMIDÉE PERMETTANT DES DOSAGES
ADÉQUATS TOUT EN DIMINUANT LE DANGER DE CRISTALLURIE

DOSE — UN COMPRIMÉ TOUTES LES 3 HEURES OU PLUS SELON L'AVIS DU MÉDECIN.

*Marque déposée.

Somenal

(COMPRIMÉ À 0.10 GRAMME)

NOUVELLE SYNERGIE BARBITURIQUE

SOMENAL REPRÉSENTE L'EFFET RAPIDE DU BUTO BARBITAL ASSOCIÉ À L'EFFET
PLUS PROLONGÉ DU PHÉNOBARBITAL.

ÉMOTIVITÉ • INSOMNIE • SPASMES • PHOBIE • ANXIÉTÉ

DOSE: Selon l'avis du médecin.

Butobarbital 0.05 gramme } par comprimé.
Phénobarbital 0.05 gramme }

La Cie CANADA DRUG CO. Montreal

Société de Chirurgie, Paris¹

Séance du 22 décembre.
Présidence de M. Léon Labbé.

Janvier 1883.

Monsieur Polaillon lit un rapport sur un travail de M. Beaugard (du Havre) relatif à l'ostéotomie du tarse dans la cure du pied-bot.

Les observations sont suivies de photographies et de moulages en plâtre. Le rapporteur montre comment on a d'abord songé à enlever l'astragale pour remédier au pied-bot équin et le cuboïde pour guérir le varus; comment, plus tard, on a tout simplement réséqué un coin osseux pour rendre au pied sa rectitude.

Cette méthode est née en Allemagne, et deux chirurgiens français seulement, MM. Parisot et Beaugard, semblent l'avoir acceptée.

Monsieur Beaugard a enlevé le coin osseux avec le ciseau et le maillet; il a aussi fait la tarsotomie dans quatre cas de varus équins dans lesquels la ténotomie et la section de l'aponévrose plantaire n'avaient pas donné de résultat.

Dans un travail de M. Chauvel, publié dans les *Archives de médecine* (1882), on voit que cette opération donne cinq et demi pour cent de morts: c'est donc une opération grave.

Par cette opération le malade devrait marcher tout à fait sur la plante du pied et sans le secours d'un appareil; or, dans les observations de M. Beaugard, il est dit que les malades ont pu marcher, mais avec un appareil. C'est donc un résultat partiel.

Dans une discussion qui a lieu à l'Académie, M. Jules Guérin disait que cette opération a été froidement accueillie par les chirurgiens: c'est que, jusqu'à l'âge adulte, il n'y a pas de pied-bot qu'on ne puisse guérir par la ténotomie, la syndesmotomie et des manipulations.

Je crois donc qu'on pourrait conclure en disant: La tarsotomie n'est pas de mise chez les enfants; il faut la réserver pour les cas graves chez les adultes.

Monsieur Th. Anger. — J'ai une assez grande expérience du traitement des pieds-bots, et je dois dire que je n'ai pas vu de cas résistant à la ténotomie et surtout à l'application d'un appareil bien fait.

J'ai pratiqué, à l'hôpital Tenon, la section du tendon d'Achille à un sujet porteur d'un pied-bot paralytique datant de 36 ans. Je lui ai appliqué un appareil à action continue, et six mois après il sortait guéri, marchant sur la plante du pied et avec des souliers ordinaires.

Quand il était entré, il marchait sur le dos du

pied; il se présentait du reste pour un ulcère trophique de la face externe de la jambe; celle-ci, comme c'est la règle dans les cas de paralysie infantile, était atrophiée.

En présence de pareils résultats, je suis peu partisan de la tarsotomie, d'autant que les moules que vous envoie M. Beaugard me semblent loin d'être parfaits, et que ses malades ont dû, pour marcher, se servir d'appareils.

Je tiens aussi à dire à la Société que dans ces cas de paralysie infantile, pour remédier à l'atrophie et aux troubles trophiques, je conseille d'habitude des frictions répétées avec l'alcool ou du benjoin et, surtout, l'usage de l'électricité, soit les courants continus, soit les courants interrompus. J'ai eu de très beaux résultats.

Monsieur Verneuil. — Tout en acceptant les conclusions de M. Polaillon, surtout pour dire avec lui que la tarsotomie est inutile chez les enfants, je tiens à faire remarquer que, d'après les photographies qu'on nous a envoyées, ces pieds-bots ne me paraissent pas comporter une opération aussi grave. En outre, nous voyons des adultes marcher très bien avec des pieds-bots, gagner leur vie sans souffrir; leur imposerons-nous cette opération?

Les résultats moulés en plâtre de M. Beaugard ne me séduisent pas; pour ma part, je ne ferai jamais cette opération à un sujet ayant moins de 20 ans.

Je ferai remarquer que M. Nepveu a fait un mémoire sur la cure des lésions trophiques par l'électricité.

Monsieur Desprès. — Je veux bien accepter aussi les conclusions de M. Polaillon; mais, contrairement à M. Anger, je crois qu'il y a des pieds-bots qui résistent à la ténotomie. Du reste, la ténotomie n'est qu'une opération préliminaire destinée à faciliter l'application des appareils. Il ne faut pas oublier, quand on a affaire aux pieds-bots paralytiques, que l'appareil, comme l'a montré Duchenne (de Boulogne), doit, non seulement corriger la déformation, mais suppléer les muscles, et je crois que pour avoir une guérison complète, il faut faire porter aux malades jusqu'à l'âge adulte des appareils à muscles artificiels.

Quant à ces ulcères trophiques que je n'hésite pas à qualifier de maux perforants, ils obligent quelquefois les chirurgiens à sacrifier le pied. M. Le Fort a rapporté ici un cas où il avait dû pratiquer une amputation du pied; moi-même j'ai fait la désarticulation sous-astragaliennne dans des cas pareils.

Je constate avec peine qu'après la tarsotomie, les malades ont conservé un pied-crochu, le plus mauvais de toutes les variétés de pieds-bots.

Monsieur Chauvel. — Je me suis occupé un peu de cette question de tarsotomie; je ne voudrais pas que cette opération fut jugée sur ce petit nombre de résultats qui, je l'avoue, laissent à désirer, car les auteurs étrangers affirment en avoir obtenu d'excellents résultats.

1. *Gazette médicale de Paris*, 2 déc. 1882.



Arrête
la toux
déchirante...



mais garde
le réflexe
tussigène

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

Cette ordonnance, complète et agréable au goût, contient un narcotique¹ anti-tussigène *sélectif* qui ne nuit aucunement au réflexe tussigène . . . un broncho-dilatateur² efficace pour le relâchement des bronchioles obstrués . . . un expectorant³ qui liquéfie les sécrétions. Ne cause pas de nausées, constipation, rétention de sputum ou stimulation cardiovasculaire ou nerveuse.

MERCODOL*

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

Une commande spéciale pour narcotique est exigée

MERCODOL avec DECAPRYN®
pour le rhume à
réaction allergique spécifique



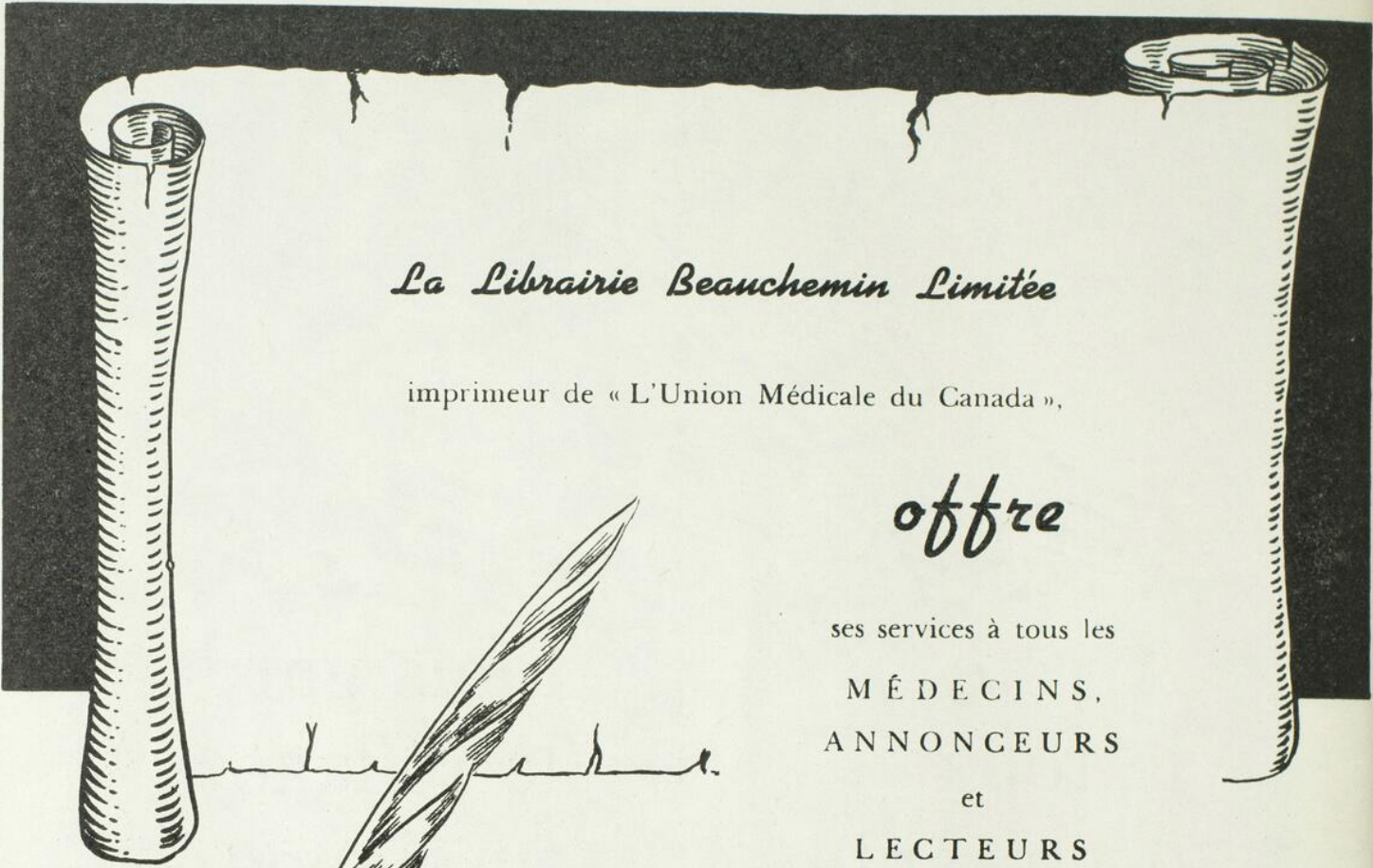
CINCINNATI • U.S.A.

Succursale Canadienne: 44 Osler Street, Toronto 9, Ontario

30 cc. contiennent:

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

*Marque Déposée



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

AMPOULES BUVABLES

K.HÉMO

ANTIÉMORRAGIQUE

HÉMORRAGIES INTERNES, EXTERNES et POST-OPÉRATOIRES

- PECTINE • GÉLATINE •
- CALCIUM • VITAMINE "K" •

APPLICATION ORALE ou LOCALE



LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200 RUE VALLÉE, MONTRÉAL

PORFIRINE

COMBAT LA DÉPRESSION
(HÉMATOPORPHYRINE)

RESTAURE L'HÉMATOPOÏÈSE
(FOIE 125 gr. PAR AMPOULE)

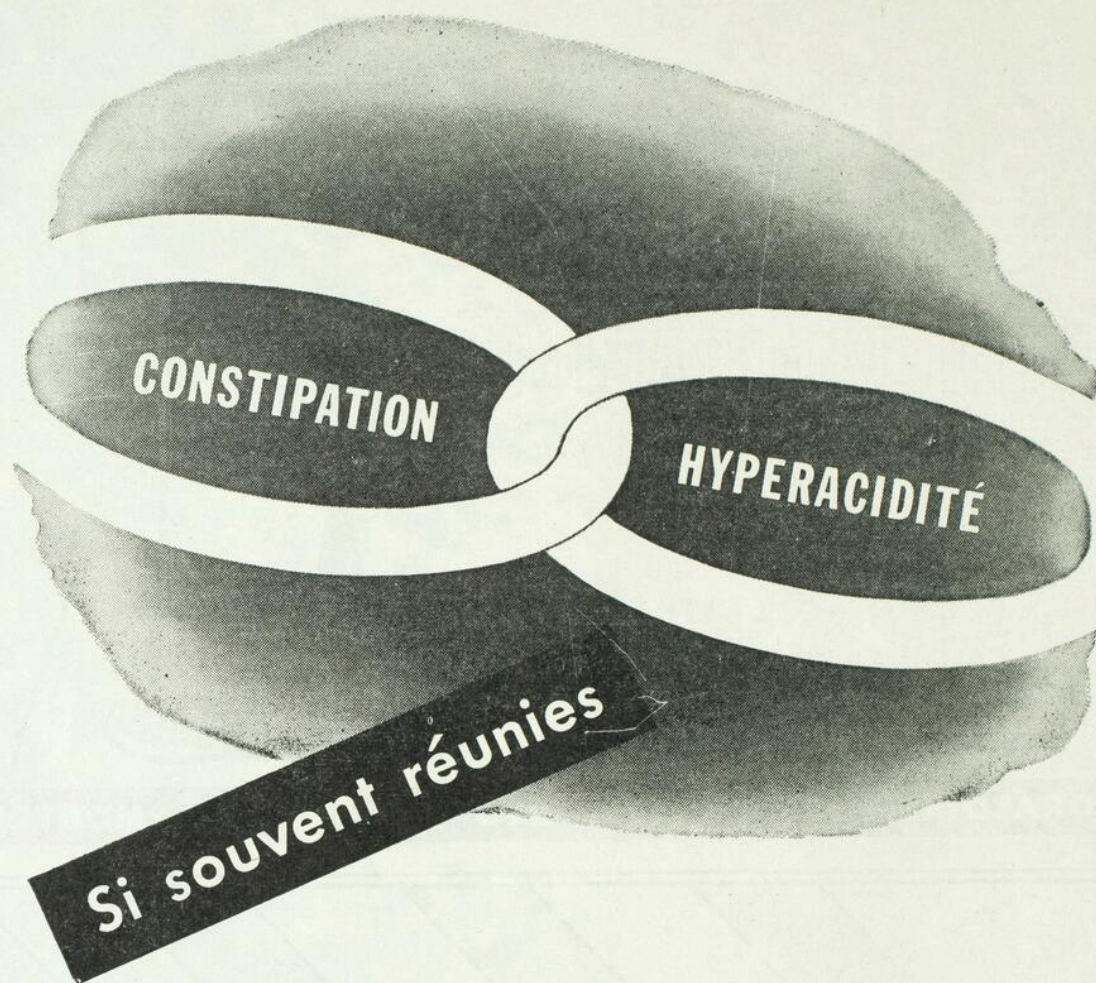
NORMALISE LE MÉTABOLISME
(HÉMOPEPTONE)

RECALCIFIE
(LÉVULINATE DE CALCIUM)

AMPOULES BUVABLES 10 cc
BOITES DE 10 ET 100

ANÉMIES SECONDAIRES
DÉGLOBULISATIONS
THÉRAPEUTIQUES
ÉTATS DÉPRESSIFS
CONVALESCENCES

CANADA LABORATOIRES JEAN OLIVE - 200 RUE VALLÉE - MONTRÉAL



Depuis plus de 75 ans, le Lait de Magnésie Phillips' est l'agent thérapeutique standard pour soulager la constipation et l'hyperacidité de l'estomac.

Comme laxatif—Le Lait de Magnésie Phillips', quoique très efficace, est doux et sans danger pour les adultes et les enfants.

Comme antiacide—Le Lait de Magnésie Phillips' soulage rapidement et efficacement. Ne contient pas de carbonates; pour cette raison, il n'occasionne pas de malaises dus à la flatulence.

DOSE: Laxatif: 2 à 4 cuillerées à soupe
Antiacide: 1 à 4 cuillerées à thé,
ou 1 à 4 tablettes



LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS'

Préparé exclusivement par THE CHAS. H. PHILLIPS CO. DIVISION, 1019 ELLIOT St. W., Windsor, Ont.
de Sterling Drug Inc.

CONSTIPATION
AUCUNE ACCOUTUMANCE

ACTION RÉGULIÈRE
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour
aux repas ou au coucher
Commencer par deux comprimés

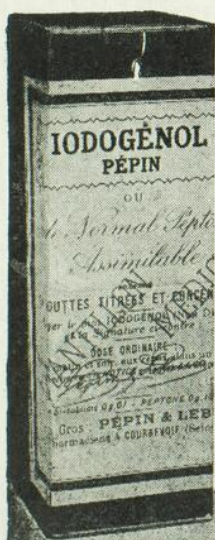
LABORATOIRES
LOBICA
25, RUE JASMIN — PARIS

Agent: J. EDDÉ Ltée, MONTRÉAL



TAXOL

Toutes les Indications de
l'IODE et des IODURES



IODOGÉNOL
PÉPIN

Pas d'Iodisme

AGENT GÉNÉRAL: J. EDDÉ Ltée - MONTRÉAL

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
 - ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
 - ŒUVRES DE SANTÉ PUBLIQUE
 - PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

LE VACCIN BCG**PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE**

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

- Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.
- Epreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.
- 3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANSCUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).
- FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.

Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.

*J. A. BAUDOIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.

A. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.



ALBERT CALMETTE
1863-1933

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal,

Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

HEMOSTYL



NUTRITIONS DÉFICIENTES

ASTHÉNIES ET HYPOTENSIONS

MOINDRE RÉSISTANCE AUX INFECTIONS

- ACCÉLÉRATION DES ÉCHANGES
- RESTAURATION DE L'ÉNERGIE
- LE STIMULANT " de SÉCURITÉ "

les 10 amino-acides
indispensables

le principe vaso-constricteur
de GREENE, RAPPORT
et PAGE.

les globulines-γ

AMPOULES BUVABLES
DE
10 cc.
2 à 4 par jour

SIROP

LES LABORATOIRES ROUSSEL
INSTITUT DE SÉROTHÉRAPIE HÉMOPOÏÉTIQUE
97, Rue de Vaugirard, PARIS (6^e) - Litré 68-22
J. Eddé Ltée - 1154 Beaver Hall, MONTREAL, P. Q.

136

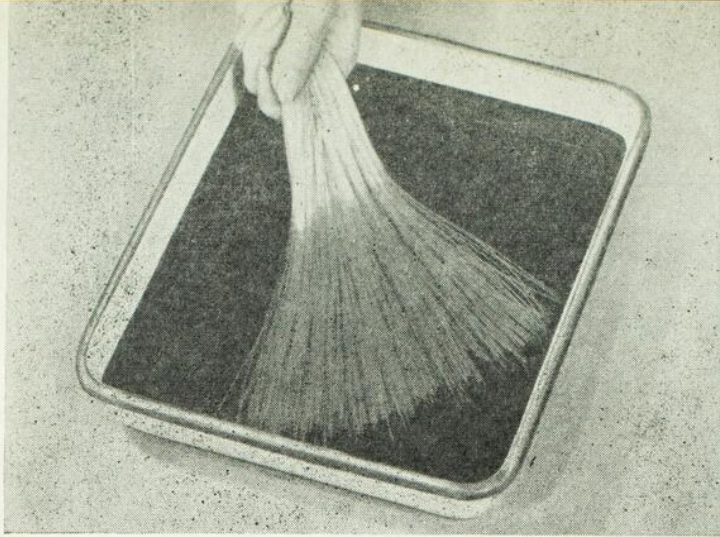
NEURINASE
COMPRIMÉS
*amorce le
sommeil naturel*
INSOMNIES - TROUBLES NERVEUX

ALEPSAL
CONVULSIONS
INFANTILES
10 ctg. 5 ctg. 1 1/2 ctg.
simple, sûr, sans danger

LAB. GENÉVRIER
45, Rue Michélie
NEUILLY-PARIS

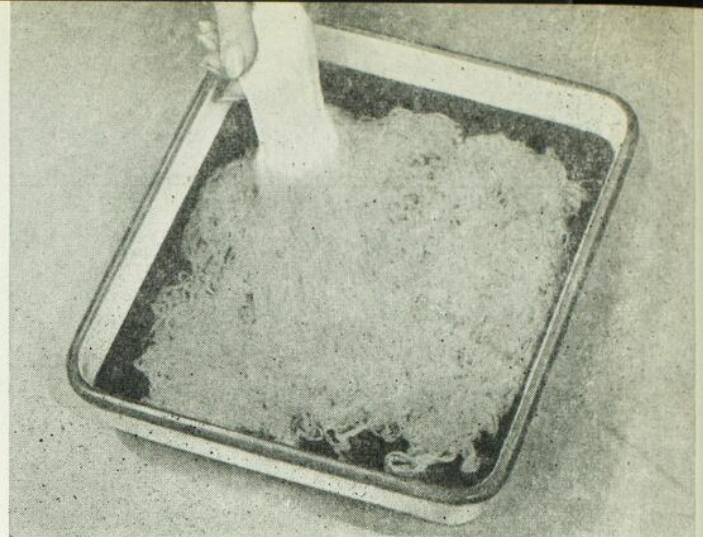
TP

J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., Montréal, Agent général pour le Canada.



CHROMAGE PAR LA SURFACE*

Lorsque le catgut est chromé après que les brins ont été filés et séchés, la concentration en chrome est très élevée dans les couches superficielles et relativement faible au coeur. Ainsi, le centre se trouve absorbé rapidement alors que la périphérie fortement chromée dure encore pendant une période prolongée.



CHROMAGE INTÉGRAL D'ETHICON

Les rubans de catgut sont plongés séparément dans le bain de chrome avant d'être filés en brins, ce qui permet l'obtention d'un dépôt uniforme de chrome sur chacun des rubans du brin. Le brin a alors une teneur en chrome qui est la même de la périphérie au centre.

Pourquoi le procédé "Tru-Chromicizing" d'Ethicon donne de meilleures sutures

Ce qu'il advient d'une suture absorbable après sa mise en place et la fermeture de la plaie ainsi que ses réactions chez le patient constituent l'épreuve ultime de ses qualités et de sa sécurité.

On emploie largement aujourd'hui le catgut chromé à cause de sa résistance à l'absorption tant que la guérison n'est pas accomplie. A cette fin, la suture chromée doit présenter les qualités suivantes:

1. Une teneur en chrome suffisante pour prévenir une absorption prématurée.
2. La concentration en chrome ne doit pas être telle toutefois que des fragments de suture résistent à l'absorption et persistent dans les tissus. C'est un inconvénient qui provoque souvent l'expulsion de "noeuds".

Pour obtenir une suture ayant le plus haut degré possible d'uniformité, Ethicon procède au chromage des brins de catgut brut à l'état de rubans. Ce procédé hautement précis a été nommé: "Tru-Chromicizing" (chromage intégral). La méthode alternative, mise en oeuvre par d'autres, appelée chromage par la surface, consiste à

plonger la suture finie, filée et séchée dans un bain de chrome. Voici les résultats des deux méthodes:

Chromage par la surface

Dans une solution d'enzyme, le coeur de la plupart des fils de catgut chromés par la surface se digère rapidement; il reste alors un cylindre creux qui se sépare en rubans.

Ce cylindre peut être très résistant aux enzymes et demeurer dans la solution indéfiniment comme corps étranger non digéré.

"Tru-Chromicizing"

Le catgut Ethicon chromé intégralement présente une résistance uniforme aux enzymes durant le processus de la digestion. Il s'absorbe de la surface vers l'intérieur comme suture à brin unique jusqu'à complète dissolution ou à peu près.

Sa digestion totale supprime le danger des expulsions de "noeuds" et des abcès stériles causés par les points.

Ce que signifie le chromage intégral

1. La guérison se trouve moins entravée par la présence du corps étranger dont la réaction est amoindrie.
2. La suture conserve sa haute résistance durant la période de guérison, après quoi elle est rapidement absorbée.
3. L'uniformité de ces qualités physiques et physiologiques est essentielle à la pratique d'une technique chirurgicale précise.

*Pour illustrer cette comparaison, on emploie de petits plateaux de laboratoire. Commercialement, le chromage par la surface se fait sous tension. Dans les deux procédés, on opère dans des cuves de grandes dimensions.



MAINTENANT!



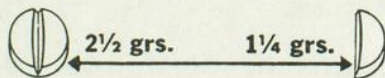
FORMAT POUR ENFANTS ASPIRIN

MARQUE DÉPOSÉE AU CANADA



Véritable

Ces comprimés d'Aspirin Format Spécial pour Enfants permettent aux mamans de donner les doses que vous prescrivez. Le format pour enfants est présenté en comprimés bisséqués de 2½ grains que l'on casse facilement pour donner des doses de 1¼ grain. Le comprimé se désagrège rapidement pour se mélanger avec le véhicule que le médecin recommande pour l'administrer.



THE BAYER COMPANY LIMITED, 1019 ELLIOTT STREET W., WINDSOR, ONTARIO

Ils ont tous couru après le "Farmer's Wife"



ÉTIQUETTE ROUGE

La nouvelle série de trois sortes de lait "Farmer's Wife" en fait un lait dont la formule est la plus flexible et la plus simple que vous pouvez employer. "Farmer's Wife" No 1 (étiquette rouge) — Lait entier incorpore toutes les qualités intrinsèques qui ont rendu le nom "Farmer's Wife" synonyme de tout ce qu'il y a de mieux pour l'alimentation du nourrisson.

Matières grasses 8% Solides 26%
Calories 45 à l'once

VOTRE PRÉFÉRÉ POUR TOUTE FORMULE DE LAIT ENTIER



ÉTIQUETTE BLEUE

"Farmer's Wife" No 2 (Étiquette bleue) — Lait semi-écrémé

Matières grasses 4% Solides 22% Calories 32 à l'once

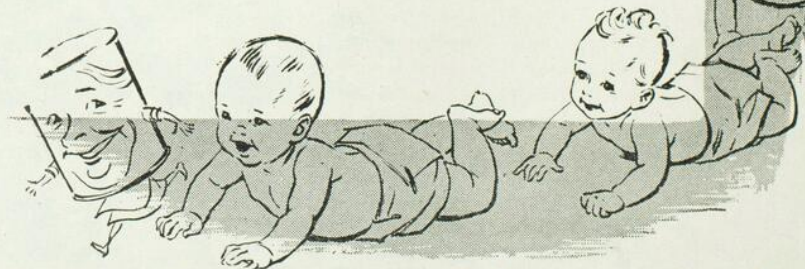
"Farmer's Wife" No 3 (Étiquette jaune) — Lait écrémé

Matières grasses 2% Solides 22% Calories 29 à l'once



ÉTIQUETTE JAUNE

Nous avons augmenté la teneur en Vitamines D à 480 Unités internationales par chopine de toutes les sortes de "Farmer's Wife", en y ajoutant des cristaux purs de Vitamine D₃.



Veuillez demander par écrit nos cartes de formule (modèle de poche) et nos imprimés.

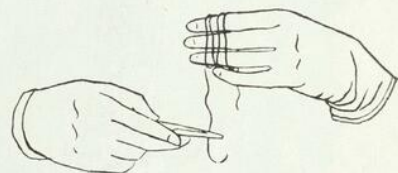
COW & GATE (CANADA) LIMITED

GANANOQUE, ONTARIO



Pionniers du progrès

Depuis le début de notre siècle, Bauer & Black ont donné sans cesse une attention soutenue aux Recherches et au Développement en regard du produit. Ayant sans cesse l'idée d'obtenir les faits qui existent au delà des frontières du savoir scientifique, Bauer & Black sont des pionniers dans leur domaine. Seul le travail constant pour obtenir de meilleures techniques ont établi B & B parmi les maîtres de la fabrication des produits spécialisés, en vue d'avancer aussi avec les maîtres de la noble profession que nous avons le privilège de servir.



UN EFFORT POUR ATTEINDRE UN NOUVEAU DEGRÉ D'EXCELLENCE

La qualité judicieuse des SUTURES CATGUT CURITY les fait préférer par une profession reconnue par l'attention méticuleuse qu'elle donne au détail. Ces sutures possèdent une force de tension adéquate, une souplesse, une absorption sûre par suite d'une chromicisation uniforme et totale. Elles ne s'effilochent pas, sont de calibre uniforme et causent le minimum d'irritation. Le savoir de Bauer & Black, leur expérience et les recherches constantes qu'ils ont faites au cours des années ont conduit à la fabrication de ce fameux produit spécial.

Lorsque vous avez besoin de sutures, employez les SUTURES CATGUT CURITY et les SUTURES NON-ABSORBABLES CURITY.

UN PRODUIT EXCLUSIF DE BAUER & BLACK

Division de The Kendall Company (Canada) Limited

Curity
ENRG. AU CANADA

SUTURES

RECHERCHE EN VUE D'AMÉLIORER LA TECHNIQUE... ET DE RÉDUIRE LE COÛT

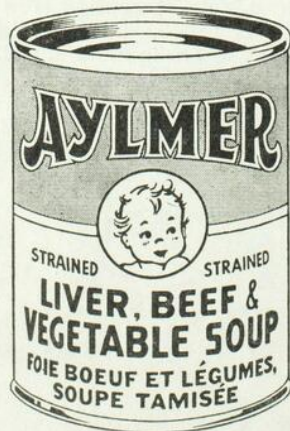
Au sujet du benjamin
de vos patients

HÉMOGLOBINE

formation des cellules sanguines

La numération des globules rouges atteint chez le nouveau-né un niveau très élevé. Puis il se produit une chute rapide au cours des quelques premières semaines. L'enfant vit à même les réserves de fer qu'il a puisées chez sa mère avant la naissance. Jusqu'au jour où il prendra des aliments générateurs de sang, il ne recevra plus de fer, si ce n'est la quantité minime présente dans le lait qu'il boit.

Les meilleures sources d'éléments générateurs de sang: foie, viande, légumes (épinards, haricots) et fruits (abricots, prunes), céréales, etc.



Ces aliments tamisés de AYLNER pour bébés fournissent les éléments hématogènes nécessaires sous une forme facilement digestible.

Soupe AYLNER au foie, bœuf et légumes

Bœuf et farina tamisés de AYLNER

Epinards tamisés de AYLNER

Haricots tamisés de AYLNER

Prunes tamisées de AYLNER

Dessert au flan d'abricot de AYLNER

ALIMENTS AYLNER POUR BÉBÉS

CANADIAN CANNERS LTD.,

HAMILTON, Ontario

Nomination

X-Ray and Radium Industries Limited ont annoncé que Monsieur Lionel Fortier fait maintenant partie de leur organisation de vente de leur succursale à Montréal.

Monsieur Fortier a une carrière des plus étendues dans le domaine des rayons X et du radium. Son expérience comprend du service technique avec la Maison International Electric Company, Limited, ainsi qu'à l'Université de Montréal, comme assistant du docteur Ernest Gendreau, dans les travaux de rayons X et de radium. Depuis au delà de vingt-trois ans, il a perfectionné son expérience dans ces champs d'action, et s'est spécialisé dans l'installation et le service d'appareillage à rayons X et dans l'organisation de services radiologiques d'hôpitaux.



La bonne voie

Le chemin de la banque mène à la prospérité. Un compte d'épargne offre plusieurs avantages. Il développe le sens de l'économie, stimule l'énergie et donne de l'assurance. Il protège votre argent contre les pertes, le vol et les dépenses inutiles. Ouvrez aujourd'hui un compte d'épargne à la

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Actif, plus de \$450,000,000

550 bureaux au Canada

*Lunettes
verres optalmiques*

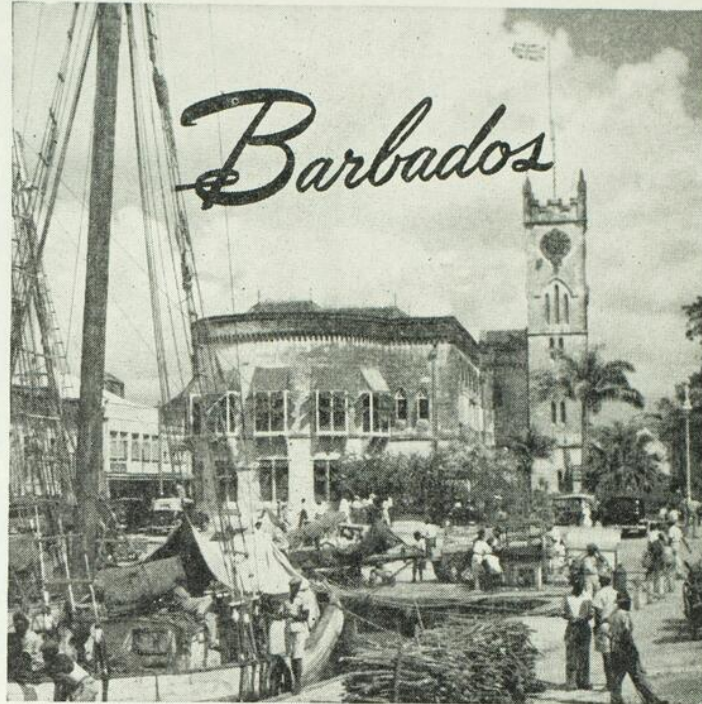
— o —
Examen de la vue
— o —

ALBANY PHILIE. O.D.
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS

BUREAU CHEZ

Dupuis Frères
LIMITÉE

MONTREAL



La Barbade

la plus salubre des Antilles

Pour Vos Patients ... Pour Vous

Vents alizés réguliers, minimum d'humidité. Température constante de 70 à 84°. Bains dans la mer à 72°. Hôtels ou Chalets \$4. et plus. Eau 100 p. c. pure. A 11 - 13 heures de Montréal - Toronto par avion. Excellents paquebots.

LE DOLLAR CANADIEN A UN POUVOIR D'ACHAT DE \$1.60 À LA BARBADA

Ecrivez au Comité de Publicité de La Barbade,
Suite 37 M, Immeuble Board of Trade, Montréal 1

SÉDATION ET EUPHORIE
POUR LES PATIENTS
NERVEUX ET IRRITABLES

par l'usage de

VALERIANETS-DISPERT

Chaque comprimé, enrobé de chocolat, contient: extrait de valériane (de concentration élevée), 0.05 gm., finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité.

SÉDATIF SANS GOÛT, SANS ODEUR, NON-DÉPRIMANT et CALMANT.
VALERIANETS-DISPERT est indiqué dans les cas de troubles émotifs et d'épuisement, l'anxiété, état de dépression, névrose cardiaque et gastro-intestinale, molimen ménopausique et menstruel, insomnie.

Posologie: 1 à 2 comprimés t. i. d. — Flacons de 50 et 100 comprimés.
Dans toutes les pharmacies d'ordonnance.



Canadian Distributor: LYSTER CHEMICALS, LTD., 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC., • 1123 Broadway, New York

Dans les troubles intestinaux

EUCARBON®

Chaque comprimé contient: Extrait de rhubarbe, séné, soufre précipité, huile de menthe poivrée, huile de fenouil, dans un excipient de charbon de saule suractivé.

Pour préparer la Solution de Burow U.S.P. XIV
PANSEMENT HUMIDE,
employez

PRESTO-BORO®

(Sulfate d'aluminium et acétate de calcium)

POUDRE EN ENVELOPPES
— COMPRIMÉS —

Pour le traitement de tuméfactions, inflammations, entorses.

Dans les affections pulmonaires

QUINOPULMIN®

Solution de quinine à 3% avec camphre à 2 1/2%, pour injection intramusculaire.



Bébé "A"—2 semaines



Bébé "B"—5 mois ½



A quel bébé donneriez-vous de la viande?

RÉPONSE: AUX DEUX! 2 à 3 mois est l'âge habituel . . . et certains médecins commencent à en faire mettre dans la formule à 2 semaines!

Ordinairement, on donne de la viande aux bébés à l'âge de 2 à 3 mois. Au cours d'une enquête faite récemment parmi des mamans qui donnent de la viande à leurs bébés, la plupart d'entre elles dirent que leurs médecins avaient recommandé de commencer à donner de la viande en même temps que les premiers aliments solides!

Elle est facile aussi à donner dans la formule! Donner de la viande de bonne heure veut dire maintenant donner de la viande dans la formule, avant d'autres aliments solides. Certains médecins la recommandent à deux semaines—d'autres à un mois.

VOICI POURQUOI: Once pour once, aucun autre aliment pour bébés ne fournit des protéines de qualité supérieure et plus complètes que les Viandes Swift's pour Bébé, au moment où les besoins des bébés, exprimés en termes de poids du corps, sont le plus élevés. La viande est aussi une excellente source de vitamines B et de fer alimentaire.

Quel que soit l'âge auquel vous recommandez de commencer à donner de la viande à un bébé, quand vous recommandez les Viandes Swift's pour Bébé, vous êtes sûr d'une excellente qualité, d'une préparation contrôlée dans des laboratoires, et de la rétention maximum des éléments nutritifs. Sept variétés appétissantes—boeuf, agneau, porc, veau, foie, coeur, et le nouveau foie et bacon—toutes prêtes à servir pour environ la moitié du coût des viandes préparées chez soi.

Des études cliniques indiquent les avantages de l'alimentation carnée précoce.

Aux Prématurés: Les protéines, matières grasses et sels minéraux qui se trouvent dans les Viandes Swift's pour Bébé sont aussi bien tolérés, bien digérés et bien utilisés que le sont ceux du lait par les bébés de cet âge: *Sisson, Emmel et Filer, "Meat in the Diet of Prematures," Pediatrics, 7, 89, (1951)*

A Six Semaines: Une augmentation de 25% des protéines absorbées, due à l'addition de Viandes Swift's pour Bébé à la formule, augmenta la teneur en hémoglobine du sang et la formation de globules rouges: *Leverson et Clark, "Meat in the Diet of Young infants," J. Am. Med. Assn. 134, 1215, (1947).*

Dans les Cas d'Allergie: Une formule utilisant les Viandes Swift's pour Bébé, enrichie de sels minéraux, matières grasses et hydrates de carbone, offre un succédané efficace du lait pour les bébés qui sont allergiques aux protéines du lait: *McQuarrie et Ziegler, "Nutritive Value of Mineral-Enriched Meat and Milk," Pediatrics, 5, 210, (1950).*

SWIFT CANADIAN CO., LIMITED

Seules les Viandes

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.

pour Bébé sont
tout viande!

TABLE DES ANNONCEURS

Pages	Pages
Abbott Laboratories (Aerohalar)	XXXIX - XL
Anglo-French Drug, Co. (Hémostérine irradiée)	XLI
Armour Laboratories, The (Acthar Gel)	XXIV - XXV
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Maturex) — (Prémaline)	XXI - XXII
Banque Canadienne Nationale	LXIII
Bauer & Black (Sutures Curity)	LXI
Berex Pharmacal Company (Berex)	XXXII - XXXIII
Bayer Company Limited, The (Aspirin)	LIX
British Drug Houses (Canada) Limited, The (Khellin B.D.H.)	XLV
Burroughs Wellcome & Company (Aérosporine)	XXXV
Canada Drug Company (Betagen) — (Bicalgen D) — (Tri-Sulfa) — (Somenal)	L
Canada Drug Company (Paveral)	LXVI
Canadian Cannerns (Aliments Aylmer pour bébés)	LXII
Compagnie Ciba Limitée (Linguette Métandrène)	XXVII
Comité de Publicité de La Barbade	LXIV
Cow & Gate (Canada) Limited (Lait entier, semi-écrémé, écrémé)	LX
Dupuis Frères (Exmen de la vue)	LXIII
Eddé, J., Limitée (Hemostyl) — (Neurinase) — (Alepsal)	LVII
Eddé, J., Limitée (Taxol) — (Iodogénol Pépin) —	LV
Frosst, Charles E. & Company (Prohema) — (Ferro-Catalytic)	VII - VIII - IX - X
Frosst, Charles E. & Company (Composé Ostoforte)	IV
General Electric X-Ray Corporation, Limited (Maxicon)	XXXI
Herd & Charton, Inc. (Veratrite)	XLVII
Herd & Charton, Inc. (Agripol)	XLII
Herd & Charton, Inc. (Gamirol)	XLIV
Herd & Charton, Inc. (Vichy Célestins)	II
Horner Limited, Frank W. (Les Graval)	XXVIII
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG)	LVI
Johnson & Johnson Limited (Sutures Ethicon)	LVIII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Acet-Amynophylline)	XXXVIII
Laboratoires Desbergers Limitée (Iodogentizin) Quatrième page de la couverture	
Laboratoires Jean Olive (Désensyl)	XII
Laboratoires Jean Olive (K-Hémo) — (Porfirine)	LIII
Laboratoire Jean Olive (Egosaly)	XIV
Lederle Laboratories (Auréomycine)	XIII
Librairie Beauchemin Limitée	LII
Mead Johnson & Company of Canada Limited (Poly-Vi-Sol) (Tri-Vi-Sol) — (Ce-Vi-Sol)	3ème page de la couverture
Merck & Co. Limited (Sulfate de Dihydrostreptomycine)	XIX
Merck & Company Limited (Mandelamine)	XLIX
Merck & Company Limited (Cortone)	I
Merrell (Mercodol)	LI
Millet, Roux & Compagnie (Scillitrine)	XV
Pan Pharmacals Limited, The (Ambermide)	XXXVI - XXXVII
Phillips Company Division, The Chas. H. (Lait de magnésie)	LIV
Poulenc Limitée (Stovaginal) Deuxième page de la couverture	
Roerig and Company (Canada) Limited, J. B. (Viterra)	XXIII
Rougier Frères (Digitaline native)	V
Rougier Frères Première page de la couverture	
Sandoz Pharmaceuticals Limited (Cafergot, N. N. R.)	XXX
Searle & Company, G. D. (Bromure de méthanthéline — Bromure de Banthine)	XI
Sharp & Dohme (Canada) Limited (Methajade)	XLVIII
Shuttleworth Chemical Company Limited, The E. B. (Scilexol)	XLIII
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Drilitol)	III
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (La Theptine)	XLVI
Smith & Nephew Limited (Emplâtres-Extension Elastoplast)	XXVI
Standard Pharmaceutical Company, Inc. (Valerianets- Dispert) — (Eucarbon — Presto-Boro — Quinopulmin)	LXIV
Swift Canadian Company Limited (Viande pour bébés)	LXV
Vinant Limitée (Baume Midalgan)	XX
Vinant Limitée (Pulmo-Bailly) — (Rhinamide)	XXXIV
Winthrop-Stearns Inc. (Néo-synéphrine pénicilline) — (Néo-synéphrine thenfadil)	XVIII
Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Streptomagma)	XXIX
Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Sebella)	XVII
X-ray and Radium Industries Limited (Nomination)	LXIII

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



Pour leurs besoins variés de vitamines



les versatiles "VI-SOLS" de MEAD

Solubles dans l'eau • agréables au goût • d'usage facile

Pour répondre aux demandes de différents combinaisons de vitamines en solution au compte-gouttes, il y a les trois préparations spéciales de vitamines liquides de Mead—POLY-VI-SOL, TRI-VI-SOL et CE-VI-SOL.

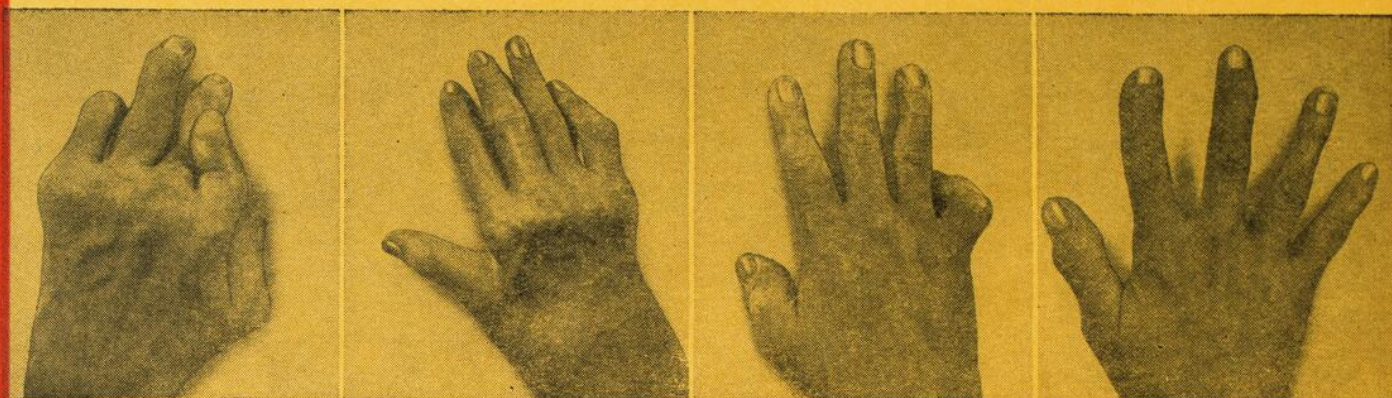
Toutes ces trois "VI-SOLS" sont agréables au goût, formulées et manufacturées avec le soin méticuleux et le contrôle scientifique qui ont toujours caractérisé les produits vitaminiques de Mead Johnson & Co.

	Vitamine A	Vitamine D	Acide Ascorbique	Thiamine	Riboflavine	Niacinamide
POLY-VI-SOL chaque 0.6 cc. fournit	5000 unités	1000 unités	50 mg.	1 mg.	0.8 mg.	5 mg.
TRI-VI-SOL chaque 0.6 cc. fournit	5000 unités	1000 unités	50 mg.			
CE-VI-SOL chaque 0.5 cc. fournit			50 mg.			

DISPONIBLES EN BOUTEILLES DE 15 ET DE 50 CC. AVEC COMPTE-GOUTTES CALIBRÉ



MEAD JOHNSON & CO.
OF CANADA, LIMITED
BELLEVILLE, ONTARIO



Dragées

IDOAGENTIZIN

DESBERGERS

ANALGÉSIQUE et ANTIPHLOGISTIQUE

des

DOULEURS RHUMATISMALES et ARTHRITIQUES

FORMULE :

Gentisate de Piperazine 200 mgm.
Salicylamide 200 mgm.
Iodaminol (DESBERGERS) 100 mgm.
pour une dragée.

INDICATIONS GÉNÉRALES :

DOULEURS MUSCULAIRES et ARTICULAIRES.

POSOLOGIE :

Au début du traitement, prescrire quatre à cinq dragées d'IDOAGENTIZIN par jour, puis augmenter d'une dragée par jour jusqu'à huit dragées, si nécessaire.

PRÉSENTATION : Flacons de 50 dragées.

DESBERGERS LIMITÉE

BIOLOGISTES

CHIMISTES

PHARMACIENS

Montréal

-

-

-

Canada