



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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale  
du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

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

**Une question... une réponse**

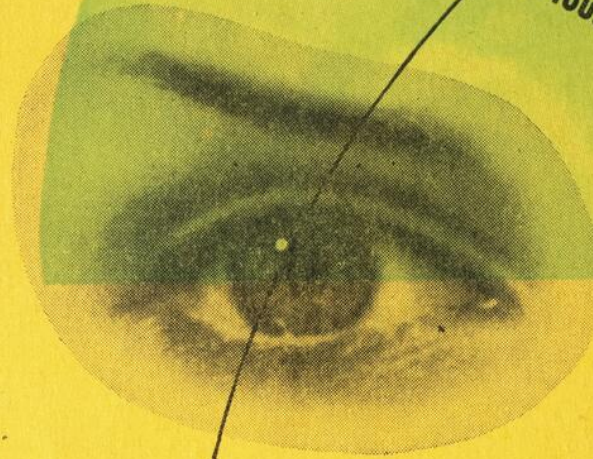
En réduisant les termes le plus simplement possible, on peut dire que la science médicale essaie de répondre à une seule question: Qu'est-ce qui est le meilleur pour le patient? Un avis médical compétent, doublé d'un traitement adéquat et prompt est la seule solution. Eli Lilly and Company coopère avec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

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED

• TORONTO, ONTARIO

*Lilly*

LE plus puissant  
de tous les antihistaminiques connus



*"L'antihistaminique  
du soir"*



ACTION PROLONGÉE PENDANT PLUS DE 14 HEURES

recommandé spécialement dans les allergies nocturnes ou rebelles

**Dermatoses Prurits Asthme**

ampoules • comprimés

**Phénergan**

Nouvelle Présentation: **SIROP**

Pour toutes les conditions allergiques chez les enfants  
et la **Coqueluche**

renseignements et échantillons sur demande

**Poulenc**



Limitée  
Montréal



*Portrait d'un ancien "tousseur"*

après que son médecin lui eut prescrit le médicament agréable au goût et non narcotique: Robitussin; reconnu par son action fluidifiante intense et prolongée et pour remettre en bonne humeur.

(Gaiacolate de glycényl 100 mg., et chlorhydrate de désoxyéphédrine 1 mg. dans chaque 5 cc.)

**Robitussin**<sup>®</sup>

est un produit de A. H. ROBINS CO., INC.  
RICHMOND 20, VA.

Produits pharmaceutiques de qualité depuis 1878

Agents pour le Canada



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

## SOMMAIRE

### BULLETIN

Edouard DESJARDINS	
Propos déontologiques .....	287
• • •	
Henri LAPOINTE	
A propos de hernies diaphragmatiques .....	289
L.-A. GAGNIER	
La roentgenthérapie dans les affections inflammatoires aiguës .....	297
A.-F. VALLÉE	
La radiologie dans l'étude des masses abdomino-pelviennes extra-alimentaires .....	302
Hervé LACHARITÉ	
La radiothérapie dans les troubles urinaires d'origine prostatique (rapport préliminaire) .....	306
Louis-Ivan VALLÉE	
Radiographie d'urgence pour abdomen aigu .....	310
Origène DUFRESNE et Guillaume GILL	
Le traitement des angiomes .....	313
• • •	
Laurent PESANT	
Hypertension artérielle à minima élevée. Sensibilisation au thiocyanate de potasse après splanchnectomie bilatérale .....	316

### INDICATIONS:

#### ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique  
Goutte  
Diabète arthritique

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

# VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

#### MALADIES DES VOIES URINAIRES

Gravelle urique et phosphatique

} Une bouteille par jour comme ci-dessus.

Albuminurie des goutteux et des graveleux

Cystites. — Néphrites

Artério-sclérose au début

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

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

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



## Une nerveuse représente un véritable musée pathologique...

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

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

Chaque cuillerée à thé (5 cc.) contient  $\frac{1}{4}$  de grain de phénobarbital et 5 mg. de thiamine.

Prescrivez

# l'Eskaphen B Elixir

Pour le malade nerveux et sans appétit

## SOMMAIRE

(Suite)

J.-E. LEMIEUX, Charles MIRALLIE, RIVES et FOURAGE  
L'enclouage centro-médullaire à la broche de Kuntscher dans les fractures fermées du tibia. Comparaison des résultats obtenus avec et sans ouverture du foyer, d'après 85 cas ..... 322

André JACQUES et Fernando HUDON  
Les substituts du sang ..... 325

**RECUEIL DE FAITS**

Antoine POULIOT  
Fistule artério-veineuse congénitale ou acquise ..... 329

**REVUE GÉNÉRALE**

Eugène ALLARD  
Organisation d'un service d'anesthésie ..... 332

**ÉDITORIAL**

Paul DAVID  
La chirurgie du cœur et des vaisseaux ..... 341

**VARIÉTÉS**

Albert LeSAGE  
La découverte de la circulation pulmonaire et générale. Un médecin arabe? ..... 347

# 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 <sub>1</sub> (chlorhydrate de thiamine) ....	0.67 mg.	2.67 mg.
Riboflavine (vitamine B <sub>2</sub> ) .....	1.00 mg.	4.00 mg.
Niacine (acide nicotinique) ....	6.67 mg.	26.67 mg.
Vitamine C (acide ascorbique)	15.00 mg.	60.00 mg.

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

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

Charles E. Frosst & Co.  
MONTREAL CANADA



# LIPOTROPE

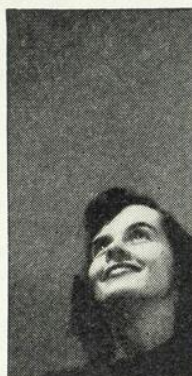
combinaison de tous les facteurs lipotropes éprouvés cliniquement et officiellement reconnus.

**1941** L'action de l'Inositol pour accélérer l'élimination du cholestérol est établie et sa valeur reconnue dans la prévention de l'infiltration graisseuse du foie. *Gavin et McHenry, J. Biol. Chem., 139, 485, 1941. Eddy & Dalldorf (The Avitaminoses, Williams & Williams, Baltimore 1944),*

**1946** L'action lipotrope de la Cystine est démontrée et plus particulièrement en association. *A. J. Beams, J.A.M.A., 130:190, Jan. 26, 1946.*

**1947** La Choline est officiellement inscrite dans le N.N.R. comme agent lipotrope. *J.A.M.A. 135:16, 1073, Dec. 30, 1947.*

**1948** La Méthionine est officiellement reconnue pour son activité lipotrope. *J.A.M.A., 139:6 430, Oct. 6, 1948.*

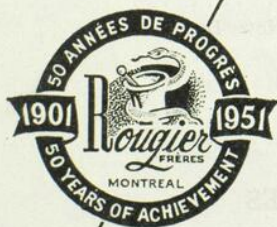


## 1951

Les expériences poursuivies en ce moment par Golfman et ses associés ont déjà apporté une contribution intéressante sur le sujet de l'hypercholestérolémie. Ces travaux semblent devoir vérifier l'hypothèse qu'une combinaison de facteurs lipotropes avec une quantité suffisante des facteurs essentiels du Complexe vitaminique B constituerait un traitement de choix. Lipotrope représente la plus haute concentration et l'association la plus complète de tous ces facteurs connus.

Echantillon et documentation sur demande. Flacons de 50 et 250 capsules ou comprimés.

**1951** marque pour Rougier Frères le cinquantième anniversaire d'efforts constants pour mettre à la disposition du Corps Médical des spécialités pharmaceutiques de la plus haute qualité.



# Rougier Frères,

350, RUE LE MOYNE,

MONTREAL 1

# SOMMAIRE

(Suite)

•

Paul-René ARCHAMBAULT	
Allocution prononcée à la séance inaugurale de la Société Médicale de Montréal .....	349

• • •

Rapport du rédacteur en chef de "L'Union Médicale du Canada" ....	352
---	-----

## CORRESPONDANCE

André PLICHET	
Lettre de Paris .....	356

• • •

EN DEVOIR .....	358
-----------------	-----

"L'Union Médicale du Canada" en 1882 .....	361
--	-----

ANALYSES .....	362
----------------	-----

### MÉDECINE

Considérations cliniques et de laboratoire dans le diagnostic du cancer du pancréas (362). L'influence de la rougeole pendant la grossesse sur le fœtus (362). Ménin-gite tuberculeuse (363). Endocardite à *aspergillus* et à *candida albicans*, avec commentaires sur le rôle des antibiotiques dans la dissémination du champignon (364). Polycythémie vraie et tumeurs malignes (364). Les antifoliques et le traitement des leucémies aiguës et sub-aiguës (365). Anémie aplastique et agranulo-cytose consécutives au tridione (365). Purpura sénile (366).

### CHIRURGIE

Le diverticule pharyngé latéral comme cause de dysphagie (366). Tumeur carcinoïde du petit intestin (366).

### NEUROLOGIE

L'effet du Di-isopropyl-fluorophosphate (DFP) sur les patients atteints de myasthénie grave (367).

### PSYCHIATRIE

Avertissement au sujet de l'emploi du curare à l'occasion du traitement pour shock convulsif chez des patients atteints de troubles psychiatriques et, en même temps, de myasthénie grave (367).

### UROLOGIE

Tumeurs testiculaires bilatérales après une orchidopexie bilatérale (367). Adénome de la parathyroïde et calculs rénaux (368).

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Cancer de la souris et virus (368). Les tumeurs propagées chez la souris au moyen de tissus desséchés (369). Transmission du sarcome au moyen de tissu déshydraté (370).

SOCIÉTÉS .....	371
----------------	-----

Réunion scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 23 novembre 1950 (371).

Société Médicale de Montréal: séance du 5 décembre 1950 (381).

NOUVELLES .....	382
-----------------	-----

## REVUE DE THÈSES

Jacques-R. LEDUC	
Nouvelles propriétés de quelques antihistaminiques de synthèse; leur action sur la conservation des tissus et sur le métabolisme .....	388
REVUE DES LIVRES .....	390

## *L'Excellence et le Prix*

PORTENT AU CHOIX DE L'OESTROGÉNOTHÉRAPIE  
SOUS FORME DE

### "QUESTRIN" SIMPLE

Marque de substances oestrogènes naturelles, conjuguées  
(équines), hydrosolubles et actives "per os"

OU

### "QUESTRIN" COMPOSÉ

une préparation qui renferme un composé de vitamines B  
comme facteur **PLUS**

**L'Excellence.** Dans le traitement des insuffisances oestrogènes, l'excellence des hormones provenant de sources naturelles en font la médication préférée — préférence encore plus prononcée dans le cas des oestrogènes naturels actifs "per os".

Cette préférence est essentiellement le fruit de l'observation à l'effet que l'administration d'oestrogènes naturels conjugués produit une remarquable sensation de bien-être physique et moral, et est beaucoup plus exempte d'effets malencontreux que ne l'est l'administration de substituts synthétiques.

**Le Prix.** Questrin est un des rares oestrogènes naturels conjugués actifs "per os" qui soit préparé en quantités suffisantes pour pourvoir à l'approvisionnement international. L'augmentation progressive de la demande universelle permet une économie dans la production, économie qui se reflète dans les prix de détail de Questrin et Questrin Composé, des préparations qui se vendent actuellement à des prix appréciablement moindres que tout autre produit de même nature.

**Le Complexe Vitaminique B.** Le rôle prédominant que joue le foie dans le métabolisme des hormones oestrogènes est constamment mis en valeur.<sup>1,2,3,4,5,6</sup> L'on a définitivement établi que l'affaiblissement même léger des fonctions hépatiques peut considérablement modifier le métabolisme des oestrogènes, et que les vitamines du groupe B remplissent une fonction importante dans le maintien intégral de l'habileté du foie à assimiler ces substances du point de vue physiologique.

Certaines indications nous portent à croire que l'apport de vitamines du groupe B chez une grande majorité de femmes, à l'âge de la ménopause du moins, est inadéquat, et l'addition de facteurs du groupe B à Questrin est donc judicieuse du point de vue thérapeutique.

# Pour le Soulagement des Symptômes d'Insuffisance Oestrogène

## "QUESTRIN" SIMPLE

*pleine force*

S.C.T. N° 428 "Frosst"  
(coloration rouge)

Chaque tablette renferme:

une quantité de Quesstrin équivalant à  
l'activité de..... 1.25 mg.  
de sulfate d'oestrone sodique.

POSOLOGIE: une à trois tablettes par jour.

## "QUESTRIN" SIMPLE

*demi-concentration*

S.C.T. N° 427 "Frosst"  
(coloration terra cotta)

Chaque tablette renferme:

une quantité de Quesstrin équivalant à  
l'activité de..... 0.625 mg.  
de sulfate d'oestrone sodique.

PRÉSENTATION: flacons de 20 et de 100 tablettes.

## "QUESTRIN" *pleine force* COMPOSÉ

S.C.T. N° 430 "Frosst" (coloration rose)

Chaque tablette renferme:

une quantité de Quesstrin équivalant à l'activité de 1.25 mg.  
de sulfate d'oestrone sodique,

*plus*

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

## "QUESTRIN" *demi-concentration* COMPOSÉ

S.C.T. N° 429 "Frosst" (coloration orange)

Chaque tablette renferme:

une quantité de Quesstrin équivalant à l'activité de 0.625 mg.  
de sulfate d'oestrone sodique,

*plus*

les facteurs énumérés au produit S.C.T. N° 430

POSOLOGIE: une à trois tablettes par jour.

PRÉSENTATION: flacons de 20 et de 100 tablettes.

## Bibliographie

1. "The Effect of Estrogen on the Utilization of Vitamin B Complex".  
Sutton and Ashworth, Arch. Int. Med., 69  
15, 1942.
2. "Effect of vitamin B complex deficiency on  
inactivation of estrone in the liver."  
Biskind and Biskind, Endocrinology, 31,  
109, 1942.
3. "The role of factors of the B complex in  
estrogen metabolism."  
Recent Progress in Hormone Research, vol.  
2, Academic Press Inc., New York, N.Y.
4. "Excretion of estrogen after the injection of  
estradiol and estrone into men with cirrhosis  
of the liver."  
Glass, Edmonson and Ball, J. Clin. Endocrin-  
ology, 4, 54, février 1944.
5. "The effect of vitamin deficiency on estradiol  
inactivation by liver."  
Singher, Kensler, Taylor, Rhoads and Unna,  
J. Biol. Chem. vol. 154, 79, 1944.
6. "The role of the vitamins of the B complex in  
estrogen metabolism."  
Segaloff and Segaloff, Endocrin., 34, 336  
1944.

Charles E. Frosst & Co.

MONTREAL - CANADA

**Pfizer** annonce la...

# Terramycine

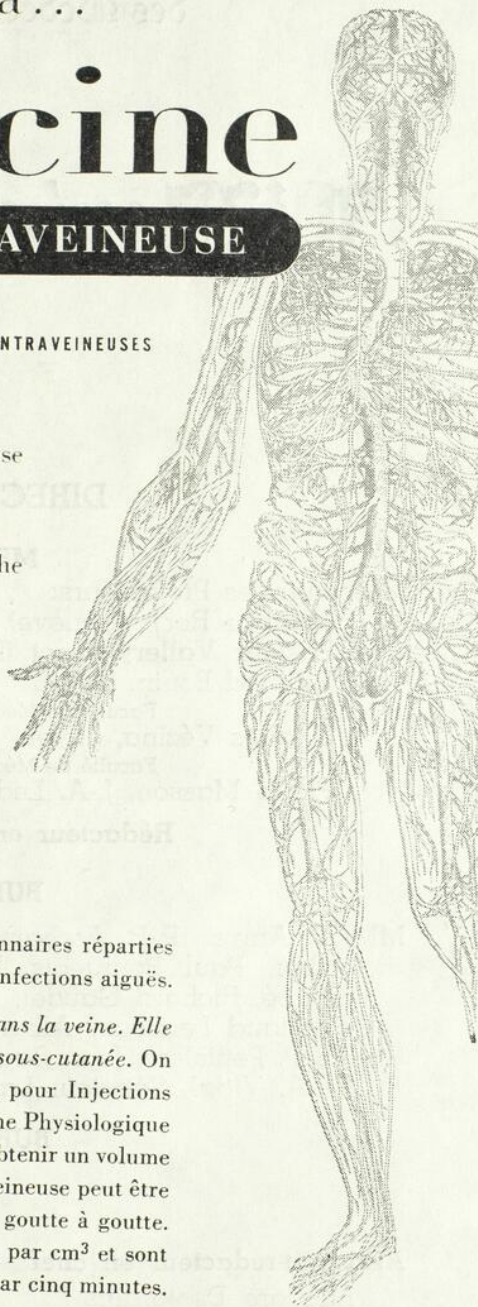
pour l'usage des  
hôpitaux seulement

**INTRAVEINEUSE**

CHLORHYDRATE DE TERRAMYCINE CRISTALLINE POUR INJECTIONS INTRAVEINEUSES

Cette forme présente les avantages de la thérapie intraveineuse au moyen du plus récent des antibiotiques à large spectre d'action pour le traitement :

- ... des cas et des conditions où l'administration par la bouche n'est pas praticable;
- ... des infections galopantes ou gangreneuses de caractère grave (en produisant rapidement de fortes concentrations de la drogue dans le sérum);
- ... en prophylaxie pré-opérative et post-opérative;
- ... de la péritonite.



## Dosage et Administration

0,5 g. à 1,0 g. de Terramycine Intraveineuse en doses fractionnaires réparties toutes les 12 heures s'est montré suffisant pour la plupart des infections aiguës.

La Terramycine Intraveineuse doit être injectée directement dans la veine. Elle ne s'administre jamais par la voie intramusculaire ou la voie sous-cutanée. On dissout le contenu de chaque ampoule dans 5% de Dextrose pour Injections P.E.U.A. stérile, Eau pour Injections P.E.U.A., ou Solution Saline Physiologique P.E.U.A., et la solution claire obtenue est diluée de manière à obtenir un volume final d'au moins 100 cm<sup>3</sup>. Si on le désire, la Terramycine Intraveineuse peut être incorporée directement à des solutions pour infusion continue goutte à goutte. Les solutions d'injection ne doivent pas contenir plus de 5 mg. par cm<sup>3</sup> et sont injectées lentement, en ayant soin de ne pas dépasser 100 cm<sup>3</sup> par cinq minutes.

**Fournie en :** ampoules de 10 cm<sup>3</sup> contenant 250 mg. de Chlorhydrate de Terramycine Cristalline avec du glycinat de sodium comme agent amortisseur.

ampoules de 20 cm<sup>3</sup> contenant 500 mg. de Chlorhydrate de Terramycine Cristalline avec du glycinat de sodium comme agent amortisseur.

Obtenables au Canada auprès de:  
Charles Albert Smith, Limited  
123 Liberty Street, Toronto  
315 Youville Square, Montreal

**Pfizer**

Service d'Exportation  
CHAS. PFIZER & CO., INC.  
81 Maiden Lane, New York 38, N.Y., U. S. A.

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

Fondée en 1872

**L'Union Médicale**  
du Canada

Fondée à Québec en 1902



**DIRECTION SCIENTIFIQUE**

**MEMBRES D'HONNEUR**

Messieurs les Professeurs:

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

**BUREAU DE RÉDACTION**

**Rédacteur en chef**  
**Roma AMYOT**

**Assistant-rédacteur en chef**

Edouard Desjardins

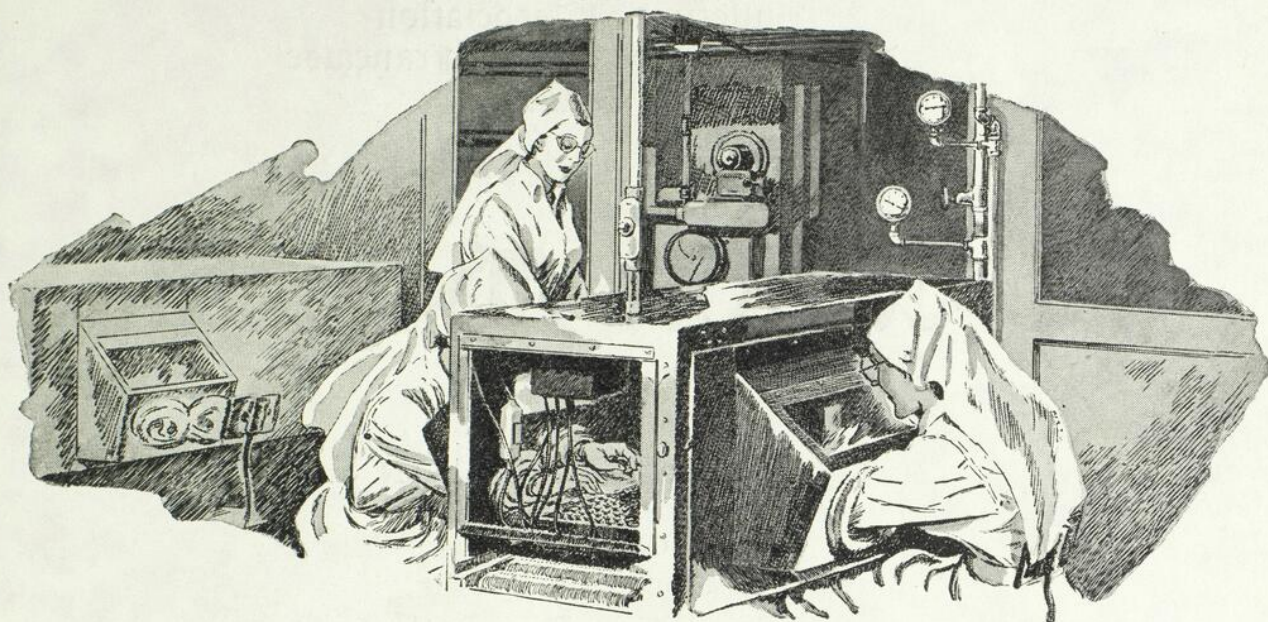
**Secrétaire de la Rédaction**

Roger-R. Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

**BUREAU DE COLLABORATION**

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



# AUREOMYCIN

*Lederle*

*Médication efficace contre de nombreuses infections à bactéries  
et à rickettsies et dans certaines maladies à protozoaires  
et à virus non-filtrables*

Dans les salles de remplissage stérile de nos Laboratoires de Pearl River, nous prenons toutes les précautions voulues contre la contamination et avons adopté tous les dispositifs qui contribuent à sauvegarder la qualité et l'état de stérilité du contenant d'Auréomycine dans les fioles pour injection intraveineuse. Au cours de tous les stades des opérations de remplissage, règne l'asepsie la plus rigoureuse. On commence par stériliser la solution par filtration à travers une bougie Selas. Quant aux fioles, bouchons et aiguilles, ils sont également stérilisés à l'air à 250° C. ou à l'autoclave. L'opération de remplissage elle-même a lieu dans un

tunnel en acier inoxydable pourvu de lampes à rayons ultra-violet. A aucun stade n'intervient la main de l'homme, du moins jusqu'au moment de l'insertion du bouchon dans la fiole. Cette opération s'effectue à l'intérieur d'une chambre irradiée aux ultra-violet et où ne pénètre que la main gantée et stérile de l'opérateur.

On peut se procurer désormais l'Auréomycine sous de nombreuses formes de caractère pratique, d'usage buccal et oculaire. Nous travaillons sans relâche à créer de nouvelles formes de cet antibiotique d'une surprenante versatilité.

**Conditionnement:**

Capsules: Flacons de 25 et de 100 capsules à 50 mg. Flacons de 16 et de 100 capsules à 250 mg.

Forme ophtalmique: Fiole de 25 mg. avec compte-gouttes;

solution à préparer extemporanément par addition de 5 c.c. d'eau distillée.

---

---

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

Fondée à Québec en 1902

# 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, Pierre Smith.

### COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

### CORRESPONDANTS

MM. A. Plichet (Paris);

Louis-E. Phaneuf (Boston);

Charles P. Mathé (San Francisco);

A. Fontaine (Woonsocket);

J.-H. Lapointe, J.-E. Gaulin, L. Mantha (Ottawa);

L.-F. Dubé (Notre-Dame-du-Lac);

Eug. Tremblay (Chicoutimi);

R. Gaudet (Sherbrooke);

Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières);

D. Collin (Saint-Boniface);

L.-P. Mousseau (Edmonton).

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

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

---

---

Procure le calme  
qui prédispose au sommeil



## NEO-SPASMYL

Le NEO-SPASMYL agit comme tonique du système nerveux central, dont il modère l'excitabilité.

Dans la journée, il prédispose au calme les malades surexcités, anxieux. La nuit, il les aide à obtenir un sommeil naturel et réparateur. Il n'occasionne pas de mauvais réveil ni de prostration le lendemain.

*Laboratoires "National" Limitée*

Agents généraux au Canada :

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

---

---

# OFFICIERS

## DE

# l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

### 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

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

### SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

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

### SECRÉTAIRE ADJOINT

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

### COMITÉ DU XXI<sup>e</sup> CONGRÈS

**J.-A. DENONCOURT,** président.

<b>J.-B. JOBIN,</b>	1 <sup>er</sup> vice-président.
<b>J.-M. LAFRAMBOISE,</b>	2 <sup>e</sup> " "
<b>Gustave LACASSE,</b>	3 <sup>e</sup> " "
<b>Auray FONTAINE,</b>	4 <sup>e</sup> " "

**Jos. NORMAND,** secrétaire,  
1027, boul. Laviolette,  
Trois-Rivières.

**J.-L. ROCHEFORT,** trésorier,  
1005, rue Saint-Prospère,  
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          ARCHAMBAULT, Gérard, 472, av. Laurier, St-Jean, P. Q. . . . . 1952          BAILLY, Roland, 4339 avenue de Lorimier, Montréal . . . . . 1952          BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta . . . . . 1954          BELIVEAU, Pierre, Méthéan, N.-E. . . . . 1952          BIBAUD, Barthélemi, Valleyfield, P. Q. . . . . 1952          BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec . . . . . 1952          BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont . . . . . 1954          BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q. . . . . 1954          CARON, Sylvio, Mastai, Québec . . . . . 1952          CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal . . . . . 1954          COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. . . . . 1954          D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. . . . . 1954          DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal . . . . . 1952          DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec . . . . . 1952          DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. . . . . 1952          GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. . . . . 1954          GAUTHIER, J.-D., Shippegan, N.-B. . . . . 1954          HURTUBISE, Raoul, Sénateur, 19, rue Durham,          Sudbury, Ont. . . . . 1954</p>	<p>JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. . . . . 1952          JOBIN, Pierre, 91 1/2, rue d'Auteuil, Québec . . . . . 1954          LECOURS, J.-A., 538, av. King-Edward, Ottawa, Ont. . . . . 1952          LEMIEUX, J.-R., Hôpital Saint-Sacrement, Québec . . . . . 1952          MANSEAU, Georges, 924, rue St-Aubin, Ville-St-Laurent . . . . . 1952          MERCILLE, Jean, 316, Parc C.-E.-Cartier, Montréal . . . . . 1952          MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. . . . . 1952          MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P. Q. . . . . 1952          PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. . . . . 1952          PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. . . . . 1954          PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. . . . . 1954          PILON, J.-L., 389 est, boul. Saint-Joseph, Montréal . . . . . 1954          POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q. . . . . 1954          RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. . . . . 1954          ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté de Nicolet, P. Q. . . . . 1952          SMITH, Pierre, 300, Carré Saint-Louis, Montréal . . . . . 1954          TETRAULT, Adélar, 411, boul. Laviolette, T.-Rivières . . . . . 1954          THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. . . . . 1954          VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. . . . . 1954</p>
--	---



On ne dit plus

## POUR HOMMES SEULEMENT

Les androgènes ne peuvent plus être considérés comme Hormones Sexuelles "Mâles" dans le sens premier étroit du terme.

Les épreuves cliniques modernes ont si bien étendu leur application qu'aujourd'hui le PÉRANDREN\*, le MÉTANDRÈNE\*\* et les LINGUETTES MÉTANDRÈNE\*\*\* sont efficacement employés aussi bien dans des affections purement gynécologiques que dans des maladies communes aux deux sexes.

Chez la femme, par exemple, le testostérone a été décrit comme "une troisième arme pour le traitement du cancer du sein"<sup>1</sup>; cependant qu'il a connu de remarquables succès chez l'homme comme chez la femme dans des affections aussi variées que l'*angine de poitrine*<sup>2</sup>, la dépression mentale<sup>3</sup> et les dermatoses préséniles et séniles.

Chaque fois que le traitement au testostérone est indiqué, le médecin peut prescrire le PÉRANDREN, le MÉTANDRÈNE ou les LINGUETTES MÉTANDRÈNE en toute confiance sachant qu'il dispose des androgènes les plus efficaces qui soient, sous la forme injectable, orale ou sublinguale.

**P**érandren\*  
**M**étandrène\*\*

**COMPRIMÉS:** pour usage buccal

**LINGUETTES:** pour administration sublinguale  
(\*\*\*Marque Enregistrée)

1. Therapeutic Trials Committee, Council on Pharmacy and Chemistry, J.A.M.A. 140: 1214, 1949.

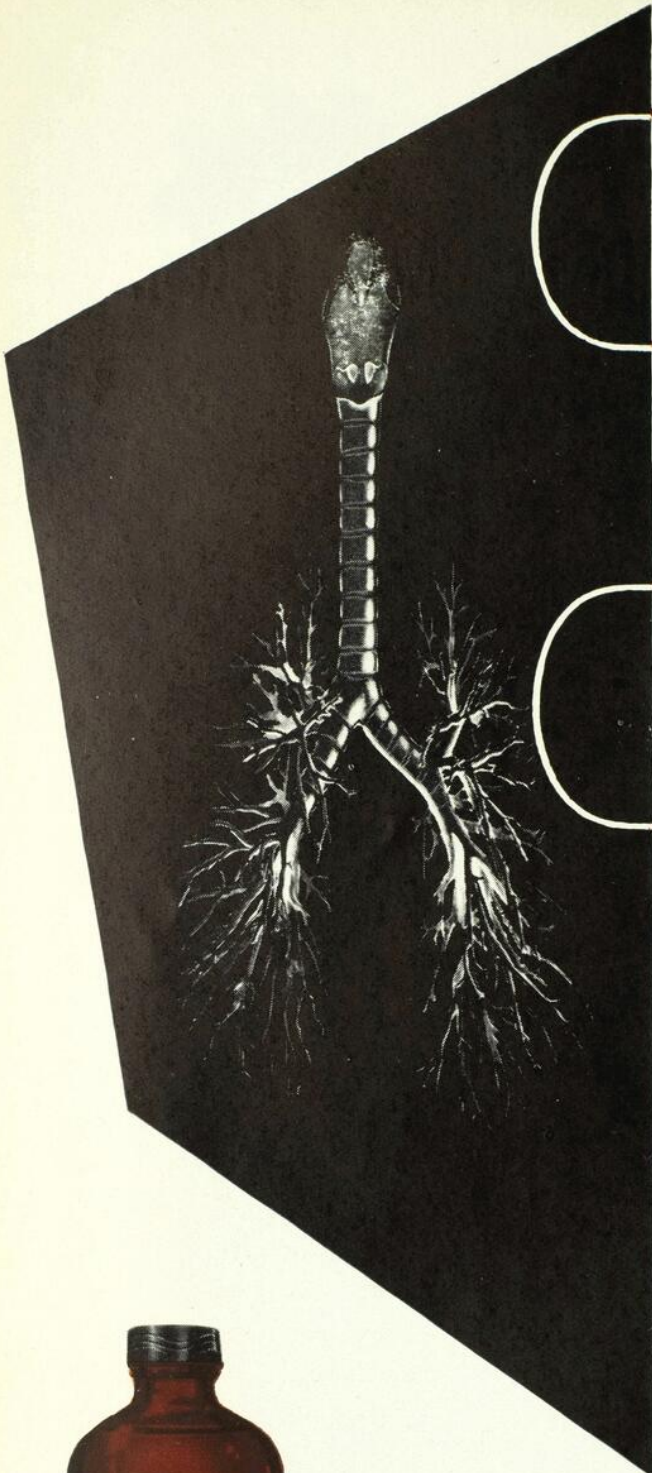
2. Lesser, M.A.: J. Clin. Endo. 8: 549, 1946.

3. Altschule and Tillotson: New Eng. J. Med. 239: 1036, 1948.

COMPAGNIE

**Ciba**

LIMITÉE MONTRÉAL



# Maîtrise Active de la Toux

## PYRIBENZAMINE EXPECTORANT

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

Chaque once fluide de PYRIBENZAMINE EXPECTORANT contient:

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

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

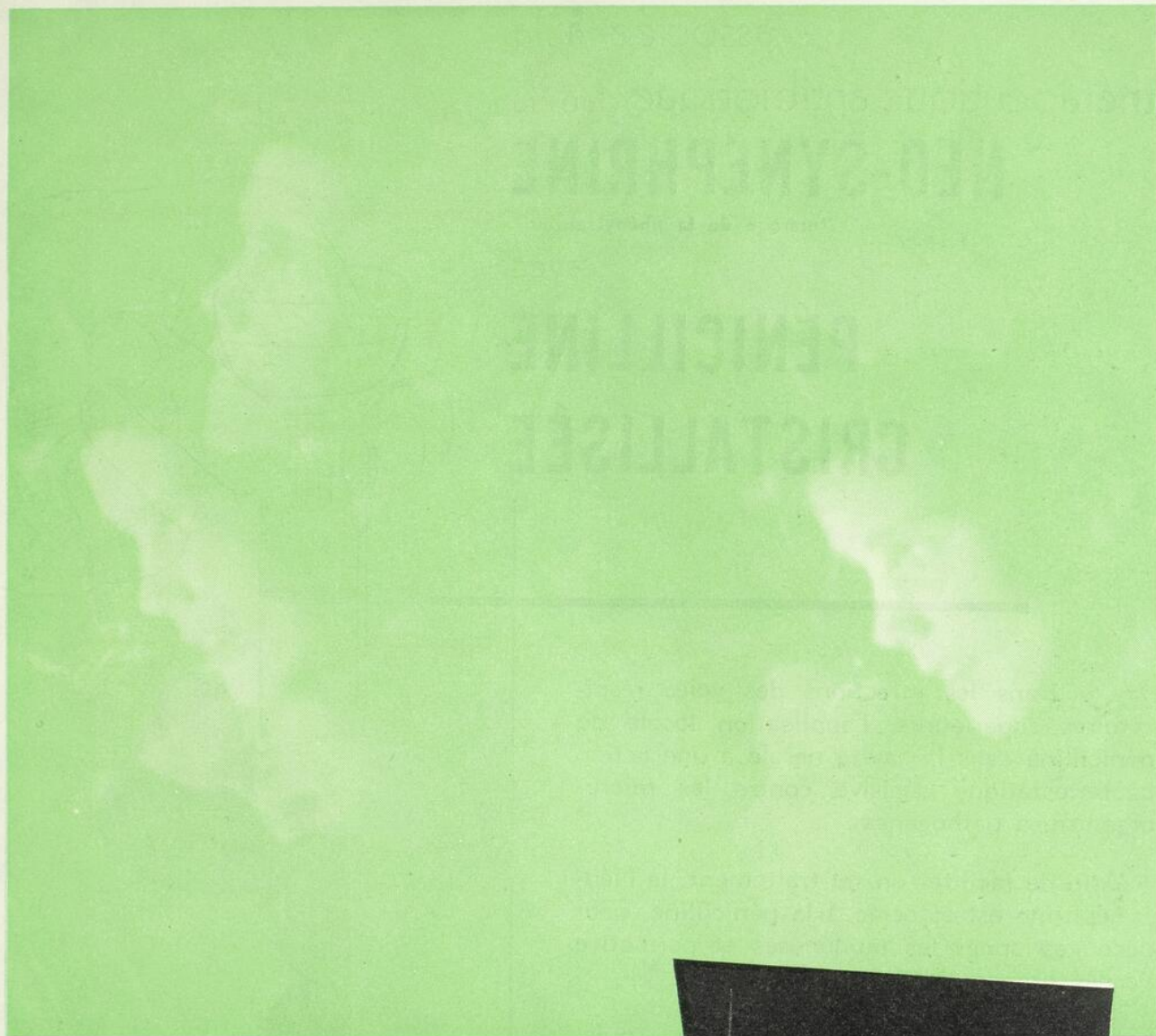


*Pyribenzamine*\*  
**EXPECTORANT**  
AVEC ÉPHÉDRINE

COMPAGNIE



LIMITÉE MONTRÉAL



“Un grand nombre de personnes que les voyages sur terre ou sur mer affectent peuvent être soulagées ou même immunisées par des doses adéquates de dimenhydrinate (Dramamine).”

—Council on Pharmacy and Chemistry, New and non-official Remedies, J.A.M.A. 143:815 (1er juillet 1950.



**DRAMAMINE<sup>R</sup>** marque de dimenhydrate — pour la prévention ou le traitement de la cinépathie — se vend en comprimés de 50 mg. ou sous forme liquide.

ON PEUT MAINTENANT SE PROCURER DRAMAMINE DANS LES PHARMACIES AU CANADA.

Vasoconstriction  
associée à la  
thérapeutique antibiotique dans la  
**NEO-SYNEPHRINE**

(marque de la phényléphrine)

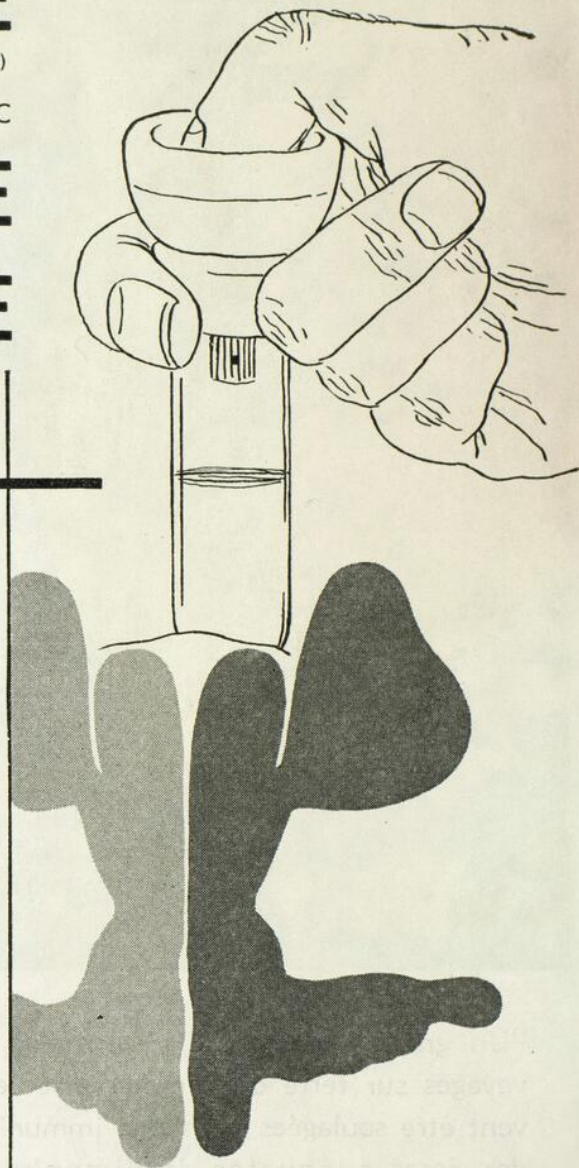
avec

**PÉNICILLINE  
CRISTALLISÉE**

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

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

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



**NEO-SYNEPHRINE**

avec

**PÉNICILLINE CRISTALLISÉE**

**Stable - Plein rendement**

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

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

443 Sandwich Street — Windsor, Ontario.

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

# Prolongement de l'Activité dans

Angine de Poitrine,  
Thrombose des Coronaires,  
Sclérose des Coronaires,  
Décompensation Cardiaque,  
Asthme Cardiaque et Bronchique,  
Status Asthmaticus

assuré par son action Vaso-dilatatrice et Diurétique.

## COROPHYLLIN (Aminophylline M&M)

est un vasodilatateur et un diurétique de première valeur. La sécrétion rénale, stimulée par son emploi, amène une diurèse massive. Le relâchement du spasme des artères coronaires produit une diminution de la douleur. Son action dilatatrice puissante sur les petites bronches et les bronchioles provoque le relâchement de la musculature bronchique et améliore la respiration. Corophyllin est aussi présentée en association avec les barbituriques pour la commodité de la prescription.

Dans les états cardiaques et bronchiques, l'expérience clinique a reconnu l'efficacité de l'administration de Corophyllin par voie rectale (suppositoires).

### LES SUPPOSITOIRES SONT:—

COROPHYLLIN—Adultes (No 2879)	
Corophyllin (Aminophylline M&M)	7½ grs.
COROPHYLLIN —Enfants (No 3038)	
Corophyllin (Aminophylline M&M)	3¾ grs.
HYPNOMIN—Adultes (No 2941)	
Corophyllin (Aminophylline M&M)	7½ grs.
Pentobarbital sodique	1½ grs.
HYPNOMIN—Enfants (No 2940)	
Corophyllin (Aminophylline M&M)	3¾ grs.
Pentobarbital sodique	¾ gr.

Les comprimés glutinisés trouvent leur indication dans les cas où il est préférable d'éviter l'action des sucs gastriques et d'obtenir une action retardée.

COROPHYLLIN	1½ grs.	E.C.T. 3046
COROPHYLLIN	3 grs.	E.C.T. 2914

Ces préparations d'Aminophylline en association, éprouvées par l'expérience sont aussi présentées pour la commodité de la prescription.

DIG-AMINOPHYLLINE ....(C.T. 2183)	
Aminophylline	1½ grs.
Phénobarbital	1¼ grs.
Digitale poudre B.P.	¾ gr.
PHEN-AMINOPHYLLINE (C.T. 2130)	
Aminophylline	1½ grs.
Phénobarbital	¼ gr.



**Mowatt & Moore Ltd**  
PRODUITS PHARMACEUTIQUES  
DE CHOIX  
MONTREAL

# RHINIPHEN

**CORYZA**

**GRIPPE**

**MIGRAINE**

**Chaque comprimé renferme:**

Acide Acétylsalicylique .....	5 grains
Chlor. de Désoxéphédrine .....	0.625 mg.
Ménadione (Vit. K) .....	0.25 mg.

Dans les affections ci-dessus, lorsqu'il existe de la fièvre, 2 comprimés en une seule prise, suivie d'un comprimé toutes les quatre heures en cas de besoin. Dans les autres cas, 1 à 4 comprimés par jour.

**LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.**

178 est, rue Jean-Talon,

- -

Montréal 10

Ext. de la  
Revue Médicale de l'U.M.

**LE CHOIX DES SULFAMIDÉS À  
UTILISER EN ASSOCIATION.**  
(David Lehr — N. Y.)

Selon l'auteur, la sulfadiazine et  
la sulfamérazine sont le pre-  
mier choix.

La sulfacétimide est très soluble,  
peu toxique et diffuse rapide-  
ment...

*Qu'ils en  
contiennent*

**2** avec **BISULFA**  
ou  
**3** avec **TRISUL**

les polysulfamidés de  
"BIO-CHIMIQUE" vous garantissent une

- Toxicité réduite
- Cristallurie réduite
- Efficacité maintenue

**LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.**

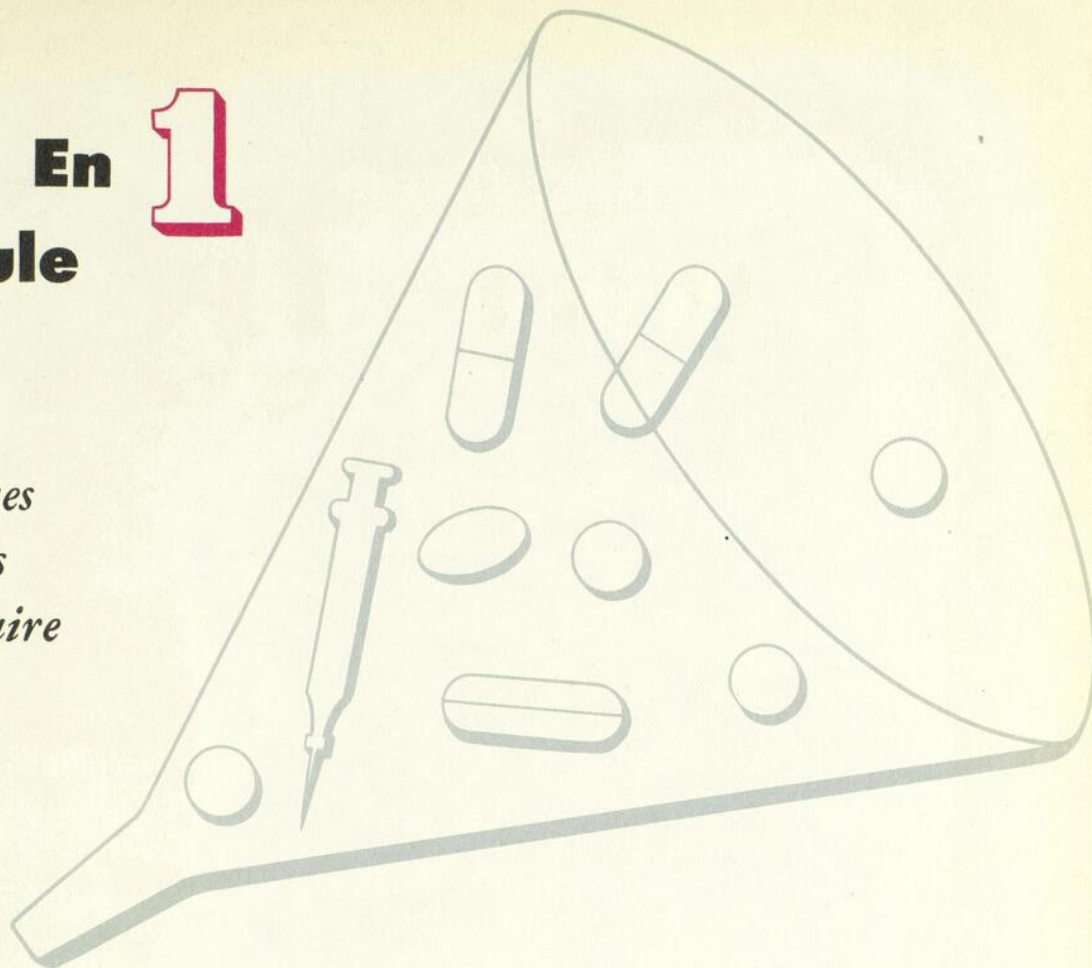
178 est, rue Jean-Talon,

- -

Montréal 10

**En 1**  
**capsule**

*tous les spécifiques  
des anémies  
macrocytaire  
et ferriprive*



*traitement des anémies tant  
macrocytaire que ferriprive*

Chaque capsule contient:

- Vitamine B<sub>12</sub>.....10 microg.
- Estomac desséché.....250 mg.
- Acide folique.....0.67 mg.
- Sulfate ferreux P.B. (5 grains).....320 mg.
- Extrait de foie, équivalent de 1 g. de foie frais
- Acide ascorbique.....50 mg.

**"Maturex"**



**Ayerst, McKenna & Harrison Limitée**

Biologistes et Pharmaciens  
Montréal, Canada

*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.

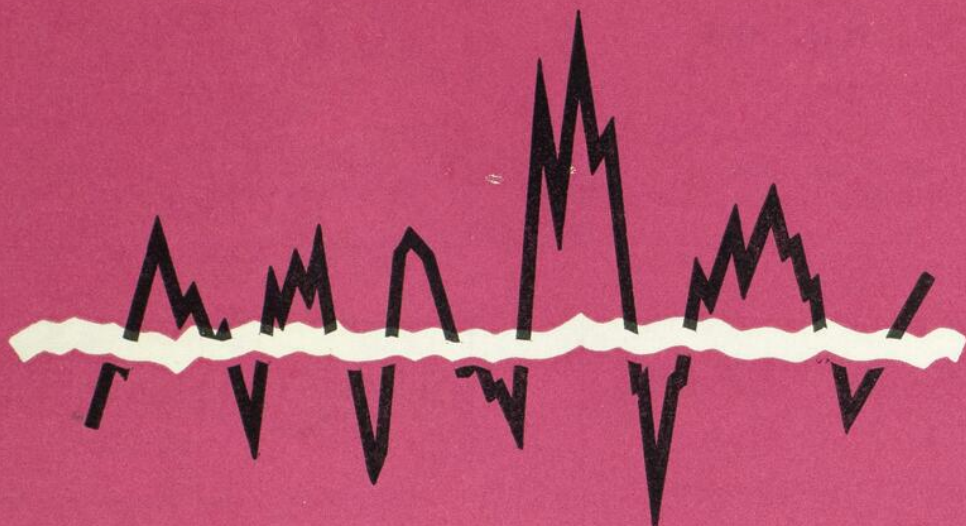
S'obtient également pour le traitement oestrogènes-androgènes:

"PRÉMARINE" avec MÉTHYLTESTOSTÉRONE

**Ayerst, McKenna & Harrison Limitée**

Biologistes et Pharmaciens  
Montréal, Canada





*Voici ce qui arrive au spasme  
tôt après l'administration de cette  
excellente association de cette  
naturels de la belladonne et de  
phénobarbital en quantité minime . . .*



## Donnatal

est un produit de **A. H. ROBINS CO., INC.**

RICHMOND 20, VA.

Produits pharmaceutiques de qualité depuis 1878

Dans chaque comprimé,  
ou 5 cc. (1 cuil. à thé) d'élixir:

Sulfate d'hyoscyamine .. 0.1037 mg.  
Sulfate d'atropine..... 0.0194 mg.  
Bromhydrate d'hyoscine 0.0065 mg.  
Phénobarbital, ¼ gr.....16.2 mg.

Agents pour le Canada **THE LEEMING MILES CO., LTD.**

1 Notre Dame St. West, Montreal 1, Quebec

L'AMINOPHYLLINE FRANÇAISE

# CARÉNA

## SÉDO-CARÉNA

COMPRIMÉS

Caréna — Phénobarbital — Papavérine

**Neurodystonies cardiaques**  
**Spasmes vasculaires, Algies des cardiaques.**

## CARÉNA

INTRAMUSCULAIRE

Théophylline-éthylène-diamine

**Syndromes cardiaques**

**Syndromes Cardio-rénaux**

**Œdèmes cardiaques, rénaux et hépatiques.**  
**Dyspnées**

## CARÉNA-OUABAÏNE

AMPOULES I. V. — COMPRIMÉS

**VASO-DILATATEUR — CORONARIEN**

**Défaillance cardiaque, cœur sénile**

## TRINITRINE-CARÉNA

COMPRIMÉS

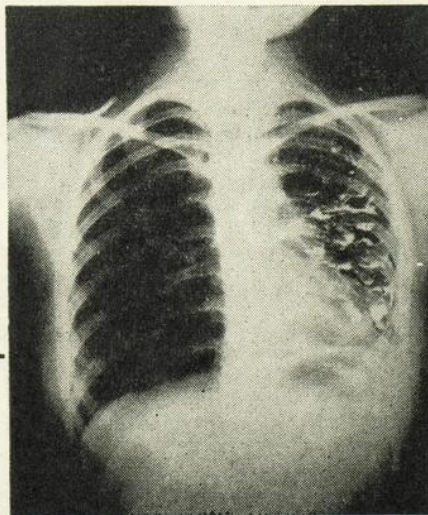
**Algies paroxystiques, état de mal angineux,**  
**crises d'angine de poitrine.**

Laboratoires DELAGRANGE — Paris

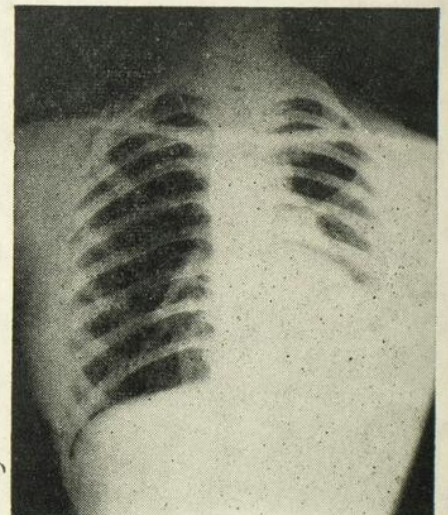
Agents pour le Canada: VINANT Limitée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL

# Lipiodol\*

complète



Roentgenogramme avec Lipiodol



Roentgenogramme sans Lipiodol

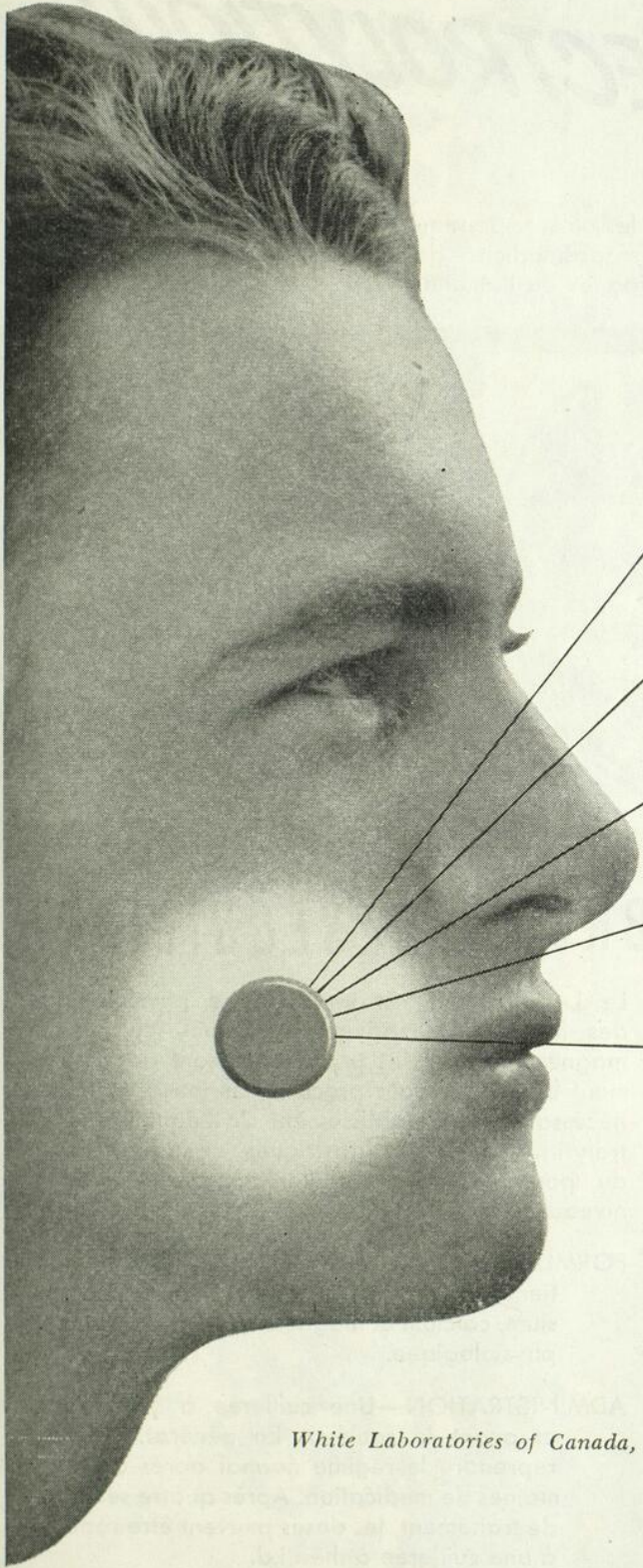
l'image du diagnostic!

Agents exclusifs pour le Canada

VINANT Ltée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL

LABORATOIRES A. GUERBET & C<sup>ie</sup>

22, Rue du Landy, 22  
PARIS - SAINT-OUEN



En se dissolvant  
lentement dans la  
cavité buccale...

les **LOZILLES**

*Dragées de Tyrothricine-Propésine*

*procurent un traitement*

**sûr**

*... non-sensibilisateur*

**efficace**

*... chaque dragée contient 2 mg. de tyrothricine*

**topique**

*... l'absorption ne se fait pas par voie de l'organisme*

**analgésique**

*... soulagement prolongé*

**antibiotique**

*... concentrations élevées de tyrothricine  
dans la salive*

*White Laboratories of Canada, Ltd., 62-66 Gerrard Street, East, Toronto, Ontario.*

# LA THÉRAPIE DE L'ULCÈRE par L'ÉQUILIBRE ÉLECTROLYTIQUE

Le LACTOL-MRT s'emploie avec succès contre les ulcères peptiques et autres affections gastriques pénibles, (hyperacidité, gastrite, spasmodicité gastro-intestinale), sans avoir recours à la couche protectrice, aux drogues ou l'alcalinisation pure et simple.

## LE LACTOL-MRT

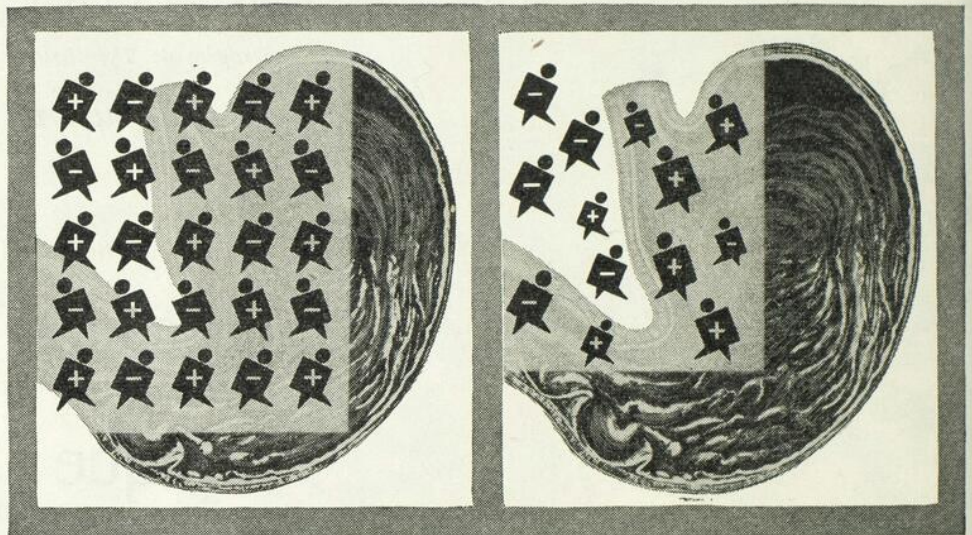
Ramène à la normale la sécrétion des sucs gastriques jusqu'au point où la fonction digestive se produit sans provoquer l'irritation des tissus.

Rétablit le pouvoir-tampon que possède l'organisme.

Relâche la musculature de l'estomac et du duodénum.

Rétablit la circulation dans les parties ulcérées et enflammées de l'estomac.

Soulage la douleur et les autres symptômes pénibles.



## ÉQUILIBRE

## DÉSÉQUILIBRE

Des recherches cliniques très poussées ont démontré que l'emploi du LACTOL-MRT dans le traitement des ulcères peptiques rétablit le flux normal de la sécrétion gastrique, procure une action-tampon rapide qui soulage l'irritation locale, rétablit le pouvoir-tampon que possède l'organisme et produit un équilibre électrolytique dans les tissus gastriques, amenant par voie de conséquence un relâchement de la musculature et un rétablissement de la circulation. Il s'ensuit que la douleur et les autres symptômes pénibles disparaissent — que les restrictions diététiques sont éliminées — et qu'il s'établit une disposition mentale optimiste et positive.

Le LACTOL-MRT est un mélange physiologique des lactates de sodium, potassium, calcium et magnésium, dont les proportions sont rigoureusement balancées pour procurer les ions électrolites nécessaires au rétablissement de l'équilibre électrolytique des tissus gastriques et à l'exaltation du pouvoir-tampon de l'organisme jusqu'à un niveau normal élevé.

**FORMULE:**—Chaque cuillerée à thé (5 c.c.) contient 1.5 gm. des lactates de sodium, potassium, calcium et magnésium dans un mélange physiologique.

**ADMINISTRATION:**—Une cuillerée à soupe t.i.d. et avant le coucher. En général, on peut reprendre le régime normal après deux semaines de médication. Après quatre semaines de traitement, les doses peuvent être réduites à une cuillerée à thé t.i.d.

**THE WINGATE CHEMICAL CO. LTD.**   
MONTREAL CANADA

*“Nous n’avons jamais eu d’autres sels de fer aussi efficaces...”<sup>1</sup>*

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

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

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

*White's*

**Mol-iron**  
Complexe Sulfate Ferreux-Molybdène

Comprimés  
Liquide

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

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

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

**MIDALGAN MIDY****CONTRE  
LA DOULEUR**

	<u>BAUME</u>	<u>AMPOULES</u>
<i>Composition :</i>	Histamine. Nicotatate de Méthyl. Salicylate de Glycol. Capsicine.	Histamine. Histidine.
<i>Propriétés :</i>	Révuksif. Vaso-Dilatateur. Décontracturant.	Anti-Algique. Désensibilisant.
<i>Indications :</i>	Douleurs d'origine rhumatismale, mus- culaire, nerveuse ou vasculaire.	Toutes les algies et allergies, rhumatis- me, asthme, urticaire, etc.
<i>Mode d'emploi :</i>	Simple friction.	Injections intradermi- ques.
<i>Présentation :</i>	Tube de 45 gr.	Boîte de 6 amp. 1 cc.

**Laboratoires MIDY, Paris**Agents pour le Canada : **VINANT Limitée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL****ANTIGRIPPINE MIDY****MÉDICAMENT COMPLET  
DE LA GRIPPE**

<i>Composition :</i>	Phenacetine, Aspirine, Gelsemium, Codéine base, Vitamine C.
<i>Propriétés :</i>	Par le Gelsemium, supprime la douleur de tête, de reins, des membres; par la Codéine, arrête la toux, décongestionne les muqueuses respiratoires, facilite l'expectoration; par l'Aspirine, abaisse la température; par la Vitamine C, combat l'infection et les toxines bactériennes, stimule l'appétit.
<i>Indications :</i>	Etat grippal.
<i>Posologie :</i>	Un comprimé toutes les quatre heures, jusqu'à concurrence de cinq par jour.
<i>Présentation :</i>	Boîte de 12 comprimés.

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

*On a raison de les préférer — Ils ont subi l'épreuve clinique!*

## PRODUITS DE RECHERCHE DOHOW

PUBLICITÉ STRICTEMENT RÉSERVÉE AU CORPS MÉDICAL

# Auralgan

*contre* L'OTITE MOYENNE AIGÜE  
*pour* L'ENLÈVEMENT DES CONCRÉTIONS CÉRUMINEUSES  
*comme* ADJUVANT D'UNE CHIMIOTHÉRAPIE  
 ANTI-INFECTIEUSE  
*contre* LES OTOPATHIES ASSOCIÉES AUX MALADIES  
 CONTAGIEUSES

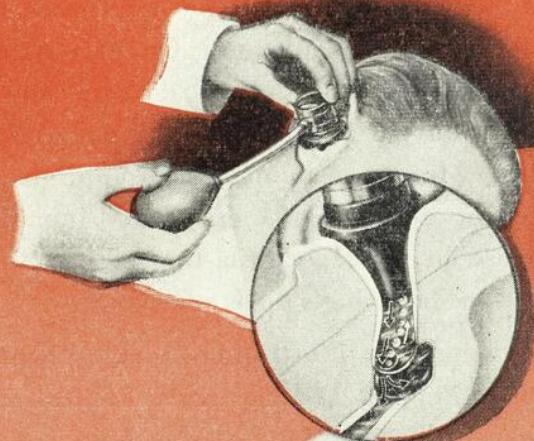
FORMULE: Glycérol (DOHOW) ..... 17.90 g  
 (la plus forte densité qui puisse être obtenue)  
 Phénazone ..... 0.87 g  
 Benzocaïne ..... 0.23 g



# O-TOS-MO-SAN

*contre* L'OTITE MOYENNE SUPPURANTE  
 CHRONIQUE  
 LA FURONCULOSE ET LA DER-  
 MATOMYCOSE AURICULAIRE

FORMULE: Urée ..... 2.0 g  
 Sulfathiazole ..... 1.6 g  
 Excipient glycérolé (DOHOW) .. 16.4 g



# RHINALGAN

Favorise la décongestion nasale sans affecter  
 les appareils circulatoire ou respiratoire  
*contre* LE RHUME ORDINAIRE • LES INFECTIONS DU SINUS  
 LA CONTRACTION NASALE PRÉ-ET POST-OPÉATOIRE  
 LE RHUME DES FOINS • LES RHINITES ALLERGIQUE  
 ET HYPERTROPHIQUE

FORMULE: Saccharinate de désoxyphédrine 0.50% p/v dans une solution aqueuse  
 contenant 0.02% de lauryl ammonium saccharine. Aromatisé. pH 6.4.  
 Présenté dans le **SPRAY-O-MIZER DOHONY\***

(Combinaison vaporisateur-compte-gouttes)  
 \*MARQUE DE COMMERCE—BREVET EN INSTANCE

**AGRÉABLE—EFFICACE**  
**NON-TOXIQUE—BACTÉRICIDE**

Egalement, en bouteilles de 16 onces liquides  
 pour le bureau et l'hôpital.

*Documentation scientifique et clinique envoyée sur demande*



THE DOHOW CHEMICAL, LTD. et MALLON DIVISION—fabricants du RECTALGAN  
 Montréal New York 13 Londres

# RÉPARATION D'UNE MAIN BLESSÉE

## *Immobilisation au moyen de* l'Elastoplast

Marque déposée

Blessure de guerre avec destruction considérable de la paume de la main, du petit doigt et de la cinquième articulation métacarpienne. On effectua une greffe cutanée afin d'obtenir tout d'abord une surface de cicatrisation partielle. Plus tard, la greffe et le tissu cicatriciel furent sectionnés et on appliqua un lambeau provenant de la région dorsale. L'immobilisation au moyen d'un bandage d'Elastoplast fut effectuée avant la section de la base du lambeau.

Ces détails et illustrations sont authentiques. 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 bandages Elastoplast, adhésifs, élastiques, se vendent en largeurs de 2", 2½", 3" et 4" par 5/6 vg. de long, pleine extension.



## Elastoplast

Marque déposée

*est un produit de T. J. Smith & Nephew Ltd., Hull, Ang.*

### SMITH & NEPHEW LIMITED

2285, avenue Papineau, Montréal 24, P. Q.

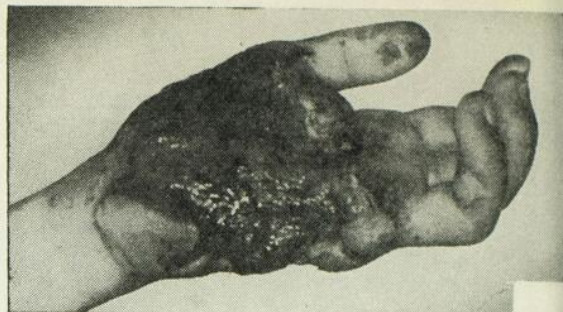


Fig. 1. — Etat de la main au moment de l'admission.

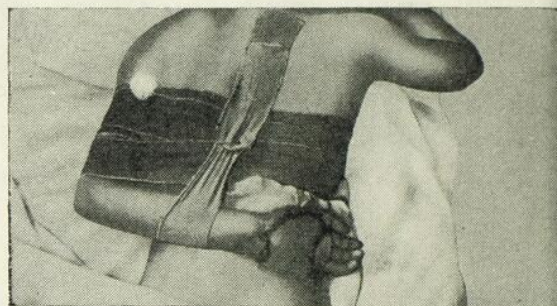


Fig. 2. — Après section de la greffe et du tissu cicatriciel. Application du lambeau provenant de la région dorsale. Remarquez l'immobilisation.

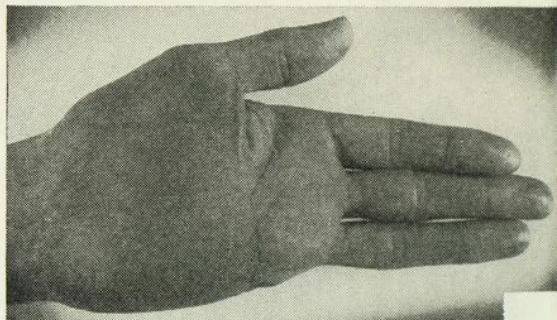
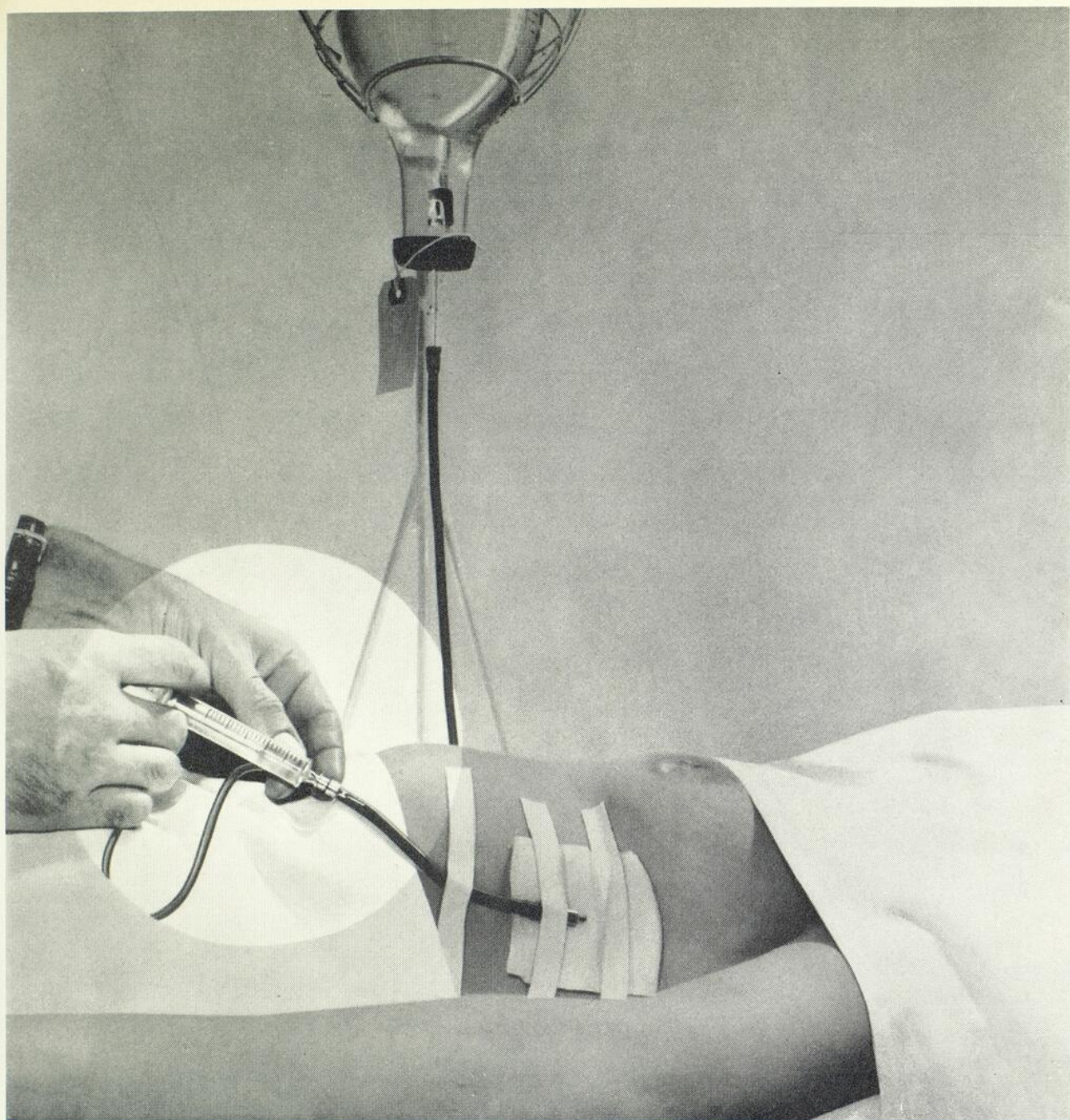


Fig. 3. — Le lambeau en position. Extension complète des doigts.



Fig. 4. — Formation du poing.



# WYDASE

Hyaluronidase  
Lyophilisée

”  
**LE FACTEUR  
DE DIFFUSION**  
”

Injecté dans le tube qui conduit la clyse, Wydase accélère l'absorption des liquides. Ajouté aux anesthésiques locaux, il en favorise la diffusion.

Wydase liquéfie le gel d'acide hyaluronique qui existe dans le tissu conjonctif et où, normalement il constitue un obstacle à la diffusion. Bénin . . . exempt de tout caractère allergisant, il supprime la douloureuse diffusion tissulaire. Il trouve sa plus grande utilité dans les cas où la voie intra-veineuse est prohibée . . . surtout chez l'enfant.

PRESENTATION: Fiole de 150 unités TR (turbidito-réductrices) d'hyaluronidase très purifiée.



JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED  
WALKERVILLE - ONTARIO



*Considérez son*

ATTRAIT &  
SON EFFICACITE



3,000 unités de pénicilline, oui, . . .  
et, par surcroît, dans un délicieux bonbon dur, d'un goût si fin que petits et grands suivront volontiers leur prescription.

Puissante médication locale et prophylaxie des infections buccales dues à des germes pénicillo-sensibles. Salivo-concentrations pénicilliques efficaces.

# PONDETS

## LOSANGES A LA PENICILLINE

3,000 UNITES DE PENICILLINE POTASSIQUE CRISTALLISEE

**Wyeth**

Marque Déposée

FLACON DE 20 LOSANGES

# Augmentez votre prestige en améliorant le rendement de votre service



**Ayez confiance en ces appareils  
de qualité pour vos diagnostics**

Le "METABULATOR" SANBORN  
offre de nombreux avantages.

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

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

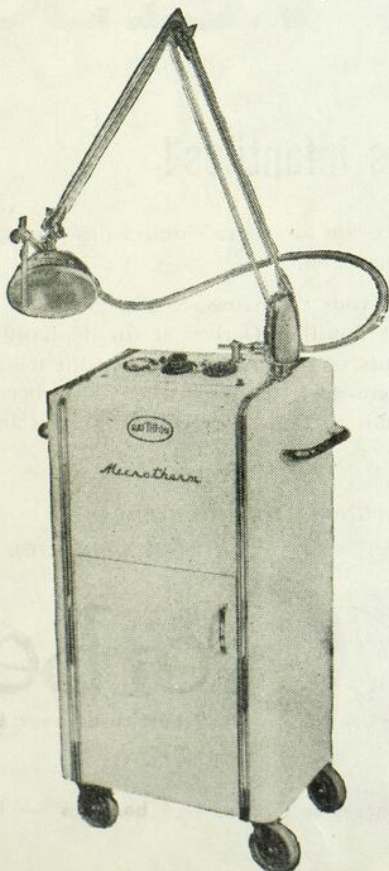
Coordonnés exactement rectangulaires; pas de déviation des complexes ou des lignes de temps. Chronomètre synchrone indépendant. Contrôle à volonté de la vitesse du papier enregistreur. Galvanomètre encore plus rapide. Stabilité améliorée de la ligne de base malgré les variations de potentiel. Ajustement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



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

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

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



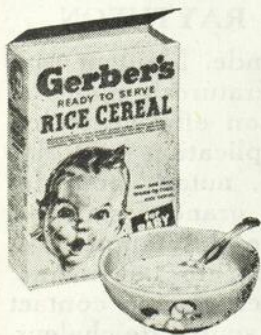
261 Davenport Rd. - Toronto

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



# Pollice verso

## Mort aux allergies alimentaires infantiles !



Les bébés ne manifestent pas d'allergie causée par les céréales quand vous leur prescrivez de manger d'abord la nouvelle bouillie, la BOUILLIE DE RIZ GERBER. Cette bouillie, faite d'une seule céréale, est très rarement cause d'allergie. Elle ne contient ni levure ni malt. Elle est entièrement cuite et ne renferme que peu de fibres brutes (0.3%). C'est pourquoi elle est très digestible. Les mamans n'ont qu'à y ajouter du lait ordinaire ou prescrit pour qu'elle soit prête à servir.

Afin de varier le menu de bébé, faites-lui servir à tour de rôle la BOUILLIE DE RIZ GERBER et cette autre bouillie hypo-allergénique, la BOUILLIE D'ORGE GERBER. Quand aucune allergie causée par les céréales n'existe, la BOUILLIE DE FARINE D'AVOINE GERBER et la BOUILLIE DE CEREALES GERBER (blé) sont tout indiquées comme début. Toutes nos bouillies sont

additionnées de fer, de calcium et des principaux facteurs de la vitamine B.

Nous vous enverrons, à titre gracieux, des échantillons des 4 bouillies Gerber et un dépliant sur l'analyse des aliments servis aux bébés. Il suffit d'écrire, utilisant votre en-tête de lettre particulier, à Gerber-Ogilvie Baby Foods, Limited, Dépt L3, Niagara Falls, Canada.

*Nous nous occupons **uniquement** de l'alimentation des bébés.*



# Gerber

Nourritures pour bébés

Maintenant préparées au Canada 4 bouillies — 17 purées

*Schering*

# SULFAMIDES

dans le  
traitement des  
infections  
courantes

## TRI-COMBISUL

Trisulfamidés  
comprimés et liquide.

## SULAMYD

Sulfacétimide  
dans les infections  
des voies urinaires.

## THALAMYD

Phthalylsulfacétimide  
sulfamidé d'élimination  
rapide.

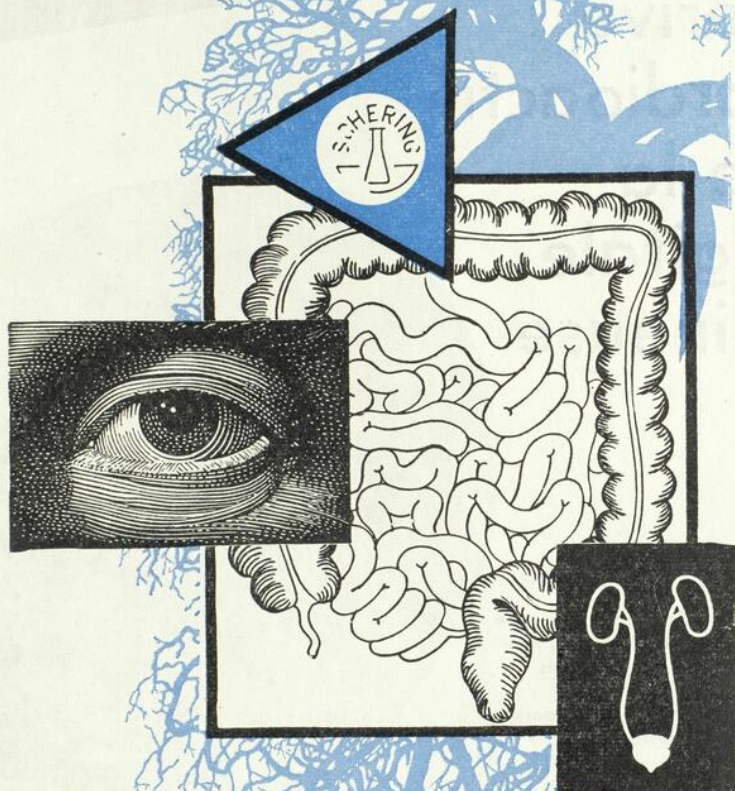
## PÉNICOMBISUL

Trisulfamidés  
avec pénicilline.

## SODIUM SULFACÉTIMIDE

(Sulamyd sodique)

solution ophtalmique 30%  
onguent ophtalmique 10%  
solution nasale 10%.



*Schering* CORPORATION LIMITED, MONTREAL



# Cédilanide

(LANATOSIDE C)

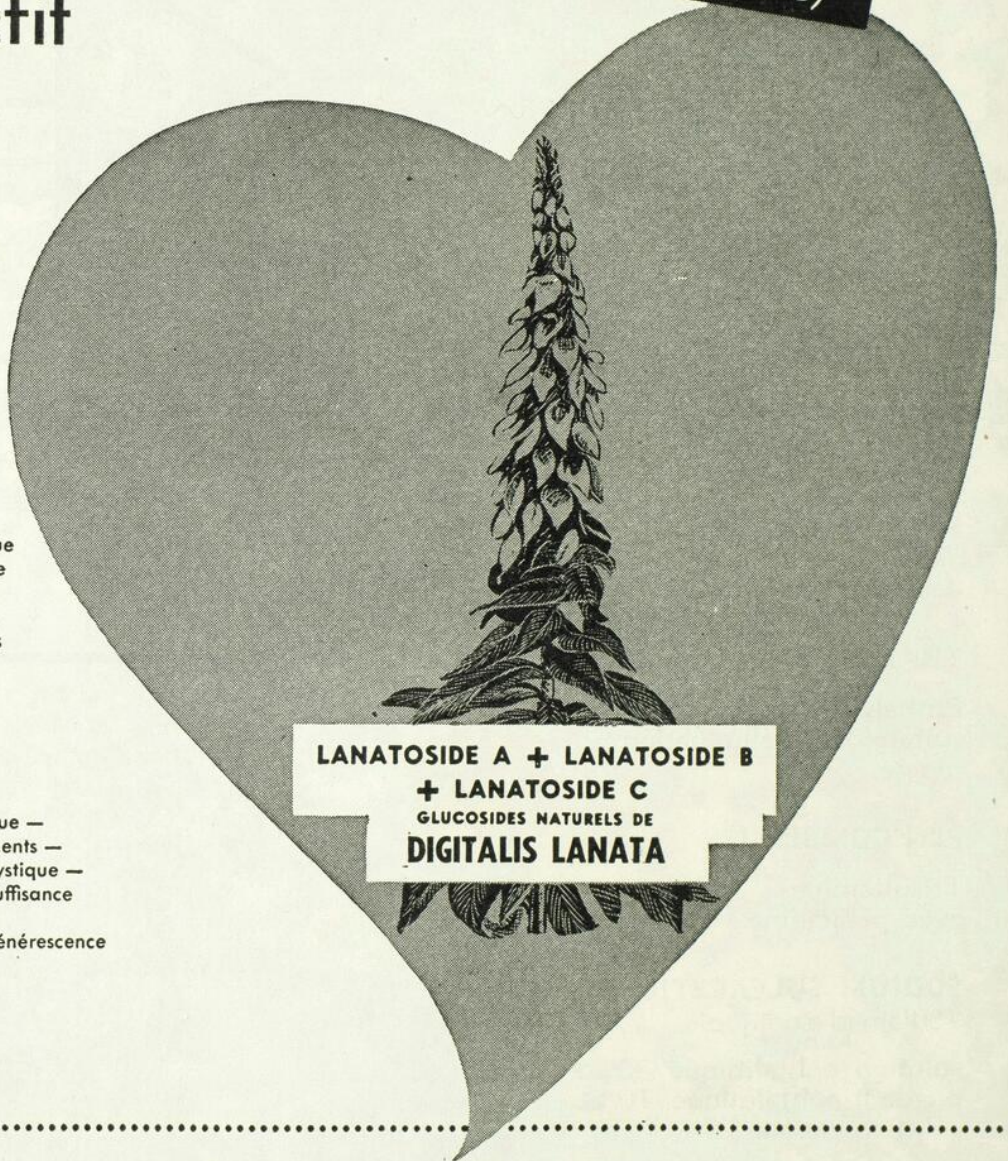
dérivé  
cardioactif  
de la  
digitale  
laineuse

## Caractéristiques

Action rapide — effet diurétique intense — marge thérapeutique plus étendue que celles des autres digitaliques, ce qui permet d'administrer des doses élevées. Standardisation gravimétrique — action sûre et constante.

## Indications

Pour toute insuffisance cardiaque — Digitalisation rapide — cas urgents — arythmie — tachycardie paroxystique — asthme cardiaque grave — insuffisance par sclérose coronaire avec ou sans troubles angineux — dégénérescence du myocarde et myocardite.



LANATOSIDE A + LANATOSIDE B  
+ LANATOSIDE C  
GLUCOSIDES NATURELS DE  
**DIGITALIS LANATA**



Littérature et échantillons sur demande

*Sandoz Pharmaceuticals Limited*

*391 ouest, rue Saint-Jacques*

*Montréal 1, P.Q.*

**Chaque nouvelle enquête** met en lumière le nombre extraordinairement élevé de diabétiques qui vivent au sein de notre population — et le taux croissant de la longévité ne fait qu'augmenter sans cesse ce nombre.

# Cette époque, plus que nulle autre, exige du médecin une grande vigilance...

parce que, dans le diabète, un pronostic favorable dépend surtout d'un dépistage précoce et d'un contrôle rigoureux.



Illustration — Nécessaire *Clinitest* pour analyse de glycosurie.

Modèle Universel No 2155.

## CLINITEST

pour la recherche de la glycosurie

Pour obtenir un dépistage précoce et un contrôle rigoureux du diabète, des milliers de médecins et de patients préfèrent les comprimés-réactifs *Clinitest* (nom déposé), vu la simplicité, la vitesse, la sûreté et la commodité qui caractérisent leur emploi.

Grâce aux comprimés-réactifs *Clinitest*, on détermine quantitativement la glycosurie, et l'on obtient ainsi une épreuve cliniquement exacte en moins d'une minute.

*Clinitest*, nom déposé.

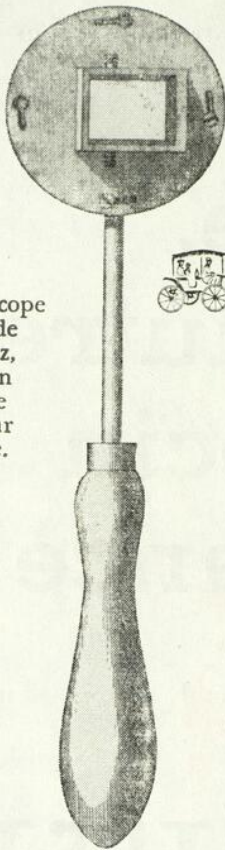
AMES COMPANY OF CANADA, LTD., TORONTO



# Les cent premières années

1851

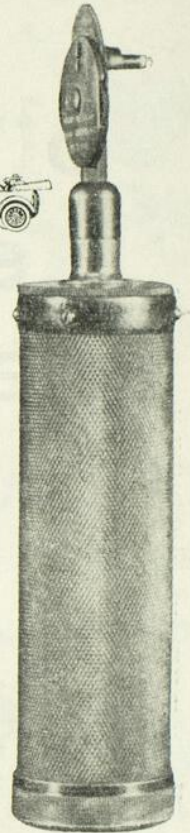
L'ophtalмосcope original de Helmholtz, d'après un dessin de l'inventeur lui-même.



En 1851, le médecin se rendait chez son patient dans une voiture tirée par un cheval — tout comme le premier ophtalмосcope de Helmholtz permettait un diagnostic plus près de la vérité. Mais quel changement dans l'apparence et la commodité, en quelque cent ans, des moyens de transport comme de l'instrumentation!

Trois des employés de Welch Allyn ont fabriqué des ophtalмосcopes depuis plus d'un demi-siècle, depuis l'invention de l'appareil. Ils ont contribué à mettre au point de nombreuses améliorations. Leur habileté et leur expérience ont servi à construire les superbes instruments responsables de la première position détenue par Welch Allyn comme fabricants d'ophtalмосcopes.

Avec l'encouragement continu des praticiens généraux et des ophtalmologistes, nos recherches continuent sur une échelle sans cesse grandissante vers la fabrication d'ophtalмосcopes Welch Allyn, toujours meilleurs.



1915

L'un des premiers ophtalмосcopes électriques de Welch Allyn avec éclairage direct.

1951

L'ophtalмосcope le plus répandu — le Welch Allyn No 110.



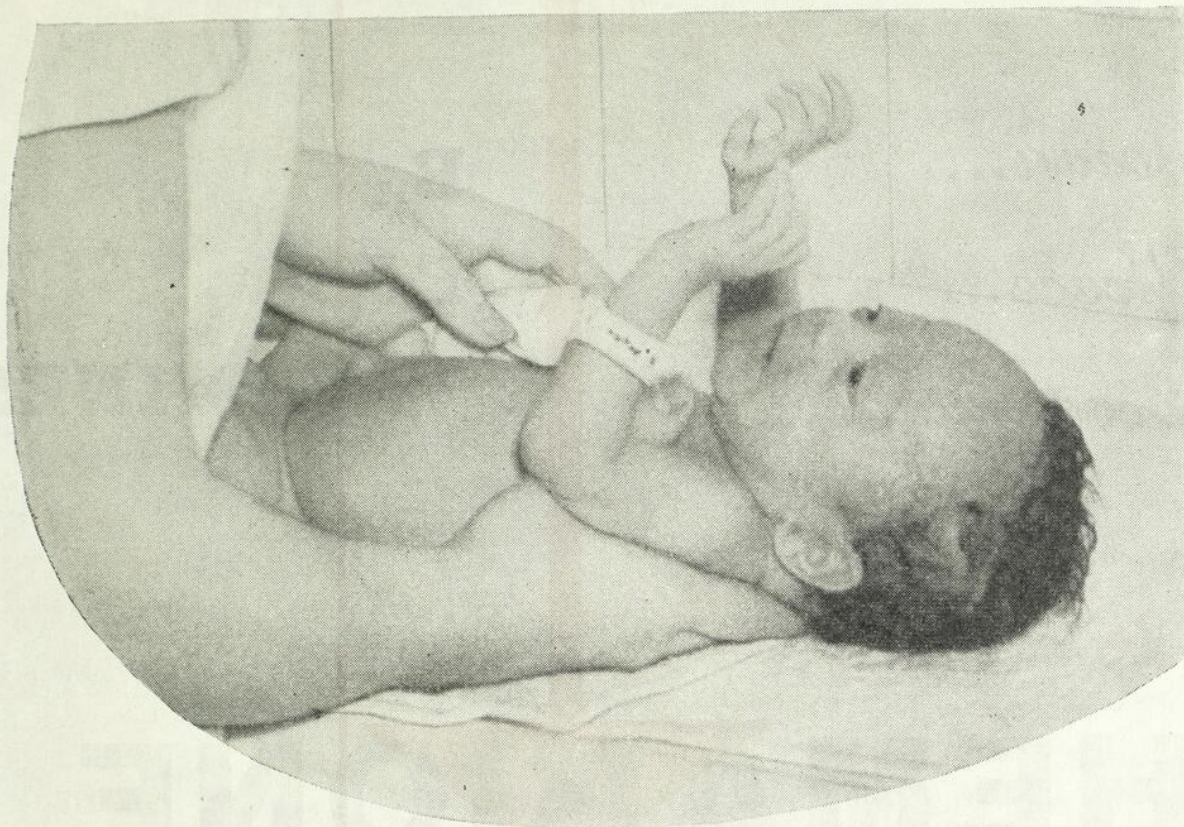
Instruments de diagnostic à éclairage électrique

## WELCH ALLYN, Inc.

### Auburn, N.Y.

J. F. Hartz Co., Limited  
 Toronto • Montréal • Halifax  
 Casgrain & Charbonneau, Limitée  
 Montréal • Ottawa • Québec

Fisher and Burpe, Limited  
 Winnipeg • Vancouver • Edmonton  
 Cloutier & Cloutier Co.  
 Montréal



## Prématuré, mais plein d'espérance

Pour le prématuré luttant pour l'existence, la distension abdominale, les coliques ou la diarrhée sont parfois des obstacles insurmontables. Toutefois, de bons soins et une bonne nutrition permettent d'espérer la vie et la santé. Dans l'alimentation du prématuré, le 'Dexin' s'est montré un excellent "premier hydrate de carbone". Sa richesse en dextrine détermine: (1) la résistance à la fermentation par les micro-organismes habituels de l'intestin; (2) la réduction au minimum des gaz intestinaux, de la distension abdominale et de la diarrhée; (3) la formation de grumeaux mous, floconneux, aisément digestibles.

Le 'Dexin', riche en hydrates de carbone dextriniques, se dissout facilement dans du lait chaud ou froid ou tout autre liquide, il est bien absorbé et bien assimilé. Le 'Dexin' est *different*.

# 'Dexin'

RICHE EN HYDRATES DE CARBONE DEXTRINIQUES

MARQUE DE FABRIQUE

Composition: Dextrine 75% • Maltose 24% • Cendres minérales 0.25% • Eau 0.75% • Hydrate de carbone disponible 99% • 115 calories par once (environ 30 grammes) • 6 cuillères à entremets rases représentent 30 grammes • Boîtes de douze onces (environ 340 g.) et de trois livres (environ 1 kg. 360).



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

*Nouveau...*

*Efficace...*

*Economique...*

**B<sub>12</sub>**

**FER**

**VITAMINES**

# HÉMABIONE

INJECTABLE EN FIOLES DE 10 C. C.

**COMPOSITION**

Chaque c. c. de solution aqueuse stérile représente:

VITAMINE B<sub>12</sub> cristallisée ..... 15 mcg.  
 FER (citrate ferreux ammoniacal vert) 10 mg.

**VITAMINES:**

Niacinamide ..... 25 mg.  
 \*Pyridoxine (B<sub>6</sub>) ..... 0.15 mg.  
 Riboflavine (B<sub>2</sub>) ..... 0.15 mg.  
 \*\*Choline ..... 20 mg.  
 Alcool benzylique ..... 2%

**POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION**

HEMABIONE s'administre par injection intramusculaire exclusivement. La posologie est variable suivant l'individu. Il importe en tout cas d'administrer une dose suffisante pour provoquer une réaction réticulocytaire idoine, pour normaliser le nombre de globules rouges et le taux d'hémoglobine et pour assurer la disparition des symptômes gastriques et des autres symptômes.

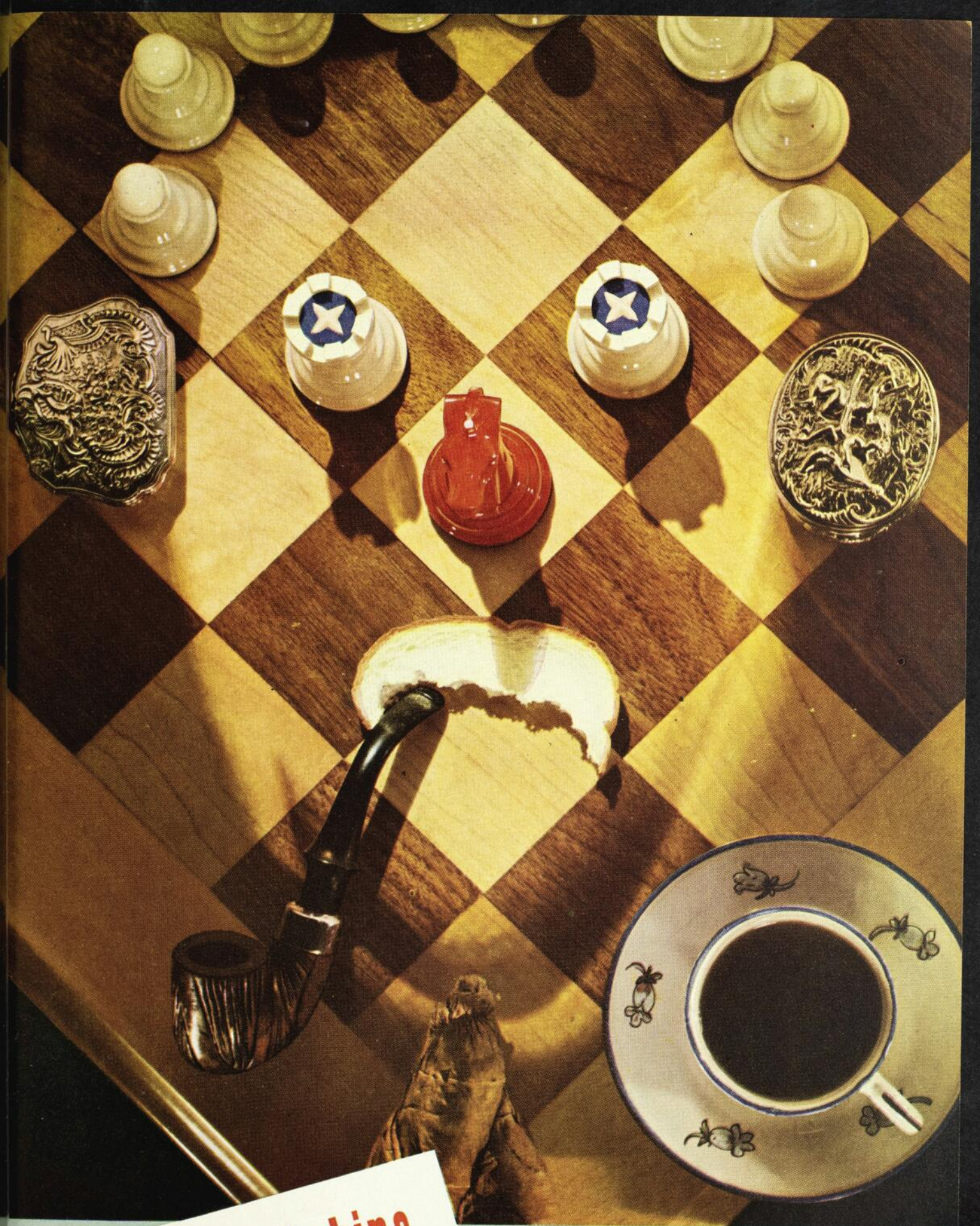
**INDICATIONS**

ANÉMIE { PERNICIEUSE  
 HYPOCHROME  
 CARENTIELLE

**LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.**

178 est, rue Jean-Talon

Montréal 10.



**Grand-Papa Labine**

*ne pense jamais aux Vitamines*



*La*  
*Nutrition*  
ne lui vient jamais à l'idée

**S**ONGEZ à tous ceux que vous connaissez qui ne pensent jamais aux vitamines. Et à tous leurs semblables—ceux qui négligent leur alimentation, ceux qui sont trop occupés ou trop fatigués pour manger, les toqués, les fumeurs, les buveurs et ceux qui ne sont pas au courant ou qui ne s'occupent pas des principes de la nutrition. Ce sont les déficients vitaminiques subcliniques.

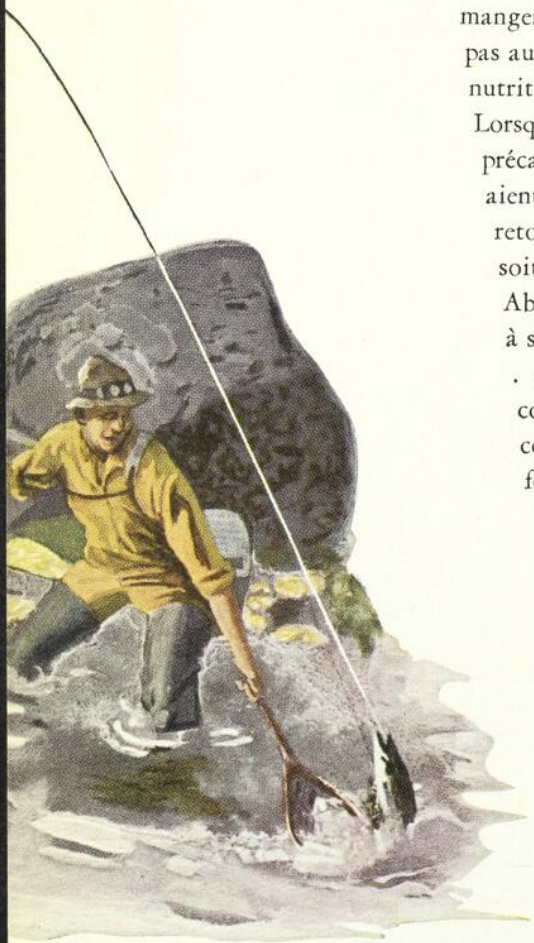
Lorsque vous les mettez à un régime alimentaire sensé prenez-vous la précaution de prescrire un supplément de vitamines pour assurer qu'ils aient toutes les vitamines nécessaires en quantités voulues au cas où ils retomberaient dans leurs anciennes erreurs diététiques? Que votre patient soit un vieillard sédentaire ou sa petite-fille qui fait ses premiers pas, Abbott a un produit vitaminique convenant exactement à ses goûts et à ses besoins—comme supplément alimentaire ou comme thérapeutique . . . pour administration orale ou parentérale . . . en capsules, en comprimés ou en liquide. Ne vous serait-il pas commode de choisir parmi cette liste la prochaine fois que vous prescrirez des vitamines?



*Abbott*

*Prescrivez les*

**Produits Vitaminiques Abbott**



---

---

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

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale

du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

---

## ONT COLLABORÉ AU VOLUME 79:

MM. Amyot (Roma); Archambault (Paul-René); Autotte (Esdras); Baril (Edmond); Bassi (Guido); Bégin (B.-G.); Bélisle (Maurice); Bernard (Louis); Bernard (René); Blanc (Georges); Bernier (Alphonse); Bertrand (A.); Bertrand (Claude); Bisson (Christophe); Blagdon (Jacques); Blais (Ant.); Bonnier (Maurice); Boucher (Roméo); Boulanger (J.-B.); Boulez (N.); Bourque (Jean-Paul); Bouveau (G.); Brady (Kay); Brault (J.-P.); Brissaud (H.-E.); Cabana (L.-P.); Cantero (A.); Cartier (G.-E.); Casgrain (Gérard); Champy (Christian); Charbonneau (Henri); Charbonneau (Jean); Charest (G.); Charland (Richard-A.); Charpy (J.); Chevillotte (R.); Cloutier (François); Cloutier (Roland); Coignet (Jean); Collin (Pierre-Paul); Comeau (Maurice); Crevier (Paul-H.); Croisetière (Fernand); Dargis (Jean); David (Paul); Debray (Ch.); Debré (Robert); Desjardins (Edouard); Desmarais (Bernard); Desrosiers (Saint-Jean); Dion (Yvan); Dionne (Jean); Dionne (Paul); Doray (Maurice); Doré (Réel); Douville (J.); Dubé (Edmond); Dubé (L.-F.); Dufault (Paul); Dufresne (Origène); Dufresne (Roger-R.); Duhamel (Roger); Dumas (Paul); Duprat (Gérard); Durivage (Jacques); Fabre (René); Fisher (John); Foisy (J.-P.); Forget (Ulysse); Forté (Lionel); Fortier (De la Broquerie); Fortin (R.); Françon (François); Gagnon (E.-D.); Gagnon (Jacques-N.); Gareau (J.-Roger); Gareau (Roland); Gariépy (Urgel); Gaudry (Dominique); Gauthier (Jacques); Gérin-Lajoie (Léon); Gervais (Maurice); Gilbert (Chislaine); Gingras (Gustave); Girard (Armand-E.); Giraud (Paul); Gratton (I.); Grignon (Jean); Grignon (René); Grobon (Pierre); Groulx (Ad.); Guénette (René); Guilbeault (Albert); Hamel (Pierre-Claude); Hood (A. J. G.); Hughes (H. G.); Jarry (Gaétan); Johnson (Réginald); Julien (Lucien); Jutras (Albert); Kaine (G.); Kaplan (S.); Kourilsky (Raoul);

Labbé (Paul); Ladouceur (Paule); Lafleur (F.); Lafond (Guy); Lamarre (Léo); Lambert (Jacques); Landry (Philippe); Langevin (Raymond); Lapiere (Gaston); Lapointe (Donat); Lapointe (Jean); Laprade (Claude); Larivière (Paul); Larivière (Paul-M.); Latraverse (V.); Laurier (R.); Lauzé (Simon); Lauzer (Rosaire); Lavoie (Jules); Lebeau (René); Lebel (Léon); Leblanc (Loyola); Leblond (Wilfrid); Leclaire (Gérard); Leclerc (G.); Lecours (Antonio); Lefebvre (René); Léger (Jean-Louis); Léonard (Claude); Léonard (Gérard); Lépine (Charles); Lépine (Edgar); LeSage (Albert); LeSage (Jean); Letendre (Samuel); Letondal (Paul); Léveillé (Antonio); Longpré (Daniel); Marcil (Bernard); Marcotte (J.-E.-Alexandre); Marcoux (Guy); Marin (A.); Marion (Pierre); Martel (J.-Alcide); Martin (Hon. Paul); McCormick (W. J.); Meloche (Bernard-H.); Migneault (Gérard); Miller (J.-Chs); Milot (J.-P.); Miloutinowitch (Mme); Mondello (Roméo); Monfette (Claude); Mongeau (Maurice); Morin (Gaspard); Morissette (Léopold); Mouriouand (G.); Mozicconacci (P.); Nadeau (Gabriel); Odinet (Jacques); Panet-Raymond (J.); Paquette (J.-P.); Parrot (Paul); Pépin (J.-Roméo); Pettigrew (Antoine); Piette (Jean); Pilon (Jean-Louis); Pinsonneault (Germain); Plichet (André); Potvin (Victor); Prévost (J.); Primeau (Bertrand); Poirier (René); Prud'homme (Jean); Reid (Léonide); Ricard (Paul-M.); Robillard (Gaston); Roch (M.); Roux (J.-René); Roux (M.); Royer (Albert); Saint-Martin (Maurice); Ségal (S.); Séguin (Fernand); Simard (Roland); Simonnet (H.); Smith (Henri); Smith (Pierre); Starkey (Hugh); Tétréault (Ernest); Therrien (Emile); Thibaudeau (Roland); Trudeau (Charles-H.); Vallée (Arthur-F.); Vasques (J.); Vézina (Norbert); Vidal (J.-A.); Vigneau (Paul); Voyer (Armand).

---

---

Quelle est la place de la chirurgie à l'ordre de la vie? Pendant longtemps, on ne s'était guère posé la question. Elle n'avait pas de sens. La maladie était tenue pour une dérogation plus ou moins absurde à l'harmonie de la vie. La chirurgie était un acte d'autorité de l'homme sur le destin. Elle ne connaissait que ses propres lois. Elle était une fin pour elle-même. Dans l'esprit de ceux qui l'utilisaient, elle demeurait étrangère aux phénomènes dont elle cherchait à rétablir l'équilibre.

On lui fit remarquer qu'elle n'était pas à la mesure de l'homme, son objet, sa fin. Elle dut comprendre qu'il n'est pas un de nos actes chirurgicaux qui ne soit une agression brutale, détruisant de frêles architectures protéiques, mettant en révolte, dès le premier moment, nos sensibilités interstitielles, qu'ainsi naissent des réactions vasomotrices modifiant la perméabilité capillaire d'où s'en allaient en cascade toutes sortes de phénomènes chimiques complexes, et qu'ainsi se créait une véritable maladie, la maladie post-opératoire, le plus souvent cliniquement inapparente, mais toujours réelle, parfois grave, quelquefois mortelle.

Envisagés du point de vue de la vie cellulaire, les actes chirurgicaux les plus doux sont, en effet, disproportionnés à la fragilité de nos tissus. Ils ne peuvent pas ne pas détruire, tuer, nécroser. Les résultats des morts cellulaires qu'ils provoquent sont des désintégrations chimiques étagées, indifférentes à nos objectifs. L'organisme ne se retrouve lui-même que quand il s'en est débarrassé.

René LERICHE

## BULLETIN

---

### PROPOS DÉONTOLOGIQUES

Sage et profond penseur, celui de nos maîtres qui, il y a des siècles, écrivit : « la raison suprême de la médecine est l'amour de son prochain ».

A l'heure où la profession médicale subit de rudes assauts, parce que prospère, donc digne d'envie, au moment où des efforts, par bonheur non totalement conjugués, se multiplient pour lui forger des liens dorés, il nous paraît indiqué de faire le point.

S'il faut en croire certains, les médecins ne répondraient pas au modèle idéalisé par la renommée ; ils auraient emprunté une fausse route, dédaignant celle que leur avaient tracée les aînés. Propos le plus souvent dénués de tout fondement.

Il semble qu'au contraire, les médecins soient plutôt les victimes expiatoires et soigneusement choisies d'une campagne systématique de dénigrement.

Il est incontestable que le respect des devoirs d'état varie avec les individus ; on conçoit mal d'ailleurs la standardisation du fonds moral et les meilleurs enseignements ne germent qu'en terre fertile.

Baser un jugement universel sur l'appréciation de faits relevés à l'échelle du plus bas niveau est souverainement injuste. Peu de groupements professionnels dépassent la médecine pour l'attachement et le respect des principes moraux, pour la mise en pratique des devoirs sociaux, de ceux qui demandent dévouement et esprit de sacrifice.

La participation du praticien à l'œuvre d'entraide sociale est un acte de routine admis comme partie intégrante du devoir professionnel. Alignés et calculés chaque jour, les honoraires gagnés, mais non réclamés à cause de l'impécuniosité des clients, feraient de la contribution de tous les médecins une somme impressionnante qui dépasserait de beaucoup le chiffre de la souscription des gens haut cotés, souscription bien souvent non discrète, celle-là, et qui, attrait particulier, est déductible de l'impôt sur le revenu.

La charité véritable s'épanouit dans le silence et trouve en elle-même sa propre récompense. Le médecin n'y voit aucun titre de gloire, car elle est fonction de la tâche qu'il a assumée. Il trouve ailleurs réconfort et consolations ; et d'autant qu'il a le culte de la formation générale. Rares sont ceux qui n'en comprennent pas l'importance ; ce sont des primaires qui s'ignorent, mais ils ne trompent pas les esprits avertis.

La majorité des médecins possèdent l'esprit philosophique; les faits leur apparaissent tels qu'ils sont, non déformés, pesés pour ce qu'ils valent, rattachés à leur cause première et réactions prévues et définies.

L'esprit scientifique est facile à acquérir pour celui qui a le sens philosophique. En effet, la culture philosophique préside à la naissance de l'esprit d'observation; elle fournit les méthodes de travail: l'analyse et la synthèse, entre autres, ou l'induction et la déduction ou encore l'hypothèse et l'expérimentation. La clinique lui doit ses plus belles découvertes; la science lui est redevable de ses progrès incessants.

L'esprit philosophique oriente le jugement et inspire la prudence: « Sans bon sens et sans jugement, le médecin ne pourra guère faire œuvre utile. Le plus souvent, il verra à gauche. Or, plus malheureux que les astigmatés visuels, les astigmatés intellectuels ne trouvent pas de verres pour corriger le défaut de leur vision » (Morache).

L'exercice de la médecine exige d'autres qualités intellectuelles, en plus du jugement et de la prudence et ce sont le don d'observation, la mémoire et l'imagination créatrice. C'est dire l'apport de la culture philosophique: esprit d'observation, techniques expérimentales, recherches, connaissance humaine psychosomatique.

L'importance de cette première discipline intellectuelle ne doit pas laisser sous-estimer les cultures littéraire et artistique. Le cerveau n'est complet que riche de tous ces enseignements.

Il est inutile de rappeler que la culture littéraire trouve, chez les médecins, de nombreux et fidèles adeptes: lecteurs innombrables et auteurs, rares, mais de grande classe. Le culte des arts est également très répandu parmi les disciples d'Esculape, puisqu'on y compte des compositeurs, des interprètes, des artisans, des critiques, des auditeurs enthousiastes et des mécènes discrets.

La formation médicale, quand elle est étayée sur une discipline générale bien comprise, est apte à produire des sujets de premier ordre; nulle crainte qu'on ne dise d'eux ce que l'on reproche à certains: baisse du sens moral, culture générale à *minima*, science insuffisante.

Celui qui a le culte des choses de l'esprit est tout entier consacré au service de la personnalité humaine.

Edouard DESJARDINS.

## À PROPOS DE HERNIES DIAPHRAGMATIQUES <sup>1</sup>

Henri LAPOINTE,

Radiologiste en chef, hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Durant les premiers mois de la présente année, alertés que nous fûmes par la découverte successive au cours de nos examens radiologiques de six hernies diaphragmatiques, nous avons pensé qu'il serait intéressant de vous les présenter, non pas comme des raretés, car le grand nombre de cas publiés à date atteste de leur relative fréquence, mais pour signaler à votre attention que peut-être il peut nous arriver à nous radiologistes comme à vous cliniciens de passer à côté du diagnostic, plus fréquemment que nous ne le croyons. Autrement dit, il y aurait plus de hernies diaphragmatiques qu'il y en a de diagnostiquées.

En effet, l'observation attentive du malade, l'étude des signes subjectifs, l'examen physique poussé et l'exploration radiologique de routine ne permettent pas toujours de faire facilement le diagnostic de cette affection et, partant, il serait exceptionnel d'en faire le diagnostic à vue de nez, par les signes fonctionnels et l'examen physique seulement.

La saine collaboration entre le chirurgien, ou le médecin, et le radiologiste, au contraire, permettra souvent, au cours des discussions et de l'étude en commun des symptômes et des radiographies, de faire jaillir l'étincelle de la sagacité qui nous portera à pousser plus loin nos explorations de radiologie clinique et à démontrer la présence d'une hernie soupçonnée, au moyen d'une substance de contraste.

Rappelons-nous brièvement, si vous le voulez bien, quelques données anatomiques de cette cloison non étanche qu'on appelle le diaphragme, solide formation musculaire interthoraco-abdominale, formation musculaire complexe dans sa composition, aussi utile à la respiration et à la vie végétative du nouveau-né qu'aux moindres efforts de l'adulte et aux vocalises d'une « prima donna ».

Sa pleine fonction, toutefois, dépend de son intégrité et trop souvent ses multiples zones de faiblesse peuvent être le point de départ d'une brèche favorisant la migration intempestive des organes abdominaux dans le thorax, chambardement moins qu'agréable pour ceux qui en sont les victimes et posant un problème à résoudre chirurgicalement.

Lorsqu'on étudie l'anatomie du diaphragme, on constate qu'il n'est pas formé d'un seul muscle, mais de plusieurs faisceaux musculaires qui ont poussé les uns vers les autres pour se joindre au centre à une formation tendineuse commune — deux faisceaux antérieurs, deux faisceaux ventro-latéraux ou costaux, et deux faisceaux postérieurs ont laissé entre eux des espaces virtuels, points de faiblesse pouvant devenir, dans certains cas, des amorces de hernie. Antérieurement, entre les faisceaux antérieurs et ventro-latéraux, nous avons les foramens de Morgagni et, postérieurement entre les faisceaux postérieurs et les faisceaux ventro-latéraux, les foramens de Bochdalek — De plus, dans l'entrecroisement des faisceaux postérieurs qui s'insèrent sur la colonne vertébrale se trouvent des hiatus aortique et œsophagien puis, plus antérieurement à droite de la ligne médiane, l'hiatus de la veine cave.

Voilà tout autant de points de faiblesse et invitations à la hernie auxquels s'ajoutent les anomalies congénitales de développement dans la zone tendineuse de jonction centrale des différents faisceaux pouvant laisser des brèches dans la partie tendineuse des hémicoupoles diaphragmatiques, où seule la membrane péri-tonéo-pleurale ne pourrait suffire à isoler convenablement, durant toute la vie, l'abdomen du thorax.

Ajoutons à ces causes constitutionnelles le vide thoracique aspirant le contenu abdominal à chaque respiration, et la poussée intra-abdominale causée par les efforts, la toux les

1. Communication au XXème Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1950.

chocs abdominaux directs, les tumeurs, les grossesses, etc.; ajoutons les blessures directes du diaphragme par projectiles ou instruments perforants, ajoutons même certaines séquelles d'interventions chirurgicales thoraco-abdominales et nous avons une idée, encore qu'incomplète, de l'étiologie de cette affection qui peut être congénitale pure, acquise pure, ou mixte, c'est-à-dire complétée à un certain moment de la vie grâce à une faiblesse congénitale pré-existante, en un point donné du diaphragme.

Les hernies diaphragmatiques sont plus fréquemment rencontrées à gauche, et en deuxième lieu plus fréquentes dans la région médiane médiastinale. La protection offerte par la présence du foie dans l'hypocondre droit n'est pourtant pas encore une raison d'exclure la possibilité d'une hernie diaphragmatique droite.

La plupart des organes abdominaux peuvent avoir émigré dans le sac herniaire, ou même dans un espace ouvert où il ne reste pas même de membrane pleuro-péritonéale formant un sac herniaire; l'estomac, la rate, le côlon, le petit intestin, et même une portion du foie ont été rencontrés dans ces hernies, et le chirurgien quelquefois éprouvera beaucoup de difficulté à faire réintégrer, dans l'abdomen, les organes abdominaux qui se sont absentés pour un séjour intra-thoracique pendant que leur logement à louer, ne trouvant pas preneur, aura rétréci ses appartements, faute d'occupants.

#### SYMPTOMATOLOGIE

On conçoit aisément que la présence de certains organes abdominaux dans le thorax doive donner des signes cliniques, même en l'absence d'étranglements toujours possibles comme pour n'importe quelle autre hernie.

#### *Signes subjectifs*

En lisant les observations des six cas que j'ai à vous présenter voici quelques signes subjectifs que les observations nous rapportent.

La douleur peut être aiguë au moment de la complétion de la hernie. C'est un signe non

caractéristique, pouvant siéger à n'importe quelle partie de la base du thorax, et être prise pour un point de côté névralgique ou autre. Elle est parfois très vive et passagère ou sourde, et persistante; dans d'autres cas elle est totalement inexistante, ou se résume à une simple sensation de pesanteur rétro-sternale ou abdominale haute. Les éructations sont fréquentes, faciles, accentuées par les mouvements avec ou sans déglutition aérique, en rapport ou non avec l'ingestion d'aliments. Les vomissements alimentaires post-prandiaux sont précoces ou sont de simples régurgitations. L'anorexie est de règle. Tous symptômes relevés s'il s'agit de hernie de l'estomac.

Les palpitations, les crises de défaillance cardiaque à forme de lipothymie restent souvent inexplicables et traduisent les phénomènes de mauvais voisinage des organes herniés avec les organes du médiastin.

L'amaigrissement va généralement de pair avec l'anorexie et le fonctionnement quelquefois altéré du tube digestif plus ou moins enserré dans une de ses parties au niveau du collet de la hernie. On relève le symptôme « de bruits de gaz » se déplaçant dans la poitrine et perçus par le malade.

Certains cas n'ont aucun signe subjectif, ont une fonction digestive la plus complètement silencieuse et digèrent leurs aliments avec une scandaleuse facilité même si leur estomac est bien à l'endroit où la plupart des gens croient qu'ils l'ont, derrière le sternum, ou même si leur appendice est en érection au voisinage du récurrent laryngé.

La toux, la dyspnée, les crises de suffocation sont des signes respiratoires signalés mais non pathognomoniques puisque rencontrés dans la plupart des affections des organes respiratoires. La toux, si elle existe, est quinteuse, coqueluchoïde et ne s'accompagne d'aucune expectoration. Elle sera d'autant plus fatigante et épuisante même, qu'elle accentue la pression intra-thoracique des organes herniés sur le poumon ou les organes du médiastin. Le hoquet est un symptôme aussi signalé dans les observations et traduit l'irritation du diaphragme proprement dit.

*Les signes objectifs* ne sont souvent pas plus caractéristiques et il est la plupart du temps impossible d'attribuer cliniquement à une hernie diaphragmatique une vague sensibilité épigastrique ou rétro-sternale, une cyanose s'accompagnant de polypnée chez le nourrisson, des pleurs faibles, le refus de la nourriture, un abdomen rétracté, un développement insuffisant pour l'âge.

L'inspection, dans un cas de hernie rétro-sternale, aurait révélé une petite ecchymose à la région épigastrique mise sur le compte d'efforts de toux ayant provoqué une petite déchirure musculaire.

La palpation du ventre ne révèle généralement rien. Mais la percussion et l'auscultation des poumons et du cœur donnera des signes importants à signaler:

a) Déplacement du cœur à droite à la percussion. b) Bruits du cœur mieux entendus à droite dans la hernie congénitale gauche. c) Murmure vésiculaire aboli dans une région ou un hémithorax entier faisait penser à un pneumothorax spontané. d) Bruits de borborygmes intestinaux entendus à l'auscultation de la poitrine. e) A la percussion, des sonorités ou des matités anormales pouvant changer de zones d'un moment à l'autre, suivant le contenu, au moment de l'examen, des segments digestifs herniés.

L'absence de fièvre est de règle avec des signes stéthacoustiques pathologiques intrathoraciques pouvant faire croire à un pneumothorax, une pneumopathie aiguë, une pleurésie avec épanchement ou encore une affection cardiaque.

Les différents examens de laboratoire ne révéleront naturellement rien.

#### DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

La plupart du temps le diagnostic certain ou du moins présomptif se fera à même une radiographie simple de la poitrine de face, ou mieux, sur des radiographies de face et de profil.

Il s'agira d'images atypiques dans un champ pulmonaire ou dans le médiastin: plages de

condensation irrégulière occupant une base pulmonaire ou la totalité d'un hémithorax et ne concordant pas avec les signes cliniques; clartés aériques avec ou sans niveaux liquidiens rappelant la morphologie intestinale ou gastrique; bulles de gaz à la région rétro-sternale; toutes ombres se modifiant souvent totalement dans leurs dispositions d'un examen à l'autre; perte de contour d'une hémicoupole diaphragmatique; opacité en cercle ou en arc, en projection de l'ombre cardiaque rappelant le contour de la poche à air gastrique; déviation du cœur du côté opposé aux ombres thoraciques anormales.

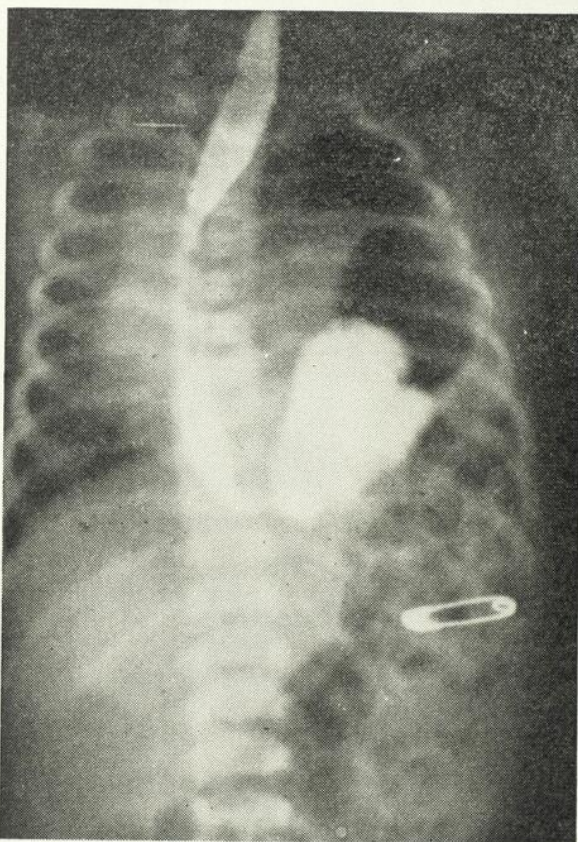
Evidemment, en présence de signes certains ou douteux de hernie diaphragmatique, les examens avec substance de contraste permettront de trancher la question et de visualiser soit par repas baryté, soit par lavement opaque, les organes digestifs partiellement ou totalement émigrés de leur habitat naturel vers la cage thoracique.

Nous ne parlerons pas ici de l'éventration diaphragmatique qui n'est autre chose que la hernie vraie et comporte surtout une surélévation d'une coupole diaphragmatique rattachable à une pression sous-jacente, une traction par en-dessus, une paralysie du phrénique, pouvant avoir des causes multiples mais où l'intégrité du contour diaphragmatique paraît respecté et sépare nettement les images thoraciques des images abdominales.

#### Observation 1.

Bébé H..., âgé de 2 jours, admis le 19 février 1950, présente de la cyanose à son examen d'entrée à l'hôpital. A l'auscultation, les bruits du cœur sont mieux perçus à droite qu'à gauche. Le murmure vésiculaire est fortement diminué à gauche. On craint un pneumothorax et on demande une radiographie cardio-pulmonaire, qui montre un aspect de hernie diaphragmatique gauche avec prolongement de la chambre d'air de l'estomac dans le thorax et probablement aussi d'un segment de côlon dans la cavité thoracique gauche remontant jusqu'à la région infra-claviculaire.

Radio: le cœur semble augmenté de volume, il est fortement dévié vers la droite et déborde largement dans le champ pulmonaire droit. L'ombre cardiaque semble de plus se continuer avec une condensation de la partie supérieure du poumon droit attribuable à de l'atélectasie. Un peu de baryum est administré au patient par la bouche et le transit œsophago-gastrique confirme la présence de l'estomac dans l'hémi-thorax gauche. Au bout de 24 heures, un segment de côlon s'est visualisé par le médium opaque.



**Observation 1.**

Le 21/2/50, intervention chirurgicale. Constatations opératoires: large sac herniaire contenant tout l'estomac, le lobe gauche du foie et une partie du côlon. Il s'agissait d'une hernie congénitale au-travers d'un dôme d'aphragmatique gauche malformé et portant une large brèche.

23/2/50, radiographie de contrôle de la poitrine: pneumo-thorax gauche et pneumo-médiastin. Cœur dans l'hémithorax droit. Cou-

pole diaphragmatique gauche un peu sinueuse. Pas de liquide visible. Les organes abdominaux sont réintégrés dans l'abdomen. Estomac visible rempli de gaz. Une deuxième radiographie de contrôle prise le 15 mars, soit 3 semaines après, a démontré la résorption du pneumothorax et un aspect normal des plagues pulmonaires. Le tout a laissé une légère déformation de la coupole diaphragmatique gauche. L'enfant est très bien portant depuis.

**Observation 2.**

F.S., enfant du sexe féminin, âgée de 3 mois, admise à l'hôpital au début de juin 1950 pour polypnée et dyspnée, l'enfant ne présente aucun trouble digestif sauf que les parents ont remarqué qu'elle devenait plus dyspnéique et polypnéique après ses boires. Elle a beaucoup plus de misère à respirer si elle prend de la



**Observation 2.**

nourriture et prend des inspirations profondes. De plus, elle présente de temps à autre du hoquet. Ces symptômes semblent augmenter graduellement depuis sa naissance. On pense à une lésion cardiaque et pulmonaire et un examen radiologique de la poitrine est deman-

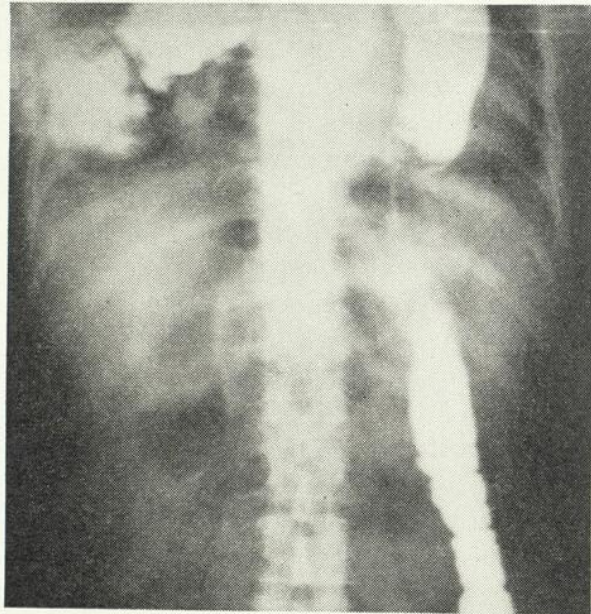
dé le 7 juin. L'examen révèle une large hernie diaphragmatique qui se montre par le fait de clartés gazeuses intestinales remontant haut dans l'hémithorax gauche. Le cœur et le médiastin sont refoulés à droite. Le poumon gauche paraît atelectasié. Un peu de baryum administré par la bouche montre que l'estomac n'est pas hernié, mais le lavement baryté visualise l'angle splénique et une partie du transverse dans l'hémithorax gauche en plus de clartés gazeuses appartenant à l'intestin grêle.

A l'intervention qui eut lieu deux jours après, soit le 10 juin 1950, on trouva un très grand orifice de plus de trois travers de doigt dans la portion postérieure de l'hémi-diaphragme gauche, c'est-à-dire au foramen de Bochdalek, ayant laissé passer le côlon ascendant, les 2/3 du transverse, le jéjuno-iléon presque entier dans la cavité pleurale. La fermeture de l'anneau herniaire fut pratiquée après réduction des viscères herniés dans le thorax. Une radiographie de contrôle fut prise le 20 juin, qui montra la persistance d'un pneumothorax en voie de résorption du côté gauche avec demi-collapsus pulmonaire. Le contour diaphragmatique est régulier, il n'y a pas de liquide. Le cœur n'est pas dévié, et il y a une aéro-gastro-colie modérée. L'enfant a quitté l'hôpital guérie et parfaitement normale.

### Observation 3.

Madame X. J., âgée de 56 ans, vient à l'hôpital en février 1950 pour se faire examiner. Elle se plaint de faiblesse et d'asthénie avec des symptômes vagues du côté de son système digestif. Ses troubles datent de 3 mois et se caractérisent par de l'anorexie et certaines douleurs hautes situées, dans l'abdomen. C'est une femme d'une constitution forte qui travaille manuellement d'une façon assez marquée. Elle se sent plus fatiguée qu'auparavant et décrit son malaise comme une sensation vaguement douloureuse, plutôt une sorte de pesanteur ou tension à la partie haute de son abdomen après son repas. Elle dit qu'elle mange assez bien, n'a pas de nausées, pas de vomissements, mais elle a des éructations plus

fréquentes qui ne sont pas en rapport avec les repas et qui surviennent à propos de rien. Ces éructations peuvent être provoquées par un mouvement même la nuit lorsqu'elle change de position. Elle n'a aucun goût désagréable dans la bouche. La prise d'aliments atténue ces éructations. Elle a peu de dyspnée. L'examen physique avait été négatif, sauf pour quelques remarques dans le dossier qui sont les suivantes: pression douloureuse au creux épigastrique. Perception de bruits de gargouille-



Observation 3.

ments gastriques à l'auscultation des poumons. Le 20/2/50, un examen radiologique du tube digestif, ayant été demandé, a montré la présence d'une hernie partielle de la grosse tubérosité gastrique au travers de l'hiatus œsophagien et se projetant à la région sus-diaphragmatique. Il se produit un retard baryté à ce niveau qui apparaît sous forme d'un godet opaque, avec un niveau horizontal surmonté de la poche à air, le tout contourné par l'œsophage. Dans le reste de l'estomac il n'y a rien de particulier, de même qu'au duodénum. Au niveau du côlon on trouve une diverticulose. Une radiographie pulmonaire prise après coup montre, en projection de l'ombre cardiaque, une opacité en cercle correspondant à la paroi gastrique entourant la poche à air. Cette

radiographie aurait pu servir à elle seule à faire le diagnostic de la hernie. Nous pensions même à ce moment, alors que nous n'avions pas encore remarqué le nom de la patiente sur cette radiographie, que nous avons découvert un autre cas de hernie diaphragmatique. La malade fut opérée pour cette hernie de l'estomac dans l'hiatus œsophagien le 15 mars 1950. Elle sortit de l'hôpital, guérie, le 15 avril 1950.

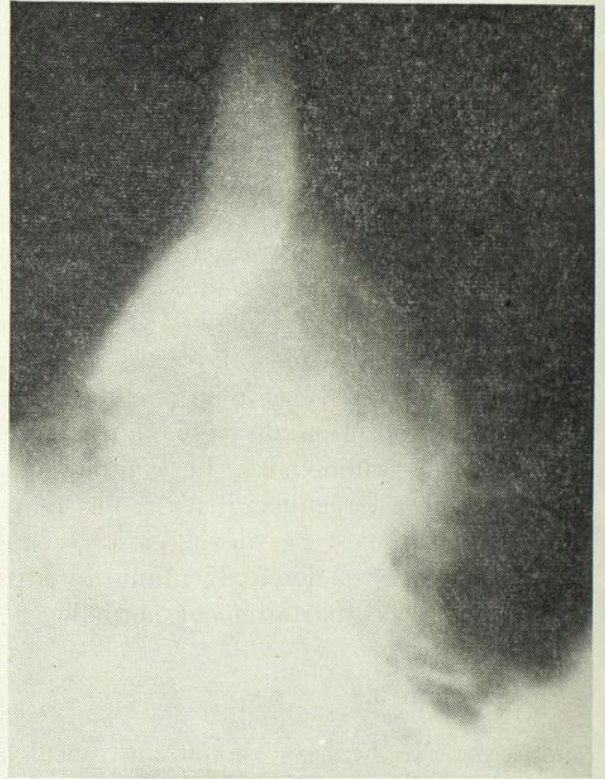
#### Observation 4.

Madame E. C..., âgée de 63 ans, admise à l'hôpital le 27 mars 1950, parce qu'elle présentait de la toux rebelle. C'est une dame qui, dans ses antécédents, a présenté des épisodes de troubles cardiaques avec des poussées d'hypertension artérielle. Elle a été opérée pour une cholécystite calculuse il y a quelques années. Une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital après avoir soigné 5 enfants coquelucheux, elle est prise d'accès de toux avec malaise et gêne laryngée. C'est une toux quinteuse, fatigante, et son médecin lui conseille de venir à l'hôpital pour se reposer pendant quelques jours. Ne trouvant pas de signes bien caractéristiques à l'auscultation, celui-ci nous demande une radiographie pulmonaire. La radiographie pulmonaire montre un foyer de condensation à la base droite et, dans le foyer de condensation, on note quelques images claires et des niveaux liquidiens. Au cours d'une consultation avec le clinicien nous apprenons que le foyer pathologique ne correspond à rien cliniquement et nous proposons de prendre d'autres radiographies.

La malade ne présentant aucun signe digestif quelconque, l'exploration radiologique se borne encore à la poitrine. Entre les deux examens, elle a présenté une crise de défaillance cardiaque à forme de lipothymie.

Une deuxième radiographie pulmonaire de face et de profil est prise le lendemain, qui montre la disparition des niveaux liquidiens, une image de condensation irrégulière à la base droite et la présence de gaz paraissant appartenir au côlon passant de l'épigastre à la région rétro-sternale et se profilant vers la

base droite. Un lavement baryté administré a confirmé la présence d'une hernie diaphragmatique rétro-sternale contenant tout le côlon transverse. Opérée pour cette hernie diaphragmatique qui s'était produite au niveau du foramen de Morgagni, cette malade a guéri et elle a quitté l'hôpital en excellente santé. A noter que lors de ces accès de toux, Madame C. avait remarqué à un certain moment une petite ecchymose à la région épigastrique, ecchymose qui a passé pour être la résultante d'une dé-



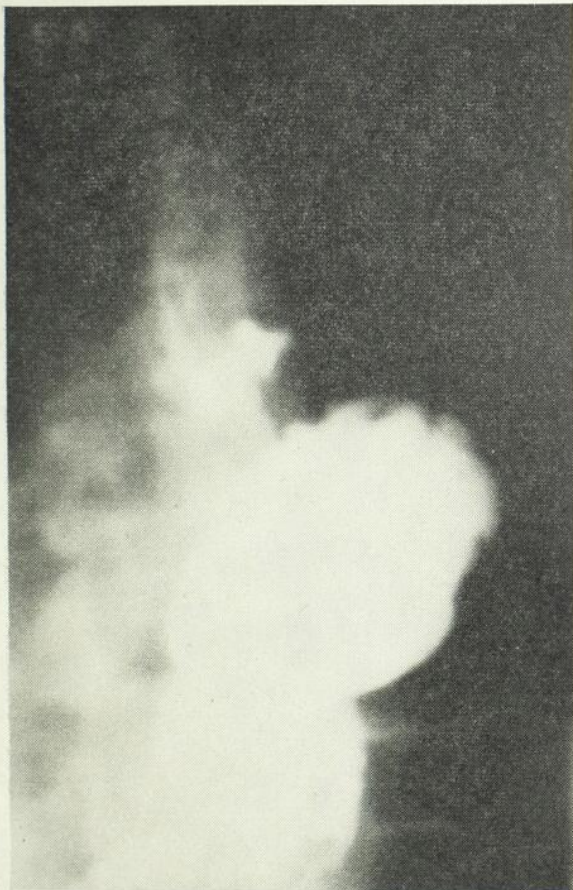
Observation 4.

chirurgie musculaire à la région épigastrique. Nous croyons que la hernie s'est constituée à ce moment-là et qu'il s'agit d'une hernie acquise et produite au niveau d'un point de faiblesse diaphragmatique existant antérieurement. La révision de radiographies antérieures prises pour la vésicule biliaire et où l'on distingue partiellement le contour de la coupole diaphragmatique permet de dire que la hernie n'existait pas 2 ans auparavant.

C'est de nos six cas, le plus intéressant en même temps que le plus rare. Citons le tra-

vail de Joubert de Beaujeu et de R. Didier (Journal de Radiologie 1948) qui, en publiant un de leurs cas, ont relevé dans la littérature, en plus de 13 cas de hernies para-sternales diagnostiquées radiologiquement et revisées par Erika Ellinger de Vienne en 1939, dix autres cas publiés par différents auteurs depuis 1939. Jalmain Saks 1940, Colmers 1941, Herington 1941, Valledo et Gomez Tajera 1943, Ritvo et Peterson 1944, Donovan 1945, Briska et Leissner 1948, Wilson, Rummel et Ross 1947.

En tout 11 cas s'ajoutant aux 13 cas revisés par Ellinger. H. Guillem, de Lorient (Journal de Radiologie 1950, 5 + 6), publie un autre cas, le 25e de la liste. Nous y ajoutons celui-ci de cette variété acquise de hernie du côlon au travers du foramen de Morgagni.



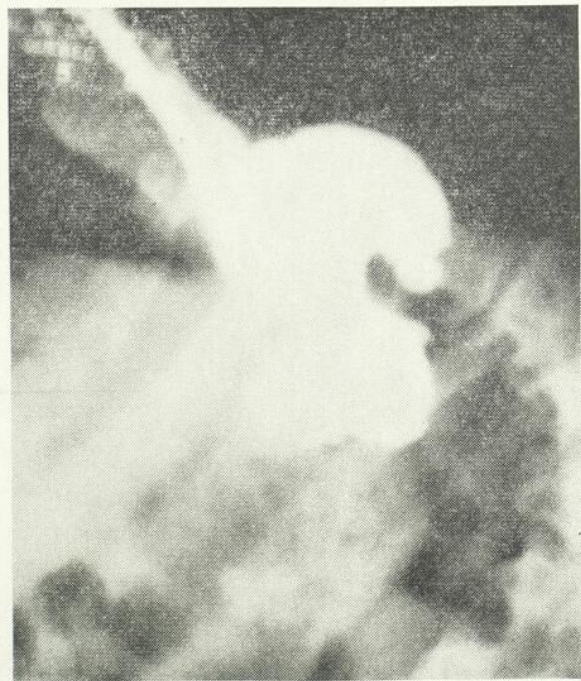
Observation 5.

**Observation 5.**

Mademoiselle G. L..., 37 ans, une grande scoliotique dorso-lombaire. C'est une malade

qui a subi en avril 1945 une gastrectomie pour ulcère d'estomac. Elle avait toujours été très bien jusque en octobre 1949, alors qu'elle a été prise sur la rue, d'une douleur aiguë à l'hypocondre gauche. Elle a toujours continué à avoir des douleurs depuis. Elle a des vomissements alimentaires et bilieux. Elle vomit surtout après ses repas. Elle a un peu de diarrhée.

Elle présente à l'examen un point douloureux dans la région lombaire gauche. Un examen de rayons X fut pratiqué le 10 mai 1950, à la demande de son chirurgien qui a introduit un tube de Miller-Abbott dans l'estomac. Nous injectons une petite quantité de baryum dans le tube et visualisons la partie restante de l'estomac, en démontrant aussi la présence d'une hernie diaphragmatique du fornix gastrique qui donne une image en champignon débordant le contour diaphragmatique, image que, pour être de notre siècle, nous avons appelé en « bombe atomique ».



Observation 6.

Chirurgicalement il s'agissait d'une hernie de l'hiatus œsophagien qui a été réparée et dont la malade est guérie.

**Observation 6.**

Madame T. S..., est une malade qui a été opérée pour une cholécystite calculeuse, le 11 février 1949, et qui présentait en date du 22 février 1949 des troubles dysphagiques. Elle nous a été référée pour un examen de rayons X de l'œsophage avec un diagnostic de hernie diaphragmatique probable. Ici nous devons attirer votre attention sur le fait que le chirurgien a fait le diagnostic clinique et nous l'en félicitons.

Nous avons trouvé un œsophage court, avec une hernie d'une petite partie de l'estomac au travers de l'hiatus œsophagien. Malade opérée le 23 février 1949 pour résection du phrénique. Pas d'examen de contrôle. La malade a quitté l'hôpital améliorée.

**Conclusion.**

Chacune de ces six hernies diaphragmatiques a donc été opérée avec succès, chaque malade a guéri grâce à une intervention qui a été dictée par un diagnostic précoce, ce qui est préférable à un diagnostic d'autopsie.

Grâce à des examens radiologiques plus poussés et à une collaboration étroite entre radiologiste et clinicien, nous croyons qu'un plus grand nombre de hernies diaphragmatiques peuvent être diagnostiquées pour le plus grand bien de ces malades.

Je ne dis rien du traitement lui-même qui est essentiellement du domaine chirurgical et je laisse à d'autres le soin de décrire les interventions délicates et parfois difficiles nécessitées par certaines hernies diaphragmatiques.

---

# LA RÖENTGENTHÉRAPIE DANS LES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES AIGÜES<sup>1</sup>

L.-A. GAGNIER.

Electro-radiologiste (Montréal).

Voici plus d'un demi-siècle que la röntgenthérapie occupe en médecine, parmi les différentes méthodes thérapeutiques, une place largement méritée. Le champ de ses applications en pathologie médicale et chirurgicale est très vaste et son efficacité dans le traitement de diverses affections à évolution chronique n'est plus contestée.

Mais depuis plus d'un quart de siècle, surtout depuis que Heidenhain et Fried ont publié, en 1924, leur premier travail sur la röntgenthérapie des affections inflammatoires aiguës, de nouvelles perspectives se sont ouvertes devant le radiothérapeute.

Depuis ce travail systématique, des travaux concernant cette nouvelle thérapeutique par les radiations se sont multipliés dans tous les pays.

En France, un nombre important d'observations concernant la röntgenthérapie des inflammations aiguës ont été rapportées par Solomon et ses collaborateurs. En Amérique, des travaux importants de Desjardins, (Rochester), de J.J. Kaplan (New-York), de May, de Kelly et Dowell, de O. Dufresne, ont été effectués.

Tous ces travaux ont mis en évidence l'intérêt de la méthode, dont les résultats favorables quelquefois surprenants, sont particulièrement suggestifs dans les affections dont le traitement chirurgical n'offre pas toute sécurité, et lorsque le traitement médical reste sans résultat. Si l'on songe aux avantages que présente cette thérapeutique: indolence, raccourcissement de la durée d'évolution, excellents résultats esthétiques et enfin la possibilité d'un traitement ambulatoire, même dans les cas graves, on s'étonne de constater que la

röntgenthérapie des inflammations ne soit pas entrée dans la pratique courante.

## *Mode d'action des radiations.*

L'action favorable des rayons X dans les processus inflammatoires aigus s'explique par un double mécanisme général et local. Les phénomènes généraux consistent en l'accroissement du pouvoir bactéricide du sang, le rôle de la destruction leucocytaire, la production d'anticorps, l'action sur le sang circulant, le rôle des protéines libérées, le rôle du système réticulo-endothélial. Les phénomènes locaux consistent en l'action bactéricide directe, le rôle de la phagocytose, l'action sur les phénomènes circulatoires locaux et enfin l'action protéolytique.

Quel que soit le mécanisme envisagé, la plupart des auteurs ont retrouvé dans les conditions expérimentales l'action favorable des rayons X sur les inflammations localisées.

## *Evolution clinique.*

Dans tous les cas d'affection inflammatoire aiguë, quelle que soit la localisation, on observe rapidement après l'irradiation la disparition ou l'atténuation notable des douleurs, succédant dans certains cas à une courte période d'exagération douloureuse survenant dans les premières heures qui suivent le traitement. Quant à l'état général des malades, dans la quasi-totalité des cas, on observe, après l'irradiation, une chute thermique.

Dans le premier groupe, Heidenhain classe les cas les plus favorables; ce sont ceux où la röntgenthérapie a surpris l'évolution des foyers inflammatoires au stade présuppuratif, au stade d'infiltrat inflammatoire et où la guérison peut se faire par simple résorption sans suppuration.

Dans le second groupe de cas, l'irradiation suivie d'une diminution de la tuméfaction ne

1. Travail présenté au XXème Congrès de l'A. M. I. F. C., Montréal, septembre 1950.

permet pas d'éviter la suppuration du foyer inflammatoire. C'est ainsi qu'au bout de quelque temps, après le début du traitement, on voit apparaître une fluctuation. Une ponction ou une toute petite incision suffit pour guérir rapidement et sans complication cet abcès collecté.

Le troisième groupe comprend la plupart des cas. Malgré la chute thermique et l'amélioration de l'état général, on constate après l'irradiation une augmentation de la tuméfaction et l'abcès se collecte rapidement. La formation de cette collection demande une surveillance très attentive, car elle se fait rapidement et silencieusement, l'élément douleur étant très atténué par la roentgenthérapie. Il faut bien saisir le moment pour ouvrir cette collection qui, une fois évacuée, guérit très bien.

Telles sont les grandes lignes de la classification de Heidenhain.

Kelly et Dowell ont réuni toutes les réactions cliniques de la roentgenthérapie des infections aiguës dans un tableau suivant:

- 1 - Ralentissement du pouls.
- 2 - Abaissement de la température.
- 3 - Ralentissement du taux respiratoire.
- 4 - Diminution de la toxémie.
- 5 - Diminution de la douleur.
- 6 - Localisation de l'infection.
- 7 - Conservation des tissus.
- 8 - Prévention des infections secondaires et diminution des complications.
- 9 - Raccourcissement du cours de la maladie.
- 10 - Abaissement du taux de la mortalité.

La venue des sulfamides et de la pénicilline a diminué le nombre des infections aiguës que nous avons à traiter par les rayons X, au cours des dernières années, mais la roentgenthérapie conserve toutefois une place d'honneur comme moyen thérapeutique, associé ou non à ces médications maintenant usuelles.

*Indications de la roentgenthérapie dans les infections aiguës.*

D'après de nombreuses observations rap-

portées surtout dans la littérature américaine, la roentgenthérapie est indiquée dans les infections locales aiguës:

- a) - qui ont rapidement tendance à envahir les tissus adjacents (angine de Ludvig);
- b) - qui donnent souvent des complications à distance (érysipèle);
- c) - qui produisent généralement de grandes destructions de tissu (gangrène gazeuse);
- d) - qui s'accompagnent d'une toxémie grave (parotidite, péritonite, pneumonie);
- e) - qui restent insolitement dans un état stationnaire (pneumonie prolongée);
- f) - qui donnent occasionnellement de la douleur par gonflement et induration (infection après extraction dentaire);
- g) - qui donnent malheureusement naissance à des septicémies (infections de la moitié supérieure de la face);
- h) - qui sont couramment sujettes aux récidives (hydrosadénites);
- i) - enfin, qui laissent fréquemment des séquelles (arthrites gonococciques).

Ce n'est pas seulement comme thérapeutique curative des infections ci-dessus mentionnées que les rayons X ont été préconisés par Kelly et Dowell, mais encore comme mesure prophylactique dans les cas suivants:

- a) - dans les blessures contaminées;
- b) - après une opération où il y a eu épanchement de pus septique;
- c) - avant une opération où il y a danger de provoquer l'infection.

#### *Technique.*

Nous ne pouvons pas ici décrire les techniques appropriées à chaque type d'infection variant suivant la nature et la localisation des lésions. Mais nous désirons rappeler brièvement les facteurs techniques utilisés pour la roentgenthérapie des infections en général.

#### 1. - *Kilovoltage ou qualité du rayonnement.*

En ce qui concerne les affections superficielles

les, la plupart des auteurs se servent de rayonnement moyennement pénétrant émis sous des tensions variant de 100 à 140 K.V. tandis que pour traiter une infection profonde nous conseillons un kilovoltage plus élevé, soit de 140 K.V. et même de 200 K.V.

## 2. - Filtration.

Le filtre élimine les plus grandes longueurs d'onde du faisceau de rayons X. Ces très grandes longueurs d'onde nous paraissent indésirables dans la plupart des infections, parce qu'absorbées dans les couches trop superficielles de la peau. Donc, l'emploi d'un filtre pour le traitement de n'importe quelle infection est recommandé.

## Champ d'irradiation.

Les champs d'irradiation, d'après l'avis de la majorité des auteurs, doivent être étendus et dépasser largement les limites focales de l'inflammation.

## Distance anticathode peau.

La distance focale est en rapport avec le siège et l'étendue des lésions. Plus les dimensions du champ seront grandes, plus la distance entre le tube de rayons X et le malade devra être grande. Elle est habituellement de 25 à 30 centimètres. Ce facteur est loin d'être aussi important dans le traitement des infections qu'il l'est dans celui du cancer.

## Dose en unités R.

Dans le traitement des infections aiguës, il faut de très petites doses de rayons X pour obtenir des effets biologiques favorables. Plus une infection aiguë (streptococcique) est fulminante, plus la dose de rayons X doit être petite — 50 à 75 r. Pour les infections subaiguës (staphylococciques) nous prescrivons des doses de 100 à 125 r.

## Intervalle de temps entre les traitements.

C'est un fait qui résulte des nombreuses observations cliniques que les infections aiguës doivent être irradiées une ou deux fois par jour; que les infections subaiguës doivent l'être 2 à 3 fois par semaine.

## Dose totale.

La dose totale varie considérablement avec la nature de l'infection, sa localisation, son évolution et tous ses autres caractères cliniques.

Nous pouvons dire que dans les infections aiguës traitées à leur début, 200 à 225 r, suffisent généralement à faire avorter la maladie. Dans les infections subaiguës, 600 à 1 000 r, constituent un traitement courant.

Nous rapportons dans cette courte communication, préparée à l'intention des médecins praticiens, 10 observations personnelles choisies au hasard parmi plusieurs centaines de cas. Nous nous sommes volontairement limités, faute de temps, à l'étude de cas de furoncles, d'anthrax et d'abcès des aisselles. Ils méritent, nous semble-t-il, d'être rapportés en détail, et nous y avons signalé tous les faits qui peuvent être utiles pour se faire une opinion sur l'efficacité de la röntgentherapie dans le traitement des affections inflammatoires aiguës.

**Observation 1.** — Furoncle de la lèvre supérieure.

Mlle L., âgée de 27 ans, garde-malade, consulte le 20 décembre dernier pour un furoncle de la lèvre supérieure, apparu il y a 24 heures. A l'examen, on constate un énorme placard rouge centré par un minuscule point blanc; douleurs aiguës avec irradiation vers les dents. Un chirurgien consulté conseille pénicilline ou röntgentherapie.

Le 20 décembre, la malade reçoit 125 r filtrés de 4 millimètres d'al., 140 K.V., 5 m.a. à 25 centimètres de distance. Quelques heures après le traitement, sensation de picotement au niveau de la lésion. Au cours de la journée (le traitement a été fait à 9 h. du matin) l'infiltration d'alentour diminue progressivement pour disparaître complètement et, 24 h. après le traitement, la malade ne sent plus aucune gêne. A la palpation, on ne trouve qu'une petite zone indurée superficiellement sous-jacente au furoncle, qui s'est affaissé considérablement; le reste de l'infiltration a complètement disparu. Dans les jours qui suivent, on assis-

te à la disparition progressive des signes inflammatoires, sans que la lésion ait abouti à la suppuration. Le 26 décembre, donc 5 jours après le traitement, il ne reste plus de trace de la lésion.

**Observation 2.** — Furoncle de la lèvre supérieure.

Mlle M., âgée de 17 ans, consulte selon l'avis d'une religieuse, le 10 janvier 1950, pour furoncle de la lèvre supérieure. Léger œdème de la joue du même côté. Röntgentherapie le même jour: 115 r, 4 millimètres Al., 140 K.V. à 25 cent. de distance. On revoit la malade le 12 janvier. Elle dit n'avoir eu aucune réaction douloureuse dans les heures qui ont suivi l'irradiation; le lendemain de la séance, le furoncle s'est ouvert spontanément et le pus s'est évacué. La lésion est en voie de guérison. On pratique ce jour-là une seconde irradiation identique à la première. Le 14 janvier, 4 jours après le début du traitement, la guérison est complète.

**Observation 3.** — Furoncle du nez.

Mme R., âgée de 39 ans, est traitée dans mon service à l'hôpital St-Jean-de-Dieu pour une sciatique. Le 3 février 1950, elle est vue pour un furoncle du bout du nez, lequel est très douloureux. On constate à l'examen clinique une tuméfaction rouge, grosse comme une cerise, dure, centrée par un point jaune, non saillant, mais visible à travers l'épiderme.

Séance de röntgentherapie le même jour: 125 r, 4 mm Al., 140 K.V. à 25 cm de distance.

Dans les heures qui suivent l'irradiation, la tuméfaction augmente considérablement de volume. Le soir, le furoncle s'ouvre spontanément et la malade est très soulagée. Cette ouverture est suivie de l'évacuation de liquide séro-sanguinolent abondant; pas de pus.

Le 6 février nouvelle séance de röntgentherapie de 125 r. Les jours suivants, la lésion s'affaïsse progressivement et le 10 février il n'y a plus de trace de phénomène inflammatoire.

**Observation 4.** — Furoncle de la joue gauche.

Rév. Sœur M.F., consulte le 24 avril pour un furoncle de la joue gauche ayant débuté 5 jours auparavant. Actuellement, la lésion est ouverte et par un petit pertuis, donne issue à une petite quantité de sérosité louche. Douleurs locales très vives. Sensibilité dans toute la région sous-maxillaire du côté correspondant à la lésion.

Röntgentherapie le jour même: 160 r filtrés sur 4 mm Al., 140 K.V., distance de 25 cm.

Le 26 avril, même dose, 160 r. Le premier mai, la lésion est guérie sans aucun incident.

**Observation 5.** — Furoncle de la nuque.

M. M., âgé de 20 ans, étudiant en médecine, consulte le 21 décembre 1949 pour un gros furoncle de la nuque. Incisé au mois de juin, il a récidivé plusieurs fois et actuellement encore il continue à suppurer malgré l'administration de pénicilline.

Le 21 et le 23 décembre, le malade est soumis à la röntgentherapie; la dose administrée chaque fois est de 225 r filtrés sur 4 mm. Al., 140 K.V., distance 25 cent. — Le 30 décembre la guérison est complète.

**Observation 6.** — Abscess de l'aisselle.

Mme D., âgée de 29 ans, consulte le 27 octobre 1949 pour un abcès de l'aisselle gauche. Elle en a déjà eu plusieurs depuis 4 mois. Le dernier a débuté il y a une huitaine de jours. Un traitement à la pénicilline est resté pratiquement sans résultat.

Röntgentherapie faite le jour même: 125 r, filtrés sur 4 Al., 140 K.V., à 25 centimètres de distance.

Après cette séance, on constate une diminution notable des phénomènes inflammatoires. Une deuxième séance est faite dans les mêmes conditions, une semaine plus tard.

Après cette deuxième séance, la guérison ne tarde pas à venir. Il n'y a pas eu de récurrence après le traitement par les radiations.

**Observation 7.** — Abscès de l'aisselle.

M. L., âgé de 40 ans, consulte en novembre 1949 pour un abcès de l'aisselle droite qui s'est ouvert spontanément et s'est fistulisé.

Traité par la röntgenthérapie de la façon suivante: 1 350 r, répartis en 6 séances de 225 r, avec la filtration et les conditions d'irradiation identiques à celles décrites dans les observations antérieures. La dernière séance a lieu le 5 décembre 1949. Le 14 décembre, le malade est revu complètement guéri.

**Observation 8.** — Anthrax de la nuque.

M. M.B., âgé de 33 ans, journaliste, m'est référé le premier février 1950 pour un anthrax de la nuque datant de 5 jours. Douleurs locales très vives, impotence fonctionnelle; pas de tendance à la collection.

Röntgenthérapie le même jour à 225 r, filtrés sur 4 mm Al., 140 K.V., 5 M.A. à 25 centimètres de distance.

Après cette irradiation, une exacerbation notable des douleurs et ouverture spontanée le surlendemain.

Le 7 février, une seconde séance identique à la première est administrée. L'amélioration continue et le 15 février, la guérison est complète.

**Observation 9.** — Anthrax de la paroi abdominale.

M. A.B., médecin, présente en avril 1950 un anthrax de la paroi abdominale ayant débuté au niveau d'un point de folliculite. Au troisième jour de son évolution, il se présente sous forme d'une tuméfaction assez marquée, rouge, indurée et très douloureuse. Au 5ème jour, la lésion continue à s'étendre sans que les signes de collection se manifestent, malgré un traitement à la pénicilline.

Ce jour-là on pratique une séance de röntgenthérapie: 225 r filtrés sur 4 mm Al., émis sous 100 K.V.

L'irradiation ne provoque pas d'exacerbation des douleurs; celles-ci au contraire s'apaisent 6 à 7 h. après la séance. L'évolution

est complètement modifiée, l'abcès se collecte en 24 h. et s'ouvre spontanément donnant issue à du pus épais. Au bout de 7 jours la lésion est complètement guérie.

**Observation 10.** — Furoncle de l'avant-bras.

Mme L., consulte le 6 février 1950 pour trois petits furoncles assez voisins les uns des autres, situés sur la face dorsale de l'avant-bras droit. Actuellement, lymphangite du membre supérieur, adénopathie axillaire très douloureuse, douleurs vives dans tout le bras; les trois furoncles sont centrés par un petit point blanc; ils reposent sur un large placard rouge et induré.

Röntgenthérapie le jour même: 180 r filtrés sur 4 mm Al., 140 K.V., distance de 25 cm. Ce jour-là on constate que deux furoncles se sont ouverts et sont en voie de guérison. Le troisième est encore fermé, volumineux, l'œdème de la main persiste ainsi que l'adénopathie axillaire toujours douloureuse.

Le lendemain de la seconde séance, sans exacerbation des douleurs, après l'irradiation, le troisième furoncle s'est ouvert. Les signes inflammatoires diminuent. Le 12 février, il n'y a plus d'œdème de la main ni de placard induré à l'avant-bras; seulement une petite plaie en voie de cicatrisation. L'adénopathie, moins considérable, persiste toujours, mais elle n'est plus douloureuse. La guérison complète se fait le 15 février, c'est-à-dire 9 jours après le début du processus inflammatoire.

**Conclusions.**

Les nombreuses recherches et observations cliniques effectuées aussi bien en Europe qu'en Amérique, ont mis en évidence que tout foyer d'inflammation aiguë, peut être guéri ou considérablement amélioré par la röntgenthérapie.

D'après la classification clinique de Heidenhain, seules les affections surprises par la röntgenthérapie au stade présuppuratif échappent à l'intervention. Dans tous les autres cas, du fait de l'action bienfaisante des rayons

X, l'intervention se limite à une ponction ou à une incision minime. Il semble bien que les publications des autres auteurs permettent d'y ajouter une autre catégorie de cas, dans lesquels la roentgenthérapie suffit à elle seule pour amener la guérison des affections inflammatoires arrivées au stade de suppuration.

Différentes techniques d'irradiation ont été décrites. La notion essentielle qui se dégage

de leur étude est celle de la nécessité de l'emploi de petites doses de rayonnement.

L'étude de dix observations récentes, choisies parmi plusieurs centaines de cas, nous permet de confirmer une fois de plus l'action favorable des rayons X à petites doses dans les affections inflammatoires aiguës, auxquelles nous nous sommes limité dans ce petit travail.

## LA RADIOLOGIE DANS L'ÉTUDE DES MASSES ABDOMINO-PELVIENNES EXTRA-ALIMENTAIRES <sup>1</sup>

A.-F. VALLÉE,

Chef du service de Radiologie à l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc (Montréal).

Il arrive, je présume, que le clinicien, au cours de l'examen général d'un patient, perçoive une masse abdominale ou pelvienne sans qu'il lui soit possible de poser, sur-le-champ, un diagnostic précis. Par contre, l'expérience nous prouve que souvent le radiologiste, au cours de l'examen de ces régions, signale la présence d'une telle masse, jusqu'alors ignorée du clinicien, sans que celui-ci, par la suite, ne s'attarde à éclaircir l'origine de cette ombre anormale, surtout lorsque son sens clinique ne lui permet pas d'expliquer par sa présence les troubles dont se plaint le malade. Pour ces deux raisons, il nous a semblé intéressant et utile de rechercher, dans une étude d'ensemble, les précisions que la radiologie peut apporter au diagnostic toujours important des masses abdomino-pelviennes. Qu'il s'agisse en effet d'une découverte clinique ou radiologique, il s'impose, dans chaque cas, de déterminer exactement la provenance et la nature d'une masse anormale; si sur son explication ne repose pas nécessairement le diagnostic principal, il n'en demeure pas moins qu'on ne doit jamais ignorer les conditions associées.

Après avoir éliminé d'emblée les masses alimentaires, afin, malgré leur importance, de

rétrécir un peu les cadres déjà très vastes de ce travail, nous avons revu les dossiers cliniques et radiologiques de 134 cas de masses abdomino-pelviennes extra-alimentaires diagnostiquées dans le Service de radiologie de l'hôpital Ste-Jeanne-d'Arc au cours des 2 045 examens de cette région, pratiqués pendant l'année septembre 1949-50. C'est sur ces observations que nous baserons les données principales de ce travail.

Le premier pas pour le radiologiste consiste à localiser la masse exactement par rapport à l'organe intéressé; ceci fait, il lui restera à essayer de déterminer s'il s'agit d'une hypertrophie globale ou d'une tumeur bénigne ou maligne. A ces fins, le spécialiste a le choix entre une multitude de techniques, souvent complémentaires et qu'il devra choisir à bon escient, afin d'éviter au malade des frais inutiles. C'est à lui seul, à notre avis, de décider quels examens radiologiques supplémentaires seront les plus aptes à apporter la réponse finale et dans quel ordre ils se succéderont. Voyons donc, aussi rapidement que possible, jusqu'à quel point ces diverses techniques peuvent nous aider à reconnaître, à localiser et à diagnostiquer les masses extra-alimentaires des régions abdominale et pelvienne.

### I. - Clichés simples:

L'examen de base, trop souvent négligé,

1. Communication au XXème Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1950.

consiste en la prise de clichés sans milieu de contraste, appelés pour cette raison clichés simples. Pour obtenir le plus de renseignements de cet examen, deux conditions sont capitales et ne devront pas être omises lorsque l'état du malade le permettra: la préparation du patient et l'exposition des clichés en diverses positions.

La préparation est importante afin d'éliminer les ombres extrinsèques qui sont aptes à produire de la confusion et à masquer les images pathologiques. Nous préférons la purgation à l'huile de ricin, aux lavements évacuants qui sont souvent mal administrés et provoquent la formation de gaz intestinaux. Il est préférable de ne pas garder le patient à jeun trop longtemps avant l'examen, parce que la vacuité gastrique entraînerait également l'aérocolie.

Nous ne voulons pas nous étendre sur la technique de la prise de clichés; qu'il nous suffise d'insister sur l'aide précieuse que peuvent apporter les films en station couchée, debout, Trendelenbourg et latérale.

Le foie, les reins et parfois la rate sont les seuls organes normalement visibles sur ces transparents; il sera habituellement facile d'en suivre les contours, d'en apprécier la régularité et de déterminer la présence d'une hypertrophie massive ou localisée. Toute autre densité, sur un cliché de première qualité, doit d'emblée être considérée comme pathologique. A l'exception cependant des grosses tumeurs du pancréas (qui, soit dit en passant, contiennent souvent des dépôts calcaires), des ganglions mésentériques calcifiés et de certaines masses péritonéales ou rétro-péritonéales, la majorité des ombres anormales prennent leur origine dans le petit bassin et appartiennent généralement à l'utérus ou à l'ovaire; quoi qu'il en soit, il faut d'habitude approfondir l'examen et avoir recours à des techniques spéciales.

## II. - Examens complémentaires:

Selon la situation de la masse, selon surtout la symptomatologie présentée par le malade,

lorsque le diagnostic n'aura pu être établi par les clichés simples, le radiologiste pourra utiliser le repas ou le lavement baryté, la cholécystographie, l'urographie endoveineuse ou la pyélographie rétrograde, la cystographie, l'hystéro-salpingographie. Dans des circonstances spéciales, il lui sera même loisible de pratiquer en une seule séance la cholécystographie, le lavement baryté et le repas baryté; suivant cet ordre chronologique, l'ensemble fournira parfois de précieux renseignements. Ces différents examens, en plus de mettre en évidence des lésions intrinsèques, permettront, par suite de compressions et de déplacements, de localiser plus exactement certaines masses extrinsèques au système ou à l'organe examiné, et, dans nombre de cas, de poser un diagnostic de nature précis.

### 1°. — Repas baryté:

Par sa situation même et la flasticité de ses parois, le tube digestif, dans tous ses segments sous-diaphragmatiques, se laisse facilement comprimer et déplacer par des masses abdomino-pelviennes de volume relativement petit. C'est assurément le plus généralement employé, seul ou associé à d'autres examens, dans le dépistage et le diagnostic de ces tumeurs. Sur le baryum, elles dessinent une empreinte concave et la forme de celle-ci est de première importance. Il y a d'ailleurs, pour chaque masse, un site d'élection de la déformation qui est souvent, avec le syndrome clinique et les signes radiologiques déjà recueillis, d'une valeur incontestable. Nous nous contenterons d'en donner quelques exemples.

La masse hépatique anormale, qu'il s'agisse d'une hypertrophie de l'organe dans sa totalité ou dans un de ses lobes ou d'une tumeur primitive ou secondaire, se traduira selon le cas par l'ensemble ou l'un des signes radiologiques suivants: augmentation visible sur les clichés simples de l'aire hépatique, abaissement de l'angle hépatique du côlon, empreinte concave sur la petite courbure gastrique et, dans le cas de nodules hépatiques, images lacunaires dans l'opacité gastrique.

Pour ce qui est de la rate, son hypertrophie se traduit par un éloignement anormal du pôle supérieur de l'estomac de la ligne diaphragmatique gauche avec allongement de l'œsophage sous-diaphragmatique, une empreinte concave sur la partie supérieure de la portion verticale de la grande courbure gastrique, un abaissement de l'angle splénique du côlon avec dépression droite de celui-ci, parfois même une ptose rénale gauche. A signaler, en passant, la présence de calcifications dans la parenchyme splénique ou les vaisseaux. L'association de splénomégalie et de varices œsophagiennes, facilement décelables à la radiographie, serait un signe pathognomonique de maladie de Banti. De profil, l'image rénale rejoint la paroi abdominale antérieure.

Dans l'association d'hépatite et de splénomégalie, un signe surajouté à ceux déjà énumérés est l'écrasement dans le sens antéro-postérieur du pôle supérieur de l'estomac.

Les masses péritonéales, rétro-péritonéales et, quand elles sont assez volumineuses, rénales et surrénales et même les ganglions lymphatiques hypertrophiés peuvent imprégner leur forme aux divers segments du tube digestif abdomino-pelvien. Dans ces cas, des clichés de profil et en position debout et de Trendelenbourg sont quasi indispensables.

La vésicule, parfois, et les masses des voies biliaires peuvent laisser des traces sur la portion pré-pylorique de l'estomac, le genu superius et le 2e segment du duodénum, voire même sur la portion droite du côlon transverse.

L'étude des masses pancréatiques est plus complexe: si les néoplasies malignes de la tête se traduisent, lorsqu'il y a début d'envahissement de la paroi interne de la 2e portion du duodénum, par le signe de Frostberg ou du 3 renversé, toute augmentation de volume de ce segment produit un élargissement plus ou moins marqué du cadre duodénal avec diminution correspondante de la lumière. Les masses du corps et de la queue, au contraire, pourront, selon leur volume et leur site, déprimer et abaisser la petite courbure de l'estomac,

comprimer sa paroi postérieure en produisant de face une image lacunaire centrale, ou encore déplacer en haut ou à gauche sa grande courbure. Ces masses, comme celles de la rate, s'accompagnent souvent de dépôts calcaires dans les canaux excréteurs ou le parenchyme dont la disposition topographique est souvent typique.

Les tuméfactions ganglionnaires ou des tissus péritonéaux et rétro-péritonéaux (kystes, myo-sarcomes, etc.), compriment le tube digestif dans des segments extrêmement variables avec leur site. Notons en passant que les déformations, lorsqu'elles se produisent au niveau de l'estomac surtout, souvent donnent lieu à des images prêtant à confusion avec des tumeurs polypoides intrinsèques.

Enfin, pour en finir avec les organes radiologiquement abdominaux, la surrénale et le rein, en augmentant de volume, agiront sur l'estomac ou le côlon.

Pour ce qui est des organes du petit bassin, les hypertrophies volumineuses de l'utérus, comme dans la grossesse ou les gros fibromes utérins et les larges kystes ovariens, écarteront généralement les anses intestinales en haut et en dehors. L'utérus, l'ovaire et la prostate modérément hypertrophiés ne produiront, tout au plus, qu'une empreinte rectale ou sigmoïdienne.

## 2°. — *Lavement baryté:*

Sauf dans les cas de tuméfactions d'origine pelvienne comme celles dont nous venons de parler, le lavement baryté n'est, le plus souvent, pour ce qui nous occupe présentement, qu'un contrôle ou un complément du repas baryté. Je ne veux pas dire par là que son importance soit négligeable, mais rien ne sert de nous étendre longuement sur les signes de compression ou de déplacement du tube digestif déjà étudiés par voie haute.

## 3°. — *Urographie endoveineuse:*

Comme nous l'avons vu plus haut, l'ombre rénale est normalement visible sur les clichés simples; elle l'est également, d'ailleurs, sur les

films du repas et du lavement barytés, à condition de ne pas être obstruée par la substance opaque. Il est, par conséquent, facile au cours de ces examens d'en déterminer la forme, le volume et la position et de juger ainsi de la présence d'une hypertrophie physiologique ou pathologique et d'une tumeur se développant vers la périphérie. Pour les tumeurs se développant concentriquement ou à point de départ des cavités rénales (calices et bassin), il est cependant indispensable d'injecter des substances colorantes; celles-ci, opacifiant la portion excrétrice de l'arbre urinaire, laisseront alors voir des compressions, déformations ou amputations de même ordre que celles étudiées sur le tube digestif.

A notre avis, la méthode idéale est l'urographie endoveineuse à condition toutefois que le patient soit bien préparé, qu'il supporte une forte compression sur l'abdomen inférieur et que les clichés soient exposés au moment opportun. Il ne faut pas oublier que cet examen sert, dans ces conditions, à la fois de test fonctionnel et morphologique.

Les masses para-rénales, para-urétérales et para-vésicales se reconnaîtront aussi sur les clichés de l'urographie endoveineuse; les grosses rates abaissent le rein gauche; les tumeurs de la surrénale ont le même effet tout en comprimant le pôle supérieur de l'estomac; les masses rétro-péritonéales, au voisinage de l'uretère, peuvent en dévier la courbure normale; les tuméfactions annexielles, néoplasiques ou inflammatoires compriment parfois la portion terminale de l'uretère ou l'angle supérieur de la vessie; l'utérus augmenté de volume déprime le dôme de la vessie; la prostate hypertrophiée ou tumorale fait une empreinte dans la région du col vésical, etc.

On voit donc que les résultats de l'examen sont appréciables.

#### 4. — *Pyélographie rétrograde:*

Cet examen sert de plus en plus, selon nous, à vérifier les constatations de l'urographie endoveineuse ou à suppléer à ses lacunes, lorsque celle-ci a été défectueuse pour une rai-

son ou pour une autre. Il est plus compliqué mais permet par ailleurs une cystoscopie séance tenante.

#### 5. — *Cholécystographie et cholangiographie:*

L'opacification des voies biliaires peut, dans certains cas, prouver par obstruction ou déviation la présence d'une masse dans cette région. Il faut toutefois l'associer le plus souvent au repas baryté.

#### 6. — *Hystéro-salpingographie:*

L'injection de colorant dans l'utérus et les trompes, à maintes reprises, nous a permis de confirmer ou d'infirmer un diagnostic de masse utérine ou annexielle. En plus de ses qualités diagnostiques pour les malformations utérines, l'existence d'une stérilité organique féminine et souvent l'explication de ménométrorragies, elle aide à mettre en évidence et à localiser une tuméfaction anormale du petit bassin. Il convient peut-être de signaler ici l'existence d'une hypertrophie utérine fonctionnelle et visible sur les radiographies, au moment des périodes pré-menstruelles.

### III. - *Examens spéciaux et rares:*

Nous voudrions, avant de conclure, dire un mot de trois examens, trop peu utilisés et considérés comme dangereux, mais qui peuvent, dans certains cas, aider au diagnostic d'une masse, particulièrement abdominale: l'injection de thorostrast, le pneumopéritoine et l'injection d'air dans l'atmosphère péritonéale.

#### *Thorostrast:*

L'injection de thorostrast se fait par voie endoveineuse; la substance radioactive se déposant électivement dans les cellules du système réticulo-endothélial produit une opacification intense du foie et de la rate, et permet, ainsi, d'en mieux apprécier les contours. Son application n'est cependant pas sans danger.

*Pneumogramme:*

L'injection d'air dans la cavité péritonéale ou l'atmosphère péritonéale est, par contre, sans inconvénient sérieux; elle permet, selon le cas, le dessin de tous les organes et masses sous-diaphragmatiques et son emploi, à notre avis, devrait être plus répandu dans les conditions qui nous occupent.

**Conclusion.**

En conclusion le radiologiste a à sa disposition toute une série d'examen spéciaux qui lui permettent, non seulement de déceler, mais de localiser et de diagnostiquer la multiplicité des masses abdomino-pelviennes extra-alimentaires. Au clinicien d'en faire un emploi judicieux!

## LA RADIOTHÉRAPIE DANS LES TROUBLES URINAIRES D'ORIGINE PROSTATIQUE<sup>1</sup>

(RAPPORT PRÉLIMINAIRE)

Hervé LACHARITÉ,

Electro-radiologiste (Montréal).

Personne n'ignore que c'est généralement à partir de la cinquantaine qu'apparaissent les troubles provoqués par l'hypertrophie de la prostate. Bien étudiés par le professeur Guyon ces troubles se traduisent suivant la période de la maladie par de la congestion de la prostate, augmentée par les repas copieux, la station assise, le refroidissement ou la constipation. Le malade éprouve des besoins aussi fréquents qu'impérieux d'uriner. La nuit il doit se lever à plusieurs reprises. Il souffre de brûlures du canal, d'élançements s'irradiant dans le périnée, le bassin. Ces mictions peuvent être accompagnées d'une certaine difficulté, d'une lenteur anormale nécessitant des efforts et entraînant souvent une modification du jet urinaire. Plus tard, la vessie se vide incomplètement: il reste toujours un résidu qui peut atteindre 100, 200, 300 cc. et plus encore. Les envies d'uriner diurnes et nocturnes deviennent de plus en plus fréquentes. La vessie ne pouvant se vider complètement finit par se distendre.

Enfin, certaines complications peuvent apparaître, telle que la rétention d'urine, l'infection vésicale avec émission d'urines trou-

bles, parfois des urines teintées de sang. La cystite avec urines purulentes est l'une des plus fréquentes.

L'hypertrophie de la prostate est une maladie très fréquente; elle est presque fatalement héréditaire et chez les descendants de prostatiques elle se déclare à un âge plus ou moins avancé et sous une forme plus ou moins grave, suivant les professions des descendants, suivant leur hygiène, suivant leur régime. C'est ainsi qu'elle apparaît plus tôt chez les individus qui exercent une profession assise parce que congestionnant forcément les organes du petit bassin; elle apparaît également de bonne heure chez les héréditaires, gros mangeurs, grands buveurs, parce que l'abus des aliments, et surtout de certains aliments, de boissons spiritueuses, produit, en agissant sur le foie, la circulation porte et les veines du petit bassin, une stase sanguine congestive retentissant sur la prostate.

La maladie débute habituellement par des avertissements avant-coureurs. A la suite d'un dîner copieux le candidat prostatique est atteint, dans la nuit, de difficultés à la miction. L'urine sort péniblement. Il peut même y avoir impossibilité d'uriner. En tous les cas, les mictions sont fréquentes, pénibles et douloureuses.

1. Communication au XXème Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1950.

On est quelquefois obligé d'avoir recours à la sonde. Le lendemain tout rentre dans l'ordre. Quelque temps après, le patient, qui ne se sent pas malade, est réveillé la nuit par la nécessité d'uriner.

Cet état de chose dure quelque temps, même quelques années. Puis les événements se précipitent, les mictions nocturnes augmentent de fréquence, se renouvellent trois ou quatre fois et les diurnes toutes les deux heures.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes et la marche de la maladie de même que sur les complications fréquentes; elles sont bien connues.

Il existe deux sortes d'hypertrophie prostatique: la dure et la molle. Nous verrons dans un instant ce que nous entendons par cette terminologie plutôt vague.

L'hypertrophie molle est plus curable radiologiquement parlant. Elle est causée par un état congestif chronique chez les variqueux, les porteurs de varicocèles, les hémorroïdaires. Elle est due soit à une prédisposition à l'insuffisance veineuse, soit à un obstacle circulatoire siégeant dans le système porte ou entérique. On s'aperçoit de sa qualité par le toucher rectal. Le doigt tombe sur une prostate molle dans toute son étendue; elle est dépressible partout, ne présente pas de saillies en noyau. On croit toucher une poche distendue et chaude.

Cette prostate saigne assez facilement. Le moindre cathétérisme produit souvent une légère hémorragie. Les symptômes d'obstruction sont plus rapides et plus soudains. Dans ce genre d'hypertrophie, les congestions passives par position assise prolongée, principalement sur des sièges mous, peuvent survenir en quelques heures. De même dans les cas de constipation grave et subite et dans les cas de poussée hémorroïdaire aiguë.

Le traitement de cette sorte d'hypertrophie congestive chronique diffère passablement du traitement de l'hypertrophie dure et scléreuse. La radiothérapie décongestionne très facilement la prostate et la région périprostatique.

L'hypertrophie dure de la prostate présente au toucher rectal un, deux ou trois lobes d'une consistance ligneuse. Il peut n'y avoir qu'un seul lobe hypertrophié et les autres lobes peuvent être normaux. L'hypertrophie dure de la prostate n'est pas aussi bonne princesse que la molle; elle ne se laisse pas aussi facilement juguler; son traitement sera de plus longue haleine et les résultats probants seront plus longs à se faire sentir. Très fréquente, cette maladie, qui menace un très grand nombre d'hommes ayant passé la cinquantaine, est soignée généralement par deux méthodes:

1° - La méthode médicale.

2° - La méthode chirurgicale.

La première s'efforce, par une médication, une hygiène et un régime appropriés, de ralentir l'évolution de la maladie. Elle permet de gagner du temps, mais quand le malade en est arrivé au point de ne pouvoir uriner sans sondage, on emploie la sonde qui tâche de supprimer l'obstacle bloquant le col de la vessie.

Malheureusement l'intervention chirurgicale n'est pas sans présenter de risques sérieux, ce qui fait que de nombreux malades la redoutent et la diffèrent le plus longtemps possible.

Si l'on pouvait ajouter à la méthode médicale une médication active sur l'hypertrophie elle-même et capable non seulement d'enrayer sa marche progressive mais de la faire régresser, on rendrait beaucoup plus rare l'intervention sanglante et on conserverait à la société nombre d'existences précieuses.

Cette médication existe et c'est sur elle que nous voudrions attirer l'attention parce que nous connaissons depuis dix-huit ans les bons résultats qu'elle donne; c'est la radiothérapie.

L'idée de traiter par les rayons X l'hypertrophie de la prostate est très logique. Ne connaît-on pas les remarquables résultats obtenus dans le traitement des fibro-myomes utérins par les radiothérapeutes du monde entier? On peut arriver à faire diminuer de très gros fibromes au point de les rendre à peine perceptibles et l'action directe du rayonnement

X sur le tissu myomateux n'est plus nié aujourd'hui.

Nous n'avons du reste rien inventé. Dès 1903, Hebert Robarts avait signalé qu'il avait obtenu de bons résultats dans l'hypertrophie de la prostate par la radiothérapie.

En 1905, Francis Williams, Moskowitz, Carabelli et Luraschi publient des résultats favorables. En 1907, Schlagintweit apporte 53 observations avec une forte proportion de résultats excellents se maintenant après quatre ans.

En France, Fleig et Tansard, Haret, Albert Weil et Guilbert se déclarent satisfaits de la méthode radiothérapique. En 1921, Fleig, se basant sur une statistique de 70 cas traités, conclut que la radiothérapie est réellement efficace dans "tous les adénomes prostatiques à leur début". C'est en 1930 surtout que cette méthode est consacrée par les magnifiques travaux du professeur Nogier de Lyon, dont un aperçu avait déjà été donné dès 1922 par son élève le Dr Perez dans sa thèse sur le "Traitement de l'hypertrophie prostatique par la radiothérapie".

L'autorité de tous ces auteurs vient confirmer notre opinion personnelle. La radiothérapie est efficace sur l'hypertrophie prostatique mais il faut savoir quelle radiothérapie on doit employer et quelles hypertrophies prostatiques on doit traiter, car toutes ne sont pas également justiciables de la radiothérapie. Il existe des hypertrophies glandulaires, des hypertrophies fibro-musculaires et des hypertrophies mixtes. Albarran et Halle donnent la répartition suivante sur 100 cas:

Hypertrophie glandulaire 46%

Hypertrophie fibro-musculaire 3%

Hypertrophie mixte 51%

C'est dans l'hypertrophie glandulaire pure, qui correspondrait à notre hypertrophie molle de tout à l'heure, que les résultats sont excellents; dans la forme mixte, les résultats sont très satisfaisants; ils sont moins bons dans la forme fibro-musculaire et cela se comprend. L'hypertrophie glandulaire abonde en figures

de karyokinèse. Or c'est au moment des karyokinèses que les cellules sont les plus vulnérables par les rayons X. Dans l'hypertrophie du tissu conjonctif les figures de karyokinèse sont au contraire beaucoup plus rares et ce tissu est beaucoup moins radio-sensible.

Les prostates, dans lesquelles un toucher rectal soigné fait percevoir des kystes ou des noyaux indurés, ne sont pas des contre-indications au traitement. Les prostates s'accompagnant de forte cystite pourront bénéficier d'un traitement prudent.

La technique du traitement relève exclusivement du radiothérapeute. C'est pourquoi il est inutile d'insister sur ce sujet. Nous ne mentionnerons que les grandes directives du traitement, à savoir: l'emploi d'un rayonnement très pénétrant, mono-chromatique, à faible intensité au début, et la répartition rationnelle d'une dose suffisante, appropriée à la variété de la lésion traitée; traitement quotidien ou bi-hebdomadaire, de 10 à 30 séances selon les cas, la dose totale variant de 3 000 à 7 000 r, mesurée à la peau et administrée par 3 champs. Le patient n'en éprouve pas le moindre malaise, excepté s'il souffre déjà de cystite et l'amélioration est évidente en général dès la troisième semaine.

Les résultats donnés par la radiothérapie sont de deux ordres: anatomique et fonctionnel.

Au point de vue anatomique la prostate se ramollit et diminue dans toutes ses dimensions. La diminution continue à se produire pendant dix-huit mois à deux ans après la fin du traitement. Même si la diminution, dans les cas les moins favorables, n'est pas très forte, on obtient un arrêt de l'hypertrophie, ce qui est déjà très appréciable. Nous avons des clients traités il y a 18 ans, qui vivent encore, sans être le moins du monde incommodés par leur prostate; ils ont cependant vieilli.

Au point de vue fonctionnel on obtient des mictions plus faciles, le jet est plus fort, plus cylindrique, et le retard à la miction est moindre ou parfois totalement supprimé. Quant au

nombre des mictions il diminue toujours mais cette diminution est variable. Les résultats les plus brillants à ce point de vue sont obtenus chez les malades qui n'ont pas de cystite. Nous avons vu des malades, urinant toutes les demi-heures avant le traitement, rester ensuite quatre heures et même six heures sans uriner. Mais s'il y a de la cystite, il persiste un irritabilité du col de la vessie et on peut noter encore des mictions assez fréquentes avec prostate très diminuée, tant que la cystite ne s'est pas amendée; on a du prostatisme sans prostate.

Quant au résidu vésical nous ne pouvons apporter de documents personnels ayant pour habitude de ne pas faire sonder un malade quand il n'a pas encore été sondé, le sondage entraînant toujours avec lui le risque d'infection vésicale. Nous n'avons pratiqué le sondage que dans quelques cas où il était évident que le malade était en état de grande rétention ou de rétention complète. Mais plusieurs auteurs ont donné à ce sujet des chiffres probants. Ainsi le résidu est tombé de:

- 400 g. à 50 g. (Lassueur)
- 250 g. à 30 g. (Perrin)
- 200 g. à 10 g. (Carabelli & Luraschi)
- 60 g. à 45 g. (Haret)
- 60 g. à 8 g. (Hunter)

Le pourcentage de guérison n'est pas de 100% parce que les malades viennent presque toujours consulter très tard, alors qu'ils bataillent avec leur prostate depuis plusieurs années.

Notre série comprend 86 cas venant de tous les rangs de la société: paysans, journaliers, religieux, professionnels, dont des médecins; les âges s'évaluaient de 48 à 82 ans.

66 de nos malades présentaient des prostatites de consistance molle ou demi-molle et les 20 autres appartenaient au groupe des hypertrophies mixtes.

Résultat excellent pour 58 des malades du premier groupe, les 8 autres patients de ce groupe ont terminé convenablement leur vie sans autre intervention. Ce qui fait 88% de

succès complet et 12% de résultats des plus satisfaisants.

Des 20 patients du deuxième groupe, les hypertrophies avec sclérose, 14 ont eu une vie convenable sans intervention subséquente et 6 ont été des échecs complets, à cause des contre-indications qu'ils présentaient: 1 de ces malades ayant auparavant subi une résection trans-urétrale, il a dû en subir plusieurs autres par la suite pour vivre encore mais misérablement; 2 ont dû abandonner le traitement pour hématurie et les 3 autres ont également été dirigés à l'urologue pour cystite aiguë.

Le pourcentage de résultats favorables du 2e groupe serait donc d'environ 70% avec 30% d'échecs.

Tous les cas qui ont servi à cette étude ont subi l'épreuve du temps, ayant été suivis de 18 mois à 18 ans après leur traitement. Le premier remonte à juin 1932. Revu le mois dernier et actuellement âgé de 86 ans; ce patient n'accuse aucun trouble appréciable. Un des derniers cas, ayant servi à ce rapport, vieil aumônier militaire traité à l'automne de 1946 et âgé alors de 79 ans, souffrait de dysurie et de pollakiurie diurne et nocturne, avec mictions toutes les heures; énorme prostate avant le traitement, revenue voisine de la normale quelques mois plus tard, ce patient pouvant maintenant rester 8 à 12 heures sans uriner. Dans une lettre récente ce dernier m'avouait ne s'être jamais senti mieux depuis 40 ans.

#### *Réflexions...*

#### *Traitement ambulatoire, pas d'hospitalisation.*

Il y a peu de temps encore quand un malade venait consulter pour une hypertrophie de la prostate il recevait le conseil d'attendre en observant un régime et en prenant quelques remèdes, la prostate n'avait pas encore un volume assez gros pour déterminer des accidents sérieux ni pour justifier une intervention dont les risques ne sont pas négligeables et le

malade attendait que sa prostate ait grossi ou qu'il ait de la rétention avant de s'adresser au chirurgien.

Cette méthode par trop simpliste de l'attente des accidents doit être changée puisqu'il existe un traitement efficace dirigé contre l'hypertrophie elle-même. Le traitement radiothérapique, appliqué de bonne heure, arrête le développement de l'hypertrophie et fait disparaître les accidents qu'elle détermine dans un très grand nombre de cas. Comme ce traitement est sans douleur et sans danger et donc d'une innocuité absolue, s'il est bien administré, ainsi que nous l'a démontré une pratique de 18 ans, il mérite d'être connu, étant donné les services qu'il peut rendre à de très nombreux malades.

On peut même le proposer comme traitement prophylactique de l'hypertrophie pros-

tatique dès l'apparition des premiers troubles urinaires.

On arrivera à un résultat d'autant meilleur qu'on aura traité plus tôt l'hypertrophie prostatique. On aura ainsi les grandes, les plus grandes chances de ne pas laisser se développer de tissu fibreux le plus radiorésistant. Ainsi donc, dès qu'on aura constaté les premiers signes de l'hypertrophie, il sera bon de soumettre le malade au traitement. On lui évitera ainsi d'attendre l'apparition des accidents graves qui le mettront dans l'obligation de recourir à l'intervention sanglante. Là comme partout en médecine s'applique les vers du poète:

*"Opposez-vous au mal avant qu'il s'enracine:  
S'il séjourne, il rend vain l'effort de la médecine."  
[cine.]*

## RADIOGRAPHIE D'URGENCE POUR ABDOMEN AIGU<sup>1</sup>

Louis-Ivan VALLÉE,

Chef du service de Radiologie de l'hôpital Saint-Luc de Montréal.

Autant le médecin praticien moderne pense à une consultation d'urgence avec un radiologiste lorsqu'il s'agit de fracture, de luxation possible, de corps étranger absorbé, autant, parfois, certains n'y songent pas dans des cas d'abdomen aigu.

La radiologie peut fournir aux médecins praticiens des renseignements précieux qui l'aideront et ceci avec rapidité et sans inconvénient pour le patient.

Je ne veux pas en ce moment vous donner une nomenclature scientifique et une étude académique complète de toutes les possibilités d'urgence. Non, mais simplement vous illustrer par quelques exemples récents certains faits qui ont permis au radiologiste d'aider au diagnostic lors d'abdomen aigu.

Ces cas d'urgence ont été examinés au département d'électro-radiologie de l'hôpital St-Luc de Montréal.

Un dimanche, à la fin de l'après-midi, un cuisinier de 30 ans, M. Ovide H., est amené en ambulance. Car le matin il a eu une douleur en barre au-dessus de l'ombilic; laquelle s'est atténuée puis a repris, violente, à trois heures et demie.

Je suis en présence d'un homme fatigué; que la moindre question ennuie. Il a un passé de deux ans de troubles digestifs semblables sans horaire ni périodicité; un ventre dur mais non de bois. L'abdomen se laisse déprimer latéralement et à la partie inférieure. Il y a une histoire de spécificité ancienne et un passé pathologique chargé.

Un cliché radiologique ne prend que quelques secondes et montre un pneumopéritoine,

1. Communication au XXème Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1950.

signature d'une perforation. Le docteur Arcade Labelle intervient par une laparotomie. C'est après une longue inspection et en se souvenant de la certitude du rapport radiologique qu'il trouve, versant petite courbure antrale de l'estomac, une perforation de la grosseur d'une tête d'épingle.

Le patient quitte l'hôpital guéri et vient au dispensaire pour les traitements anti-syphilitiques.

Mentionnons un autre cas récent où, dans l'anamnèse, il y avait doute de douleurs tabétiques; et un autre de perforation possible chez un alcoolique. Voici des clichés de pneumopéritoine (cliché no. 1) qui ont permis d'élimi-

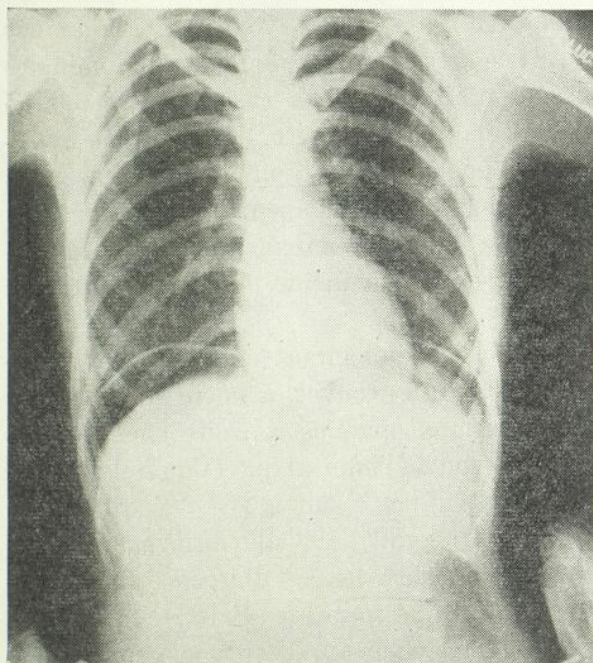


Fig. 1

ner comme cause du syndrome aigu les douleurs tabétiques, la gastrite alcoolique et ceci en coopération avec le médecin de famille pour aider à sauver ces patients.

Evidemment le pneumopéritoine ne peut se retrouver dans tous les cas. Un diagnostic positif signe de façon absolue une perforation; un diagnostic négatif n'élimine pas la possibilité de perforation, mais demande un nouvel examen clinique attentif du patient,

qui permettra souvent de trouver d'autres causes pathologiques que celle-ci.

Voici par exemple un cas négatif, c'est-à-dire où le pneumopéritoine n'a pas été trouvé. Le patient n'a pas été opéré d'urgence. Quelques jours après, un ictère s'est développé et, dans la suite, il fut opéré pour lithiase biliaire. Ceci illustre bien l'aide apportée aux médecins praticiens à la fois par les renseignements positifs et par les renseignements négatifs.

Par contre, si tous les signes cliniques laissent croire à une perforation abdominale et que le cliché est négatif, le chirurgien doit intervenir car il peut s'agir ici d'une perforation recouverte par l'épiploon ou de logettes qui empêchent l'air de circuler, même d'adhérences qui empêchent le foie de se dégager du diaphragme. Le Docteur Labelle, lors d'une opération récente, a vu l'épiploon qui obstruait une perforation gastrique se décoller sous l'effet de l'anesthésie. Voici les statistiques de l'hôpital St-Luc à ce sujet.

En 3 ans (1947-1948-1949), 33 patients, dont 15 en 1949, furent opérés pour perforation de l'estomac ou de la région pylorobulbaire du duodénum. De deux-ci, 9, dont 6 de 1947, n'ont pas eu de radiographie lors de leur arrivée, avant l'opération.

Des 24 autres cas radiographiés, trois eurent un diagnostic négatif; donc, 21 sur 24 présentèrent un pneumopéritoine.

Ces patients se distribuèrent entre l'âge de 19 à 70 ans; une seule perforation s'est produite après un traumatisme. Enfin, un cas a été diagnostiqué après 3 jours d'hospitalisation, au moment d'un examen pour vésicule biliaire et estomac.

Cette année (1950) un cas a été diagnostiqué lors de perforation d'estomac par un néo, (Dossier 134692).

Voici maintenant d'autres cas d'urgence pour abdomen aigu.

Le 23 mars arrive en ambulance M. Louis L., 74 ans, lequel se plaint de douleurs abdominales remontant à plus d'un an et qui, depuis le matin, ressent une barre sus-ombi-

licale avec douleurs périombilicales. Une radiographie d'urgence dès l'arrivée montre une obstruction sur tout le petit intestin avec arrêt des gaz au niveau du coecum, niveaux liquidiens nombreux.

Le docteur Smith intervient en pratiquant un anus artificiel; puis, le 5 avril, une hémicolectomie pour épithélioma du coecum.

Un autre patient est envoyé au département pour possibilité de perforation et de pneumopéritoine. C'est un jeune journalier de 23 ans, M. Roger L. qui, après un repas copieux, a ressenti une douleur subite, violente à la région ombilicale avec défense abdominale. Un cliché d'urgence montre un iléus avec niveaux liquidiens (cliché no. 2). Le docteur



Fig. 2

R. Lauzer pratique une laparotomie et trouve des adhérences sur l'iléon avec agglutination des anses du petit intestin. Le patient guéri quitte l'hôpital 16 jours après son entrée.

Voici maintenant un autre exemple; une personne de cinquante ans ressent une douleur violente à l'abdomen depuis le matin. Une radiographie simple de l'abdomen n'a révélé rien de pathologique. Ce patient a développé quelques jours plus tard un zona abdominal.

Le radiologiste peut vous aider beaucoup également lorsqu'il y a doute entre une réac-

tion abdominale ou pulmonaire comme dans le cas classique d'appendicite chez un enfant.

Un enfant envoyé par le docteur Louis Bernard présente une douleur à l'hémithorax droit inférieur et abdominal supérieur sans douleur bien localisée. S'agit-il d'une réaction pathologique au-dessus ou au-dessous du diaphragme.

La radiographie montre un poumon normal pour cet enfant qui a été opéré pour l'appendicite. Mais par contre un autre présente une pneumonie lobaire inférieure droite. Une intervention chirurgicale lui a été épargnée comme complication de sa pneumonie.

Voici maintenant les clichés de plusieurs patients qui ont été envoyés en ambulance d'urgence par suite de douleurs abdominales laissant croire, selon les cas, à des doutes de perforation, d'appendicite, de syndrome abdominal vague et chez qui un cliché simple, sans préparation de l'abdomen, montre de gros reins, des calculs rénaux et des calculs urétéraux opaques ou même des calculs opaques de la vésicule.

Un cliché radiologique, en 1949, par exemple, nous a fait trouver, à notre surprise, des calculs rénaux opaques à droite chez un très jeune interne de l'hôpital que l'on croyait souffrant d'appendicite subaiguë.

Dans ce travail j'ai voulu brièvement mettre sous vos yeux des cas d'urgence rencontrés dans la pratique courante. J'ai insisté sur l'aide que peut vous apporter une consultation avec le radiologiste; consultation rapide et qui n'entraîne pas de souffrance, ni de complication chez votre patient.

Permettez-moi d'ajouter simplement que lorsque vous craignez une perforation abdominale il est indispensable de le noter sur votre réquisition au département. Car le technicien en radiologie doit placer le malade dans une position spéciale, laquelle n'est pas la même que pour un abdomen simple, ou un appareil urinaire simple. Ces derniers examens ne peuvent permettre de déceler un pneumopéritoine.

## LE TRAITEMENT DES ANGIOMES <sup>1</sup>

Origène DUFRESNE et Guillaume GILL,  
Institut du Radium, Montréal.

Les angiomes, communément appelés « marques de naissance », sont de petites tumeurs existant quelque part sur la peau ou la muqueuse d'un enfant à sa naissance. Ils peuvent se définir, d'après Masson, « des tumeurs constituées par des amas de vaisseaux, réunis entre eux par une quantité variable de tissu conjonctif ».

Les angiomes éveillent rarement l'attention du médecin accoucheur, mais préoccupent toujours la maman. Obligée, par suite du soin de l'enfant, d'observer quotidiennement ces tumeurs et de noter le moindre changement dans leur apparence, la mère se pose mille questions relativement à leur origine. Elle s'efforce même de trouver une explication fantaisiste à leur présence sur la peau ou la muqueuse de son bébé qu'elle voudrait si esthétiquement parfait.

Le médecin de famille sera consulté à maintes reprises. La mère lui dira bien souvent que la « marque de naissance » ou la « fraise » grossit graduellement et qu'elle prend des proportions inquiétantes surtout quand son enfant pleure.

Autrefois, plusieurs médecins se contentaient de distribuer de belles paroles d'encouragement et de consolation aux parents des enfants porteurs de taches de vin. Ils disaient « parfois ça disparaît tout seul » ou bien ils conseillaient des traitements empiriques dans le but d'adoucir l'épreuve de la famille.

Aujourd'hui, la profession médicale connaît bien ces tumeurs bénignes des vaisseaux. Ce n'est plus avec des paroles d'encouragement ou de sympathie que le praticien rassure les mamans alertées.

En effet, le praticien sait que ces lésions sont fréquentes, qu'elles sont assez souvent multiples et qu'elles se développent plutôt

rapidement dans les premiers mois qui suivent la naissance. Il sait aussi qu'il est facile de faire disparaître ces marques et c'est avec un sourire aimable qu'il saura guider la mère préoccupée vers un centre de traitement pour y faire guérir son bébé et voir l'épreuve de la famille disparaître.

Plusieurs travaux ont déjà été présentés sur les angiomes. Les chirurgiens, les radiologistes ont tous eu des succès en traitant ces tumeurs. En 1947, au 78<sup>ème</sup> congrès de l'Association Médicale Canadienne, tenu à Winnipeg, nous avons eu le plaisir de faire un exposé succinct de la question. Notre confrère Pinsonneault a étudié longuement ce sujet et a publié un travail remarqué en 1949.

C'est avec plaisir, ici, devant les Praticiens de Langue Française du Canada, que nous nous permettons de résumer à nouveau la question toujours nouvelle des angiomes.

Chaque accoucheur pourra constater la présence de ces tumeurs sur un ou deux bébés par année.

Il est donc important que le médecin praticien ait des idées précises sur cette question pour mieux conseiller les mamans inquiètes.

Les angiomes sont des tumeurs hyperplasiques ou des hyperplasies des vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Ils sont de nature congénitale. (C'est à dessein que nous ne parlerons pas des angiomes acquis, rencontrés chez l'adulte ou le vieillard).

Andrews les classifie de la façon suivante:

- 1) *Les angiomes plans*, taches de vin.
- 2) *Les angiomes surélevés ou tubéreux*, taches d'un rouge vif, superficielles ressemblant à des fraises.
- 3) *Les angiomes caverneux*, arrondis, rouges ou violacés, superficiels ou sous-cutanés.

1. Communication au XX<sup>ème</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1950.

- 4) *Les angiomes capillaires télangiectasiques*, en étoile ou ressemblant à une araignée.
- 5) *Les angiomes entièrement formés par des vaisseaux lymphatiques* (lymphangiomes) ou partiellement formés par des vaisseaux lymphatiques et sanguins (hémolympangiomes).

#### TRAITEMENT

Chaque catégorie d'angiome a un traitement de choix. Il est parfois utile et souvent nécessaire d'associer divers modes de traitement pour obtenir un meilleur résultat et sauvegarder l'esthétique.

Il est absolument nécessaire d'instituer le traitement dans les premiers mois de la vie pour prévenir l'augmentation de volume de ces tumeurs très actives. Il ne faut pas espérer les voir disparaître sans traitement. Un angiome jeune, avec des formations en état d'activité de développement, offre le plus de chances de guérison.

L'irradiation par les rayons X et le radium constitue le traitement de choix dans les cas le plus fréquemment rencontrés. La neige carbonique, l'électrodessiccation ou l'électrocoagulation et l'électrolyse sont réservées à certaines formes.

Presque tous ces traitements peuvent être faits sans qu'il soit nécessaire de pratiquer l'anesthésie. Ils sont de courte durée et ne nécessitent généralement pas l'hospitalisation.

L'usage des rayons X ou du radium ne constitue pas un danger et avec une technique correctement suivie, nous n'avons jamais observé de troubles tardifs de développement soit des os, soit des parties molles.

1. - *Les angiomes plans*, taches de vin, répondent favorablement à l'application de la neige carbonique. La pression et la durée de l'application doivent varier suivant l'âge de l'enfant. Les meilleurs résultats sont obtenus si le traitement est commencé de très bonne heure, dans les 2 ou 3 premiers mois. Les ultra-violets à dose phlycténoïde donnent aussi de bons résultats. De toute façon, il faut

faire le traitement avec prudence pour éviter les cicatrices vicieuses ou inesthétiques. Chez les adultes, il est plus difficile et souvent impossible de faire disparaître ces angiomes.

2. - *Les angiomes surélevés, tubéreux*, ressemblant à des fraises et composés de vaisseaux du type embryonnaire, réagissent exceptionnellement bien aux radiations. Par ses rayons peu pénétrants et caustiques, la contactothérapie donne les meilleurs résultats. Des radiations plus dures et plus pénétrantes peuvent également faire disparaître ces angiomes mais leur application est plus délicate.

Le radium peu filtré, en utilisant la bêta-thérapie, offre un excellent moyen de guérison. Cependant, la facilité et la simplicité d'application de la contactothérapie en font la méthode de choix.

3. - *Les angiomes caverneux*, superficiels ou sous-cutanés, sont constitués de petits vaisseaux et de lacs sanguins. Ils peuvent également être intra-muqueux ou sous-muqueux. La radiumthérapie interstitielle donne de bons résultats dans cette catégorie, mais les rayons X, à des pénétrations plus élevées et appliqués directement ou tangentiellement constituent la meilleure méthode de traitement. Il est plus difficile de réaliser l'homogénéité désirée avec les implantations d'aiguilles radifères.

De toute façon, la dose utilisée ne doit pas provoquer d'érythème cutané et les applications ne doivent pas être répétées avant 2 à 3 mois. Un soin particulier sera apporté aux angiomes situés près des orifices naturels. Ces angiomes sont radiosensibles et, en vertu de leur constitution, ils réagissent avantageusement aux radiations.

4. - *Les angiomes stellaires*, répondent mieux à l'électrolyse. Il suffit d'insérer dans la lumière du vaisseau-mère, une aiguille reliée au pôle négatif d'une source de courant galvanique. Une faible intensité (1 à 2 M.A.) pendant quelques minutes favorisera la coagulation du vaisseau et préviendra l'apparition de cicatrice. Les irradiations, dans cette sorte d'angiomes, ne sont pas très efficaces.

5. - *Les lymphangiomes*, formés de vaisseaux lymphatiques, ne sont pas radiosensibles. Il faut de préférence les traiter par l'électrocoagulation. Nous devons nous rappeler, cependant, que ce traitement donne souvent lieu à de vilaines cicatrices. Lorsqu'il y a une association de vaisseaux sanguins et lymphatiques (hémolymphangiomes) les rayons X semi-pénétrants exercent une certaine action sur ces tumeurs. On les recommande surtout pour parfaire l'action de la diathermo-coagulation et surtout pour prévenir les cicatrices vicieuses.

A l'Institut du radium, de 1940 à 1950, 275 angiomes furent traités (Dr Pinsonneault).

Les angiomes sont plus fréquents chez les filles (172) que chez les garçons (103).

Ils sont généralement uniques (227) ou multiples (48).

Ils sont le plus souvent localisés à l'extrémité céphalique (194).

Leur dimension varie entre 1 et 2 cm<sup>2</sup> et leur épaisseur est moins de 5 mm (253).

La guérison a été obtenue dans 231 cas; 42 sont encore sous traitement; 2 cas seulement n'ont pas réagi au traitement (angiomes plans).

Aucune complication au cours du traite-

ment. Aucun accident consécutif au traitement.

70 furent traités en une séance,

101, en 2 séances,

65, en 3 séances,

30, en plus de 4 séances.

#### En résumé.

Il y a plusieurs sortes d'angiomes qui nécessitent un traitement approprié.

Les meilleurs résultats sont obtenus quand le traitement est appliqué dans les premiers mois suivant leur apparition.

Les traitements sont faciles, de courte durée et ne nécessitent généralement ni hospitalisation, ni anesthésie.

Par une sélection du traitement approprié à chaque cas, il n'y a aucun accident consécutif au traitement.

Il ne convient plus de laisser un enfant « marqué » pour sa vie.

Cet exposé constitue un résumé des publications déjà faites par les docteurs Dufresne (1947) et Pinsonneault (1949) sur cette question.

Nous suggérons aux médecins praticiens de conseiller aux mamans inquiètes de faire traiter leurs enfants porteurs d'angiomes le plus de bonne heure possible.

## HYPERTENSION ARTÉRIELLE À MINIMA ÉLEVÉE SENSIBILISATION AU THIOCYANATE DE POTASSE APRÈS SPLANCHNICECTOMIE BILATÉRALE

Laurent PESANT, F.R.C.S. (C),

Chirurgien des hôpitaux Saint-Luc et Notre-Dame-de-L'Espérance (Montréal).

Il est impossible d'apprécier justement les résultats des interventions chirurgicales dirigées contre l'hypertension sans avoir au préalable une idée bien définie sur cette entité clinique. Autrefois, on pensait que cette maladie était causée par une néphrite chronique préexistante ou par l'artériosclérose généralisée. Longtemps après, cette croyance ayant été souvent démentie, la situation devint très confuse. Encore aujourd'hui, les différents facteurs apportés pour expliquer le syndrome hypertension illustrent bien l'état actuel de nos connaissances. Cependant quelques observations communes nous sont acquises: l'âge des sujets atteints est d'environ quarante ans et plus, quoique la maladie puisse se trouver chez des gens beaucoup plus jeunes. Les facteurs race, profession, mode de vie, alimentation, jouent certainement un rôle prépondérant dans l'étiologie de la maladie. D'après les statistiques, l'hypertension est plus répandue aux Etats-Unis et au Canada qu'en Angleterre et en Europe. En effet, il apparaît qu'aux Etats-Unis et au Canada, environ 1,5% de la population en soit atteinte.

Il est certain que l'artériosclérose peut produire l'hypertension, mais il est aussi certain que l'hypertension peut amener de l'artériosclérose. On sait que la sécrétion de la médullaire surrénale joue un rôle vaso-moteur défini et que les patients atteints de tumeurs de la médullaire surrénale présentent une hypertension très élevée. Les adénomes de la surrénale produisent aussi de l'hypertension quoiqu'on ait vu des cas d'hyperplasie sans hypertension. Quelques cas de tumeur basophile de la glande hypophysaire ont été rapportés avec l'hypertension comme symptôme prédominant. De nombreux observateurs s'accordent à penser que la suppression de la fonc-

tion ovarienne cause l'hypertension. Disons tout de suite que tous ces facteurs ne peuvent expliquer tous les cas d'hypertension rencontrés en clinique. Au point de vue chimique, la rétention chlorurée et l'élévation du cholestérol dans le sang ont été notés dans l'hypertension. Dans d'autres cas leurs taux sont normaux.

Un des facteurs les plus importants dans les variations de la pression artérielle, est l'état de contraction ou de béance des artéριοles. En effet, expérimentalement, on a pu augmenter le taux de la pression artérielle par l'administration de substances vaso-constrictrices et inversement l'abaisser par l'administration de substances vaso-dilatatrices. En produisant de l'ischémie rénale, on a pu créer un état d'hypertension permanente de même que par destruction du sinus carotidien; dans le premier cas, l'hypertension persistait après sympathectomie totale tandis que, dans le second cas, l'hypertension disparaissait. Dans toutes ces expériences, on a noté que le rôle des veines n'était pour rien et que tous les changements dans la pression artérielle étaient dus à la différence de calibre dans les artéριοles. Cette notion, de l'influence du système nerveux sympathique dans la production de l'hypertension artérielle, n'a pu cependant être vérifiée dans tous les cas. Une telle confusion souleva, comme on peut s'y attendre, de vives critiques contre les traitements chirurgicaux dirigés contre l'hypertension. En effet, comment peut-on appliquer un traitement aussi radical contre une maladie dont la cause est encore inconnue? Cependant, il y eut quelques succès chirurgicaux qui stimulèrent les recherches expérimentales et cliniques de cette condition. En effet, si l'on cherche dans les publications chirurgicales et dans les travaux de chirurgie

expérimentale, on trouvera plusieurs faits de la plus haute importance.

Leriche fait de l'hypertension solitaire un effet direct de l'irritabilité sympathique. Pour de Courcy, l'hypertension serait due à une hyper-sécrétion des glandes surrénales. Brown place l'hypertension sur une base neurogène, la vaso-motricité étant le mécanisme direct de la production de l'hypertension. Peet s'accorde avec Brown sur l'origine neurogène de l'hypertension. Pour Heinbecker, l'hypertension dépend d'un mécanisme humoral et non de l'hyperactivité sympathique. En effet, il ressort des études du syndrome de Cushing et des études des relations qui existent entre l'hypothalamus et l'hypophyse chez le chien et chez l'homme, que l'hyperactivité de l'hypophyse stimule le cortex rénal, ce qui a pour effet de produire la vaso-constriction des artérioles glomérulaires efférentes du rein et, par suite, d'une décharge de rénine dans le système circulatoire. Tout ce mécanisme est sous la dépendance d'une dépression de l'hypothalamus innervant l'hypophyse postérieure et, pour Heinbecker, c'est le mécanisme essentiel de l'hypertension. Dans ce mécanisme, l'adrénaline stimulerait les lobes frontaux responsables des symptômes subjectifs accusés par les patients. Par sympathectomie thoraco-lombaire, ces symptômes disparaîtraient par suite du blocage de la sécrétion d'adrénaline. L'image histologique de la cortico-surrénale varie suivant la phase du « Stress » et le thyocyanate de K diminue la quantité des lipides contenues dans cette glande.

Le développement de l'hypertension, chez l'homme, ne se fait pas d'emblée. C'est après une période d'hyperactivité, soit émotionnelle ou physique, qui apporte une hypertension transitoire, que la maladie s'établit définitivement.

Quels sont les individus qui deviendront des hypertendus? Ceux qui montrent une augmentation de la pression systolique entre 15 et 20 mm. de mercure, cette augmentation étant due à des émotions variées ou à une période d'immersion des mains dans l'eau froide

ou par hyperactivité physique. Dans ces cas, si la pression diastolique ne descend pas plus bas que 90 mm. de mercure, après 48 heures de repos, le sujet est considéré comme ayant dépassé le stade de l'hypertension intermittente et est déjà au stade de l'hypertension persistante ou continue. Les dommages cardiovasculaires surviennent après l'établissement du stade persistant de l'hypertension. Ces dommages ont pour caractère d'être progressifs plus ou moins rapidement et le patient s'achemine sûrement vers une mort prochaine. Ainsi, 60% meurent de complications cardiaques, 20% d'accidents cérébraux, 10% d'insuffisance rénale, et moins de 10% de causes étrangères à la maladie. Il ressort de tout ceci, qu'il est très important de connaître à quel stade l'hypertendu est arrivé.

Les principaux symptômes de l'hypertension sont bien connus: troubles de la fonction rénale, symptômes cardio-respiratoires, vertiges, dyspepsie, hémorragies des muqueuses, perte graduelle de poids, hémorragies rétiniennes, céphalées, petites paralysies fugaces, aphasie. Le chiffre de la pression systolique varie entre 160 et 300. La pression diastolique varie avec l'état du cœur et des vaisseaux, l'impression générale veut qu'une pression diastolique constante de 120 ne soit pas compatible avec une survie d'au delà de cinq ans.

Quelle est la durée moyenne de la vie chez un hypertendu? Chez les sujets non opérés, après une période de cinq à dix ans après l'établissement de l'hypertension irréversible, la mortalité est de 50% dont 67% d'hommes et 33% de femmes. Chez les sujets opérés, la mortalité totale varie entre 42% et 29% suivant la technique employée, de ce total, le nombre des hommes dépasse celui des femmes de près du double. Il est frappant de constater que le pourcentage de mortalité varie en raison directe avec le chiffre de la pression minima. En effet, de cinq à dix ans après le début de la maladie, on rapporte 43% de mortalité chez les sujets ayant une pression diastolique entre 90 et 110 et 74% de mortalité chez les sujets ayant une diastolique à 125 ou

plus. Ces statistiques sont de Rassmussen. De semblables constatations sont faites suivant les lésions du fond de l'œil. Plus les lésions sont avancées, plus le pourcentage de mortalité sera grand, plus les lésions rénales sont fortes, plus le taux de mortalité sera grand.

Le choix des patients qui peuvent être opérés est difficile à faire et plusieurs facteurs doivent être considérés préalablement. L'état du fond de l'œil, la fonction rénale, la valeur cardiaque, la réponse au test de l'immersion dans l'eau froide, le test du sommeil provoqué au pentothal, le test à l'amytal sodium, la rachianesthésie haute, la nitro-glycérine sub-linguale et l'étamon intra-veineux; dernièrement, des auteurs américains ont décrit un test destiné à étudier l'état de mobilité des vaisseaux des extrémités. La méthode qui a pour nom micro-pléthysmographie, étudie le changement de volume qui survient dans les doigts après l'administration de nitro-glycérine ou d'étamon. Tous les sujets montrant une réponse favorable au test ou ayant été opérés plus tard pour hypertension par sympathectomie thoraco-lombaire, ont montré un bon résultat. Selon ces auteurs, ce test est considéré supérieur au test par la narcose artificielle, par amytal sodium. Au cours de ces examens d'épreuve, toute baisse notable de la pression minima indiquera en général un bon résultat post-opératoire. Les résultats des études chimiques du sang et examens neurologiques des sujets influenceront la décision à prendre. Aucun patient montrant une glomérulo-néphrite ou de l'artériosclérose avancée ne doit être opéré. Lorsque le facteur rénal est en cause, les interventions chirurgicales ne donneront aucun effet favorable. Ce facteur consiste en une substance résultant de la libération de rénine durant l'anoxémie rénale. Expérimentalement, après constriction des artères rénales, cette substance est sécrétée et cette sécrétion n'est aucunement altérée par sympathectomie. L'artériosclérose rénale produit le même effet.

Cliniquement et sans cloisonnement étanche,

les hypertendus peuvent se classer en cinq groupes:

1. L'hypertension réversible, fluctuante, asymptomatique, sans lésion apparente; ces patients, relativement jeunes, répondent bien à la thérapie médicale et à la sympathectomie thoraco-lombaire.

2. L'hypertension réversible avec symptômes subjectifs, hémocrite à 50% ou plus, sédimentation globulaire de 1 à 5 mm. par heure. On rencontre communément, au cours de cette hypertension, des accidents cérébraux ou des accidents coronariens. Est indiqué le traitement médical ou la sympathectomie thoraco-lombaire.

3. L'hypertension survenant chez la femme après la ménopause. L'hémocrite est habituellement normal de même que la sédimentation globulaire, cependant, le cholestérol sanguin est souvent augmenté. Cette forme est accompagnée de symptômes subjectifs ordinaires. La thérapeutique œstrogénique n'a aucun effet sur cette forme. Très souvent, au bout de quelques années, la pression artérielle revient à un chiffre normal sans qu'on puisse expliquer le mécanisme de ce fait clinique. Si le traitement médical ne donne aucun résultat, si la pression diastolique reste la même, la patiente s'achemine irrémédiablement vers une hypertension irréversible devant causer des lésions rénales et rétinienes.

4. Ce groupe est représenté par des patients masculins montrant une haute pression diastolique, dont l'âge varie entre 25 et 50 ans. Cette forme d'hypertension est déclarée réversible ou irréversible selon le résultat des tests vaso-dilatateurs. Si l'hypertension est transitoire, le sujet bénéficiera d'une sympathectomie thoraco-lombaire. Sinon, le patient est voué irrémédiablement aux accidents qui surviennent au cours de l'hypertension et à un exitus précoce. On rencontre la contre-partie de cette forme chez les femmes du même âge, surtout après quelques grossesses. Dans cette forme, une insuffisance ventriculaire se développe très souvent avec œdème des membres inférieurs.

5. C'est le groupe de l'hypertension avec artériosclérose que l'on rencontre le plus souvent entre 50 et 70 ans. Les symptômes habituels sont rencontrés dans cette forme et aucune mesure chirurgicale n'est ici à conseiller. Le patient s'achemine vers les accidents habituels et vers l'insuffisance ventriculaire. La thérapeutique ordinaire, c'est-à-dire phéno-barbital, aminophylline, thiocyanate de potasse, vertavis, donne quelques résultats transitoires mais le cours de la maladie est inchangé.

Le traitement de l'hypertension est médico-chirurgical. Tous les cas ne se prêtent pas à la chirurgie mais on ne doit entreprendre de chirurgie qu'en dernier ressort. Le traitement médical consiste en mesures hygiéniques, diète appropriée et médication par vertavis et surtout thiocyanate de potasse. La dose thérapeutique de thiocyanate de potasse est d'environ 6 à 9 g. par jour. L'usage de ce médicament n'est pas sans danger et des dosages journaliers sont nécessaires pour connaître exactement la quantité de médicament qui existe dans le sang. La dose thérapeutique est d'environ 12 à 14 mg. par 100 cc. de sang, malgré que, quelquefois, on doive atteindre le taux de 20 mg. par 100 cc. de sang pour produire un effet thérapeutique sensible. L'usage du thiocyanate dans l'hypertension fut d'abord décrit par Pauli dans les premières années du présent siècle. L'effet le plus frappant de la thérapie par les cyanates, est l'abaissement de la pression systolique. Cet abaissement de la pression systolique fait disparaître les symptômes subjectifs de l'hypertension. L'hypertrophie cardiaque diminue en quelques semaines après le traitement. Aucune lésion rénale n'a été produite par cette thérapie. Le taux d'hématocrite s'améliore et la sédimentation augmente. Souvent, après une période de traitement effectif au thiocyanate, ce médicament devient inopérant.

Comme on peut s'y attendre, les chirurgiens se sont attaqués avec ardeur à cette maladie. Adson pratiqua en 1924 la rhizotomie, c'est-à-dire la section bilatérale des racines anté-

rieures et postérieures à partir de la 6ème thoracique jusqu'à la 2ème lombaire. Cette procédure amenait la paralysie complète de la musculature de l'abdomen, sa distension, et une baisse notable du chiffre de la pression artérielle. Leriche critiqua vivement cette opération disant qu'elle est mutilante et qu'elle laisse le patient porteur d'une infirmité injustifiable. De Courcy procéda à des résections partielles bilatérales des glandes surrénales. Plusieurs succès furent rapportés par cet auteur, on croit cependant que la portion de glande surrénale laissée en place peut s'hypertrophier et produire une quantité d'adrénaline comparable au taux d'adrénaline sécrétée avant l'opération. C'est pourquoi Leriche, qui a pratiqué la même opération, associe la splanchnicectomie et la sympathectomie à cette opération.

L'hypertension due à une tumeur surrénale est rare. A date, 250 cas sont rapportés de ces tumeurs de la médullaire et l'hypertension qui en résulte a pour caractère d'être paroxysmale accompagnée de vomissements, de sudation, de palpitations et de céphalées. Le métabolisme basal est souvent augmenté de plus 20 ou plus. Cette hypertension cède la plupart du temps, par l'administration de substances adrénolytiques. La tumeur, qui d'habitude ne dépasse pas 4 cm de diamètre, peut être visualisée par injection d'air à la loge rénale. La pyélographie peut aussi rendre des services pour faire le diagnostic. Crile publia quelques succès après destruction des ganglions coeliaques par voie sous-diaphragmatique. A date, les meilleurs résultats obtenus l'ont été après sympathectomie visant à isoler les glandes surrénales, les reins, les vaisseaux des viscères abdominaux, et les vaisseaux des membres inférieurs. Le but que se propose l'opérateur est, en effet, d'isoler les surrénales et les reins qui sont les deux seuls organes capables de sécréter les hormones en relation directe avec la pathogénèse et la symptomatologie de la maladie. Donc, une sympathectomie plus étendue est inutile et inopérante.

Peet fut le premier chirurgien, en Amérique,

à faire une résection des nerfs splanchniques par voie thoracique. Il recommande l'intervention chirurgicale des sujets de 50 ans ou moins avec une pression systolique à 200 ou plus, lorsque les analyses d'urée dans le sang et la concentration des urines se chiffrent à la normale. Si la fonction rénale est atteinte par artériosclérose rénale avancée, il y a lieu de croire que l'opération ne donnera pas les résultats attendus.

A Smithwick revient le mérite d'avoir standardisé la procédure chirurgicale à appliquer dans les cas d'hypertension artérielle. Cet auteur pratique une splanchnicectomie bilatérale par voie intra-thoracique et, en même temps, il enlève la chaîne des ganglions sympathiques thoraciques et lombaires à partir de la 6<sup>ème</sup> thoracique à la 13<sup>ème</sup> lombaire. Quoique Grimson ait proposé une sympathectomie plus étendue, il est rare qu'on doive dépasser l'extension de la sympathectomie proposée par Smithwick. Au cours d'une splanchnicectomie thoraco-lombaire pour hypertension, il est très sage d'explorer les loges rénales de façon à s'assurer de l'existence d'une tumeur surrénale. La splanchnicectomie thoraco-lombaire est contre-indiquée dans les cas de tachycardie posturale ou tachycardie atteignant 150 par minute ou plus après épreuve d'exercice physique. Elle est aussi contre-indiquée chez les sujets atteints de coronarite avec angine de poitrine. Dans ces deux cas, il est préférable de pratiquer une sympathectomie thoracique à partir du ganglion cervical inférieur, l'effet de cette opération étant de détruire les nerfs cardio-accélérateurs, de même que les nerfs sensitifs allant au myocarde.

Les effets fâcheux qui peuvent survenir après une sympathectomie pour hypertension sont: l'hypotension posturale, la névralgie intercostale post-opératoire, la perte du pouvoir d'éjaculation par destruction des deux chaînes lombaires. La sympathectomie thoraco-lombaire ne cause, en aucune circonstance, de l'interférence dans le mécanisme normal de l'accouchement et de la délivrance. Comme complication post-opératoire, Mason rap-

porte des cas d'ulcus peptiques: sur 1.498 patients ayant subi une splanchnicectomie pour hypertension, durant une période de 11 ans, cet auteur rapporte treize cas d'ulcus peptiques. Ce qui est frappant, c'est que ces ulcus ne sont pas douloureux, étant donné qu'ils sont isolés des centres corticaux par section sympathique. Ces ulcus s'achèment quelquefois vers la perforation ou l'hémorragie sans aucun signe prémonitoire douloureux. La mortalité opératoire, dans les cas de sympathectomie thoraco-lombaire, est d'environ 2%.

La sympathectomie n'a aucun effet sur l'hypertrophie du cœur, à moins que l'opération ne soit suivie d'un traitement au thiocyanate de potasse qui soit lui-même efficace. Dans un cas d'hypertension avec haute pression diastolique, il est rare que la sympathectomie seule puisse faire baisser cette pression diastolique d'une façon permanente. Les tests pré-opératoires de vaso-dépression ne se sont pas toujours montrés fidèles, c'est-à-dire que, sur un cas qui ne montre aucun changement dans la pression diastolique après ces tests, on remarquera, après l'opération, une amélioration, c'est-à-dire une baisse diastolique. Les patients qui répondent au traitement médical répondent aussi très bien après intervention chirurgicale. Tôt ou tard, le traitement médical deviendra inopérant et le patient s'achemine vers une hypertension irréversible, à moins qu'auparavant il ait subi une intervention sympathique. La sympathectomie sensibilise le patient vis-à-vis le thiocyanate de potasse, ce fait étant confirmé par les expériences de laboratoire sur des chiens et sur des singes. Plusieurs faits cliniques viennent corroborer cette notion sans qu'on puisse trouver une explication satisfaisante à cet effet. Cette notion est très intéressante à connaître parce que, souvent, le chiffre de la pression artérielle se montre le même qu'avant l'opération. Pour illustrer ce fait, je vais rapporter l'histoire de deux malades, un de Loyal Davis, de Chicago, et l'autre étant un cas personnel.

Le premier cas est celui d'une dame de trente-deux ans, montrant une pression artérielle

de 200/130 avec symptômes subjectifs habituels, hypertrophie du ventricule gauche. La thérapeutique au cyanate abaissa sa pression artérielle à 150/102. Le chiffre de la pression artérielle initiale réapparaissait si la patiente reprenait ses activités ordinaires. Le test à la nitro-glycérine et au pentothal était positif. On procéda, chez cette malade, à une splanchnicectomie sus-diaphragmatique bilatérale qui fut accompagnée immédiatement d'une chute de la pression artérielle, mais en moins de quatre jours, cette pression artérielle était revenue à un chiffre de 180/130. Le test à la nitro-glycérine était encore positif. On reprit alors la thérapie au cyanate et on nota une baisse rapide de la pression artérielle, quoique cette patiente eut une activité tout à fait normale.

La plus grande difficulté est de choisir les patients résistants à la thérapie au cyanate qui ne sont pas encore entrés dans le stade malin de la maladie. L'examen du fond de l'œil est ici d'une aide précieuse. Voici les patients déclarés dans le stade irréversible ou malin de la maladie hypertensive: ceux qui montrent une contraction artériolaire diffuse des vaisseaux rétiniens avec rétinopathie, c'est-à-dire hémorragie, ischémie rétinienne et œdème avec dépôt albuminoïde sur le long des vaisseaux. Ces patients ne peuvent bénéficier d'un traitement chirurgical qui apportera un effet thérapeutique favorable sur une période de temps prolongée, car les mêmes lésions existent partout dans l'organisme et aucune médication actuellement n'est connue pour les faire disparaître.

#### Observation.

Le deuxième cas est celui d'un garçon de vingt ans, hospitalisé en juillet 48 avec une hypertension à 230/140 et présentant la symptomatologie habituelle subjective de l'hypertension. Les analyses de sang et d'urine étaient normales, l'examen du fond de l'œil négatif, la pyélographie rétrograde négative, le B.W. négatif. Les tests au pentothal et à l'amytal sodium ont montré une baisse de la pression artérielle systolique et diastolique.

Aussi, une splanchnicectomie avec sympathectomie thoraco-lombaire fut-elle décidée et pratiquée le 10 août 1948. Cette opération a comporté une résection du grand splanchnique sus-diaphragmatique et une exérèse de la chaîne sympathique à partir de 7 dorsale à 3 lombaire. La pression artérielle systolique et diastolique post-opératoire ne fut pas beaucoup influencée par cette procédure qui, d'ailleurs, fut unilatérale et précédait le deuxième temps opératoire. Les suites post-opératoires furent compliquées d'un empyème pleural droit à streptocoque et diplocoque, qui fut drainé sous pression négative et qu'il a fallu, à deux reprises, réouvrir à cause de la formation de cloisonnements. Durant un an et demi après l'opération, le patient fut traité à la Priscoline et au thiocyanate de potasse sans résultat apparent, car les symptômes subjectifs persistaient à peu près au même degré. En avril 1950, le patient était réhospitalisé pour subir le deuxième temps opératoire, c'est-à-dire les splanchnicectomie et sympathectomie thoraco-lombaires gauches. La même technique fut suivie, mais, cette fois, aucune complication post-opératoire pulmonaire. Les effets immédiats sur la pression artérielle furent considérables, en effet, il a fallu injecter toutes les demi-heures, durant près de quarante-huit heures, de la néo-synéphrine à raison de  $\frac{1}{2}$  cc, ceci ayant pour but de maintenir une pression artérielle suffisante compatible avec une bonne oxygénation des tissus. Cependant, quatre ou cinq jours après l'opération, la pression artérielle était revenue à 200/140. Nous nous sommes alors souvenus de ce fait thérapeutique, à savoir, sensibilisation d'un splanchnicectomisé au thiocyanate de potasse, et nous avons repris la médication avec résultats thérapeutiques tangibles. Deux mois après l'opération, la pression artérielle présente une moyenne systolique à 180/130. Les symptômes subjectifs sont presque disparus, il persiste cependant, une asthénie à la station debout. Un fait important est à noter, la persistance de la haute pression diastolique, ce qui est, tout étant relatif d'ailleurs, d'un mauvais pronostic. En effet, il y a lieu de penser qu'il existe,

déjà et comme conséquence de l'hypertension pré-existante, une sclérose artériolaire rénale, laquelle conditionnera le devenir du malade.

\*

\* \*

Ces deux histoires de cas illustrent bien la difficulté qu'il existe de faire la sélection judicieuse des cas qui doivent être soumis à la splanchnectomie thoraco-lombaire, les résultats obtenus par la splanchnectomie seule et le fait que ces patients sont souvent sensibi-

lisés au cyanate après de telles opérations. Il ressort aussi de cette étude que le traitement causal de l'hypertension reste inconnu, que le traitement de l'hypertension est actuellement médico-chirurgical, que le traitement médical doit toujours précéder le traitement chirurgical, mais que celui-ci ne doit pas être appliqué trop tard, lorsque les lésions rénales et rétiniennees sont apparues. Que la chirurgie appliquée judicieusement peut rendre des services précieux dans plusieurs cas.

## L'ENCLOUAGE CENTRO-MÉDULLAIRE À LA BROCHE DE KUNTSCHER DANS LES FRACTURES FERMÉES DU TIBIA

COMPARAISON DES RÉSULTATS OBTENUS PAR LES TECHNIQUES, AVEC ET SANS OUVERTURE DU FOYER, D'APRÈS 85 CAS.

**J.-E. LEMIEUX,**

Chirurgien à Mont-Laurier,

**Charles MIRALLIE,**

de l'Ecole de Médecine de Nantes, Associé national de l'Académie de Chirurgie;

**RIVES,**

Assistant de Chirurgie des Hôpitaux de Nantes;

**FOURAGE,**

Interne des Hôpitaux de Nantes.

Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici la discussion des indications et contre-indications du traitement des fractures du tibia par embrochage médullaire à la broche de Kuntscher.

Nous voudrions seulement montrer, par quelques chiffres, les avantages que présente dans ce mode de traitement la technique à foyer fermé.

Entre mai 1947 et novembre 1949, 85 fractures fermées du tibia ont été traitées par embrochage centro-médullaire dans le service du Docteur Mirallie, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Nantes, chef du service de traumatologie et de récu-

pération fonctionnelle des membres, au centre hospitalier régional de Nantes.

Dans 51 cas, l'embrochage fut pratiqué à « foyer ouvert », c'est-à-dire après découverte, parage des extrémités osseuses et réduction manuelle ou instrumentale de la fracture. Dans 34 cas, l'intervention fut conduite à « foyer fermé ». La réduction est ici effectuée sous contrôle radioscopique à l'aide de l'appareil de Clavelin. La partie sanglante de l'intervention se résume alors à l'introduction de la broche, qui est indentique d'ailleurs dans les deux méthodes. Incision de 3 ou 4 cms à la partie toute supérieure de la face interne du tibia, à distance égale de ses deux bords, s'arrêtant en

haut à 2 ou 3 cms de l'interligne articulaire du genou. Le périoste est ruginé sur une surface d'environ 1 cm sur 3. Une tranchée donnant accès au canal médullaire est creusée à la gouge frappée. La broche est introduite, sa courbure concave en avant et on la fait progresser à coups de masse prudents. On contrôle la mise en place *de visu* si le foyer est ouvert, sous écran dans le cas contraire. Suture de l'incision en deux plans.

Les 85 cas se répartissent comme suit en ce qui concerne le type de fractures:

	<i>Foyer ouvert</i>	<i>Foyer fermé</i>
Spiroïdes	29	15
Obliques	6	10
Transversales	13	8
Multifragmentaires	3	1

Le groupe des interventions à foyer ouvert comprenait 45 hommes et 6 femmes; celui à foyer fermé, 26 hommes et 8 femmes. L'âge moyen des blessés est entre 35 et 40 ans dans les deux cas. La date du lever est sensiblement identique: la moyenne se situe vers le 14ème jour après la mise en place d'un plâtre de marche de Delbet.

Nous voyons donc que les conditions réalisées par nos deux groupes de fractures sont sensiblement identiques.

Nous allons étudier maintenant les divers éléments du résultat opératoire:

- délais de consolidation
- évolution post-opératoire
- résultat anatomique
- résultat fonctionnel.

#### I. — DÉLAIS DE CONSOLIDATION.

L'appréciation de la date de consolidation est toujours chose difficile et variable avec les auteurs: les chiffres donnés ci-dessous correspondent avant tout à une image radiologique de formation de cal, permettant de considérer la fracture comme consolidée et autorisant le blessé à reprendre son travail. Quoiqu'il en soit, l'appréciation fut la même dans les deux cas et les résultats montrent que le délai moyen de consolidation dans le groupe « à foyer ouvert » est de 3 mois 15 jours alors qu'il

ne s'élève qu'à 2 mois 25 jours dans le groupe « à foyer fermé ». De plus, ce groupe ne contient aucune pseudarthrose alors qu'on en relevait 3 cas dans le précédent.

<i>Consolidation</i>	<i>Foyer ouvert</i>	<i>Foyer fermé</i>
avant 2 mois	4	3
de 2 à 3 mois	16	17
de 3 à 4 »	14	5
de 4 à 5 »	7	0
en 5 mois ½	2	0
en 6 mois	1	0
pseudarthroses	3	0
non suivis	4	6
	51	32

En résumé: réduction du délai de consolidation et absence de pseudarthrose dans le groupe traité par embrochage centro-médullaire sans ouverture du foyer de fracture.

#### II. — ÉVOLUTION POST-OPÉRATOIRE.

Les complications d'ordre général (complications pulmonaires, délirium tremens, etc.), ne semblent pas influencées par le choix de la technique opératoire.

Par contre, au point de vue local, l'incision cutanée au niveau du foyer de fracture n'est pas anodine car elle risque d'entraîner une infection secondaire de l'os lorsque l'état des téguments est mauvais du fait de phlyctènes, d'excoriations, d'œdème, et c'est malheureusement trop souvent le cas. La mise en état de la peau nécessite souvent alors un traitement qui retarde l'intervention. Les lésions cutanées quoique toujours gênantes ne présentent plus du tout la même importance dans l'encloUAGE à foyer fermé. Il est rare en effet que les téguments soient lésés au niveau de la partie toute supérieure de la face interne du tibia par où l'on introduit la broche. Et les résultats montrent en effet l'absence de suppuration au point d'entrée de la broche; tout au plus se trouve-t-on en présence parfois d'un hématome qui pourrait s'infecter mais que nous n'avons jamais vu entraîner de suppuration importante.

Par contre sur les 31 fractures traitées par enclouage avec ouverture du foyer on relève:

2 ostéites fistulaires,

3 infections superficielles importantes qui nécessitent plus tard une greffe de peau.

plusieurs cas de retard de cicatrisation.

En résumé: Nous n'avons jamais eu par le procédé à foyer fermé les accidents infectieux osseux ou superficiels graves observés quand on aborde le foyer à travers des téguments en mauvais état.

### III.— RÉSULTATS ANATOMIQUES.

Le résultat anatomique — pourrait-on croire — va venir plaider en faveur de l'ouverture du foyer. Il n'en n'est rien. Si l'intervention à foyer ouvert permet souvent une reposition quasi anatomique, les résultats obtenus sans ouverture du foyer ne sont pas plus mauvais. C'est ainsi que les deux cas de rotation appréciable relevés dans notre statistique viennent se ranger dans le groupe des « foyers ouverts ». Les raccourcissements (d'ailleurs minimes et rares) semblent indifférents au procédé employé. On relève en effet:

#### *Dans le groupe « foyer fermé »*

1 raccourcissement de 2 cms  $\frac{1}{2}$

2 — de 1 cm

#### *Dans le groupe « foyer ouvert »*

1 raccourcissement de 2 cms

3 — de 1 cm.

Nous n'avons aucun cas d'angulation appréciable.

Le résultat anatomique nous semble donc indépendant du procédé employé.

### IV. — RÉSULTAT FONCTIONNEL.

Il repose sur différents éléments: d'abord l'enraidissement des articulations voisines.

a) *articulation du genou* elle demeure pratiquement intacte dans les deux procédés. Le seul cas de limitation importante que l'on retrouve est un cas de polytraumatisme avec fracture supracondylienne du fémur.

b) *articulation tibio-tarsienne* elle est plus fréquemment atteinte. Sur le total des 72 blessés suivis on note:

Amplitude normale	60 %	des cas
— de 50 à 70°	15 %	—
— de 25 à 50°	17,5 %	—
— de 10 à 25°	7,5 %	—

Mais cette limitation nous semble aussi indépendante de la technique employée comme le montrent les chiffres suivants :

<i>amplitude</i>	<i>foyer ouvert</i>	<i>foyer fermé</i>
normale	27	13
50 à 70°	7	6
25 à 50°	10	4
10 à 25°	3	2
	—	—
blessés suivis	47	25

c) Enfin l'étude des *troubles trophiques* viendra-t-elle aussi plaider en faveur de l'intervention à « foyer fermé » ?

Ces troubles trophiques semblent fonction avant tout de l'immobilisation plus ou moins prolongée qui résulte elle-même le plus souvent des complications telles que suppurations ou pseudarthroses. Nous avons vu que celles-ci sont exceptionnelles dans l'enclouage sans ouverture du foyer.

De ces considérations nous pouvons déduire:

1) que l'intervention à foyer ouvert ne donne pas de meilleurs résultats anatomiques.

2) que le résultat fonctionnel semble légèrement supérieur dans l'intervention à foyer fermé.

3) que les complications infectieuses graves semblent complètement évitées par ce même procédé.

4) que la durée de consolidation y est nettement diminuée et que les pseudarthroses semblent inexistantes.

On peut donc en conclure que dans l'enclouage centro-médullaire à la broche de Kuntscher, le procédé d'introduction sans ouverture

du foyer semble préférable. Sa réalisation est aussi facile si on a eu soin de faire sous contrôle radioscopique une bonne réduction à l'aide d'un appareil d'extension approprié.

Dans la majorité des fractures fermées du tibia, il est réalisable. En effet, après avoir

ouvert le foyer, d'emblée, dans une quarantaine de cas, nous y avons renoncé en raison des inconvénients que nous avons exposés. Depuis nous essayons systématiquement l'embrochage à foyer fermé et sur 40 cas, nous n'avons eu que 6 échecs.

## LES SUBSTITUTS DU SANG<sup>1</sup>

André JACQUES et Fernando HUDON,

Département d'Anesthésiologie de l'Hôtel-Dieu de Québec.

C'est un fait maintenant établi que le sang total, citraté ou non, a une raison d'être bien définie dans le traitement immédiat du choc traumatique et dans la thérapeutique adjuvante de certaines maladies du sang: l'agranulocytose, la thrombocytopenie, les diathèses hémorragiques.

Cause de certaines réactions organiques parfois sérieuses, la transfusion sanguine exige un ensemble de précautions dans les moindres détails de son administration: groupement sanguin, examen croisé, facteur Rh, appareil éliminant les substances pyrogènes.

Ces minuties nécessaires dans la manipulation du sang total n'ont pas été sans orienter les recherches vers des dérivés et des substituts sanguins qui seraient doués des qualités thérapeutiques du sang sans en avoir les dangers, et qui pourraient s'attaquer aux quatre grands facteurs du choc:

1) - l'altération des parois capillaires et leur perméabilité exagérée provoquant l'exhémie.

2) - la diminution de la masse sanguine qui entraîne l'hémoconcentration avec polyglobulie.

3) - l'hypotension avec vaso-constriction compensatrice.

4) - L'anoxie tissulaire et son corollaire l'acidose; la vaso-constriction diminue en effet le débit sanguin et limite les transports d'oxygène. A son tour, l'anoxie altère les parois des capillaires (1).

Ce fut alors l'apparition des dérivés du sang: plasma humain liquide ou desséché; sérum humain desséché; sérum-albumine à 25 grammes d'albumine par 100 cc. de soluté salé isotonique; globulines; préparations d'hémoglobine pure cristallisée à grand pouvoir osmotique; globines modifiées; enzymes erythrocytaires (catalase, hypertensinase). Ces dérivés ne peuvent jouer le rôle principal des globules rouges: celui de vecteur de l'oxygène des poumons aux tissus; mais, pour la plupart, ils ont des fonctions que les globules rouges ne remplissent pas: ils augmentent le volume du sang circulant, ils élèvent la pression oncotique sanguine, ils accroissent la coagulabilité et stimulent probablement l'hématopoïèse.

Sans lien direct avec la composition sanguine, les substituts du sang se présentent sous forme de solutions salines et de solutions colloïdales.

1. Communication au XXème Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1950.

Les solutions salines par voie intraveineuse ou sous-cutanée restaurent le volume du sang et la pression sanguine dans l'hémorragie, le choc traumatique, les brûlures et la déshydratation. Dans l'hémorragie, les bienfaits des solutions salines sont parfois frappants mais temporaires à cause de leur court séjour dans l'arbre vasculaire.

Les préparations courantes sont: le soluté salé isotonique à 0,85 de ClNa dans l'eau chimiquement pure; le soluté de Ringer dont chaque 100 cc. contient 0,86 de ClNa, 30 mg. de KCl et environ 33 mg. de CaCl<sub>2</sub> 2H<sub>2</sub>O; la solution de Ringer avec lactate de sodium, dont 100 cc. contiennent 20 mg. de chlorure de calcium, 30 mg. de chlorure de potassium, 600 mg. de chlorure de sodium et 310 mg. de lactate de sodium dans l'eau chimiquement pure.

D'autres préparations cristallines qui tendent à restaurer temporairement le volume sanguin ont des indications thérapeutiques particulières, tels la solution de bicarbonate de sodium et le soluté glucosé.

Nombre de préparations colloïdales ont été étudiées comme agents possibles de transfusion. Les préparations colloïdales diffusent lentement à travers la paroi vasculaire, par leur pression oncotique elles retiennent le liquide injecté et diminuent ainsi la diurèse, la filtration lymphatique et les œdèmes. Elles tendent à maintenir le volume sanguin plus longtemps que les solutions salines. La plupart ont cependant le désavantage d'agglutiner les globules rouges et, en grande quantité, d'obvier à la régénération des protéines plasmatiques.

Parmi les solutés colloïdaux, les uns sont déjà désuets, les autres sont vraiment prometteurs: la gélatine en solution à 6%; la pectine, en solution à 1% à raison de 1 000 à 1 500 cc. I.V. soutient modérément la pression sanguine dans le choc. Elle quitte la circulation plus rapidement que la solution de gélatine. Elle n'altère pas la coagulation sanguine; mais elle est partiellement retenue dans le foie, les reins,

la moelle osseuse, la rate et produit des réactions à corps étrangers et de la dégénérescence cellulaire.

Durant la guerre 1914-1918, Bayliss préconisa la gomme acacia ou gomme arabique à 6% dans du soluté salé isotonique, poussé qu'il était par l'idée que les vaisseaux sanguins étaient anormalement perméables au cours du choc, et qu'une solution visqueuse aurait un effet plus stable qu'une solution saline pure. La solution d'acacia a cependant un effet toxique sur le foie et trouble les échanges gazeux au niveau du globule rouge. On lui attribue plusieurs morts avec un syndrome prémonitoire caractérisé par la dyspnée, la tachycardie, la cyanose et l'œdème pulmonaire.

Le Dextran est un polysaccharide naturel hydrosoluble. Il est produit par la prolifération en culture de différents micro-organismes non pathogènes sur un substrat de sucre de betterave et de phosphate. Son poids moléculaire varie entre 100 000 et 200 000. Il possède certains désavantages: son poids moléculaire est variable et inégal. Il causerait des lésions transitoires des tubes rénaux, des lésions dégénératives du foie et une hyperplasie du système réticulo-endothélial. Des réactions de nature anaphylactique et des lombalgies lui ont été incriminées à la suite de son administration (2).

L'Isinglass est une gélatine dérivée des vessies natatoires du poisson qu'on utilise sous forme concentrée. Sa popularité a été de courte durée.

Deux autres préparations colloïdales, de découverte récente, méritent une attention spéciale. Ce sont des corps organiques de synthèse: l'alcool polyvinylique ou R H 623, et la Polyvinylpyrrolidone ou 143 R P.

L'alcool polyvinylique de poids moléculaire peu élevé est administré en solution colloïdale à 4%. Il maintient la pression sanguine aussi bien que la transfusion de sang total et quitte la circulation aussi rapidement que les protéines plasmatiques sont régénérées. Il

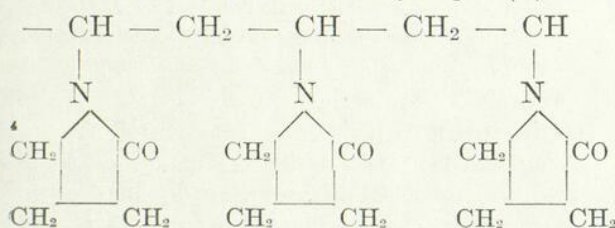
n'est pas emmagasiné par le foie et s'excrète par le rein.

Durant la dernière guerre, l'armée allemande utilisa un substitut du sang appelé Periston et connu en France sous les noms de Solution 143 R.P. ou Subtosan.

Chimiquement, ce succédané du plasma est une polyvinylpyrrolidone, un produit de polymérisation, une substance colloïdale à poids moléculaire très élevé de l'ordre de 25 000.

Utilisée en France sous forme stérilisable d'une solution aqueuse à 3,5%, additionnée des sels minéraux suivants: chlorure de sodium, chlorure de potassium, chlorure de calcium, chlorure de magnésium, bicarbonate de sodium et acide chlorhydrique, elle est isotonique, légèrement hypervisqueuse par rapport au sérum sanguin. La N-N-diéthylacétamide, qui constitue un des termes les plus simples de cette même série chimique, protège également contre le choc traumatique (3).

L'influence pharmacodynamique de la polyvinylpyrrolidone serait due à la présence du groupement pyrrolidone que l'on peut considérer comme une amide hétérocyclique (4).



La polyvinylpyrrolidone se maintient dans les vaisseaux et ralentit ou même arrête l'exhémie. Elle permet d'obtenir un remplissage vasculaire persistant pendant 18 heures environ, alors que celui-ci ne dépasse pas plus de 2 heures avec les solutés salés ordinaires. Ce ne serait pas seulement comme masse de remplacement, en qualité de macro-molécules se substituant aux protéines plasmatiques, qu'elle aurait des propriétés thérapeutiques; elle constituerait un facteur antichoc et son action, dans le choc traumatique, serait préventive et curative; elle aurait même une action protectrice vis-à-vis de certaines toxines microbiennes. Elle ramènerait l'équilibre circula-

toire perturbé par le choc histaminique. Selon Bovet, il serait plausible d'envisager avec la polyvinylpyrrolidone une « véritable chimiothérapie antitraumatique ».

De basse toxicité, le Subtosan ne gêne pas la diurèse, ne trouble pas les fonctions hépatiques, n'influence pas la coagulation sanguine et n'altère pas le système réticulo-endothélial. Cependant, il augmente la vitesse de sédimentation sanguine.

Les indications cliniques du Subtosan sont multiples. Son rôle est primordial dans le choc traumatique pur, il remplace avec succès la transfusion sanguine dans les cas où cette dernière ne sert qu'à augmenter la masse sanguine. C'est un adjuvant utile dans le choc avec hémorragie, pour permettre d'attendre la transfusion sanguine, de la suppléer ou pour en soutenir les bons effets. Efficace dans le choc déclaré, il en est un heureux préventif.

Le Subtosan a des avantages marqués sur les substituts du sang préconisés auparavant. Il possède de très près les qualités essentielles dont la pharmacologie a caractérisé le succédané sanguin idéal, succédané sanguin qui doit avoir une pression oncotique voisine de celle des protéines plasmatiques; un taux d'élimination de la circulation sanguine équivalent à la vitesse de régénération des protéines plasmatiques; une viscosité identique à celle du plasma ou du sang; succédané sanguin qui doit être métabolisé et excrété au lieu d'être emmagasiné dans l'organisme; succédané qui doit être dépourvu de réactions pyrétiques, de réactions anaphylactiques, d'effets vasodilatateurs et de lésions tissulaires ou métaboliques; succédané sanguin qui doit posséder une conservation pratiquement illimitée, permettre l'emploi d'un matériel simple, supprimer la détermination des groupes sanguins (5).

Le Département d'anesthésiologie de l'Hôtel-Dieu de Québec possède du Subtosan depuis 1948. A cette époque, il a été utilisé comme véhicule-retard pour les anesthésiques lo-

caux. L'Ecole française préconisait déjà depuis 1945 le Subtosan à 25% comme solvant de plusieurs médicaments: l'ouabaïne, le cyanure de mercure, le salicylate de soude, la pénicilline, le neptal, le pentothal. Le retard pour l'insuline, le salicylate de soude et même les sulfamidés, s'observe si le médicament est donné par voie sous-cutanée ou intra-musculaire alors que le Subtosan est administré par voie veineuse (6).

Il est vraisemblable que l'usage du Subtosan comme solvant-retard avec la novocaïne à 1% ne présente pas l'action locale défavorable des solutions huileuses d'anesthésiques locaux, action qui se manifeste parfois à la suite des infiltrations péri-anales après hémorroïdectomies.

Les bons résultats dans le traitement du choc, obtenus en France où le Subtosan est d'un emploi fréquent, nous ont incité à l'utiliser dans notre milieu et d'autant plus qu'un anesthésiste américain exprimait, dans un numéro récent d'une revue médicale américaine, le regret de n'en point trouver en Amérique (7).

Les quelque 25 cas à qui nous avons administré le Subtosan en solution à 3,5% dans un soluté salé glucosé n'ont fait que mettre en évidence les bienfaits de ce substitut du sang. Nous citons de mémoire une péritonite par ulcus perforé, traitée par résection large de l'ulcère et gastro-entérostomie chez un hypertendu de 65 ans, en état de choc, pour qui le Subtosan éleva la tension artérielle de 90 à 130, redonna une bonne coloration des téguments et rétablit la circulation périphérique; des ostéo-synthèses, des mises en place de clou de Smith et de Blunt, opérations longues où le Subtosan a combattu l'hypotension; des résections abdomino-périnéales pour néo du rectum, deux colectomies où le Subtosan a joué

le même rôle. Dans les cas de gastro-entérostomie, et de résection abdomino-périnéale, grâce probablement au rôle antichoc du Subtosan, la maladie post-opératoire a été réduite au minimum.

A l'heure actuelle, nous sommes d'avis que la polyvinylpyrrolidone est un des rares substituts du sang qui mérite à bon droit d'entrer dans la thérapeutique courante et dans la trousse d'urgence du médecin praticien. Ce substitut mélangé à 3,5% à un soluté soit salé isotonique, soit salé glucosé, soit de Ringer, procurera beaucoup plus de bienfaits que la routine de la traditionnelle injection de stimulants ou d'analeptiques circulatoires.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) J. BOUDREAUX: « Plasma sanguin conservé et plasmas artificiels dans le traitement du shock traumatique des hémorragies. » *Paris Médical*, No 3, 30 janvier 1945.
- (2) André BOUE et Pierre HUGUENARD: « Un nouveau succédané du plasma: le Dextran. » *Anesthésie et Analgésie*, 7-3: 424-430 (juin) 1950.
- (3) D. BOVET, S. COURVOISIER et R. DUCROT: « Activité de la polyvinylpyrrolidone dans le choc traumatique expérimental et sur les incidents provoqués par certaines toxines microbiennes. » *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 224: 496, 1947.
- (4) D. BOVET, R. JACOB, R. DUCROT et S. COURVOISIER: « Action des amides et, en particulier, du N-N-diéthylacétamide dans la prévention du choc traumatique du rat. » *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 224: 496, 1947.
- (5) N. W. ROOME, Lawrence RUTLE, Leverne WILLIAMS et Ward SMITH: « The polyvinyl alcohols as blood substitutes. » *The Can. Med. Ass. Journal*, 4: 293-299 (oct.) 1944.
- (6) J. PELLERAT, R. MARAT et MURAT: « Les applications du Subtosan-retard. » *Le Journal de Médecine de Lyon*, 5 septembre 1947.
- (7) John S. LUNDY: « The anesthesiologist now and in the future. » *Surgical Clinics of North America* 1097-1108 (avril) 1949.

## RECUEIL DE FAITS

### FISTULE ARTÉRIO-VEINEUSE CONGÉNITALE OU ACQUISE<sup>1</sup>

Antoine POULIOT (Québec).

En décembre 1940, une jeune fille de 17 ans est admise dans notre service pour douleur et gonflement au coude gauche.

A l'âge de 12 ans, elle aurait fait une chute sur la main gauche, qui lui aurait causé apparemment une entorse. Quelques mois après, elle remarqua à la région interne de son coude l'apparition d'un léger gonflement accompagné de douleur s'irradiant à l'extrémité du membre et se manifestant surtout sous forme d'engourdissement. Elle constata en même temps que la peau de cette région prenait une teinte bleutée de plus en plus marquée.\*

Ses troubles évoluaient alors avec des phases d'accalmie et d'exaspération. Dans ses antécédents héréditaires, on note que sa mère souffre d'une hémiplégie gauche depuis une dizaine d'années.

Les antécédents personnels mentionnent rougeole et coqueluche dans le bas âge. En 1936, elle a subi une appendicectomie.

Au moment de son admission, l'interne de service avait consigné au dossier les constatations suivantes:

a) Petites dilatations des veinules superficielles à la paroi antérieure de l'aisselle et se prolongeant vers le bras.

Rien de particulier n'est signalé à l'examen du cœur.

Au bras droit la T.A. est de 95/60 et au gauche de 120/80.

Le pouls est mieux frappé à droite. Les veines de la main paraissent animées de battements.

*Coude:* perception d'un thrill et d'un souffle au niveau du pli du coude. Il y a élévation de la température de ce côté.

Diagnostic de probabilité: anévrysme artérioso-veineux du coude gauche.

Une radiographie de cette région montre des géodes claires multiples et étendues à la moitié supérieure de la diaphyse radiale. Le cliché radiographique du thorax est négatif.

Le 1er février 1941, une intervention chirurgicale est pratiquée en vue de la cure d'un anévrysme artérioso-veineux. Une incision verticale est faite à la face antérieure du coude gauche. Les 3 principaux troncs artériels sont repérés et explorés sur une distance de 7 à 8 pouces. Le thrill disparaît à certains moments pour réapparaître peu après. Aucun anévrysme n'est trouvé, tout au plus note-t-on une légère dilatation des artères radiale et cubitale à leur bifurcation et des veines. Pas de communication artérioso-veineuse.

La guérison de la plaie se fit par première intention et le 22 du même mois, elle quittait l'hôpital pour nous revenir par la suite à la consultation externe.

Pour des raisons que nous ignorons, il y eut après l'intervention une sédation des phénomènes douloureux pendant quelques mois.

En mars 1946, elle est réadmise à l'hôpital et on fait une artériographie. L'artériogramme démontre la présence d'un lacis artériel et veineux entourant en manchon le tiers supérieur du radius. La malade était enceinte à ce moment de 4 mois et, depuis le début de sa grossesse, elle se plaignait de douleurs plus intenses.

L'examen clinique du coude laissait toujours percevoir la présence de battements au

1. Communication à la Société d'Orthopédie de la Province de Québec, octobre 1950.

coude gauche avec souffle et thrill. Aucune thérapeutique ne lui est faite et sa grossesse se poursuit dans des conditions normales.

Nouvelle phase d'accalmie après son accouchement qui se prolongea même jusqu'au début de 1950. Elle ressentait bien à ce moment des douleurs, de la faiblesse du membre mais les troubles étaient tolérables et compatibles avec une certaine activité.

En janvier 1950, recrudescence des phénomènes douloureux qui l'amène de nouveau à l'hôpital en mars 1950. Les oscillations des membres supérieurs se lisent comme suit:

Membre supérieur droit:

Bras 4; coude 3½; avant-bras 2.

Membre supérieur gauche:

Bras 9; coude 11; avant-bras 10.

T.A. égale des deux côtés.

*Radiographie:* aspect vermoulu de la diaphyse radiale supérieure.

Aucun traitement n'est encore institué et au moment de son départ de l'hôpital nous inscrivons au dossier la note suivante :

« Après nouvelle étude, nous en sommes venus à la conclusion qu'il s'agit chez cette malade d'une fistule artério-veineuse et de nature probablement congénitale. »

En raison des dangers de gangrène que pourrait comporter une intervention chirurgicale avec ligatures artérielles, il a été jugé plus prudent de nous en tenir à un traitement conservateur jusqu'au jour où les troubles s'étaient aggravés pourront commander une action plus énergique.

Notre diagnostic est sans doute discutable et à plusieurs points de vue et c'est pour cette raison que nous avons présenté ce cas et le fait d'avoir pratiqué une exploration infructueuse ne veut pas nécessairement impliquer qu'il n'y avait pas au niveau de ce membre d'anévrisme artérioso-veineux. L'exploration bien qu'assez étendue n'a tout de même pas couvert entièrement les segments brachial et anti-brachial. Il serait plus juste de dire que nous n'avons pas constaté de po-

che anévrysmale sur les troncs principaux et je n'ai pas l'intention de vous laisser supposer que l'investigation a été poussée sur toutes les collatérales.

De par l'information qui nous fut donnée ultérieurement par l'artériographie et qui démontrait un lacis artériel et veineux anormalement développé autour de l'extrémité supérieure du radius, il est bien logique de penser que, si notre exploration avait été dirigée de ce côté, il est bien probable que nous aurions trouvé à cet endroit les anomalies que nous cherchions.

C'est une supposition qui nous paraît bien rationnelle en l'occurrence. Et les nombreuses géodes en piqueté que l'on a remarquées sur le radius nous portent aussi à croire que les lésions intéressaient en même temps l'os.

C'est en somme ce qui nous a incités à porter en rétrospective le diagnostic de fistule artério-veineuse sans doute primitivement développée dans le radius, ce qui expliquerait la longueur d'évolution et le caractère congénital de la lésion.

L'on sait que ces fistules artério-veineuses sont des communications anormales entre les artères et les veines et qu'elles ont pour siège de prédilection les extrémités et qu'elles se manifestent par des signes à peu près identiques à ceux des anévrysmes.

Bien que les communications se fassent ordinairement sur les petits vaisseaux, elles s'accompagnent fréquemment du souffle et du thrill qui caractérisent l'anévrisme. La symptomatologie locale se manifeste ordinairement par des dilatations veineuses superficielles à distance. Les veines sont parfois animées de battements. Il existe fréquemment un allongement du membre du côté de la lésion, des troubles trophiques qui se traduisent par de la sudation et le développement des follicules pileux.

Ces perturbations vasculaires cependant, contrairement à l'anévrisme, ne retentissent sur le cœur que très tardivement.

Bien que la fistule artério-veineuse soit re-

lativement rare, plusieurs cas ont été rapportés dans la littérature particulièrement par Lewis et Pemberton.

Dans aucun de leurs cas cependant, il n'est fait mention que les lésions atteignaient le squelette osseux.

Nous avons trouvé cependant une analogie assez frappante entre le syndrome qu'a présenté notre malade et celui décrit par Reid, du Johns Hopkins Hospital, en 1925, et publié dans le *Lancet*, Volume 2-1930. Vous me permettrez bien de vous le décrire brièvement.

Il s'agissait d'une femme de 36 ans qui, à l'âge de 5 ans, aurait eu un traumatisme au genou avec très gros hématome. Dans les années qui suivirent, elle remarqua une dilatation progressive de ses veines à la face dorsale du pied qui s'animaient parfois de battements. Elle avait également noté un allongement et une légère hypertrophie d'un de ses membres inférieurs.

Lors de l'examen, l'on constata en effet les dilatations veineuses et l'allongement réel du membre au niveau duquel la patiente accusait des troubles.

La T.A. était plus élevée de ce côté et il y avait présence à l'extrémité supérieure de la jambe d'un souffle systolique et d'un thrill, disparaissant à la compression de l'artère à un niveau situé un peu plus haut. Rien d'anormal ne fut noté à l'examen du cœur.

Une radiographie révéla la présence de petites géodes disséminées à la moitié supérieure du tibia.

A l'intervention, on constata de nombreuses anastomoses artério-veineuses qui furent ligaturées isolément, aucune poche, aucun sac.

Quatre jours plus tard, à la suite d'une hémorragie, il se produisit une gangrène qui nécessita l'amputation au-dessus du genou.

L'examen histo-pathologique de la pièce montra que les branches de l'artère tibiale antérieure pénétraient dans le tibia où il existait une espèce de réservoir et où artères et veines présentaient également des anastomoses.

Bien que nous n'ayons pas, comme dans ce cas, toutes les pièces à conviction, il nous est permis croyons-nous, en raison de l'évolution

et des signes cliniques et radiologiques, d'en faire au moins le rapprochement.

Le traumatisme invoqué et susceptible d'avoir déclenché les troubles dans le cas de Reid comme dans le nôtre ne paraît pas avoir été qu'un facteur adjuvant bien qu'il ait pu dans une certaine mesure en accélérer l'évolution. Ces fistules dites congénitales ne se manifesteraient pas toujours à la naissance, d'après ceux qui ont fait des recherches sur la nature de ces lésions.

Cependant, il est une autre affection congénitale des vaisseaux que l'on peut soupçonner chez notre malade et c'est l'hémangiome, particulièrement cette variété appelée par les auteurs anglais *Racemose hemangioma* qui veut dire tumeur en grappe et qui s'apparente de très près à la fistule artério-veineuse, au point qu'il est souvent associé avec cette dernière lésion et qu'il est impossible de l'en distinguer. Il évolue sous la forme d'une tumeur pulsatile avec envahissement secondaire du squelette osseux qu'il réussit ordinairement à désagréger par usure.

Il est enfin reconnu que le traitement de ces fistules congénitales est beaucoup plus difficile que celui d'un anévrysme artérioso-veineux parce que souvent les communications sont multiples et situées dans des régions inaccessibles. Les opérations qui consistent dans l'excision, quand la chose est possible, ou des ligatures sont fréquemment suivies de gangrènes qui conduisent à l'amputation.

Enfin, en admettant hypothétiquement si vous le voulez, que notre diagnostic par rétrospective soit bien fondé, il est peut-être heureux que nous n'ayons pas découvert à l'intervention ces anastomoses artério-veineuses qui devaient alors exister parce que, comme bien d'autres, nous aurions été sûrement tentés de pratiquer des ligatures et nous aurions sans doute connu le même résultat, l'amputation du membre.

Notre malade a été opérée il y a déjà neuf ans et, malgré les malaises qu'elle peut ressentir, elle a tout de même conservé son membre.

C'est sans doute la seule consolation que nous ont valu une erreur de diagnostic et un échec opératoire.

# REVUE GÉNÉRALE

## ORGANISATION D'UN SERVICE D'ANESTHÉSIE<sup>1</sup>

Eugène ALLARD,

Chef du service d'Anesthésie de l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Toute autorité hospitalière, progressive et soucieuse d'une bonne tenue scientifique, reconnaît, aujourd'hui plus que jamais, la nécessité d'un service d'anesthésie bien organisé. La raison d'être et l'efficacité d'un tel service ne sont plus mises en doute là où la responsabilité de cet organisme a été confiée à un spécialiste et quand le champ d'action n'a pas subi d'entraves insurmontables.

Tous les individus n'ont pas la même conception de l'anesthésie. Le patient, subissant une intervention, a souvent la fausse impression que le geste anesthésique dure à peine quelques secondes, puisque lui-même perd conscience immédiatement après une injection de pentôthal ou après quelques minutes, si on lui fait inhaler du gaz. Le patient croit généralement qu'aussitôt la narcose provoquée, il est laissé à lui-même, jusqu'à la fin de l'intervention. C'est pourquoi, avant que vous commenciez à l'endormir, il vous demande souvent de lui en donner une quantité suffisante pour toute la durée de l'opération. Peut-être croit-il que l'anesthésie est un acte médical banal, ou encore espère-t-il, par sa demande, faire réduire le compte qu'il devra solder. A tout événement, c'est l'une ou l'autre de ces attitudes que vous avez constatée maintes fois, lorsque votre patient est venu pour payer sa note.

Le médecin praticien, qui, occasionnellement, administre une anesthésie, utilise les substances qui lui sont les plus familières: soit l'éther, soit le chloroforme, soit un mélange des deux à la fois. Dans ces cas, la préparation du malade est souvent inadéquate,

parce qu'il dit bien connaître son patient souvent mieux au point de vue social qu'au point de vue médical. Si l'opération se passe sans accident sérieux, et si les suites sont assez normales, il croit avoir atteint un résultat satisfaisant, mais il a abandonné au chirurgien une grande part de sa responsabilité.

Mais au point de vue du spécialiste, l'interprétation de l'anesthésie est tout autre. Ce dernier s'applique à organiser son service selon les règles de cet « Art ». Je voudrais donc vous entretenir de cette dernière partie.

### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le chef d'un service d'anesthésie, dans tout hôpital, devrait être un médecin qualifié, ayant fait des études sérieuses dans cette spécialité, possédant un certificat de compétence délivré par une école d'anesthésie affiliée à une école de médecine, ou par un corps législatif, comme le collège des médecins et chirurgiens de la Province, le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens, ou autre organisme reconnu comme équivalent.

La plupart des écoles d'anesthésie reconnues exigent trois années d'études post-scolaires avec enseignement théorique et pratique. Pendant ce stage de formation dans une école approuvée, l'étudiant se livre à l'étude des sciences de base, telles que la physiologie, la chimie, l'anatomo-pathologie, la pharmacologie, la physique et l'anatomie avec dissection expérimentale. L'étude de la pathologie chirurgicale et médicale ne doit pas non plus être négligée.

Concernant l'application clinique de l'anesthésie et de ce qui s'y rattache le plus directe-

1. Communication au XXème Congrès de l'A. M. L. F. C., Montréal, septembre 1950.

ment, l'étudiant doit s'entraîner à faire l'examen clinique pré-opératoire et évaluer le risque opératoire en tenant compte de la condition physique et de la résistance de l'individu à toutes les perturbations que l'acte chirurgical pourra provoquer. Il lui faut encore connaître les effets des médicaments et des anesthésiques, ainsi que leurs réactions normales ou toxiques possibles. Enfin, on appréciera l'habileté de l'étudiant à administrer des solutions I.V., à donner des transfusions; à appliquer les méthodes de réanimation respiratoire et cardiaque, ainsi que le traitement du choc et de l'hémorragie. Il est essentiel, pour l'étudiant, de connaître parfaitement toutes les méthodes d'anesthésies régionales ou générales employées pour toutes les interventions de chirurgie générale ou spécialisée, comme il est aussi nécessaire de connaître les procédés de diagnostic et de thérapeutique. La nécessité d'une spécialisation plus poussée s'impose donc, à mesure que le champ d'activité s'agrandit.

L'anesthésiste professionnel fait partie d'une spécialité relativement jeune; s'il veut jouir d'une position égale à celle de ses confrères, lesquels ont toujours occupé une situation en vue comme personnalités médicales de leur hôpital, il doit s'imposer par ses connaissances, ses qualités personnelles et administratives, son prestige et son autorité.

Beaucoup d'entre nous se souviennent encore de l'époque où l'anesthésiste jouait un rôle très secondaire à la salle d'opération. On confiait généralement ce travail à un médecin peu progressif ou échoué en clientèle. Dans les hôpitaux universitaires, c'était un étudiant ou un interne qui recevait l'ordre de tenir le masque sur la face du patient jusqu'à ce qu'il cesse de remuer, ou de l'enlever quand le sang devenait noir. Aujourd'hui, par contre, peu de chirurgiens accepteraient à la fois la responsabilité de l'acte chirurgical et celle de l'anesthésie. Donc, l'anesthésiste a maintenant toute opportunité de traiter à égal avec le chirurgien, s'il sait lui apporter une coopération de beaucoup supérieure à ce qu'on a connu auparavant.

Quand l'anesthésiste sait affronter les pro-

blèmes complexes et les discuter brillamment avec les autres spécialistes de l'hôpital, son opinion est vite considérée et ses compétences sont reconnues. Les autres membres de l'équipe médicale trouvent heureusement en lui un aide précieux, qui prend ses propres responsabilités et contribue beaucoup à alléger celles du chirurgien. Celui-ci peut alors concentrer totalement son attention sur l'acte chirurgical en cours. De ce fait l'anesthésiste sera apprécié pour son importante contribution au succès opératoire.

#### PERSONNEL

Le personnel d'un service d'anesthésie peut se composer d'anesthésistes à plein temps ou à temps partiel.

L'anesthésiste à temps complet doit se dévouer uniquement et exclusivement au service de son hôpital. Il sera donc en mesure de trouver son entière subsistance dans cette institution. Le chef de service de tout hôpital d'au moins cent lits, devrait être un anesthésiste à plein temps.

L'anesthésiste à temps partiel est celui qui consacre seulement une partie de son temps au service de son hôpital. Conséquemment, pour s'assurer un revenu convenable, il doit se livrer à d'autres activités médicales: pratique générale, médecine industrielle, hygiène, laboratoire, recherches, positions administratives ou autres. Ce sont des à-côtés de la spécialité d'anesthésie, qui ne l'empêchent pas toujours d'être bon anesthésiste. Ces situations deviennent inévitables pour plusieurs anesthésistes qui doivent se créer des revenus supplémentaires.

Tout hôpital considérable doit avoir à son service d'anesthésie un médecin résident susceptible d'acquérir des connaissances dans cette science. Ce dernier doit être en mesure d'assister les anesthésistes qui sont parfois totalement absorbés à des cas particuliers. Le médecin résident peut assumer la surveillance des cas simples, mais n'entreprendre aucun travail sous sa responsabilité personnelle. Au contraire, il doit se laisser désigner ses tâches par le chef de service, qui juge de sa compé-

tence. Le médecin résident sera très souvent un excellent candidat qui se dirigera plus tard vers les écoles spécialisées en anesthésie.

Enfin, un service d'anesthésie peut s'adjoindre d'autres médecins pour partager le travail à certaines heures d'affluence. Ces médecins devraient être des élèves des cours d'anesthésie dans les hôpitaux organisés et reconnus à cette fin, ou encore des médecins de pratique générale là où il n'existe pas de relations avec les écoles d'anesthésie. A cause de sa complexité, le problème du personnel anesthésiste ne saurait être résolu par des règles fixes, puisque chaque hôpital a des exigences locales particulières où se pratiquent des spécialisations plus ou moins poussées ou exclusives.

#### NOMBRE D'ANESTHÉSISTES

D'une façon générale, il semble qu'un anesthésiste par cent lits devrait être suffisant, mais ce chiffre n'a rien d'absolu. Il existe, en effet, plusieurs facteurs déterminants, comme le nombre des salles d'opération et la durée de leur utilisation, la lenteur ou la rapidité du travail des chirurgiens, la longue durée inévitable de certaine chirurgie ultra-spécialisée, comme la chirurgie plastique, la neuro-chirurgie, la chirurgie pulmonaire où les grands évidements néoplasiques exigent les services d'un plus grand nombre d'anesthésistes. Pour fixer le nombre adéquat d'anesthésistes, il faut encore tenir compte de la discipline dans les salles d'opération, de l'ordre des programmes et de la ponctualité des chirurgiens.

Une préparation rapide et bien faite dans les chambres des malades fera économiser beaucoup de temps aux anesthésistes. S'il existe un désordre dans le personnel chirurgical et hospitalier, il y a souvent une perte de temps de plus de la moitié, et les efforts tentés par les anesthésistes pour satisfaire les exigences des patients, des chirurgiens et de l'hôpital deviennent inévitablement nuls. Si les heures de travail profitables sont ainsi limitées, les revenus des anesthésistes en sont par conséquent affectés, puisqu'ils dépendent tous de ces facteurs.

#### DEVOIRS

En ce qui concerne ses devoirs, il va de soi que le chef de service porte toute la responsabilité anesthésique auprès des autorités médicales et hospitalières. Tout son temps, ses efforts, son énergie, ses connaissances et sa compétence devront, par conséquent, être dépensés à l'administration de son service.

*Envers leurs sociétés:* puisque l'anesthésie est maintenant reconnue comme une spécialité bien distincte et égale aux autres spécialités médicales, les anesthésistes se doivent de maintenir la norme sociale de leur profession, en participant aux diverses associations locales, régionales, nationales ou internationales. Ils doivent, autant que possible, assister aux réunions et aux congrès, présenter des travaux scientifiques à leurs membres et aux membres des autres spécialités qui peuvent avoir des rapports avec l'anesthésie.

Comme soutien de son association et de sa spécialité, l'anesthésiste contribue au bien-être de ses membres, surveille l'observance des règles de la déontologie et de l'éthique professionnelle. Ses responsabilités touchent non seulement les rapports entre les anesthésistes et leurs confrères, mais aussi ce qui a trait aux contrats avec les hôpitaux, les compagnies d'assurance-santé, les services sociaux de bienfaisance et de philanthropie.

Les obligations sociales de l'anesthésiste lui demandent de contribuer à la stabilité et à la prospérité de sa société, il lui faudra, par exemple, recruter tous les spécialistes, surveiller leurs intérêts, les rendre actifs et dévoués à leur groupement et, lorsque son tour sera venu de remplir un poste, même onéreux, dans son association, il devra accepter avec empressement et donner sa mesure, en vue du progrès de la société.

*Envers leurs confrères:* l'anesthésiste étant un médecin sans clients personnels se trouve forcément en contact avec les patients de la plupart des médecins. Il est donc inutile d'insister sur la discrétion et sur la grande diplomatie qui doivent régner dans les relations cordiales que l'anesthésiste doit entretenir avec

ses confrères. Il doit faire en sorte de ne pas être considéré comme un rival ou comme un concurrent, mais bien comme un aide lorsqu'on voudra bien l'appeler en consultation pour le diagnostic et le traitement de nombreuses affections chirurgicales ou médicales. Les confrères doivent être assurés de sa coopération dans tous les domaines scientifiques que peut offrir un bon service d'anesthésie. Si l'anesthésiste accepte souvent de faire plus que sa part dans le traitement du patient, on se gardera d'abuser de son dévouement.

*Envers leurs assistants:* le chef de service doit choisir ses assistants, et ne pas se les faire imposer, car si les qualités morales sont très importantes, par contre, les qualifications scientifiques du personnel doivent être en rapport avec les exigences du travail à accomplir. Le chef doit pouvoir compter sur un nombre suffisant d'assistants pour lui permettre de partager convenablement la besogne et éviter ainsi toute surcharge de travail. La tension nerveuse qui résulte d'un surcroît se traduit rapidement sur le rendement de tout service. « Trop vite et bien » ne s'harmonisent pas en anesthésie.

Le chef distribue le travail d'une façon juste, raisonnable et satisfaisante pour tous ses assistants. Quand certains anesthésistes démontrent une habileté plus grande pour des techniques limitées à certaines chirurgies spécialisées, il ne faut pas qu'ils accordent leurs préférences à un chirurgien ou à une technique, à l'exclusion de toute autre, puisqu'ainsi ils limitent beaucoup leur champ d'activités. Le travail doit être distribué sur une base rotative, afin qu'aucun service ne soit désorganisé, en l'absence de l'un ou l'autre anesthésiste. Ce n'est pas dans un cadre étroit et rigide que nous formerons des compétences, mais plutôt dans des horizons larges et étendus. Recherchons toujours ce que peut comporter de constructif une suggestion ou une critique bienveillante, en vue de l'amélioration et du progrès du service.

Le chef ne doit pas négliger de fournir tous les moyens de perfectionnement à ses assis-

tants, particulièrement par l'exemple qu'il doit donner, en accomplissant un travail parfait et minutieux, même dans les plus infimes détails. Il étudiera et discutera, privément ou en groupe, des cas compliqués qui peuvent se présenter.

Il faudra fournir à l'anesthésiste l'occasion d'assister aux réunions scientifiques et aux congrès, de faire des voyages d'études à l'étranger, de suivre des cours de perfectionnement, de faire du travail expérimental et des recherches, de présenter des travaux scientifiques et des conférences.

L'assistant, pour sa part, devra être studieux et appliqué à son travail et, en retour, on ne devra pas l'écarter du sens de ses responsabilités sous prétexte qu'il est un subalterne, car l'assistant d'aujourd'hui sera le chef de demain. De plus, il devra posséder toute la compétence exigée pour prendre charge du service en l'absence de son patron, ou recueillir sa succession lorsqu'il abandonnera la tâche.

La condition économique et sociale de l'assistant est très importante et, en conséquence, on ne devra jamais le priver d'un standard de vie ou d'un revenu égal à celui de tout assistant dans une autre spécialité médicale ou chirurgicale.

La somme de travail doit toujours être proportionnée à ses capacités, et il faut régler les heures de service, pour lui permettre de prendre ses repas en temps et un repos suffisant pour qu'il soit toujours dispos à la reprise de son travail.

A la moindre constatation de tension nerveuse chez l'anesthésiste, il faut en rechercher la cause et, s'il y a lieu, lui accorder un congé, qui sera beaucoup plus profitable à son rétablissement surtout si on a prévu pour lui une pension au cas de maladie ou de retraite.

*Envers l'administration hospitalière:* jusqu'à ces derniers temps, les chirurgiens ont toujours occupé une place prépondérante dans l'administration de l'hôpital, parce que leurs gestes sont plus spectaculaires, ou qu'ils sont de gros fournisseurs de patients, mais les anesthésistes n'en apportent pas moins leur ca-

pital travail, avec toute leur énergie, leur personnalité, leur prestige, leurs connaissances et leur dévouement.

La bonne renommée et le bon rendement d'un hôpital ne peut se maintenir sans une compréhension parfaite entre le corps administratif et le corps médical, additionné d'un effort soutenu et constant de la part du personnel médical et hospitalier.

Aussi, l'anesthésiste, qui passe ses journées complètes dans l'hôpital, a, bien plus souvent que d'autres, l'occasion de découvrir certaines lacunes qui pourraient être corrigées à l'avantage et au profit de l'hôpital et des patients. Ses conseils ont pu parfois éviter des erreurs grossières, principalement dans la construction, la réparation ou la transformation de salles d'opération, de salles de réanimation, de transfusions ou autres.

Lorsqu'il s'agit de faire l'achat d'appareils ou d'accessoires servant à l'anesthésie ou à l'oxygénothérapie, il est de son devoir de contrôler la quantité et la qualité du matériel nécessaire à l'hôpital, et de maintenir à un haut point d'efficacité et d'économie tous les accessoires anesthésiques.

Plusieurs petits hôpitaux ont récemment choisi leur chef anesthésiste comme directeur médical; sa présence continuelle dans l'hôpital, son contact journalier avec les patients, le personnel médical et hospitalier le rendent bien en mesure d'occuper cette position.

*Envers les patients:* la première préoccupation de l'anesthésiste est le patient. Celui-ci, en effet, se présente à l'hôpital en vue d'y recevoir tous les soins préventifs et curatifs que son affection peut exiger. L'anesthésiste, donc, de concert avec tout le personnel médical et hospitalier, doit apporter sa pleine contribution au rétablissement rapide et parfait de l'individu, pour lui permettre de reprendre sa position antérieure avec entrain et bonne humeur. Pour bien remplir son devoir envers le patient, l'anesthésiste doit posséder une connaissance parfaite de son art, pour permettre au chirurgien de pratiquer toute intervention et, en même temps, fournir au malade une

naïve qui lui procure le confort et la sécurité qu'il est en droit d'attendre.

Pour en arriver à ce but, l'anesthésiste doit prendre contact avec le patient et lui fournir avec discernement quelques informations concernant son comportement vis-à-vis l'acte opératoire. Pour le malade, l'opération est généralement un événement exceptionnel ou extraordinaire au cours duquel il croit risquer sa vie ou être un héros. Dans ces circonstances, il aime qu'on lui porte un peu d'attention et qu'on le prépare avec grand soin. Si cet événement est considéré comme banal pour le chirurgien ou l'anesthésiste il n'en va pas de même pour le patient.

La visite pré-opératoire contribue donc à conquérir la confiance de l'opéré, à le convaincre du succès opératoire, à diminuer son anxiété et à rendre moins angoissantes les heures pré-opératoires. Au cours de cette visite, l'anesthésiste doit se renseigner sur l'état de santé antérieur du patient et sur les états morbides pouvant troubler le cours normal des interventions et des suites; il doit aussi voir à ce que le dossier soit convenablement complété avec les résultats des examens cliniques, des recherches du laboratoire: urines, numération globulaire, temps de saignement et de coagulation, azotémie, glycémie, électrocardiogramme et autres en rapport plus direct avec l'intervention proposée.

La visite pré-opératoire doit également comporter un examen physique sommaire pour juger du risque opératoire, de l'aptitude à subir l'anesthésie et l'intervention et, enfin, pour déterminer la méthode d'anesthésie à employer. Ensuite, à la lumière de ces renseignements, l'anesthésiste remplit la feuille d'observations d'anesthésie, où il indique la réaction aux médicaments ou aux anesthésies antérieures, les états pathologiques importants, le diagnostic, la classification du risque opératoire et, enfin, la prémédication bien appropriée à l'individu, à l'anesthésie et à l'opération proposée.

L'anesthésiste doit être au fait de toutes les méthodes d'anesthésie, par inhalation, rachi-

dienne, épidurale, régionale, intraveineuse ou rectale, ainsi que de tous les procédés diagnostiques et thérapeutiques en rapport avec les algies rebelles. Au cours de l'intervention, il doit accorder au malade une parfaite oxygénation et lui fournir toute la thérapeutique nécessaire pour le maintien de l'équilibre physiologique, au moyen de la fluïdo-thérapie, des transfusions, et de la médication sédatrice ou stimulante. Il doit également exercer une surveillance constante du patient et enregistrer sur la feuille d'anesthésie la T.A., le pouls, la respiration, toute la médication employée et les réactions morbides qui se produisent.

Une fois l'opération terminée, l'anesthésiste doit s'assurer du bien-être de son patient jusqu'au réveil complet et permettre le rétablissement aussi parfait que possible des fonctions physiologiques qui ont subi des perturbations au cours du traumatisme chirurgical. A la salle de réveil, le malade est sous l'entière responsabilité de l'anesthésiste jusqu'à ce que ce dernier le juge à l'abri de toute complication possible au cours de son transport à son lit.

Cette salle de réveil est munie d'appareils pour les traitements d'urgence dans les cas de réanimation, de collapsus, de choc, d'hémorragie et de dépression respiratoire à la suite d'intoxication accidentelle ou médicamenteuse. Les services d'oxygénothérapie et de transfusions doivent être accessibles vingt-quatre heures par jour.

*Envers l'enseignement:* les responsabilités de l'anesthésiste touchent aussi le domaine de la formation des nouveaux anesthésistes. D'une façon générale, le monopole de l'enseignement théorique et des sciences de base appartient à nos universités, qui s'acquittent d'ailleurs admirablement de leurs obligations; mais dans certains cas particuliers, et principalement dans les régions où les compétences en anesthésie sont encore passablement limitées, nous ne devons négliger aucune ressource qui pourrait s'avérer utile à la formation de nouveaux anesthésistes.

Certains hôpitaux, même régionaux, pourraient participer à la formation de nouvelles recrues. Cette initiative aurait l'avantage de

permettre aux étudiants en anesthésie de prendre contact avec des spécialistes formés à des écoles différentes et possédant des méthodes et techniques variées que l'on ne peut trouver chez un seul professeur ou dans un seul hôpital.

Quand trop d'élèves dépendent d'un seul chef, ce dernier ne peut leur accorder l'attention qu'il apporterait à la surveillance étroite d'un seul élève. Les élèves peuvent également rendre service tout en retirant de grands avantages scientifiques. En utilisant tous les moyens à notre disposition pour former de nouveaux anesthésistes, nous éviterons à nos jeunes médecins de chercher ailleurs un enseignement qui ne sera pas toujours supérieur au nôtre.

Quand les anesthésistes seront à la hauteur des tâches ainsi énumérées, ils ne manqueront pas de s'imposer rapidement en se rendant indispensables à tous les services de l'hôpital. On reconnaîtra le droit d'existence du service d'anesthésie, au même titre que tous les autres, et on accordera aux anesthésistes tous les privilèges qu'ils sont en droit d'attendre.

#### ASPECT ÉCONOMIQUE

Les qualifications requises dans cette spécialité n'ayant rien d'inférieur à celles des autres secteurs du corps médical, le spécialiste espère se faire un revenu comparable à celui de ses confrères.

Pour que les anesthésistes qualifiés limitent leurs activités à celles de leur art, il faut leur assurer les moyens de subsistance convenable dans la pratique de leur spécialité. Pour plusieurs raisons, il est difficile aux anesthésistes de répondre aux exigences de l'hôpital et d'y trouver un revenu suffisant; et, à moins d'un bon ordre, il est impossible d'y pallier. D'abord, le même anesthésiste aurait souvent plusieurs malades à endormir à la fois, mais il doit, assez fréquemment, perdre un temps précieux à attendre les chirurgiens retardataires. Les programmes mal préparés et les interventions plus longues que prévues sont encore des obstacles.

Il faut enfin admettre que l'anesthésiste peut difficilement s'adapter aux programmes opératoires et gagner raisonnablement sa vie, à cause du caractère individuel de son travail. Une enquête faite au début de 1950 a établi que, dans une ville de deux cent mille âmes, aucun anesthésiste ne pouvait gagner sa vie dans un seul hôpital. La situation n'a pas sensiblement changé depuis. D'après cette enquête les anesthésistes sont obligés de partager leur travail entre plusieurs hôpitaux, ou avoir recours à des à-côtés de l'anesthésie; il en résulte nécessairement une diminution de rendement en faveur de leur hôpital.

Le fait que l'anesthésiste doit employer souvent la moitié de ses heures de travail à des besognes non rémunératrices, d'organisation, d'administration, de surveillance et maintien du matériel, l'expose à ne pas être suffisamment rémunéré dans son propre hôpital. La visite des malades, l'oxygénothérapie et la réanimation rapportent rarement à sa caisse.

La situation devient précaire, quand un grand nombre de patients sont des indigents ou viennent de l'Assistance Publique. Quand la moitié du travail de l'anesthésiste est absorbé par des malades d'Assistance Publique, par des indigents ou par des besognes non rémunératrices, un revenu suffisant ne peut être atteint qu'en doublant la somme de travail, ce qui semble incompatible avec un rendement efficace, ou encore en exigeant des honoraires plus élevés de la part du petit nombre de patients qui paient leur compte. Cette dernière solution nous paraît assez injuste.

Quand l'anesthésiste est rémunéré lors de l'acte médical, l'équilibre se trouve plus juste pour le spécialiste et pour le patient. En face d'une telle situation, les anesthésistes croient avoir trouvé une solution équitable à leur problème.

Après avoir constaté que le travail individuel donne généralement des bons résultats à l'hôpital où exerce un seul anesthésiste, on a remarqué, au contraire, que le travail d'équipe à plusieurs anesthésistes indépendants provoque souvent une concurrence financière qu'on a qualifié de « course au trésor ». Ce phéno-

mène ne se produit, par contre, jamais quand le travail est partagé indistinctement entre toute l'équipe. Ainsi, on élimine les parasites, toujours à la recherche des cas privés de courte durée alors qu'ils se sentent incompétents pour les interventions de longue durée ou pour les cas compliqués qui demandent beaucoup d'attention pré ou post-opératoire.

Il y aurait intérêt à ce que chaque anesthésiste puisse appliquer tous ses talents en faveur du plus sérieusement atteint de tous ses patients, sans jamais considérer son état financier. Le succès de l'intervention en cause et la sécurité du patient devraient seuls intéresser l'anesthésiste sérieux.

L'application de ce principe a été réalisé au moyen d'un système appelé « Pool », c'est-à-dire que tout le travail est fait en commun sous les ordres du chef de service, sans considération de patients. Ensuite, les fruits de la perception sont déposés dans une caisse commune. Pour la réalisation de ce plan, on organise un bureau de perception de tous les honoraires redevables aux médecins du service, et on partage les montants perçus entre les anesthésistes selon des proportions établies et convenues d'avance entre le chef et ses assistants. Les dépenses du secrétariat, de l'administration, de la tenue du bureau et de la perception sont ou bien absorbées par l'administration hospitalière, ou bien par le service d'anesthésie. Dans l'une ou l'autre de ces alternatives, les honoraires à être perçus des patients doivent être fixés par les anesthésistes eux-mêmes et aucune déduction ne peut être faite sans leur consentement. La comptabilité est tenue séparément et tous les anesthésistes ont accès aux livres. Toute l'autorité du bureau de perception échoit au chef du service.

#### CONTRATS

Ce système de perception en commun fonctionne d'après une entente convenue et dictée par contrat, sans ambiguïté, rédigé selon les règles de l'éthique professionnelle. Ce contrat ne permet aucune exploitation de la part de l'hôpital, du chef de service ou des assistants.

Les honoraires professionnels sont perçus du patient à l'occasion de l'acte médical, sans que l'hôpital n'opère aucune retenue. L'hôpital a droit à ce qui entre dans le service hospitalier, comme le coût d'utilisation de ses appareils, le coût des substances anesthésiques, gaz, sang, sérums ou tout autre produit pharmaceutique. Il n'est exigé aucune remise de la part du chirurgien pour payer le catgut, les gazes, l'usage des instruments, la stérilisation, etc. Les anesthésistes sont dans le même cas, et le tout doit être chargé aux patients.

Pour être valide, le contrat doit être signé par les parties intéressées, qui se trouvent liées par les engagements conclus, à l'exclusion de toute tierce partie. Un premier contrat est établi entre l'administration de l'hôpital et le chef de service. Un second contrat lie ensuite le chef et ses assistants.

Parmi ses engagements l'hôpital doit d'abord reconnaître au chef le droit d'organiser et de faire fonctionner son service selon un système qui a été exposé dans tous ses détails. Le contrat spécifiera, en outre, que l'hôpital doit fournir gratuitement aux anesthésistes tout le matériel nécessaire aux soins des patients en rapport avec l'anesthésie. Il est même conseillé d'en fournir une énumération détaillée.

Quand la perception est effectuée par l'hôpital, il est nécessaire de spécifier qu'aucun rabais ne peut être consenti sans l'autorisation du chef de service. Les livres de comptabilité doivent en tout temps être accessibles aux anesthésistes qui doivent contrôler efficacement la perception des honoraires, ainsi que les remises au chef de service.

Advenant le cas où le nombre des indigents et des clients d'Assistance Publique devient trop grand, ou que le travail accessoire est trop captivant, il est important de fixer un mode de rétribution en faveur des anesthésistes, soit sous forme de salaire de base, ou autres allocations. Toujours d'après contrat, la durée des vacances doit être fixée, proportionnellement aux années de service. Une clause doit aussi prévoir les voyages d'études, l'assistance aux congrès et réunions de sociétés d'anesthésistes, etc. Enfin, des organismes adé-

quats assument la responsabilité médico-légale contre les réclamations plus ou moins justifiées des patients.

D'après les clauses signées, le chef de service doit assumer toute la responsabilité de l'organisation et du rendement du personnel anesthésiste. Il doit aussi être présent tous les jours, avec un nombre suffisant d'assistants, pour exécuter le travail qui s'impose et assurer un service de garde perpétuel. Quand les services d'obstétrique sont achalandés, l'anesthésiste de garde doit demeurer continuellement dans l'hôpital.

Pour les honoraires, les anesthésistes doivent inscrire sur une carte de rapport quotidien le coût de leur réclamation et déposer au bureau de perception tous les comptes réclamables. Le chef s'engage également à recevoir, discuter et étudier à son mérite toute plainte contre un membre du service, en rapport avec son travail ou ses relations professionnelles. Afin d'éviter toute mésentente dans l'application de ce contrat, il serait désirable d'en faire prendre connaissance au bureau médical pour approbation, et s'assurer ainsi d'une collaboration dans les difficultés qui pourraient se présenter dans l'avenir.

Le contrat avec le chef de service doit avoir une portée d'au moins trois ans. Les hôpitaux étant des institutions séculaires qui auront toujours besoin d'anesthésistes, n'auront généralement aucune objection à s'engager, même pour une période assez prolongée avec un chef de service qui a déjà donné des preuves. Ainsi, quand le contrat a une portée de plusieurs années le chef peut offrir des garanties plus stables à ses assistants.

Enfin, un comité d'arbitrage, légalement constitué, doit trancher les différents sur l'interprétation du contrat, et sa décision est irrévocable.

Pour ce qui est maintenant du contrat entre le chef et ses assistants, il se trouve singulièrement simplifié, quand les médecins sont à salaire, mais il devient plus complexe si les assistants sont participants au « Pool ».

Les principaux engagements des assistants sont d'accepter le travail sous la direction du

chef et de se rendre à l'hôpital aux heures fixées, soit pour les heures de garde prévues à l'avance. Le chef, par contre, s'engage à accorder deux ou trois semaines de vacances par année à une date convenue et avec pleine rémunération. Il accepte, de plus, de payer un salaire fixe ou de partager à la fin de chaque mois en donnant à chacun son pourcentage des revenus déposés à la caisse du service, après déduction de toutes dépenses.

La règle générale est de fixer à un an la durée de ce contrat qui doit se renouveler automatiquement, à moins d'un avis contraire, donné trente jours avant son expiration.

Pour permettre à l'assistant de bénéficier d'une promotion au cours de l'année, on peut ajouter qu'aucun départ ne sera accepté, sauf pour raisons de santé, à moins d'un avis donné quatre-vingt dix jours avant ce départ. De cette façon, un assistant qualifié peut accepter une position plus avantageuse, et le chef peut, pendant ce laps de temps, lui trouver un remplaçant. Dans les cas où les revenus de tous les anesthésistes sont déposés dans une même caisse et sont ensuite distribués selon un pourcentage établi, il faudra nécessairement prévoir des clauses concernant le départ définitif d'un médecin participant aux revenus. Ce dernier, en effet, aura droit à une part d'honoraires qui ne seront payés que plus tard, pour le travail effectué avant son départ. Dans le cas d'une absence temporaire de plus d'un mois, on doit accorder à l'absent la moyenne

de pourcentage qui lui revient. A son retour, le chef pourra toujours établir une nouvelle échelle des taux. A la dissolution du service, on doit remettre aux assistants les sommes proportionnelles, jusqu'à l'épuisement total des réserves en caisse. Enfin, un comité d'arbitrage devra trancher tout différend sur l'interprétation du contrat et sa décision sera finale et sans appel.

Les dispositions du contrat peuvent varier selon les exigences de l'hôpital et des anesthésistes, mais la reconnaissance des services professionnels rendus et l'observance rigoureuse des règles de l'éthique médicale aideront à éliminer les ennuis et les fausses interprétations, qui sont les fruits des positions mal définies.

Enfin, je viens de résumer pour vous les dispositions à prendre pour l'établissement d'un service d'anesthésie. J'en ai profité pour vous rappeler les devoirs et obligations des anesthésistes envers leur spécialité, leurs confrères, leurs assistants, les hôpitaux, les patients et la formation de nouveaux anesthésistes.

Je me suis également un peu attardé à l'aspect économique et aux principales clauses qui devraient être incluses dans un contrat, afin d'en assurer la bonne application.

Par l'observance de ces données, j'ose croire qu'on pourra fournir des services professionnels égaux, sinon supérieurs à ceux des autres spécialités, toujours pour le plus grand bien des patients et le progrès de la science médicale.

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 80, No 3 — Montréal, mars 1951

LA CHIRURGIE DU CŒUR ET  
DES VAISSEAUX

Dans cette même rubrique, je vous ai parlé, en août 1948, des cœurs chirurgicaux. D'une chirurgie pleine d'espoir et d'avenir, nous attendions les résultats. Je viens aujourd'hui vous les présenter et ajouter ceux de notre expérience personnelle. Tout médecin doit se convaincre qu'un certain nombre d'affections cardio-vasculaires peuvent être guéries par la chirurgie. Je suis convaincu qu'un grand nombre de cardiaques meurent dans notre province parce qu'ils en ont été privés. Le médecin doit savoir que la phase expérimentale a fait ses preuves et des statistiques éloquentes le démontrent. Les progrès ne sont pas terminés, mais il faut les connaître dans le plus grand intérêt du patient. Dans cet esprit, nous passerons en revue un certain nombre de syndromes et essaierons, à l'occasion de chacun, de faire une mise au point.

*La persistance du canal artériel.*

Pendant la vie fœtale, le canal artériel relie normalement l'artère pulmonaire à l'aorte. Les poumons collabés demandent une quantité très réduite de sang et le ventricule droit le pompe dans la grande circulation par l'inter-

médiaire de ce canal. Normalement, celui-ci se ferme à la naissance ou pendant la première année. Dans certains cas, et pour des raisons ignorées, il persiste. La pression intra-aortique étant supérieure à la pression de l'artère pulmonaire, le sang passe de la grande vers la petite circulation. Il se produit ainsi une fuite dont l'importance est fonction du diamètre du canal. Ce shunt oblige le ventricule gauche à travailler davantage tout en augmentant inutilement la pression de la petite circulation. Cette anomalie conduit, à plus ou moins longue échéance, à l'insuffisance cardiaque. Cliniquement, le diagnostic ne présente, en général, aucune difficulté et peut être fait au bureau du médecin, avec le stéthoscope seulement. En effet, la persistance du canal artériel donne lieu à un souffle très intense localisé au foyer pulmonaire, c'est-à-dire dans le deuxième espace intercostal gauche. Ce souffle est continu, donc systolodiastolique et il est assez rude.

Gross, en 1938, ligatura, pour la première fois, un canal artériel. Il le sectionne, aujourd'hui. Il a maintenant opéré 412 patients avec une mortalité de 2,1%. Il a donc guéri ses malades dans un proportion de 97,9%, car toute section réussie d'un canal assure une guérison permanente. Devant ce fait, peut-on plus longtemps rester inactif devant un souffle continu au foyer pulmonaire? Le médecin de famille surtout ne peut plus rester indifférent s'il veut dépister, chez les jeunes, cette anomalie guérissable. Nous suivons trois fillettes opérées pour cette anomalie. Elles se portent à merveille 11½ an, 1 an et 3 mois après l'intervention. Le dernier cas a été fait par le docteur

P.-M. Ricard et a été rapporté. Je suis personnellement convaincu qu'on doit opérer sans hésiter toute persistance du canal artériel découverte avant l'âge de 20 ans. Peu de parents se refuseront à ce geste qui guérira leur enfant si la situation leur est clairement expliquée. La mortalité opératoire extrêmement faible constituera l'argument décisif.

#### *Coarctation de l'aorte.*

On appelle ainsi un rétrécissement congénital de la lumière aortique, situé au-dessous de l'origine de l'artère sous-clavière. La vie est possible grâce au développement d'une circulation collatérale qui relie les aortes sus et sous-jacentes à l'obstacle. On peut facilement poser ce diagnostic au bureau. Il s'agit, en général, d'un sujet jeune, hypertendu. A l'auscultation, on entend un souffle systolique à la base ou dans le dos ou les deux. Les artères fémorales, tibiales et pédieuses ne battent pas ou peu. La pression des membres supérieurs est élevée, celle des membres inférieurs est pratiquement nulle. Ces patients sont sujets à tous les incidents et accidents qui découlent de l'hypertension: hémorragie et insuffisance cardiaque en particulier. Les cas non opérés dépassent rarement la quarantaine.

Gross, de Boston, et Crafoord, de Suède, firent, presque en même temps, l'opération en 1945. Celle-ci consiste en la section du segment sténosé et l'abouchement bout à bout ou par l'intermédiaire de l'artère sous-clavière des aortes sus et sous-jacentes à la sténose. Gross a publié les résultats obtenus chez ses cent premiers opérés: 11 patients sont décédés et chez 9 l'intervention n'a pas pu être faite à cause

de difficultés techniques rencontrées à l'ouverture du thorax. Chez les 80 patients opérés avec succès, la pression n'a pas changé chez 1, elle a diminué chez 8 et est devenue normale chez 71. L'hypertension artérielle fut donc guérie 71 fois et ces résultats justifient amplement l'acte opératoire. Nous avons confié au docteur P.-M. Ricard un patient hospitalisé d'urgence à la suite d'une hémorragie nasale inquiétante. Quinze jours après l'opération, la pression artérielle des membres supérieurs était normale et les artères des membres inférieurs battaient bien. Ce jeune homme demeure guéri de son affection vasculaire un an et demi après l'opération.

Personnellement, je n'hésite pas à conseiller l'opération chez tout sujet porteur de cette anomalie congénitale si la pression artérielle est élevée. Il ne faut pas attendre l'apparition des symptômes. A ce moment, l'heure propice aura probablement été dépassée et la victime sera obligée de subir le traitement purement symptomatique d'une paralysie ou d'une insuffisance cardiaque.

#### *La tétralogie de Fallot.*

On appelle ainsi l'association des lésions congénitales suivantes: chevauchement de l'aorte sur les deux ventricules, sténose de l'artère pulmonaire, communication interventriculaire et hypertrophie du ventricule droit. Le principal symptôme de cette maladie est la cyanose. Celle-ci est permanente et s'accroît à l'effort. On sait aujourd'hui que 80% des enfants bleus sont porteurs de cette série de malformations. Afin de corriger cette situation, Blalock et Taussig, de Baltimore, ima-

ginèrent une technique qui consiste à augmenter l'oxygénation de sang mixte par le poumon en anastomosant l'artère sous-clavière à une artère pulmonaire. Au premier congrès international de cardiologie, tenu à Paris en septembre dernier, Taussig et ses collaborateurs nous firent savoir les résultats obtenus chez les 828 premiers opérés. La mortalité fut de 20%, mais plus de 80% des malades qui avaient retiré un bienfait réel de l'opération se portent bien 6 mois à 5 ans après. Devant ces chiffres, le médecin a le devoir de faire examiner tous les cas de maladie bleue. Sans intervention, très peu d'enfants dépasseront la quinzième année. Dans ces conditions, le risque opératoire de 20% se compare à un risque de mortalité de pratiquement 95% dans les quinze premières années de vie. L'âge idéal pour intervenir se situe entre 2 et 6 ans. A l'heure actuelle, très peu d'enfants bleus du Québec profitent de cette chirurgie parce que trop de médecins condamnent ces sujets à leur évolution normale, c'est-à-dire fatale à brève échéance. Ces cyanosés ont tout à gagner et pas grand chose à perdre d'une chirurgie qui a rendu célèbre les noms de Taussig et Blalock. Tous ne seront pas guéris, mais tous bénéficieront au moins d'une tentative sincère d'amélioration.

#### *La péricardite constrictive.*

Cette étrange maladie, d'étiologie souvent inconnue, comprime lentement, dans un péricarde qui s'épaissit, se durcit et se calcifie, un cœur par ailleurs normal. La diastole cardiaque est gênée d'où stase veineuse dans les territoires de la veine cave supérieure et inférieure. A la période d'état, le médecin cons-

tate les signes typiques de l'insuffisance ventriculaire droite: hépatomégalie, ascite, œdème des membres inférieurs. Les tonicardiaques, les diurétiques même mercuriels, le régime déchloruré améliorent temporairement une situation qui, rapidement, évoluera vers l'aggravation. Devant cet échec médical, surtout si le sujet est jeune, le médecin doit penser à la péricardite constrictive. Une radiographie du thorax confirmera souvent le diagnostic en montrant un liséré calcaire dessinant le contour gauche ou diaphragmatique du cœur. Le diagnostic posé, le cas devient automatiquement chirurgical. L'opération consiste à *éplucher* patiemment le péricarde jusqu'à ce que le cœur ait trouvé une expansion normale. Nous avons confié deux patients au docteur P.-M. Ricard. Le premier demeure guéri depuis 4½ ans et travaille sans éprouver le moindre symptôme. Le second patient a nécessité deux interventions successives. Dans un premier temps, le péricarde entourant les surfaces antérieure, latérale et diaphragmatique du ventricule gauche fut réséqué. Trois mois plus tard, les œdèmes avaient réapparu. Un deuxième temps fut accepté et, cette fois, ventricule droit, oreillette droite, veines caves supérieure et inférieure furent libérés. Le patient est très bien et circule librement trois mois après cette seconde intervention.

#### *La sténose mitrale serrée.*

De toutes les lésions valvulaires, la sténose mitrale serrée est, en général, la plus mal tolérée. Elle conduit rapidement à l'incapacité totale et son évolution est souvent marquée par les épisodes dramatiques d'un œdème aigu.

d'une hémoptysie importante ou d'accidents emboliques divers et multiples. Les jeunes qui sont ainsi arrêtés, alités, et menacés à tout instant, nous supplient de les aider. Jusqu'à ces derniers temps, nous avons à leur offrir une thérapeutique médicale symptomatique et insuffisante. Je demeure encore impressionné par la mort de deux patients de moins de trente ans. Le premier, une jeune fille de 26 ans, avait travaillé toute l'après-midi lorsque, subitement, à la suite d'un effort, se développa une dyspnée paroxystique, puis une noyade pulmonaire que nous fûmes impuissant à contrôler. L'autre, un homme de 29 ans, fit un accident cérébral pendant son sommeil et mourut quelques heures plus tard. La chirurgie est venue à notre secours. Bailey, Glover et O'Neil, de Philadelphie, ont mis au point une technique qui permet d'agrandir l'orifice mitral par une ou plusieurs sections des commissures d'où le nom *commissurotomie*. Le docteur E. Gagnon a pratiqué cette intervention chez huit patients. Dans un prochain numéro de ce journal, nous discuterons longuement cette question et décrirons les résultats obtenus chez nos sept premiers cas. Nos deux premiers ont été opérés en février et mars 1950. Le recul du temps est suffisant pour affirmer que les résultats obtenus chez eux ont dépassé nos espoirs et nous encouragent à proclamer la valeur inestimable de cette chirurgie. Nous avons perdu deux malades mais nos quatre derniers cas ont survécu à l'acte chirurgical. Nous croyons qu'avec l'expérience acquise par ces cas nous serons en mesure d'abaisser la mortalité opératoire à un taux si petit qu'il encouragera patient et médecin à profiter de ce traitement.

Nous sommes stimulés par les résultats obtenus à Philadelphie où, sur 86 opérés, 10 sont décédés dont 4 seulement dans les 60 derniers cas. Encore ici, il est utile de comparer le risque opératoire en fonction de la gravité de la maladie. Personnellement, je considère que tout patient, âgé de moins de 40 ans, atteint de sténose mitrale serrée, devient un cas chirurgical lorsque le médecin constate la persistance des symptômes ou leur évolution, malgré une thérapeutique médicale bien dirigée. Evidemment, chaque cas doit être très soigneusement étudié car seule la sténose mitrale serrée bénéficie de cette opération. Tous nos malades avaient subi des complications sérieuses de la maladie et n'ont pas hésité à suivre notre directive. Je suis, aujourd'hui, convaincu que le sténosé mitral qui est immobilisé au moindre effort par la dyspnée, qui crache le sang, qui a eu un ou plusieurs épisodes emboliques, qui, en d'autres termes, mène une vie végétative et déprimante, n'a rien à perdre et tout à gagner d'une chirurgie qui a fait ses preuves et a dépassé la phase expérimentale.

*Angine de poitrine et  
infarctus du myocarde.*

Dans ce domaine, la chirurgie nous a donné plusieurs techniques dont aucune n'a encore fait ses preuves chez l'être humain. Les interventions sur le sympathique préconisées par White et par Leriche, les opérations de Beck sur le péricarde, les transplantations de l'artère mammaire de Vineberg, la ligature de la veine coronaire et la dénervation des coronaires de Fauteux, sont autant de solutions à un problème encore complexe. Toutes ces techniques ont leur valeur et leur mérite.

Mais, dans ce domaine, l'expérimentation se fait sur des coronaires normales d'animaux, tandis que la chirurgie s'effectue sur des coronaires pathologiques d'humains. Cette différence rend très difficile l'étude de ce problème et nous devons admirer ceux qui l'abordent. Je suis certain que l'effort de ces chercheurs nous vaudra, un jour, une thérapeutique chirurgicale efficace. Nous en avons grand besoin car, avouons-le, notre thérapeutique médicale soulage sans changer grand chose au cours d'une maladie fatale en soi. Qu'il me soit permis de rappeler les travaux de Fauteux dont la mort prématurée a laissé une œuvre inachevée. Les idées de Fauteux germeront. D'autres profiteront des innombrables expériences qu'il a publiées au cours de ses quinze années de recherches. D'autres compléteront la série impressionnante des 78 cas qu'il a opérés. Puisse cette œuvre se continuer chez nous et constituer pour la médecine canadienne-française une page glorieuse de son histoire.

#### *Hypertension artérielle essentielle.*

L'hypertension artérielle essentielle est une des maladies les plus meurtrières de la médecine. Elle conduit aux accidents graves et soudains de l'hémorragie cérébrale, de l'œdème aigu, de la thrombose coronarienne. Elle s'associe souvent au diabète, à l'angine de poitrine et à la glomérulo-néphrite. Elle se complique, tôt ou tard, d'une insuffisance cardiaque, d'une insuffisance rénale et de l'urémie. La thérapeutique médicale est, il faut se l'avouer, purement symptomatique. D'ailleurs, il ne saurait en être autrement tant que la cause de cette maladie demeurera ignorée. On comprend fa-

cilement l'enthousiasme que suscita la chirurgie du sympathique qui, au début, semblait donner des résultats presque constants. Le temps passa et on dut admettre que la chirurgie ne guérissait pas tous les hypertendus. Il ne faut pas en être surpris car un grand nombre de facteurs sont en jeu. Les chercheurs vont, chaque jour, un peu plus loin dans la connaissance de ces facteurs. Je ne saurais passer sous silence, ici, les recherches de Selye et ses collaborateurs. Sans partager l'enthousiasme du début, il faut se garder d'une apathie trop profonde. La chirurgie du sympathique a encore une place de choix dans l'arsenal thérapeutique de l'hypertension essentielle. Nous avons confié au docteur Claude Bertrand cinq patientes âgées de moins de 45 ans. Chaque fois l'opération fut décidée parce que nous considérions la vie immédiate de la malade en danger. Nous n'avons perdu, à date, aucune de ces malades qui ont toutes bénéficié de l'intervention. Nous sommes même surpris des résultats obtenus, non pas tant sur la pression que sur l'arrêt des accidents qui avaient justifié l'acte opératoire. Je crois avec conviction qu'un grand nombre d'hypertendus tireraient avantage d'une intervention en attendant que soient découverts la Cause de cette maladie et le Médicament curateur. Dans certains cas, le médecin doit exposer au malade la situation avec délicatesse, loyauté et sincérité.

\*  
\* \* \*

La chirurgie cardio-vasculaire est à ses débuts et, pourtant, elle progresse à pas de géant. Elle s'attaque chaque jour davantage à tous les problèmes

cardio-vasculaires. Qu'il le veuille ou non, le cardiologue sera obligé de se servir de cette chirurgie naissante mais déjà vigoureuse. Nous regrettons qu'il n'existe pas un seul centre Canadien-Français suffisamment équipé pour participer aux progrès de cette nouvelle orientation. Nous appliquons avec retard et au meilleur de notre connaissance ce qui se fait ailleurs. Nos chirurgiens sauvent des cas désespérés qui encombrant salles et dispensaires. Nos moyens de diagnostic, surtout en ce qui concerne les cas souvent compliqués de maladie bleue sont insuffisants. Nos hôpitaux hésitent à acheter les appareils dispendieux de rayons X ou de laboratoire qui seraient d'un grand secours mais d'usage peu fréquent. Nos chirurgiens n'ont aucune facilité pour étudier, pratiquer et améliorer ces

techniques nouvelles. Je pense qu'il serait urgent de mettre sur pied, dans notre milieu canadien-français, un centre bien équipé qui irait de l'avant avec les centres déjà célèbres de Baltimore, Chicago, Philadelphie, Mexico, Stockholm, Paris, etc...

Nous vous avons fait part de notre expérience personnelle dans ce domaine de la chirurgie cardio-vasculaire. Nous profitons de cette occasion pour remercier les chirurgiens Bertrand, Gagnon et Ricard qui sont dans notre milieu hospitalier les pionniers de cette chirurgie. Leurs résultats prouvent leur compétence. Pussions-nous la reconnaître davantage et leur donner l'occasion de soulager et de sauver un plus grand nombre de patients.

Paul DAVID.

---

## VARIÉTÉS

---

### LA DÉCOUVERTE DE LA CIRCULATION PULMONAIRE ET GÉNÉRALE

#### UN MÉDECIN ARABE ?

Albert LeSAGE (Montréal).

En médecine, il y a une tradition et une évolution que nous devons connaître si nous voulons apprécier à leur juste mérite les recherches des anciens et le bénéfice que nous en avons tiré. Ainsi le professeur Binet, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, et son collaborateur Herpin, dans une communication à l'Académie de Médecine sur la *découverte de la circulation pulmonaire* ont essayé de montrer que *Michel Servet* ne devait pas revendiquer la paternité des connaissances actuelles qu'on lui impute sur *la circulation du sang*.

D'après eux, il se serait inspiré d'un auteur qui ne serait autre qu'un médecin arabe du XIII<sup>ème</sup> siècle, *Ibn-An-Nafis*, dont l'œuvre, se rapportant à cette question, a été traduite par un marocain lettré et communiquée au professeur Binet, en 1939, à un congrès en Egypte.

Nous sommes surpris de la précision de ces renseignements à une époque où on ne pratiquait pas la dissection. Nous citons le passage où il en est question, car nous songeons plutôt, en lisant ce paragraphe, à Galien et à Harvey, puis à Servet.

Nous citons le passage en nous inspirant du professeur Binet:

« Une des activités du cœur est la *génération des esprits vitaux* qui sont constitués par un sang très fin fortement *mélangé à une substance aériforme*; il est donc indispensable qu'il se trouve dans le cœur à la fois du sang très subtil et de l'air pour que soit possible la formation des esprits vitaux par le mélange de l'un et de l'autre. Cela se produit au lieu de formation de ces esprits,

dans la cavité gauche du cœur. Il est également indispensable que le cœur de l'homme et celui des animaux qui possèdent des poumons, soient pourvus d'une autre cavité dans laquelle le sang est raffiné pour devenir apte au mélange avec l'air; si, en effet, l'air se mélangeait avec le sang resté épais, il n'en résulterait pas une substance homogène: cette cavité est le ventricule droit.

« Quand le sang a été raffiné dans cette cavité, il lui faut passer dans la cavité gauche, où se forment les esprits vitaux. Cependant il *n'existe entre ces deux cavités aucun passage*; à ce niveau, la substance du cœur est particulièrement solide et il n'existe ni passage visible, comme l'ont pensé certains auteurs, ni passage invisible pouvant permettre le transit de ce sang, comme l'a cru Galien. Bien au contraire, la substance est épaisse et il n'y a pas de pores perméables.

« Donc, ce sang, après avoir été raffiné, doit nécessairement passer dans la veine artérielle, aller ainsi jusqu'au poumon, se répandre dans sa substance et s'y mélanger avec l'air pour que sa portion la plus subtile soit purifiée et puisse passer dans l'artère veineuse pour arriver dans la cavité gauche du cœur, devenu apte à former les esprits vitaux. Le reliquat, moins raffiné, de ce sang est utilisé à la nutrition des poumons. A cet effet, il y a entre ces deux vaisseaux des passages perceptibles. »

Dans les folios 64 et suivants, *Ibn-An-Nafis* discute la force et la fonction du cœur, d'après Galien, mais en affirmant encore, contre l'opinion de Galien, le passage du sang du ventricule droit au ventricule gauche par les

poumons. Et, folio 65, il insiste à nouveau: « Il n'y a point de passage entre ces deux ventricules; au cas contraire, le sang pénétrerait jusqu'aux esprits vitaux et corromprait leur substance. L'anatomie montre qu'il n'en est rien: la cloison entre les deux ventricules est plus épaisse que d'autres parties du cœur et cela afin qu'il ne puisse y avoir interpénétration et perte de sang ou des esprits. L'opinion de celui qui prétend que cette partie est très poreuse est donc archifausse. Ce qui l'a induit en erreur est son opinion préconçue, à savoir que le sang qui se trouve dans le ventricule gauche y serait passé au ventricule droit par ces porosités et cela est faux. Le passage du sang dans le ventricule gauche se fait par la voie des poumons, après que ce sang a été chauffé et est remonté du ventricule droit comme nous l'avons établi plus haut. »

*Ibn-An-Nafis* revient encore sensiblement dans les mêmes termes dans quatre autres passages de son ouvrage .

*C'est donc un médecin arabe qui aurait décrit la circulation pulmonaire* à peu près telle que nous la connaissons aujourd'hui. Servet, cité par Richet, de Paris, ne pourrait donc pas réclamer la paternité de cette opinion.

L'ignorance, si prolongée, d'une telle découverte est attribuable, dit-on, à des questions religieuses, car la chrétienté, à cette époque, était nettement séparée, pour des raisons de croyance, des arabes et des grecs. Le monde était alors divisé en trois camps ayant des relations isolées à cause de la difficulté des transports sans doute. On ne sera donc pas surpris d'apprendre que, pendant près de quatre siècles, Servet ait pu être considéré comme l'inventeur de la *circulation pulmonaire*.

Le professeur *Laubry*, prenant part à la discussion, affirme que Servet, partisan peu

convaincu de la doctrine de Galien, concède que la *cloison* interventriculaire est perforée puisqu'elle laisserait passer une certaine quantité de sang, tandis que l'autre partie se rendrait au poumon par l'artère pulmonaire. Il est, dans une certaine mesure, galléniste. Vésale, au contraire, affirme que la cloison interventriculaire *est imperforée*. Servet, par respect pour Galien, se réserve à cet égard. *Laubry* cite, à ce sujet, l'opinion de Colombo, de l'Ecole de Padoue, un ancien qui s'est occupé de cette question autrefois. Celui-ci affirme catégoriquement que le sang passe à travers la cloison. Il passerait par la veine antérieure dans le poumon, de là par l'artère veineuse dans le ventricule gauche en ignorant ce qui aurait été écrit auparavant sur ce sujet.

*Laubry* cite un troisième précurseur: Césalpin, qui semble ignorer tous ceux qui l'ont précédé. C'était compréhensible à cette époque. Il serait, d'après lui, « moins le découvreur de la circulation pulmonaire que celui de la circulation générale ». Mais *Laubry* en doute si on s'en rapporte aux textes qui ont été publiés en ce temps-là.

Je termine ces remarques en attribuant à *Harvey* le mérite d'avoir conçu et décrit la *circulation générale* avec soin et preuves à l'appui de sa thèse, malgré les prétentions de l'Ecole Espagnole du XVIème siècle.

*Rist* ajoute quelques remarques en montrant que *Richard Lower*, disciple de Descartes, fut le premier à observer que le sang est régénéré dans le poumon en y empruntant quelque chose: c'était l'*oxygène* affirmait, plus tard, en 1171, *Priestly*.

Nous pouvons donc conclure, après ces remarques, à la suite de la communication de *Binet* et *Herpin*, que *Ibn-An-Nafis*, trois cents ans avant Servet, avait décrit la *circulation pulmonaire* et que, plus tard, *Harvey* décrivit la *circulation générale* en s'inspirant de ces travaux à l'Ecole de Padoue, et des renseignements obtenus de ses prédécesseurs.

## ALLOCUTION PRONONCÉE À LA SÉANCE INAUGURALE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL <sup>1</sup>

**Paul-René ARCHAMBAULT,**  
Président de la Société Médicale de Montréal.

Me sera-t-il si facile de vous dire que l'on n'ose pas aspirer à quelque poste que ce soit, ici, à l'Exécutif de la Société Médicale de Montréal? Comment donc vous dire qu'il serait bien présomptueux d'aspirer à sa présidence, surtout lorsqu'il s'agit d'un clinicien, au passé, hélas! modeste, au présent que l'on connaît trop bien pour le juger extraordinaire, et à l'avenir on ne peut plus périlleux, si l'on songe un instant que les preuves sont encore à faire et dans un domaine qui me reste pour ainsi dire inconnu.

L'amitié est capable de bien des choses! Je le savais! Mais, je l'aurais crue incapable de faire d'un médecin ordinaire, d'un homme attaché à ses cliniques, à ses patients de chaque jour, à son devoir strict, d'en faire, dis-je, un homme à qui s'en remettrait la Société Médicale de Montréal pour son avenir immédiat, ne fût-ce que pour l'espace d'un an. Pourtant, l'amitié a fait cela! Elle a conspiré et suggéré à des confrères obligeants de soutenir une candidature sans doute étonnante, puisqu'il s'agissait de la candidature d'un médecin que son passé, ni son présent, n'indiquait pour un poste aussi important, aussi vital, que celui de président de notre Société médicale. Et pourtant, je dois quand même les remercier et leur pardonner s'ils m'ont fait violence et s'ils ont cru bien agir et rendre service à notre chère société.

Il faut avouer que le contact chaleureux et dynamique de savants, d'amis, comme ceux que l'on retrouve ici avec joie, donnerait à n'importe qui une sorte d'excès de confiance en soi-même, si vous voulez, et peut-être le décider à prendre un poste pour lequel il ne se sent pas les dispositions requises, la compétence suffisante. Tant de bonnes volontés, tant de dévouement désintéressé ne peuvent pas ne pas être remarqués. Tant d'esprit de cordialité et de désirs sincères de progrès, d'avancement, ne peuvent pas ne pas décider un médecin à vouloir faire sa part, toute sa part. En acceptant ce poste, j'ai songé à la part que je ferais la plus large possible, dans mes diverses activités, à la Société Médicale de Montréal, et je puis vous assurer qu'elle sera la toute première, même s'il y a des sacrifices à faire, du travail à abattre, des réunions à préparer, des contacts nouveaux à établir. Et voici un

moment périlleux pour le nouveau président. C'est celui que lui offre une belle et ancienne tradition, toujours émouvante d'ailleurs, d'avoir à rendre hommage pour hommage, c'est-à-dire de faire l'éloge de chacun des membres du nouvel exécutif et de mes prédécesseurs les plus immédiats.

Inégal à la tâche qui m'incombe aujourd'hui, je m'en serais cru indigne, si je n'avais songé un instant à la magnifique réputation de ceux dont je vous parlerai un court instant, et aussi à l'indulgence que vous aurez pour le clinicien, que les dieux ont métamorphosé en président-conférencier en moins de temps qu'il n'en faut pour le dire.

Je suis entré à la Société Médicale alors que monsieur *Louis-Henri Gariépy* était président sortant de charge et conseiller. M. Gariépy se demande souvent s'il est plus sérieux que lui-même. Il parle toujours lentement. Chez lui, ce n'est pas une habitude: c'est un don! Les patients s'emballent sûrement plus vite que lui. Lorsqu'il les sauve par la sûreté de son jugement et la compétence de la cure qu'il leur impose, ceux-ci lui gardent une reconnaissance qui ne l'emballer pas non plus. Il sait bien que la réputation du médecin n'est pas celle qu'on lui fait, mais plutôt celle qu'il établit lui-même, consciencieusement et avec l'amour et la dévotion à sa profession. M. Gariépy n'a pas tellement changé depuis le jour où — en 4<sup>e</sup> année de médecine — il faisait campagne pour la présidence. Ces vieux murs que nous fréquentions alors pourraient en dire long sur sa façon placide de faire face à la musique, alors que la campagne prenait une tournure presque dramatique. Inutile de vous dire que son attitude même en disait long sur le président qu'il serait une fois élu. Il fut élu. C'était en 1920. Moi, étudiant de première année, tout timide, j'avais été frappé plus que tout autre peut-être, puisque j'ai suivi ses traces aux deux présidences. M. Gariépy — qui a fait des séjours fréquents à divers postes importants des cercles médicaux et scientifiques — a bien voulu m'avouer que c'est à la Société Médicale de Montréal qu'il a trouvé le séjour le plus intéressant, sympathique et progressif. Qu'il me permette de partager avec joie son avis.

*Monsieur Albert Jutras.*

Si les rayons X pénétraient le sourire, il aurait un sourire lumineux. Et à travers toute cette lumière, on verrait sa belle intelligence, son esprit pétillant et quelquefois acidulé (pour ceux qui le méritent).

1. Prononcée le 16 janvier 1951, à l'hôpital Saint-Luc, où se tenait cette première séance de l'année 1951.

naturellement), et aussi le souci du travail bien fait. Il songe sans doute, comme un vieux journaliste écrivait un jour: « Il n'y a qu'une seule manière de travailler: c'est la bonne. » Je sais qu'il nous prépare une agréable surprise pour 1951. Amateur de toutes les choses artistiques, tant dans le domaine de la peinture, de la littérature que de la musique, il possède un goût exquis que personne ne songerait à lui contester. Il crâne avec la vie. Jusqu'ici, il a prouvé qu'il avait raison. Nous lui souhaitons de continuer. Notre amitié s'est cimentée à l'Université. Nous avons étudié ensemble, nous avons aimé l'art et le théâtre, épiluchant à plaisir les livres, les pièces, les conférences et les tableaux (toujours dans le but de construire et non de détruire, bien sûr). Que de concerts, de pièces, de conférences, nous avons entendus, suivis, parfois même en série, si j'ose dire, et cela dans une atmosphère de gaieté. Un jour vint pour lui une épreuve qui aurait désarçonné n'importe qui. Lui, crânement, comme toujours, il a tenu le coup. Ce n'était pas facile. On peut se demander qui en aurait fait autant. La seule annonce — faite par ses médecins, qu'il pourrait aller en France donner ses cours, tel que projeté — lui a donné un regain de vitalité. Une fois de plus, il revint au pays très glorieux. Partout où il a passé, il nous a fait grand honneur. On a reconnu partout l'élégance de son style, la beauté du verbe français qu'il sait si bien manier, et la source profonde de ses connaissances médicales et autres.

*Monsieur Origène Dufresne.*

C'est probablement un Ambroise Paré perdu au vingtième siècle. Mais il n'a pas de mal à se retrouver lui-même. Il n'a qu'à écouter les battements de son cœur. Il les reconnaît aussitôt, car ceux-ci battent le tempo de sa vie: travail constant, conscience sans pareille, charité discrète. M. Dufresne a une maladie qu'il ignore, mais que nous devrions tous avoir, une maladie incurable: il aime la médecine pour la médecine. Quand nous aurons tous cette maladie, nous aurons rendu à notre Société médicale les mêmes services que lui. C'est aussi à l'Université, à Paris, que nous avons échangé nos vues sur des sujets les plus divers, avec beaucoup d'entrain. Il est tout à fait désintéressé, et s'il peut rendre service à quelqu'un, ce n'est plus le médecin qui bouge, qui agit, c'est l'homme, et cet homme a sûrement un cœur d'or. On peut le classer aussi dans la catégorie des gens qui se sont faits seuls. Il est d'une activité débordante. Il fait partie d'une foule d'associations savantes qu'il suit toutes de très près. Il s'y donne corps et âme. Ce sera sa septième année dans l'Exécutif qui bénéficie de sa vaste expérience.

*Monsieur Paul Robert.*

Il y a un mois à peine, j'apprenais qu'il était né

au Canada, tellement il fait type français. N'empêche que M. Robert a connu la France avant la plupart de nous. Son père ayant été nommé à un poste important en la Ville Lumière, il a dû quitter le Canada à l'âge de 3 ans, et a grandi à l'ombre des tours de Notre-Dame; il a bu l'air de Paris, il a étudié sur place (c'est le cas de la dire) et il s'est laissé envahir par la culture française sans cesser d'être Canadien. Ce n'est pas de la magie, c'est une réussite d'assimilation. Aucun terme médical ne lui irait mieux que celui-là. Nous sommes heureux de le compter parmi nous.

*Monsieur Henri Charbonneau.*

Il a la contagion de la bonté! Il ne porte pas de montre, afin de ne pas compter les heures qu'il consacre au travail et aux soins administratifs de son hôpital Pasteur. Partout, on réclame ses sages conseils. Dans des cas d'épidémies assez récents, on l'a vu se sacrifier littéralement. Le coup dur passé, c'est lui qui devait partir et prendre un repos forcé dans le sud des Etats-Unis. Une belle intelligence au service de la science et cela avec une simplicité exemplaire.

*Monsieur René Rolland.*

Un ami d'enfance, un confrère agréable d'université, un parfait gentilhomme. Un type propre en tout et partout. Le perdre de vue, ce serait pratiquement s'endeuiller tant est loyale sa collaboration, tant est riche son cœur, tant est grand son désir de servir la Société Médicale à un poste difficile, celui de secrétaire général. Si l'on abusait de son bon vouloir, il ferait sûrement mine de ne pas s'en apercevoir, tant sa politesse est exquise.

*Monsieur Paul Dumas.*

Un excellent médecin doublé d'un homme d'esprit. Un grand lecteur devant l'Eternel. Mais c'est au livre de la vie qu'il puise sa vraie science de psychologue. Fin causeur, avide de tout ce qui enrichit le cerveau. Il collectionne les livres rares et précieux. Si vous avez des adresses de bouquinistes à lui communiquer..., ne vous gênez pas. Rien ne peut lui faire plus plaisir. Par ailleurs, si vous avez des renseignements à demander, soyez assuré d'un accueil toujours bienveillant. Comme il est tout à fait détaché des biens de la terre, nous l'avons fait trésorier de notre Société. Le trésor loge à bonne enseigne.

*Monsieur Pierre Marion.*

C'est un homme excellent, un homme plein de bonne volonté et soucieux du caractère scientifique de la Société. Pour la quatrième année consécutive, il se voit confier le poste de secrétaire des séances. Tâche ingrate et difficile. Tâche qui demande du renoncement. Tâche qui exige la présence d'un hom-

me tel que lui. L'Exécutif lui saura gré d'avoir de nouveau accepté ce poste.

*Monsieur Albert Bertrand.*

N'oublions pas M. Bertrand qui a dû nous quitter en plein travail, à cause d'exigences impérieuses. Aussi, sa science reconnue, sa personnalité attachante, lui ont valu d'être remarqué, entre autres par un corps de savants. En effet, vous n'êtes pas sans savoir que M. Bertrand appartient au Conseil National des Recherches, à Ottawa. Il nous fait grand honneur. Comme ce travail est très important, nous devons faire le sacrifice de son agréable et utile compagnie. Il est un fin causeur, un homme au jugement sûr, un collaborateur aimable. C'est avec regret que nous constatons son absence au Comité, cette année.

Enfin, nous félicitons chaleureusement tous les membres du nouvel Exécutif et nous les remercions d'avoir bien voulu accepter ces postes et d'y apporter leur magnifique compétence, leur bonne volonté, et leur étroite collaboration. Merci!

Mesdames, Mesdemoiselles,

Messieurs et chers collègues,

Est-il vraiment besoin de souligner ici l'importance du rôle de la Société Médicale de Montréal? Qui pourrait le connaître et le comprendre mieux que vous, messieurs?

Entourés que nous sommes de 150 000 000 de gens de langue anglaise, murés que nous sommes dans une mentalité anglo-américaine, proche d'une colossale puissance comme celle des E.-U. et loin de la France dont nous recevons pourtant les rayons bienfaisants, nous sommes en face d'un facteur auquel nous devons tenir pour nous réaliser: le bilinguisme! Sans lui, les hautes fonctions créatrices et responsables seraient hors de notre portée. Nous sommes, en réalité, au carrefour de deux civilisations. La première, anglo-américaine, où l'individualisme disparaît presque, pour offrir une force inouïe dans le collectivisme. Le vingtième siècle est un siècle de conquérants, surtout dans le domaine scientifique. Le collectivisme peut alors servir à de grandes conquêtes. L'autre civilisation, française celle-là, où l'individualisme prime avant tout, a beaucoup de mal à assimiler, pour ainsi dire, la puissance de l'union. Cette dernière nous attire davantage, par atavisme sans doute. Est-ce à dire que nous devons opter pour l'une ou pour l'autre? A mon humble avis, nous profiterons davantage de puiser, aux deux sources, ce qu'elles

ont de meilleur à nous offrir, ce qui peut servir le mieux et le plus l'habitant de l'Amérique.

Pour l'utilité, le dynamisme (je dirais provocant) et l'application rapide d'un système dûment éprouvé: l'anglo-américanisme!

Pour la culture et le rayonnement: la France et ses abondantes lumières!

Il faut bien noter, cependant, que la pureté de notre belle langue française subit pour ainsi dire des dommages, qu'elle souffre même de quelques failles, si l'on peut s'exprimer ainsi, en fréquentant beaucoup les anglo-saxons, et la guerre nous a, hélas, tellement éloignés de la France. Autrefois, la langue française que nous parlions était exempte de tout anglicisme. Il ne faut pas nous étonner outre mesure si nous entendons de nos jours des expressions souvent bizarres, choquantes même, surtout pour ceux qui ont étudié la science médicale française avec des maîtres qui parlaient le français d'une manière impeccable et, pour ainsi dire, avec dévotion. On disait même autrefois que le langage des médecins était le plus français que l'on entendait parmi les hautes professions.

Cette pointe de sentimentalité qui nous reste, que nous euvons avec tendresse, doit-elle nous tenir loin de la force attirante de la médecine étrangère? Devons-nous, pour la pureté de la langue, refuser tous les avantages que nous offre la médecine étrangère avec ses expressions pittoresques, souvent même étonnantes, et nous cantonner dans un isolement que tout le monde ne partagerait sûrement pas? Est-ce bien là votre avis? Quant au mien, nous devons plutôt garder précieusement le trésor bien français — une langue pure et bien parlée — n'importe où et devant tout le monde. Mais nous devons aussi tendre la main à ce qui peut nous aider d'une façon pratique dans les autres cultures. Ainsi, nous y gagnerons deux fois et nous n'y perdrons pas souvent.

Nous devons serrer nos rangs, faire front contre le complexe d'infériorité, nous affirmer davantage — même par l'audace; nous devons aussi avoir foi en l'avenir. L'avenir du Canada français, dans le domaine médical, l'avancement de la science au point de vue pratique, chez nous, n'est-ce pas, à votre avis, le but à poursuivre? Chacun de vous peut faire sa part. Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs et chers collègues, je sais que vous la ferez cette part sans contrainte, mais aussi sans défaillance. Au nom du Canada français, au nom de la médecine d'expression française, je vous dis: merci!

## RAPPORT DU RÉDACTEUR EN CHEF DE L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Par ce rapport que j'ai bien l'honneur de vous présenter, je tiens à vous exposer en raccourci la tâche accomplie par votre journal durant l'année 1950.

La partie la plus aride mais la plus éloquente du rapport et sans contredit est celle de la comptabilité, celle des chiffres que je placerai, comme d'habitude, au tout début. Je m'efforcerai de l'adoucir en quelque sorte et la rendre plus abordable par quelques courts commentaires.

### NOMBRE DE TRAVAUX PUBLIÉS

1950: 209 — 1949: 214 — 1948: 216 — 1947: 224  
1946: 211 — 1945: 189.

*Ces 209 articles se sont répartis comme suit:*

	1950	1949	1948	1947	1946
Bulletins	12	24	24	18	13
Mémoires	29	36	27	29	21
Recueils de faits	33	24	38	25	18
Mouvement médical	3	1	15	12	12
Revue générale	39	54	22	17	13
Editoriaux	13	14	14	12	12
Médecine industrielle	0	4	0	4	1
Médecine sociale					
et hygiène	25	12	40	14	10
Variétés	29	12	16	15	13
Correspondance	5	9	5	10	5
Chroniques					
séméiologiques	0	0	9	3	4
Chroniques					
thérapeutiques	0	0	0	2	7
Médecine et					
chirurgie pratique	18	10	4	2	5
Histoire de					
la médecine	0	0	0	0	0
In Memoriam	0	3	1	3	0
Travaux du congrès	x	x	x	31	0
Communications à					
la Société Médicale					
de Montréal	x	x	13	45	

(x Pour les années 1950, 1949 et 1948: nous avons inclus dans les différentes rubriques où ils parurent, les textes des communications au Congrès de l'A. M. L. F. C. et des Sociétés, qui nous furent envoyés comme articles particuliers.)

Le nombre de pages consacrées au texte médical fut en:

1950: 1425 — 1949: 1404 — 1948: 1390 — 1947:  
1413 — 1946: 1611 — 1945: 1307 — 1944: 1160.

Le nombre de pages réservées aux annonces fut en:

1950: 896 — 1949: 949 — 1948: 996 — 1947: 1003.

Voyons de quelle façon se sont répartis les travaux par rapport à trois catégories d'auteurs:

### 1.—

1950: 44 trav. furent publiés par 11 directeurs	
1949: 47 — — — 13 —	
1948: 43 — — — 10 —	
1947: 52 — — — 13 —	
1946: 63 — — — 14 —	

### 2.—

1950: 26 — — — 14 collaborateurs	
1949: 33 — — — 16 —	
1948: 16 — — — 11 —	
1947: 31 — — — 16 —	
1946: 57 — — — 25 —	

### 3.—

1959: 139 — — — 140 coll. bénévoles	
1949: 134 — — — 119 —	
1948: 157 — — — 130 —	
1947: 130 — — — 169 —	
1946: 132 — — — 99 —	

Si on confronte cette compilation à celle des années précédentes, on s'aperçoit qu'une moyenne s'établit sur plusieurs années et que dans l'ensemble la publication varie peu dans sa quantité. Sans doute, doit-on féliciter ceux qui s'offrent le plaisir de publier et nous font bénéficier de leurs observations; sans doute faut-il admettre que leur contribution soutient notre Journal en lui fournissant de la matière à publier. Mais on voudrait que d'abord les directeurs se montrent plus prolifiques, et que les collaborateurs soient zélés. Et, ici, qu'on me permette d'insister: notre comité de collaboration n'a jamais été comme dans d'autres journaux médicaux même de grande valeur, de qualité supérieure au nôtre (c'est chez eux une mode que nous n'avons pas à juger), une liste de façade et d'impressionnante représentation; au contraire, il a toujours été constitué de plus jeunes médecins, d'assistants ou d'agrégés qui formaient et forment encore un groupe dont le rôle est de soutenir activement et assidûment la charpente scientifique de notre revue. Si les directeurs ont pour fonction de diriger tout en collaborant de leurs travaux, les collaborateurs ont pour seule mission de faire progresser par leurs suggestions et leurs travaux la tenue scientifique de *L'Union Médicale*. Les réunions du comité des collaborateurs sont l'occasion de colloques au cours desquels les mem-

bres peuvent apporter des idées et des projets aptes à promouvoir l'évolution progressive du journal. Ils s'engagent à fournir des travaux et ils doivent remplir les promesses faites spontanément sans aucune contrainte. Nous souhaitons que tous se fassent un agréable devoir de se rendre à la consigne collective qu'un certain nombre remplit fidèlement.

Pour notre part, nous cherchons à susciter des initiatives qui devraient exciter le zèle en faisant assumer certaines responsabilités à chacun des membres de ce comité de collaboration. Un journal est vivant en autant qu'il existe un bureau de collaborateurs actifs et intéressés. Que de nouveautés en médecine! Que de développements dans chacune des disciplines spécialisées! Pour en répandre l'annonce, en faire connaître les notions les plus efficaces, il faut de toute nécessité le travail en collaboration et la division du travail. Notre comité de collaboration comprend parfaitement cette évidence et si tous ses membres voulaient bien la mettre en pratique, aussi bien au sein du groupe de Montréal qu'à celui de Québec, la récolte serait non seulement abondante, mais surtout de qualité qui serait à la hauteur de notre valeur.

Au chapitre des analyses, voici ce qui fut accompli; encore ici nous adoptons la méthode comparative:

En 1950:	96	pages d'analyses pour	167	analyses
1949:	86½	—	—	149 —
1948:	106	—	—	137 —
1947:	85	—	—	118 —

Ces analyses ont été rédigées par:

En 1950:	43	analyses par	3	directeurs
	17	—	—	6 collaborateurs
	107	—	—	43 coll. bénévoles.
1949:	8	—	—	3 directeurs
	57	—	—	6 collaborateurs
	84	—	—	17 coll. bénévoles
1948:	9	—	—	2 directeurs
	51	—	—	7 collaborateurs
	77	—	—	15 coll. bénévoles.
1947:	13	—	—	5 directeurs.
	64	—	—	11 collaborateurs
	41	—	—	22 coll. bénévoles.

Même stabilité dans la section des analyses: peu de directeurs, peu de collaborateurs, un grand nombre d'analystes bénévoles. Parmi ces derniers, des internes de nos hôpitaux qui ont le courage de lire et surtout de résumer ce qu'ils lisent. Excellent entraînement et excellent moyen de bénéficier de leurs lectures. Leur concours nous est utile par surcroît.

Le nombre des analyses dépasse celui des années précédentes et ce fait est en grande partie dû à l'abondance de cette rubrique dans le numéro de novembre consacré à la pédiatrie.

Ainsi que nous l'écrivions dans le rapport de l'an passé, la matière que nous publions chaque année peut difficilement être surpassée eu égard aux frais de publication encourus en regard des revenus du journal. Et si nous devions par la force des choses permettre des livraisons plus volumineuses, nous ferions assumer par l'administration des déficits qu'il serait difficile de combler dans l'état actuel du financement. Mais cela est du domaine administratif et de la trésorerie et nous ne pouvons pas dans ce rapport développer plus longuement cet aspect financier, bien qu'il puisse éventuellement intervenir dans la tâche de la rédaction.

Parcourons maintenant les 12 livraisons de 1950 et voyons ce qu'elles ont offert en qualité. Nous disions plus haut qu'elles valaient par leur volume celles des années précédentes, mais nos directeurs ont bien le droit de juger que cela ne suffit pas et que ce serait se contenter de trop peu que de se satisfaire d'une matière aussi imposante par sa masse, si elle rétrogradait ou même ne se prévalait pas de sa qualité sur les autres. Mais voyons plutôt.

Dans la rubrique du Bulletin on traita de questions d'actualité: sur l'enseignement de la médecine; sur l'exercice de la médecine et plus particulièrement sur le statut primordial du médecin de famille; sur la criminologie; sur le XXe Congrès de l'A.M.L.F.C.; sur l'organisation mondiale de la Santé. Le numéro sur la pédiatrie comportait une entrée en matière ayant trait à la tenue respectable de la pédiatrie canadienne-française.

Des mémoires furent publiés par des auteurs français, des titulaires aux chaires universitaires de Paris, de Lyon, de Marseille. Témoignage d'appréciation et d'estime pour notre journal et le groupe médical du Canada français. Des travaux d'une belle facture furent ceux de nos jeunes collègues qui les préparèrent durant leur stage d'études dans le service de leur maître parisien. Cette initiative mérite d'être suivie par d'autres, parce qu'elle démontre d'une part que l'auteur a su profiter de son stage post-scolaire et qu'il s'est intéressé à l'activité scientifique du service fréquenté, que, d'autre part, son patron a dirigé activement les études de son élève canadien. Critère d'une liaison réelle. Un mémoire par nos phtisiologues de l'hôpital du Sacré-Cœur a exposé leur expérience étendue sur l'usage et les résultats obtenus par l'acide para-amino-salicylique dans la tuberculose. Il serait cependant à souhaiter que de nombreux mémoires soient publiés par des médecins canadiens, ayant le caractère de travaux approfondis et personnels.

La rubrique des Recueils de faits fut bien remplie et nous nous plaignons surtout à souligner dans cette rubrique un article préliminaire portant sur la commissurotomie dans le rétrécissement mitral: pre-

mières observations du genre publiées dans nos journaux. Nous soulignons aussi que deux articles dans cette rubrique avaient pour auteurs des collègues de Québec.

La rubrique Revue générale a été abondamment alimentée. On y traita, entre autres sujets, des antibiotiques, de l'atélectasie pulmonaire, d'une étude bactériologique des diarrhées spécifiques de l'enfant, de l'application clinique du Cortisone et de l'ACTH en rhumatologie. Ces articles qui envisagent l'ensemble du problème, sont éminemment instructifs et pratiques pour le lecteur qui désire se renseigner sur des questions nouvelles et d'application courante. Nous soulignons que des communications aux « Journées Médicales » de la Société Médicale de Montréal ont alimenté avantageusement cette rubrique de Revue générale. En plus, des médecins de province ont fait paraître le texte de communications aux Sociétés régionales. Leurs travaux offraient un réel mérite. Nous souhaitons que le fait se répète et même se multiplie.

Le Mouvement Médical est négligé. Pour qu'un article puisse être inséré dans cette rubrique, il lui faut exposer un sujet de toute première nouveauté qui doit être étayé sur une bibliographie à peu près complète. Nos auteurs, en général, sont bien au courant des nouvelles expériences, des nouvelles thérapeutiques, des nouvelles conceptions, mais ne se donnent pas la peine de colliger les références bibliographiques et synthétiser les notions nouvellement énoncées. Ce travail d'éclaircisseurs et d'avant-postes est pourtant profitable. Cependant, nous nous sommes efforcés de combler partiellement cette lacune par nos éditoriaux. Repassons-en les titres et nous verrons si telle est la réalité:

- « A propos du diagnostic de la toxoplasmose »
- « Les analeptiques »
- « Nouveautés en cardiologie »
- « La chirurgie du pancréas »
- « Biopsie et cancer du pancréas »
- « L'examen des artéritiques »
- « Le ministre fédéral de la Santé et le praticien »
- « Valeur des médications nouvelles dans l'otite externe »
- « Le cancer du sein »
- « Code de déontologie médicale universelle »
- « Cinquième congrès international du cancer »
- « Le beau rôle de la pédiatrie »
- « Les rayons X au service de l'anatomie ».

Ces sujets sont loin d'épuiser le sujet traité, ils ne traitent pas de toutes les nouveautés et ils comportent des notions qui ne sont pas de toute première « portée » scientifique. Mais, ils peuvent attirer l'attention du praticien sur l'évolution médicale, dans certaines de ses disciplines. Nous ferons mieux, nous l'espérons, avec le concours de nos collaborateurs.

C'est du moins leurs intentions qui nous portent à risquer cette promesse.

La rubrique d'Hygiène et de Médecine sociale fut surtout soutenue par nos collègues du service de Santé de Montréal et par les discours du Ministre fédéral de la Santé. Nous avons tenu à publier les propos de ce dernier, parce qu'ils viennent de haut et marquent le sens vers lequel on dirige ou tend à diriger la médecine au Canada. Nous avons eu plaisir à publier deux discours que le ministre prononça, l'un auprès de l'« Ontario Medical Association », l'autre au Congrès de la « Canadian Medical Association » tenu à Halifax. Dans ces deux discours, l'hon. Paul Martin vanta les mérites et le rôle essentiel du médecin de famille, il réclama des expressions d'opinions et surtout il déclara que les dirigeants ne voulaient pas imposer un mode arbitraire de la pratique de la médecine, et que la liberté d'exercice sera respectée. Nous tenions à faire connaître ces propos, sûrement pas intempestifs et aptes à édifier les membres de la profession.

La rubrique « Variétés » nous a offert le beau discours du Prof. Roch au XXVème Congrès Français de Médecine. Ce discours fut inspiré par la modération, le sens de la tradition et l'expérience à la lumière des énormes progrès de la médecine. Il fut un programme d'enseignement et de pratique de la médecine, mettant en première place la clinique avec tout ce qu'elle comporte de connaissances assimilées et d'observations recueillies auprès des malades examinés et parfaitement suivis dans l'évolution de leurs maladies.

Trois conférences prononcées au cours des « Journées Médicales » de la Société Médicale de Montréal nous ont valu trois articles littéraires, remplis d'humour le plus fin et divertissant.

Un de nos chirurgiens, à la limite d'âge d'activité hospitalière et universitaire, remplit ses jours à écrire ce que son imagination, restée jeune, construit dans le silence et la solitude de la retraite. Nous avons publié des tranches d'un roman qu'il eut le courage et l'audace de composer, sinon pour le mérite intrinsèque de l'œuvre elle-même que mon inexpérience de critique littéraire ne me permet pas de juger, du moins pour offrir à son auteur, un de nos aînés, le plaisir d'offrir son œuvre à la connaissance de ses collègues, et pour rendre témoignage à une respectable occupation de retraité qui trop souvent s'enlise dans l'inactivité et le désintéret à l'égard des disciplines de l'esprit.

Notre correspondant de Paris nous a renseigné, comme par le passé, et de première main, sur les faits et événements médicaux en France. Cette correspondance nous lie plus étroitement aux écoles et centres hospitaliers où nous avons puisé à pleine main et auprès desquels un grand nombre de nos jeunes collègues s'instruisent encore maintenant.

Enfin, le numéro de novembre fut consacré à la Pédiatrie. La préparation de ce numéro récolta une telle affluence de matière que la rédaction en fut pour un temps débordée. Mais en dernier ressort, on résolut la difficulté en publiant une première tranche qui constitua en fait la livraison de novembre. Elle contient vingt-sept articles et trente-cinq analyses. Des titulaires de Paris, Lyon et Marseille y contribuèrent en plus de nos pédiatres les plus distingués. Ce numéro fut fort apprécié si on en juge par les commentaires exprimés. La seconde tranche de cette collection d'articles qui se montait à 50 travaux, a été publiée en janvier.

Cette première expérience fut heureuse, et incite notre comité de collaboration à répéter l'expérience pour d'autres spécialités ou disciplines durant les années à venir. Ainsi, sans secousse et sans heurt, le journal peut-il, à la mesure de ses capacités, progresser et adopter une ligne de conduite déjà suivie par d'autres publications dont nous admirons la tenue.

Nous terminons par ces mots le cours de ce rapport. Le rédacteur en chef n'est pas tout dans l'admi-

nistration de notre journal. Il est un modeste artisan de son fonctionnement, qui coordonne au meilleur de sa connaissance et de ses moyens. Aussi, au terme d'une année, il exprime sa gratitude à tous ceux qui l'ont aidé dans son rôle et lui ont permis d'accomplir une certaine somme de travail, dont la quantité et la qualité doivent être évaluées par les directeurs du journal. Aussi, nous témoignons notre reconnaissance à tous ceux qui ont fourni des écrits durant 1950: ils ont été les principaux artisans, à nos collègues de la rédaction et à nos auxiliaires du secrétariat, Mademoiselle Métivier, toujours dévouée et intéressée à l'œuvre de *L'Union Médicale du Canada*, et à sa compagne de l'Association des Médecins de Langue Française, Mademoiselle Marion. La collaboration spontanée et amicale rend le travail non seulement agréable, mais plus productif et fructueux. Dans la sérénité, le labeur jamais ne déprime ni ne fatigue. Le fardeau de la vie se porte mieux et est emporté plus loin.

Roma AMYOT,  
Rédacteur en chef.

---

## CORRESPONDANCE

### LETTRE DE PARIS

La fin de l'année expirante et le début de la nouvelle sont toujours marqués en France par les Assemblées générales de nos organismes professionnels: la Confédération des syndicats médicaux français et l'Ordre national des médecins. Dans les nombreuses discussions qui ont lieu dans ces réunions, une large place est faite à des problèmes spécifiquement français d'organisation de la médecine, mais souvent le débat se hausse, les discussions débordent la politique de clocher et peuvent intéresser tous ceux dont la mission est de soigner et de dispenser l'art de guérir.

C'est ainsi qu'à la dernière assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux qui eut lieu au mois de décembre, une controverse s'établit sur la pléthore médicale. En effet, le nombre des médecins a doublé en cinquante ans: 17 000 médecins en 1900, près 34 000 en 1950. Le nombre des étudiants en médecine ne cesse de s'accroître. Malgré le déchet normal au cours des études, les étudiants qui abandonnent la médecine, la mortalité, les retraites, le nombre des médecins, en France, sera de 40 000 en 1953 et si le rythme se maintient, il sera de 50 000 en 1960, c'est-à-dire 1 médecin pour 800 habitants. Le danger est grand. Il est à redouter que les jeunes médecins, éprouvant quelque difficulté à s'installer et à gagner leur vie, ne cherchent un remède à cette situation en acceptant de devenir fonctionnaire, ce qui leur assurera un traitement et une retraite. On estime actuellement que la plupart des médecins travaillent 16 heures par jour. C'est du reste à cette condition qu'ils peuvent gagner assez pour payer les impôts et nourrir leur famille. Dès que le médecin sera fonctionnaire, il ne travaillera plus que 48 heures par semaine. Il faudra donc doubler le nombre des médecins qui existent et la pléthore sera ainsi résorbée, mais à quel prix pour la nation!

Pour essayer de sauver ce qui reste en-

core de libéral dans cette profession, plusieurs solutions furent envisagées: sévérité plus grande aux examens ou *numerus clausus*. C'est à ce dernier moyen que s'arrêtèrent les délégués des syndicats médicaux. Un essai avait été fait pendant l'occupation allemande qui n'avait pas été poursuivi.

Ainsi ne trouva-t-on pour enrayer cette pléthore d'autres remèdes que celui d'établir, comme pour toutes les grandes écoles et comme pour les écoles de vétérinaires, un concours à l'entrée des Ecoles de médecine avec un nombre limité de places.

Le vœu suivant reflète bien l'opinion actuelle des médecins français:

L'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français constate qu'aucune mesure efficace n'a encore été prise contre l'augmentation excessive, depuis plusieurs années, du nombre des étudiants en médecine et le danger menaçant de pléthore qui en résulte.

Elle met en garde les Pouvoirs publics contre les conséquences néfastes de l'encombrement de la médecine par une masse de praticiens notablement plus nombreuse que ne le nécessitent les besoins de la Santé publique.

Il faut prévoir qu'il en découlerait non seulement l'appauvrissement et même la misère d'un nombre grandissant de praticiens, mais encore la démoralisation et l'abaissement de la médecine française.

Ainsi verrait-on se créer une plaie sociale qui serait alors incurable et dont souffriraient les institutions de la Sécurité sociale et de la Santé publique.

Soucieuse d'éviter un tel péril, l'Assemblée demande que le nombre des étudiants autorisés à entrer en première année de médecine soit fixé chaque année, par voie d'autorité, compte tenu de l'avis des organismes représentatifs de la profession médicale.

L'Assemblée affirme que seules ces mesures peuvent apporter un remède efficace au danger de la pléthore médicale.

Ce vœu a été adopté à l'unanimité moins une voix.

Dans une de mes précédentes lettres j'avais parlé des difficultés des médecins avec la Sécurité sociale et j'avais laissé entrevoir la possi-

bilité de l'établissement de ce que nous appelons le tiers payant, c'est-à-dire le paiement des honoraires par un organisme alors qu'ils sont réglés, actuellement, directement par le malade: éventualité grave qui conduisait par un moyen détourné à la fonctionnarisation de la médecine.

Les difficultés budgétaires de la Sécurité sociale, les scandales qui ont éclaté un peu partout dans la gestion de ses caisses, ont écarté cette menace et même, par un retournement de la situation, les médecins ont désiré venir au secours de la Sécurité sociale car il apparaît que le système dont nous jouissons est préférable aux systèmes de sécurité sociale établis dans les autres pays: « Considérant que la faillite d'une institution qui, malgré ses imperfections, tend à améliorer le sort de ceux qui souffrent, serait un recul du point de vue social et humain, le Corps médical se déclare prêt à apporter au sauvetage de la Sécurité sociale un concours efficace dans la limite de ses possibilités. »

Le calme est donc revenu. La Sécurité sociale, son administration tout au moins, fait l'objet de nombreuses critiques au Parlement, mais ceci se passe dans le domaine de la politique...

Tels sont les faits un peu marquants à signaler dans l'organisation de la profession.

Parmi les congrès qui ont été tenus à Paris au cours de l'automne, nous signalerons le XXXème Congrès dont le professeur Gernez-Rieux, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, était le président.

Entre autres questions, on traita de l'épidémiologie et de la prophylaxie de la tularémie qui a fait son entrée officielle en France en 1946.

Depuis cette date la progression des cas est nette. C'est le département de la Côte d'Or qui paraît avoir hébergé le foyer initial; de proche en proche, la maladie a fait son apparition en Franche-Comté, en Alsace, en Lorraine, en Champagne, en Ile-de-France, en Nivernais, au Berry.

Actuellement, le chiffre des atteintes dé-

clarées s'élève à 260 certainement inférieur au chiffre réel. La part du lapin domestique dans l'épidémiologie est nulle. La prophylaxie est désarmée vis-à-vis du réservoir animal de virus répandu dans la nature. Seules la prophylaxie générale et l'hygiène sont effectives: conseils aux chasseurs, avis aux populations, port de gants de caoutchouc et de lunettes pour le dépouillement des animaux suspects et pour les manipulations de laboratoire.

Le diagnostic reste difficile surtout au début. Il faut souvent attendre de pouvoir retirer du pus d'un ganglion pour pouvoir mettre le germe en évidence soit par la culture directe, soit par l'inoculation à l'animal.

Le professeur de Lavergne (de Nancy) a préparé une endotoxine « une tularine » qui, à dilution voulue et injectée dans le germe, donne de belles réponses positives chez les tularémiques sous forme, après 48 heures, d'un médaillon érythémateux de 4 à 8 cent. de diamètre.

Quant au traitement, la streptomycine, l'auroreomycine, la chloromycétine, ont donné des résultats satisfaisants.

Après deux semaines de vacances, les Sociétés savantes ont repris leurs séances.

Signalons à l'Académie de chirurgie une communication de M. Thomeret, rapportée par le professeur Patel, sur un cas d'anévrisme de l'aorte abdominale traitée par enveloppement à la cellophane. La malade, âgée de 78 ans, est en parfait état de santé plusieurs mois après l'opération.

Signalons également une communication sur 12 cas d'anévrismes cirsoïdes du professeur Leriche. Contrairement aux données classiques, le professeur a pu constater que l'anévrisme cirsoïde était le résultat d'une communication unique entre artère et veine. Le caractère cirsoïde de l'affection résulterait du siège très périphérique de la fistule. En ce qui concerne la thérapeutique, deux grands principes doivent être observés: pas de ligature à distance, aller à la communication artério-veineuse et la supprimer.

André PLICHET

## EN DEVOIR

### DES ALLIÉS! POURQUOI PAS?

Il y a des médecins — de grands médecins, même — qui ont décrié la presse. Ainsi c'est Sir William Osler qui écrivait: « Il arrive un jour dans la vie de tout médecin qui réussit dans sa profession, qu'il est en proie aux tentations de cette Dalila qu'est la presse, quotidienne ou autre. Il est des occasions où on peut lui faire la cour impunément. Mais gare! Tôt ou tard, elle se conduit en courtisane; à plus d'un déjà elle a coûté sa force: la confiance de ses collègues ».

Osler savait, et pour cause, ce que les relations avec la presse présentent d'embûches. Ainsi, la presse avait, une fois, donné à des paroles qu'il avait prononcées sans malice une interprétation qui souleva le courroux public contre lui. Pourtant Osler savait toute l'importance de la presse. Plus d'une fois il mit les colonnes du *London Times* à contribution pour appuyer un projet qui lui était cher.

L'attitude paradoxale d'Osler envers la presse illustre bien ce qui doit être le principe fondamental des relations de la médecine avec la presse.

La presse peut être une alliée précieuse; elle peut aussi être un ennemi puissant, à dessein ou par inadvertance. Mais la presse — et par ce terme il faut aussi comprendre la radio et ce géant de demain, la télévision — est toujours, ou l'une ou l'autre: une ennemie ou une alliée. Avec elle il n'est jamais question de neutralité. Qu'elle le veuille ou non, la profession médicale aura toujours des relations avec la presse.

*Qui blâmer?*

Lorsque la profession médicale se plaint de ses relations avec la presse, il n'y a qu'une réponse à apporter. C'est de tenter d'améliorer ces relations — et sans partir du point de vue que tous les torts appartiennent à la presse. Ce serait injuste et ça n'aiderait pas à modifier la situation.

Sous bien des aspects la profession médicale et la presse ont un même idéal. Le médecin consciencieux se préoccupe de la santé de l'individu; le journaliste consciencieux se préoccupe, lui, de la santé de la société. Quels que soient nos griefs envers la presse en certaines occasions, il nous faut reconnaître que la presse sérieuse est l'un des remparts de la liberté et qu'elle est — comme le médecin — un pionnier du progrès de l'humanité.

Il est vrai qu'il est parfois arrivé à la presse d'annoncer prématurément des découvertes médicales, mais il ne faut pas oublier qu'elle a aussi grandement aidé la profession médicale à disséminer des renseignements importants pour la santé publique.

Autant la presse critique la profession médicale à l'occasion, autant elle a toujours été à peu près unanime à censurer ceux qui auraient voulu porter atteinte au libre exercice de la profession.

*Les buts se rencontrent.*

Le problème n'est pas compliqué. La presse a besoin de la coopération de la profession médicale parce que le domaine de la santé est une source de nouvelles, de nouvelles importantes — et la presse vit de nouvelles.

Le médecin, lui, a besoin de la presse parce que la presse contribue à former l'opinion publique — et, plus que jamais, les médecins ont aujourd'hui besoin d'avoir l'opinion publique de leur côté. Non seulement la profession a-t-elle besoin de l'opinion publique, elle a aussi besoin de la presse pour l'aider à éclairer le public en matière d'hygiène, pour des campagnes de souscription à des projets dignes d'encouragement, et comme moyen de communication en maintes occasions où la médecine est intéressée.

La plupart des difficultés d'ordre courant dans nos relations avec la presse proviennent d'un malentendu et tiennent au fait que la presse et la profession médicale connaissent mal leur problème réciproque. Aux Etats-

Unis, depuis deux ans, nombre d'associations médicales de comtés, même d'Etats, ont fait un grand pas vers la solution du problème.

L'association invite d'abord les directeurs de journaux à un dîner intime pour rencontrer les médecins le plus en vue. A ce dîner on soulève la discussion du problème des relations entre la presse et la médecine et même, si cette discussion s'envenime, le seul fait qu'elle provoque l'exposé des difficultés mutuelles crée tout de suite un terrain de conciliation et d'entente. Il s'ensuit que, dans plusieurs cas, ces discussions intimes servent de préambule à un « code de coopération » bien précis entre médecins, hôpitaux et journaux.

Ces codes auxquels souscrivent les deux groupes déterminent dorénavant le ton des relations entre la presse et la profession médicale. Il ne s'agit pas de faire des règlements rigides puisque ce serait difficile dans un domaine aussi complexe que celui des relations de presse, mais ils établissent des principes généraux et les obligations réciproques des deux groupes.

Un code de ce genre, en vigueur en Georgie, déclare que son but est « de faciliter l'entente entre la profession médicale et la presse et la compréhension de leurs problèmes mutuels. »

Comme la plupart des codes du genre, celui de Georgie souligne aux associations médicales et aux hôpitaux l'importance de nommer des porte-paroles qui soient constamment accessibles à la presse. « Les officiers, les présidents de comités ou les porte-paroles autorisés d'hôpitaux ou d'associations médicales peuvent être mentionnés par leur nom si c'est nécessaire d'identifier la provenance des renseignements. La presse et la radio recevront une liste de noms de ceux qu'ils pourront appeler pour vérifier les faits. »

Le code rappelle les obligations des deux groupes à l'endroit des patients. « Le médecin devra toujours tenir son patient à l'abri des vexations ou de l'exploitation. Sauf en cas de catastrophe, le nom d'un patient ne doit être mentionné qu'avec sa permission expresse et par écrit. »

Sous l'en-tête « Obligations des médecins envers la presse », le code prononce: « Les médecins et les chirurgiens pourront fournir autant de renseignements que possible sur leurs patients pourvu qu'ils ne compromettent pas les relations qui existent entre médecin et patient, ni les droits légaux du patient, ou son droit à la tranquillité, ou au secret professionnel. Le médecin taira son nom à moins qu'il soit essentiel à la nouvelle ».

*Les engagements de la presse.*

De son côté, la presse reconnaît dans ce code que « le premier devoir du médecin c'est de sauvegarder la santé et la vie de son patient, et elle s'engage à se garder de poser ou d'exiger des actes qui en entravent l'accomplissement ».

« Les représentants des journaux devront être prudents dans leurs décisions afin d'éviter la publication de ce qui serait de nature à exploiter le patient, le médecin ou l'hôpital. Les journaux devront mettre un soin raisonnable à vérifier l'authenticité de toute nouvelle ou tout renseignement d'ordre médical, avant de la publier. Ceci est facile en communiquant avec les représentants autorisés de l'association médicale avant publication. »

Quelques-uns des codes américains vont plus loin dans les détails mais quelle que soit leur ampleur ou leur concision l'on rapporte qu'ils donnent d'excellents résultats et que les associations médicales qui y souscrivent ont de bien meilleures relations avec la presse.

Quelques-uns des aspects des relations entre la presse et les médecins sont prévus dans le code d'étiquette professionnelle de l'Association Médicale Canadienne sous les en-têtes: « De la réclame et de la publicité » « Des communications faites au public sur des questions médicales » et « De la radiodiffusion ».

Quelques-uns des passages les plus importants, sont:

« Du point de vue de la profession médicale, ces mots «réclame et publicité » doivent être considérés dans leur acception la plus large. Ils comprennent donc toutes les méthodes par lesquelles un praticien se fait connaître

du public, soit de son chef, soit par l'entremise d'autrui (s'il y consent), de telle sorte qu'elles puissent être interprétées comme ayant pour objectif d'obtenir des clients ou d'avancer de quelque autre façon les intérêts de ce médecin. »

« Le médecin se doit d'user de la plus grande circonspection dans les rapports avec la presse. Le médecin devrait demander, et exiger au besoin, qu'on lui montre une épreuve de tout texte par lui signé ou censé être publié avec son consentement. »

« Toute opinion communiquée aux profanes sur un point de médecine, qu'elle soit énoncée au cours d'une assemblée publique, ou irradiée, ou imprimée dans un journal ou une revue non médicale, doit être présentée comme provenant d'une société ou association médicale organisée et reconnue comme telle, et non comme la thèse individuelle d'un seul médecin. De telles opinions doivent représenter celles que la Faculté professe généralement. »

« Les médecins doivent éviter toute discussion polémique, dans les journaux, sur des questions de pathologie ou de traitement; des débats ont leur place tout indiquée dans les revues médicales ou au sein des associations professionnelles. » (Décisions de la British Medical Association).

« Il est des plus préjudiciable à l'intérêt public et fort malséant du point de vue professionnel qu'un praticien accepte de répondre par la voie des journaux aux questions posées relativement à la médecine par les lecteurs de ces feuilles. » (Décisions de la British Medical Association).

« Cependant, un médecin qui est fonctionnaire (de la salubrité publique, par exemple) peut signer les avis ou avertissements qu'il notifie d'office. »

« Il est légitime et même souhaitable que des médecins, qui font vraiment autorité en la matière, traitent publiquement de divers points qui intéressent la science médicale et la santé publique. Mais, quelque mode d'expression qu'ils choisissent, et surtout à la radio (à cause du vaste champ de son activité),

il est essentiel qu'ils s'abstiennent scrupuleusement de recourir à des méthodes susceptibles de les avantager au point de vue professionnel. »

« Il n'en est pas de même du médecin fonctionnaire, quoiqu'il doive, lui aussi, se montrer prudent et insister pour que sa charge ou ses fonctions reçoivent plus de louanges que sa propre personne. »

Il n'est pas question de remplacer le code d'étiquette professionnelle par un code de relations avec la presse. Son but est de familiariser les journalistes avec l'étiquette professionnelle et de donner aux médecins un aperçu plus complet de ce que doivent être leurs relations avec la presse.

L'Association Médicale Canadienne se fera un plaisir de fournir des renseignements additionnels sur ces codes à toute association de comté ou de section: elle aidera, si on le désire, à préparer un code conforme aux besoins locaux.

En travaillant de concert selon des règles établies à leur satisfaction mutuelle, la faculté et la presse peuvent former une alliance dont la répercussion sera considérable dans l'intérêt public.

#### *Discussion libre en public.*

Malade, un médecin qui devait traiter d'assurance-santé au club Rotary de Welland, Ont., dut contremander son rendez-vous. Le président du déjeuner, médecin lui aussi, suggéra une discussion libre à laquelle participèrent l'officier médical de santé de l'endroit et trois médecins de famille. Aiguillés par le président les quatre entreprirent de discuter du problème de l'assurance-santé et des moyens par lesquels les médecins tentent de répondre aux soins médicaux payés par anticipation.

La discussion parut fortement intéresser l'auditoire et attira son attention sur l'attitude des médecins à l'égard de l'assurance-santé. Il y a peut-être d'autres endroits du pays où l'on pourrait mettre la discussion libre à contribution. L'on suggère, à ce propos, de terminer la séance en offrant la question aux auditeurs.

## “L'Union Médicale du Canada” en 1882

### Examens de licence.

Mars 1882.

Si l'on se reporte à dix ans en arrière et si on observe les changements survenus depuis cette époque dans la profession médicale de la Province, il est facile de constater que, toutes choses égales d'ailleurs, nous ne sommes pas restés en arrière des autres professions et que nos luttes n'ont pas été stériles. Non pas que nos prédécesseurs soient restés inactifs, il reste encore plus d'un monument de leur travail et nous admettons qu'on puisse encore s'ériger en *Laudator temporis acti*, mais par la force des choses et des années l'organisation médicale a dû être remaniée.

Les médecins n'ont pas toujours été proportionnellement aussi nombreux qu'ils le sont aujourd'hui; il y a à peine dix ans, le même médecin *desservait* quatre ou cinq paroisses tandis qu'aujourd'hui il serait difficile de trouver dans la Province un village de deux cents familles qui n'ait pas son médecin. Nous sommes au complet, les cadres sont remplis et même la profession déborde sur la législation, les bureaux publics, le commerce, l'industrie, etc., et si, il y a dix ans, il fallait avant tout songer au nombre, aujourd'hui il faut songer à la qualité dans le double but de restreindre le nombre des aspirants tout en améliorant la qualité des médecins.

Nous avons actuellement cinq facultés pour alimenter une population d'un million d'habitants et chacune de ces facultés, pour défrayer ses dépenses, doit avoir chaque année un certain nombre d'élèves. En outre, chacune de ces facultés a le droit de donner le degré de docteur en médecine à ses élèves et le Collège des médecins est obligé de donner la licence de pratiquer à ces porteurs de diplômes pourvu qu'ils présentent un certificat de quatre années d'étude, voilà l'écueil!

Aux Etats-Unis le pays de l'or et de la mécanique, les écoles de médecine sont devenues tellement nombreuses que, pour subsister, un grand nombre d'entre elles s'ingénient à offrir aux élèves des conditions de nature à inonder le pays de charlatans. Avec deux ans, dix-huit mois, six mois d'études et quelques cents piastres on devient docteur en médecine et même, il y a deux ou trois ans, le professeur Buchanan n'en exigeait pas tant; il vendait des diplômes à raison de 25 piastres sans autre formalité. Grâce à Dieu nous n'en sommes pas là. Mais peut-être est-il temps de songer à ne pas y arriver. Et le

moyen en est unique et énergique, il est vrai, mais efficace: établir un bureau central, unique, d'examineurs pour l'admission à la pratique de la médecine, toutes les facultés de médecine n'y trouveraient pas leur profit, mais la profession et le public y trouveraient assurément le leur, et c'est là, sinon le seul, au moins le meilleur moyen d'élever le niveau de la profession; nous ne doutons que la chose, en principe, ne rencontre l'approbation générale, mais c'est dans l'application que surgissent les difficultés. On dit: les écoles ne se dessaisiront jamais de leur droit d'accorder des diplômes. Mais il ne serait pas nécessaire de leur demander ce sacrifice, on n'en aurait pas le droit, pas plus que les écoles ne peuvent empêcher le bureau d'accorder sa licence à bon escient. Le bureau des Gouverneurs, tel qu'il est constitué, offre toutes les garanties nécessaires sous ce rapport. Chacune des facultés y compte deux représentants de la profession, trente de ses membres, choisis par elle-même. Peut-on refuser d'admettre la compétence comme examinateurs d'un semblable corps. Si l'on se rappelle que le bureau est organisé de cette manière, que le bureau des notaires a seul le droit d'admettre à la pratique, que le collège des médecins et chirurgiens d'Ontario se réserve ce privilège, que les examens pour l'admission à la pratique de la médecine dans la province de Québec sont indépendants des écoles et sous le contrôle d'hommes désintéressés, on comprend difficilement que notre collège des médecins consente ainsi à donner sa licence en aveugle sans oser se renseigner sur la compétence du candidat qu'elle investit du droit de vie et de mort sur ses concitoyens.

Une faculté de médecine doit être autre chose qu'une institution financière destinée à fabriquer des médecins à tant par tête et par an. Qu'on nous donne un bureau central d'examineurs et les écoles dans leur intérêt scientifique et pécuniaire n'auront et ne pourront plus avoir d'autre ambition que de ne former que des médecins compétents. Quoi qu'on en dise, dans l'état actuel des choses, la tentation est trop forte et il en coûte trop cher d'être parfaitement désintéressé. Nous avons bien les assesseurs, mais on en conviendra, c'est un pis aller. Il n'y a pas à se le dissimuler, cette compétition pécuniaire et numérique des écoles sera toujours, tant qu'on ne l'aura pas supprimée, l'éteignoir de la profession médicale et le plus grand obstacle au progrès scientifique des facultés de médecine.

## 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

J. Edward BERK. — **Considérations cliniques et de laboratoire dans le diagnostic du cancer du pancréas.** (*Clinical and Laboratory Considerations in the Diagnosis of Pancreatic Cancer.*) "Journal of the Oklahoma State Medical Association", 43: 143 (avril) 1950.

Le cancer du pancréas est en général une maladie à évolution rapide. La mort survient environ 7 mois après le début. La fréquence est plus grande chez les hommes d'âge avancé.

Les principaux symptômes par ordre de fréquence sont: la perte de poids, la douleur et l'ictère. La douleur est surtout fréquente, lorsque le corps et la queue du pancréas sont atteints. La douleur est vive et irradie dans le dos. Son exagération la nuit ou lorsque le patient est en position couchée est bien caractéristique. L'ictère survient moins souvent que la douleur comme symptôme initial. Toutefois on peut observer un ictère sans douleur dans un petit nombre de cas. On note souvent également de la diarrhée, de la constipation, de l'anxiété, de l'insomnie, des crises de dépression avec sanglots, et une crainte de mort imminente. Des thromboses veineuses multiples sont souvent en évidence. Une distension palpable de la vésicule biliaire est un signe traditionnel de cancer du pancréas.

*Recherches de laboratoires.* L'anémie est légère. La stéatorrhée est peu fréquente. La glycosurie et l'hyperglycémie sont fréquentes. La lipase et l'amylase sanguines sont élevées. Les dosages de lipases doivent être pratiqués en

série. La recherche de la concentration des enzymes pancréatiques dans le sérum avant et après l'administration de stimulants divers de la fonction pancréatique peut ajouter à la valeur de ces tests. Si la lipase et l'amylase dans le sang sont plus élevées que normalement, après l'administration de stimulants pancréatiques on peut conclure à une obstruction partielle des voies pancréatiques; si, au contraire, la lipase et l'amylase sont abaissées, après forte stimulation du pancréas, ceci pourrait indiquer une atrophie de la glande.

Pour nous renseigner sur la perméabilité des voies pancréatiques, on pourra analyser le contenu duodénal après stimulation du pancréas.

On préconise un examen cytologique, par la méthode de Papanicolaou, du contenu duodénal.

Un examen radiologique avec repas baryté s'impose également. Toutefois il faut se souvenir que l'examen radiologique est souvent négatif au début de la maladie lorsque le cancer n'exerce pas assez de pression sur les visères environnants.

La gastroscopie a une certaine valeur. La péritonéoscopie est également un moyen de diagnostic précieux.

René LEFEBVRE.

A. D. PACKER. — **L'influence de la rougeole, pendant la grossesse sur le fœtus.** (*The Influence of Maternal Measles (Morbilli) on the Unborn Child.*) "Med. Journal of Australia", 1: 835 (24 juin) 1950.

Au cours d'une épidémie récente en Australie où l'on a rapporté 11 000 cas de rougeole, 18 de ces cas étaient des femmes enceintes. Il n'y eut aucun décès parmi ces femmes. Parmi les nouveau-nés douze étaient normaux et deux étaient porteurs d'anomalies congénitales; dans ces deux cas l'infection est survenue pendant la période organogénétique. Dans les

quatre autres cas, il y eut avortement spontané. Il y eut une pneumonie grave intercurrente dans un de ces cas, qui fut probablement la cause de l'avortement.

La possibilité de la rougeole comme agent tératogénique est discutable, mais la coïncidence de la rougeole et des anomalies congénitales est frappante.

René LEFEBVRE.

CAIRNS, SMITH et VALLUM. — **Méningite tuberculeuse.** (*Tuberculous meningitis.*) "J. A. M. A.", 144: 92 (9 sept.) 1950.

Les auteurs rapportent leurs résultats dans le traitement de la méningite T.B. chez 93 patients, tous, sauf un, B.K. positifs dans leur liquide céphalo-rachidien. Chez les premiers 60 malades dont le traitement remonte à plus d'un an, 50% survivent avec 6,6% de rechute.

Traitement: streptomycine intra-thécale tous les jours pour les premières 6 à 12 semaines 100 mg. chez les adultes, 50 à 75 mg. chez les enfants. Streptomycine intra-musculaire sans arrêt pour 6 mois, 2 g. chez les adultes et 20 mg. par livre de poids chez les enfants. Le traitement étant complété par le repos et des exercices gradués comme dans tout sanatorium.

Comme norme générale ils préconisent que la streptomycine intra-thécale soit continuée au moins 8 semaines après la dernière culture positive et que la streptomycine intra-musculaire le soit au moins durant 180 jours aussi bien le patient soit-il. De toute façon elle ne devra pas être cessée avant que le patient ait pris du poids et que l'albumine et les éléments de son liquide céphalo-rachidien soient graduellement diminués depuis au moins 2 mois.

La surdité ne doit pas être une contre-indication à la continuation du traitement sauf chez les enfants qui ne savent pas parler. De même dans les premiers mois de traitement intrathécal l'on peut observer une poussée de température, une raideur de la nuque; cette réaction ne doit pas être considérée comme une exacerbation de la maladie, mais comme l'expression d'un processus qui est essentiel à la guérison. Chez un tiers des patients, malgré

le grand soin apporté dans les ponctions lombaires, l'espace sous arachnoïdien se bloqua soit complètement, soit partiellement. Pour obvier à cet inconvénient, on perfora deux trépan frontaux afin d'injecter la streptomycine directement dans les ventricules.

Même si l'on compte, en plus des 30 patients guéris, quelques autres qui auraient survécu peut-être si l'on avait maintenu une thérapeutique plus soutenue, les auteurs conviennent que la streptomycine est inactive dans 40% des cas.

Durant l'été de 1949, le Dr Honor Smith injecta par voie intra-thécale de la tuberculine à des patients chez qui tout espoir de guérison était perdu. Après chaque injection elle observa une exacerbation des symptômes méningés, avec une augmentation de la pression intracrânienne. Cette réaction semble être spécifique puisqu'elle ne survient que chez les sujets positifs au Mantoux, d'après les recherches de Vollum et Bosauquet chez des cobayes. En effet, chez des animaux sensibilisés les capillaires des méninges et des exsudats permettent, à ce moment, le passage des globules blancs, des globules rouges et des protéines; c'est en quelque sorte une lyse des exsudats. Théorie que préconisait Koch en 1890.

L'auteur obtint donc, chez deux des trois patients en cause, des rémissions presque miraculeuses. Le traitement était appliqué comme suit: 1° Si le Mantoux était fortement positif après 24 heures on administrait 0,0000035 mg. (35 dix-millionième) tous les 2 jours en doublant la dose jusqu'à obtention d'une réaction; 2° Si le Mantoux était faiblement positif on administrait 0,0000075 mg. I.T. et la dose était triplée ou quadruplée tous les 2 jours. Une fois la réaction obtenue on en administrait tous les 4 jours afin de laisser le patient 2 jours sans fièvre, ni méningisme, ni vomissements.

Le traitement se continue ainsi jusqu'à amélioration nette, concomitamment avec la streptomycine intramusculaire et intrathécale.

L'auteur ajoute qu'il serait imprudent de commencer un tel traitement sans avoir au préalable procédé à la perforation de deux trépan frontaux, soit pour administrer la tuberculine, soit pour, au besoin, diminuer la pression intracrânienne.

Maurice COMEAU.

L. E. ZIMMERMAN. — **Endocardite à aspergillus et à candida albicans, avec commentaires sur le rôle des antibiotiques dans la dissémination du champignon.** (*Candida and Aspergillus Endocarditis, with comments on the Role of Antibiotics in Dissemination of Fungus Disease.*) "Arch. of Path.", 50: 591 (novembre) 1950.

Ce travail rapporte trois cas d'endocardite mycotique (1 cas dû au candida albicans, deux dus à l'aspergillus), dont deux ont vu apparaître la dissémination de l'agent au cours d'un traitement par les antibiotiques.

*Cas 1* (Candida). Femme de 38 ans, héroïne depuis 5 ans, s'est présentée à l'hôpital pour fièvre depuis deux jours, plaques hémorragiques sur les faces palmaires. Durant les trois semaines précédentes, elle avait ressenti des crampes abdominales et une douleur à la jambe droite. L'examen révéla une température de 101°, et un souffle pré-systolique. Après une évolution de 9 jours, la malade mourut en shock. L'autopsie a révélé sur la mitrale une grosse végétation composée de candida albicans.

*Cas 2* (Aspergillus). Homme de 25 ans, qui a dû subir une amputation de la jambe à la suite d'un accident. La plaie resta œdémateuse et malodorante malgré le traitement à la pénicilline. Un souffle cardiaque fut perçu 40 jours après l'accident. Le malade mourut en shock après avoir présenté un bruit de galop. A l'autopsie, on a trouvé des végétations sphériques de 2,5 cm. sur la valvule aortique et sur la tricuspide. L'histologie a montré qu'il s'agissait d'une culture en masse de champignons.

*Cas 3.* (Aspergillus.) Femme de 32 ans, hospitalisée en juillet 1947, pour fièvre, nausées et fatigabilité. En juin 1948, elle ressentit des

engourdissements à la jambe droite. Son foie était gros et douloureux. A ce moment, un souffle rude existait à la pointe. Elle mourut subitement 1 an après son entrée à l'hôpital malgré un traitement intensif à la pénicilline, à la streptomycine et au sulfathiazol. A l'autopsie, on a trouvé des végétations grises et friables sur l'aortique.

*Considérations:* Il est bien établi que les antibiotiques loin d'avoir un effet dépressif sur les champignons, stimulent leur croissance. Farber a rapporté 7 cas de moniliase apparue chez l'enfant au cours d'une cure chimiothérapeutique pour une autre maladie. Dans la majorité des cas, ces enfants recevaient de la pénicilline et de l'auromycine.

Geiger et ses élèves traitèrent un malade à deux reprises et avec succès pour une endocardite bactérienne; il mourut toutefois d'une endocardite à champignon (*C. albicans.*) Les cas 2 et 3 de cette présentation portent à penser dans le même sens.

Deux autres cas rapportés par Cawley et par Grekin, Cawley Zheutlin, inclinent à conclure qu'une affection à champignons, jusqu'alors localisée, s'est généralisée à la suite de traitement à la pénicilline.

D'autres médicaments, dépresseurs de la moelle osseuse comme l'acide anti-folique, activeraient la pullulation des champignons pathogènes. Les personnes qui s'injectent de l'héroïne par voie intraveineuse, sont également sujettes à l'endocardite mycotique (5 cas en deux ans rapportés par Wikler).

Pour l'auteur, si le mécanisme d'action des antibiotiques est obscur, il reste un fait bien établi c'est qu'ils favorisent la dissémination des mycoses.

Simon LAUZE.

AGE VIDEBAEK. — **Polycythémie vraie et tumeurs malignes.** (*Polycythaemia Vera Co-existing with Malignant Tumours.*) "Acta Medica Scandinavica", No 138, fasc. IV, p. 239, 1950.

L'auteur passe en revue le rôle étiologique dans la polycythémie de la diminution de l'oxygène sanguin, de l'hypersurréalisme et

des tumeurs intra-crâniennes. Il cite un cas de polycythémie coexistant avec l'hypernéphrome.

Au cours de l'étude de 125 cas diagnostiqués polycythémie essentielle, l'auteur a retrouvé à l'autopsie 2 cas d'hypernéphrome avec métastases. Un autre vit encore. Ces 3 présentaient une hématurie intermittente.

La coïncidence de polycythémie et d'hématurie exige une pyélographie pour éliminer l'hypernéphrome avec polycythémie secondaire. Il présente de plus un jeune malade atteint de naevo-carcinomatose ainsi que 5 observations de néoplasmes (rectum, poumons, sein, épiderme) tous présentant une polycythémie secondaire. Il ne semble pas toujours toutefois que la polycythémie essentielle soit souvent accompagnée de néoplasie mais elle se termine assez fréquemment par l'apparition d'une leucémie.

Gilles GOSSELIN

W. DAMESHEK, M. H. FREEDMAN et L. STEINBERG. — **Les antifoliques et le traitement des leucémies aiguës et sub-aiguës.** (*Folic acid antagonists in the treatment of acute and sub-acute leukemia.*) "Blood", 5: 898 (octobre) 1950.

Les A. présentent 40 cas de leucémie aiguë ou subaiguë traités d'avril 1948 à juin 1949 par les différents antifoliques, l'aminoptérin surtout. 32 cas (27 adultes et 5 enfants) furent traités durant plus de 10 jours et 10 d'entre eux présentèrent des rémissions de durée et d'intensité variables tant du point de vue clinique qu'hématologique. Les formes lymphoïdes répondent beaucoup mieux que les formes myéloïdes et monocytaires.

Le mécanisme exact de l'action des antifoliques est mal connu, mais l'on peut croire que le facteur anti-P.C.A. est absorbé par les cellules primitives et provoque ultérieurement la mort de celles-ci. La marge n'est pas grande entre les doses toxiques et les doses thérapeutiques: en fait, souvent l'indice d'une action thérapeutique efficace est une réaction « toxique » spéciale (angine - nausées - vo-

missements - baisse rapide des globules blancs avec rétablissement de la différentielle, augmentation des plaquettes et des globules rouges).

Des transfusions et des antibiotiques sont ajoutés à la médication antifolique, surtout au début, alors que l'anémie est intense et les infections fréquentes.

Les rémissions observées semblent être le résultat de la médication antifolique et elles semblent indiquer, même si elles ne furent que temporaires, la réversibilité du processus leucémique.

Gilles GOSSELIN

R. P. MACKAY et W. K. GATTSTEIN. — **Anémie aplastique et agranulocytose consécutives au tridione.** (*Aplastic anemia and granulocytosis following tridione.*) "J. A. M. A.", 132: 13 (septembre) 1946.

Les A. rapportent le cas d'une jeune femme de 23 ans chez qui l'anémie aplastique n'apparut qu'après plus d'un an d'un traitement intensif allant jusqu'à 1,80 g. par jour. Ce traitement avait d'ailleurs été bien toléré jusqu'à ne produisant qu'une héméralogie, accident fréquent au cours du traitement par ce médicament, mais sans gravité. L'évolution fut très rapide, la mort survenant au bout de 18 jours probablement parce que l'intoxication était plus massive. Les plaquettes disparurent complètement du sang circulant et de la moelle, ce qui provoqua des accidents hémorragiques diffus. Les A. croient que la toxicité du Tridione est liée à l'anneau pentagonal de sa formule, comme l'aminopyrine, avec également un groupe de carbonyl en même position.

M. et G. suggèrent les précautions suivantes au cours du traitement par le tridione: absence de dyscrasie sanguine, numérations sanguines fréquentes avec attention particulière au chiffre des plaquettes sanguines, l'interdiction de la vente sans prescription médicale, enfin, tenter les autres médications anticonvulsivantes avant de recourir au Tridione.

Gilles GOSSELIN

R. N. TOTTERSALL et R. SEVILLE. — **Purpura sénile.** "Quart. Journal Medicine", 19: 151, 1950.

Le purpura sénile est assez fréquent, mais il n'a jamais beaucoup attiré l'attention.

Les lésions sont réparties de façon bien uniforme, caractéristiques et rendent ordinairement le diagnostic facile. On les voit surtout au niveau de la face extérieure des avant-bras et sur la face dorsale des mains. Plus rarement, on trouve-t-on à la face, à la base du nez. Les A. décrivent les lésions comme larges et irrégulières, de dimensions variables, de coloration pourpre foncé avec pourtour bien limité qui les distingue des ecchymoses ordinaires. Leur durée varie de quelques jours à quelques semaines. La peau de la région atteinte est mince, atrophique, pigmentée et souvent laisse voir des cicatrices apigmentaires.

Les A. ont rencontré 60 cas de purpura sénile parmi quelque 809 malades d'un service de gériâtrie. Tous étaient âgés de plus de 60 ans. La fréquence de ces lésions fut de 2% dans la 7ème décade pour atteindre 25% dans la 10ème. Aucune évidence de troubles hématologiques ni de déficience en acide ascorbique, rutin ou acide nicotinique.

L'examen histologique montrait une dégénérescence sénile intense des téguments atteints surtout marquée au niveau des fibres collagènes dans les zones touchées par le purpura.

Les A. croient que ces lésions sont secondaires à des micro-traumatismes associés à de la fragilité capillaire.

Gilles GOSSELIN

#### CHIRURGIE

BUCKSTEIN et REICH. — **Le diverticule pharyngé latéral comme cause de dysphagie.** (*Lateral pharyngeal diverticula as cause of dysphagia.*) "J. A. M. A.", 144: 1154 (2 décembre) 1950.

Une des causes rares de dysphagie, et que l'on ne considère habituellement pas dans le diagnostic différentiel, est celle du diverticule latéral du pharynx. Les auteurs en rapportent

deux cas. Le diverticule se projette alors antéro-latéralement à partir de l'hypopharynx au niveau des sinus pyriformes.

L'origine de ces troubles remonte au stade embryologique. En effet, les troisième et quatrième poches branchiales, au lieu de s'oblitérer normalement pour former les sinus pyriformes, demeurent béantes pour former le diverticule pharyngé.

Symptomatologie: dysphagie, sensation de plénitude dans le cou par rétention d'aliments. Ce sac peut ou se vider par un changement de position ou se vider par lavage, par l'ingurgitation d'eau. Les aliments régurgités ne sont pas du tout digérés.

Le diagnostic se confirme facilement par la radiologie.

Maurice COMEAU.

E. F. McLAUGHLIN, E. F. CICCONE et V. R. MANNING, Jr. — **Tumeur carcinoïde du petit intestin.** (*Carcinoid Tumor of the small Intestine.*) "Amer. Journal of Surg.", 80: 64 (juillet) 1950.

Le carcinoïde du petit intestin est surtout fréquent à l'appendice mais on le rencontre aussi sur l'iléon. L'importance de cette lésion repose sur la fréquence insoupçonnée de ces tumeurs et sur leur degré de malignité, lorsqu'elles sont considérées malignes.

Raiford, de Johns Hopkins, rapporte que sur 62 000 pièces opératoires et nécropsiques, 29 étaient des carcinoïdes.

Ces tumeurs sont plus fréquentes chez les hommes d'âge moyen. Ewing écrit que ces tumeurs sont « des nodules petits, fermes, jaunâtres, circonscrits, mesurant de 0,5 à 1 cm. de diamètre, et situés dans la sous-muqueuse et la musculuse, et recouverts de muscle lisse et de péritoine épaissi. Ces tumeurs peuvent être de volume plus considérable, sténosantes et infiltrantes. Quelquefois elles sont multiples. Leurs dimensions uniformes, position régulière, opacité et manque d'hyperchromatisme sont l'indice de malignité modérée.

Raiford trouva des métastases dans 20,7% des cas. L'incidence des métastases rappor-

tées par d'autres auteurs varie de 18,3% à 52%. L'auteur est d'avis que le carcinoïde est une tumeur maligne: le degré de malignité est toutefois très variable.

Au point de vue clinique il y a obstruction dans 17% à 34% des cas. Quelquefois il y a constipation ou diarrhée avec asthénie et perte de poids. Il y a toutefois absence de méléna et d'anémie.

Ces tumeurs doivent être considérées comme des tumeurs malignes avec résection large de l'iléon et du mésentère.

René LEFEBVRE.

### NEUROLOGIE

Julius H. COMROE, John TODD, George D. GAMMON, Irving H. LEOPOLD, George B. KOELLE, Oscar BODANSKY et Alfred GILMAN. — **L'effet du Di-Isopropyl-Fluorophosphate (DFP) sur les patients atteints de myasthénie grave.** (*The effect of Di-Isopropyl-Fluorophosphate (DFP) Upon Patients with Myasthenia Gravis.*) "Am. J. of the Med. Sciences", **212**: 64 (déc.) 1946.

Le DFP qui n'a aucune parenté avec la néostigmine augmente la force musculaire dans la myasthénie grave. Il est capable d'abaisser le plasma et les globules rouges, l'activité de la cholinestérase pendant un temps assez prolongé.

Le DFP a été employé dans le traitement de 7 patients atteints de myasthénie grave. Pas de résultat dans 2 cas. Un peu d'amélioration dans 1 cas. Beaucoup d'amélioration dans 2 cas. Résultats difficiles à apprécier dans 2 cas.

Si on augmente la dose: nausées, vomissements, et symptômes se rapportant au système nerveux central.

Le DFP abaisse la cholinestérase plasmatique à zéro et, malgré cela, il produit moins de résultats que la néostigmine. Ce n'est donc pas un critère pour juger de l'effet d'un médicament.

On peut employer le DFP associé à la néostigmine pour prolonger l'action de celle-ci.

J.-Roger GAREAU.

### PSYCHIATRIE

L. M. EATON. — **Avertissement au sujet de l'emploi du curare à l'occasion du traitement pour shock convulsif chez des patients atteints de troubles psychiatriques et, en même temps, de myasthénie grave.** (*A Warning Concerning the Use of Curare in Convulsive Shock Treatment of Patients with Psychiatric Disorders who may have Myasthenia Gravis.*) "Proc. Staff Meetings of the Mayo Clin.", **22**: 5 (janvier) 1947.

Le curare a joué un rôle intéressant dans l'histoire de la myasthénie grave, car, du fait de la ressemblance des symptômes produits par l'un et l'autre, Walker (1934) fut amené à employer l'antidote de l'un contre l'autre. C'est ainsi que la physostigmine puis la néostigmine ou prostigmine fut employée dans le traitement de la myasthénie grave.

Par contre, Bennett et Cash qui avaient employé le curare pour prévenir les complications traumatiques des convulsions dans l'électro-choc thérapeutique voulurent connaître la sensibilité de la myasthénie grave au curare. Ils constatèrent qu'un dixième ou un quarantième de la dose normale suffisait à curariser dans ces cas. C'est alors qu'ils pensèrent à employer le curare pour le diagnostic de la myasthénie grave. Celui-ci s'est montré de valeur égale à la quinidine comme test.

Il faut insister sur le fait que ni le curare ni la quinidine ne doivent être employés chez des patients trop affaiblis, car l'expérience pourrait être mortelle malgré la respiration artificielle et les doses massives de néostigmine. Encore moins faut-il employer le curare avant l'électro-chothérapie dans ces cas. Pour cela, on doit éliminer la présence de myasthénie grave dans chaque cas où l'on devra se servir de curare avant l'électro-choc.

J.-Roger GAREAU.

### UROLOGIE

G. KAPLAN et B. ROSWIT. — **Tumeurs testiculaires bilatérales après une orchidopexie bilatérale.** (*Bilateral testicular tumors following bilateral orchiopexy.*) "J. A. M. A.", **144**: 1557 (30 décembre) 1950.

La fréquence du néoplasme malin dans l'ectopie testiculaire est élevée. Hinman et Ben-

teen, d'après leurs statistiques, rapportent une incidence vingt fois plus forte de tumeurs dans des testicules non descendus que dans ceux normalement localisés.

En plus de rappeler la fréquence très grande de ces néoplasies, les auteurs veulent signaler que l'orchidopexie n'est pas une mesure préventive du développement tumoral dans le testicule ectopique. Pour appuyer leur assertion, ils rapportent un cas d'ectopie testiculaire bilatérale orchidopexié 27 ans auparavant et qui développa par la suite un séminome d'un côté et, quatre ans plus tard, un tératocarcinome complexe de l'autre côté, malgré de la radiothérapie intense après la première opération. Un mois après la seconde intervention une radiographie montra des nodules métastatiques pulmonaires.

Kaplan et Roswit concluent en faisant observer que l'on doit donc toujours soupçonner l'éventuelle malignité dans la cryptorchidie et que l'orchidopexie ne la prévient pas, non plus qu'elle en diminue la fréquence. Elle aurait cependant l'avantage de permettre de déceler plus facilement le développement de la tumeur.

Maurice COMEAU.

H. L. KRETSCHMER. — **Adénome de la parathyroïde et calculs rénaux.** (*Parathyroid Adenoma and Renal Calculi.*) "The Journal of Urology", 63: 947 (juin) 1950.

L'association des lésions parathyroïdiennes et de calculs rénaux n'est pas fréquente, toutefois lorsqu'un cas présente une histoire de crises calculeuses répétées ou une histoire de plusieurs opérations pour calculs il faut penser à la possibilité d'un trouble des parathyroïdes. L'auteur rapporte 4 cas où cette association existait. Dans chaque cas il y avait une histoire d'opération antérieure pour calculs du rein ou de l'uretère.

Le début de l'hyperparathyroïdie est insidieux et son évolution est progressive. Les symptômes sont variables. On note surtout de la lassitude, de la faiblesse musculaire, plus marquée aux membres inférieurs, avec une di-

minution de l'excitabilité électrique. Des troubles digestifs vagues avec constipation, de l'anorexie sont fréquents. Les troubles rénaux sont ceux d'une crise de colique néphritique: douleur, nausées, vomissements et sang dans les urines. Il y a généralement plusieurs attaques de coliques néphritiques et passage de calculs.

Le calcium sanguin est élevé et les phosphates sont abaissés. Le calcium et les phosphates sont augmentés dans les urines. L'azote non protéique du sang est normal au début de la maladie, mais augmente lorsque le rein est atteint.

Le traitement est d'abord dirigé vers l'adénome parathyroïdien. Le calcium sanguin tombera à la normale en 48 heures. Des quatre cas d'hyperparathyroïdie et de calculs rénaux rapportés par l'auteur, un mourut. Dans un cas il y avait ulcère duodéal, adénome du pancréas et de la surrénale. Deux cas présentèrent une masse palpable à la région cervicale. Un autre cas présenta une tumeur palpable au cou après l'exérèse d'un calcul rénal.

René LEFEBVRE.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ida MANN. — **Cancer de la souris et virus.** (*A Virus in Mouse Cancers.*) "British Medical Journal", 270 (juillet) 1949.

Il est maintenant évident que les cancers des tissus épithéliaux et conjonctifs peuvent être transmis au moyen de tissus gelés ou déshydratés. Mlle Mann a prouvé que les tissus ainsi traités ne contenaient aucune cellule vivante.

Un virus produisant le sarcome devrait pouvoir le produire n'importe où dans l'organisme car on trouve du tissu conjonctif partout. Mais celui qui produirait le carcinome devrait être épithéliotrope. La question devrait être réglée par les carcinomes. Une greffe devrait reprendre n'importe où tandis qu'une infection à virus ne devrait se produire qu'en présence de cellules épithéliales. Par exemple, une greffe d'adéno-carcinome croîtra même dans la cavité péritonéale où il n'y a pas de cellules mammaires (dans les cas d'adénocarcinomes

mammaires), Mlle Mann a prouvé que l'adénocarcinome gelé au préalable reprendra dans les tissus sous-cutanés, mais pas dans le péritoine ou si peu souvent, et dans de telles circonstances qu'il est facile d'attribuer ce fait au transport de cellules mammaires par l'aiguille.

L'agent de transmission serait donc un virus. Mais il s'élève une objection: si ces productions tumorales sont causées par un virus, comment se fait-il que le facteur-lait de Bittner ne les produise qu'après plusieurs mois et seulement en présence d'une certaine activité hormonale, tandis que la tumeur gelée les produit chez l'un ou l'autre sexe en quelques jours ou quelques semaines? On suggère que le virus pourrait exister sous deux formes, une latente et plutôt stable et l'autre active mais labile. On suggère, de plus, que l'effet de l'œstrogène, chez la souris mâle déjà soumise au virus de Bittner, est simplement de provoquer un changement de la forme latente à la forme labile.

J.-Roger GAREAU.

W. E. GYE. — **Les tumeurs propagées chez la souris au moyen de tissus desséchés.** (*The propagation of Mouse Tumours by means of Dried Tissue.*) "British Medical Journal", 511 (mars) 1949.

L'auteur, directeur de l'Imperial Cancer Research Fund, publie les résultats des expériences entreprises par lui-même et ses collaborateurs: les docteurs A. M. Begg, James Craigie, et Ida Mann, et conclut que la *cause qui assure la continuité du cancer est un virus tant chez les mammifères que chez les oiseaux.*

Ceci ressort de nombreuses expériences.

a) Effets du *froid* sur les tissus normaux.

Mlle Mann a prouvé en expérimentant sur les souris, que le tissu embryonnaire normal meurt après une exposition d'une heure à une température de  $-79^{\circ}\text{C}$ . tandis que les tumeurs malignes survivent pendant plus d'un an et probablement toujours.

b) Examen microscopique des greffes de tumeurs malignes après un certain temps d'implantation chez les souris.

La continuité de la tumeur est-elle assurée par la division des cellules de la tumeur greffée ou par les cellules de la souris réceptrice qui deviendraient tumorales? Les cellules réfrigérées à  $-79^{\circ}\text{C}$ . sont complètement nécrotiques. Il se forme autour d'elles une sorte de capsule de tissu réactionnel et elles disparaissent bientôt dans la plupart des cas. Quand il s'agit de sarcomes, la nouvelle tumeur prend naissance dans le tissu réactionnel environnant. Toutefois, les cellules réfrigérées peuvent parfois continuer à se multiplier quand la réfrigération n'a pas été prolongée assez longtemps. L'auteur conclut tout de même que les cellules malignes, de même que les cellules embryonnaires sont tuées à très basse température, mais que les cellules malignes étaient tout de même capables de provoquer l'*éclosion d'une nouvelle tumeur à cause du virus* qu'elles contiennent.

c) Effets de l'émulsion après *congélation*.

L'eau distillée, la glycérine 40% et le glucose 40% qui ne sont pas des milieux isotoniques ne réussissent pas à inhiber la formation de tumeur tandis que la peptone qui normalement ne devrait pas nuire à la cellule l'inhibe. Ceci, après congélation naturellement.

d) Effets de la *dessiccation*.

Un sarcome provoqué par la méthylecholanthrène se perpétue encore après 200 étapes de souris en souris avec dessiccations et filtrations multiples de façon à éliminer la participation des cellules dans la propagation de la tumeur. Il est à noter que la dessiccation n'agit qu'après refroidissement à  $-79^{\circ}\text{C}$ . pendant 5 à 8 semaines, pour les tumeurs peu malignes, tandis qu'elle le fait sans refroidissement pour les tumeurs très malignes.

Il est possible que la basse température dénature une protéine inhibitrice libérant ainsi le virus et permettant son action après dessiccation.

*Conclusion:*

Les cancers de la souris sont du même ordre que ceux des poules. Dans les deux cas, la con-

tinuité de la tumeur est assurée par un virus. Les expériences n'ont pas été faites sur d'autres mammifères.

J.-Roger GAREAU.

GYE. — **Transmission du sarcome au moyen de tissu déshydraté.** (*Transmission of Sarcoma by Dried Tissue.*) "British Med. Journal", 531 (mars) 1949.

Les pathologistes répugnent généralement à accepter la notion que le cancer puisse être causé par un virus. Il est pourtant admis que certaines tumeurs sont causées par les virus: certains sarcomes et autres tumeurs conjonctives de la volaille, l'adéno-carcinome de la grenouille, le papillome de Shope et les cancers qui en dérivent; il y a aussi le facteur-lait de Bittner qui joue un rôle essentiel dans la propagation du cancer chez les souris allaitées et qui a toutes les propriétés du virus.

Il est une question importante: les tumeurs filtrables font-elles classe à part? Sont-elles essentiellement les mêmes que les autres tumeurs ou en diffèrent-elles quantitativement de telle sorte qu'il faille accuser la technique si nous ne pouvons mettre en évidence un facteur de continuité autre que la cellule vivante?

Le professeur Gye parle de transformation maligne du stroma de certains épithéliomas transplantés qui était connue depuis longtemps. Une explication possible à ce phénomène

ne a été le transfert de l'irritation d'une cellule à l'autre i.e. de l'épithélioma à son stroma.

Depuis 40 ans, on transplante des tumeurs préalablement gelées à  $-10^{\circ}\text{C}$ . ce qui, prétend-on, est dû à la vitalité des cellules cancéreuses. Actuellement, on fait la même chose mais à  $-79^{\circ}\text{C}$ . et, à cette température, les tissus sont comme dans une forte saumure. Des ouvrages plus récents font survivre les cellules tumorales dans la glycérine à 40% et dans le glucose à 40%.

Poussant plus loin, le professeur Gye a déshydraté les tissus sarcomateux après les avoir gelés à  $-79^{\circ}\text{C}$ . On sait que les bactéries survivent indéfiniment à la dessiccation, mais leur organisation est différente de celle de la cellule des mammifères. La transmission du sarcome de Rous de même que la filtrabilité sont les deux arguments qui prouvent qu'il est causé par un virus. Pourquoi ne pas se servir du même argument?

Trois questions importantes se posent:

Est-on raisonnablement certain que les tissus ainsi traités: gelés, marinés dans la saumure puis déshydratés, ne contiennent plus aucune cellule de mammifère vivante?

Est-ce que les résultats fournis par trois sarcomes peuvent s'appliquer à tous les sarcomes?

Les cancers épithéliaux peuvent-ils également être transmis par tissus déshydratés?...

J.-Roger GAREAU.

## 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.

### RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 23 novembre 1950

Présidence de M. Léopold Morissette

#### Ostéite généralisée d'origine rénale (Rachitisme rénal)

MM. C.-E. GRIGNON, J. GRIGNON et  
P. DONTIGNY

Mlle H. M..., 13 ans, est admise le 28 mai 1950, se plaignant d'anémie et de troubles de croissance.

A sa naissance, cette enfant était normale. Elle aurait toujours été petite et très intelligente. A l'âge de 3 ans, elle commence à souffrir d'asthme de façon assez régulière. Cependant, elle ne rapporte aucune crise depuis 2 ans.

Elle se plaint, depuis plusieurs mois, de tension dans les doigts et les orteils et de crampes dans les muscles des jambes (durée 5 minutes). Depuis 6 mois, il lui semble que ses jambes sont raides. Nous relevons quelques épisodes qui ressemblent fort à de la tétanie.

Les émotions et l'effort la fatiguent considérablement, occasionnent des crampes dans les muscles et de la dyspnée de même que des palpitations.

Dans ses antécédents personnels, on note une maladie infectieuse éruptive qui aurait duré quelques semaines, tandis que parmi ses antécédents héréditaires on ne remarque rien d'anormal.

A l'examen, cette patiente semble très intelligente et beaucoup plus petite que son âge

nous laisserait supposer. Sa hauteur est de 52 pouces et son poids de 60 livres, donc elle est bien proportionnée.

Les conjonctives sont très pâles. Il y a quelques caries dentaires. La pression artérielle est de 128/80 et le cœur présente, à l'auscultation, des extrasystoles et un souffle systolique fonctionnel au foyer mitral.

Avec une telle histoire les premiers examens de laboratoire confirment tout de suite notre diagnostic d'arrêt de croissance par insuffisance rénale.

1° — L'urée est à 212 mg. %.

2° — La formule sanguine:

Globules rouges: 1 900 000; globules blancs: 5 500; Hémoglobine: 35%; Val. globulaire: 0,9; Poly. neutro.: 60%; Grands mono.: 4%; Lymphocytes: 34%; Poly. éosino.: 2%.

Légère microcytose

3° — L'analyse d'urine:

PH.: 5; Densité: 1 009; Albumine: 4x (1,2 gm. au litre); Cylindres: rares granuleux; Bactéries: oui.

Radiographies:

1° — Poumons: rien à noter.

2° — Pyélographie I.V.: absence totale d'opacification de l'arbre urinaire.

3° — La lamina dura est présente aux dents.

4° — Poignets, genoux, bassin et crâne: en résumé il se trouve des images pathologiques au niveau des lignes diaphyso-épiphysaires. Il y a de l'ostéoporose généralisée à tous les os. En somme constatations qui sont compatibles avec le diagnostic d'ostéodystrophie, type rachitisme par déficience rénale.

Dr Paul BRODEUR.

En résumé voici ce qui a dû se produire:

1° — Insuffisance rénale (néphrite chroni-

Voici un tableau des examens faits sur le sang et l'urine par le docteur A. Bertrand  
et M. P. Riopel.

Normal	Urée (30-50)	Ca total (9,5-10,5)	Ca ionisé (4,5-5)	Phosphore (2,5-3,5)	Phospha- tase alc. (2-5) B.U.	Réserve alc. (53-77 vol. %)	Cl (350-380)	A/G	Cholestérol (170-200)	Urine
31 mai		8,3		6,3		33,3			220	pH: 5 D.: 1009 A.: 4x cyl. granu- leux, bactéries.
2 juin								$\frac{4,6}{1,6} = 2,8$		
6 juin	204									Test de Volhard C. Max. = 1012
9 juin		7,5	3,3	5,8	6,29					Volume = 1 000 à 1 500
13 juin							397			
16 juin	175					57				pH: 8. D.: 1010 A.: 4x Carbonate Ca. Rares gl. rou- ges. Traces de pus.
22 juin	182	8,1	3,26	6	6,5	60,7				pH: 8. D.: 1017 A.: 2x. PO <sub>4</sub> amorphes. Traces de pus.
24 juil.	213	9,8		5,9		45,9				

que, etc.) avec rétention de phosphore et baisse du calcium dans le sang.

2° — Hyperparathyroïdie secondaire qui tend à augmenter le calcium et à diminuer le phosphore; mécanisme qui est inadéquat à cause de l'insuffisance rénale.

3° — Acidose sanguine avec un calcium ionisé assez normal, ce qui diminue les manifestations tétaniques.

4° — Troubles au squelette qui peuvent devenir superposables à ceux rencontrés dans l'hyperparathyroïdie primitive, mais ici les troubles osseux sont plus dépendants de l'acidose que de l'hyperparathyroïdie secondaire.

5° — Anémie de type normochrome due à l'insuffisance rénale et sa répercussion sur tous les tissus.

6° — Arrêt ou diminution de la croissance à cause de l'urémie qui trouble aussi bien l'apport alimentaire que le métabolisme tissulaire.

#### Traitement:

Il doit viser à faire diminuer l'acidose, car c'est le meilleur moyen d'améliorer les troubles osseux. Pour ceci nous donnerons du citrate de soude (5 à 10 g. par jour). Mais il faudra aussi élever le taux de calcium sanguin soit par injection I.V. de gluconate ou lactate de calcium; ou, si le calcium est donné per os, lui ajouter de la vitamine D qui en facilitera l'absorption.

Par ailleurs, il sera utile de diminuer l'apport de phosphore qui est déjà retenu dans le sang.

Pour ce qui concerne la diète et les liquides, il faudra se souvenir du traitement de la néphrite chronique décompensée i.e.: environ 1 000-1 500 cc. de liquide par jour et une diète contenant environ 60-70 g. de protides et le reste fourni par les lipides et les glucides et environ 3 g. de Cl Na.

L'anémie ne répond à aucun médicament.

Le pronostic est évidemment celui de la néphrite chronique qui a versé dans l'urémie.

#### Discussion.

M. JEAN MICHON fait voir les clichés radiographiques et explique la pathologie osseuse, sur les images.

M. CHARLES-EMILE GRIGNON: l'intérêt de la présentation est qu'il s'agit d'une fille de 13 ans avec néphrite chronique qui donne, en même temps que l'urémie, une rétention de phosphates et une baisse de calcium sanguin avec une acidose assez avancée.

Chez cette malade, l'os est formé en quantité normale mais il est détruit en quantité anormale. Il y a une hyperplasie des glandes parathyroïdes. C'est une hyperplasie secondaire et compensatrice. Dans le traitement il est important de ne pas toucher aux parathyroïdes, car on risquerait d'aggraver le syndrome. On ne peut à peu près rien faire comme traitement de la néphrite. Tout ce que l'on peut faire c'est de combattre l'acidose et la baisse du calcium en donnant du calcium à la malade.

M. JEAN GRIGNON: sur l'un des clichés radiographiques, il semble y avoir un début de fibro-kyste. Le squelette est atteint de déminéralisation. L'ostéite d'origine rénale reste une maladie métabolique contrairement à la maladie de Recklinghausen, qui est une maladie de la gaine de Schwann.

M. ALBERT GUILBEAULT: dans un cas d'hypotrophie marquée, le geste d'un bon pédiatre est de faire une analyse des urines. C'est le premier pas du diagnostic de l'ostéite rénale.

M. JEAN-LOUIS LÉGER demande la définition de l'ostéoporose.

M. ROMA AMYOT: quel rapport y a-t-il entre l'ostéite d'origine rénale et ce qu'on appelle le nanisme rénal? Quelle association entre l'ostéite d'origine rénale, la neurofibromatose et la maladie kystique des os?

M. CHARLES-EMILE GRIGNON répond au docteur Jean-Louis Léger que l'ostéoporose est le manque de formation adéquate d'os, tandis que la déminéralisation est une destruction des os.

Il répond au docteur Roma Amyot que l'ostéite d'origine rénale est une forme de nanisme rénal. Au point de vue radiographique la différence entre l'ostéite d'origine rénale et la maladie kystique des os est assez difficile à faire. Il est préférable que le radiologiste ne mette pas de diagnostic sur son rapport, mais il doit se contenter de faire la description de

l'apparence des os. La maladie nerveuse consiste en des kystes osseux dus à des schwannomes en dedans des os. Ce n'est pas une maladie qui a affaire aux parathyroïdes.

### Epithélioma du cœcum et invagination intestinale.

MM. L. ARCHAMBAULT et  
B. LAFOREST

L'invagination intestinale est rare chez l'adulte mais fréquente chez le nourrisson où elle apparaît de façon aiguë et, le plus souvent, sans cause décelable à l'opération. Chez l'adolescent et chez l'adulte, au contraire, elle est, dans 80% des cas, secondaire à une lésion intestinale et revêt un caractère de chronicité.

Le cas que nous présentons nous semble intéressant d'abord parce que la lésion primaire est un épithélioma, ensuite parce que le patient n'est âgé que de 22 ans.

M.P.C., dossier No 7 393, chauffeur de taxi, est admis dans le service de chirurgie le 21 juillet 1950 avec l'histoire suivante: jusqu'à l'âge de 20 ans, toujours en bonne santé. Depuis 2 ans, il accuse des douleurs sous forme de coliques dans le bas-ventre, douleurs qui surviennent environ une demi-heure après les repas riches en viandes, durent 1 ou 2 minutes, disparaissent durant cinq minutes pour réapparaître avec le même rythme pendant une demi-heure ou trois-quarts d'heure. Pendant un an, ces phénomènes douloureux se reproduisaient environ une fois par mois. Mais depuis un an, les crises surviennent plus souvent, elles sont plus douloureuses et conservent leur rythme. Depuis mai, il note des selles liquides, noires, peu abondantes, à 7 ou 8 reprises. La semaine avant son hospitalisation, il a eu trois fortes crises douloureuses, avec selles rares et du ballonnement.

Le jour de son entrée, après un dîner ordinaire, il est pris d'une crise douloureuse paroxystique dans le bas-ventre, surtout à la fosse iliaque gauche, qui dure une partie de l'après-midi; le soir, en se palpant l'abdomen, il note au flanc gauche une masse douloureuse, du vo-

lume d'une orange. En même temps il est ballonné, accuse des nausées vite suivies de vomissements nauséabonds mais non fécaloïdes.

Le médecin alors consulté fait le diagnostic de « sub-occlusion du côlon gauche par néo probable », et le fait admettre à l'hôpital.

Il s'agit d'un jeune homme assez bien constitué, amaigri et pâle. La T.A. est de 130/70, le pouls bat à 80 bien frappé. La température est normale. Les poumons sont négatifs cliniquement et radiologiquement. Il y a présence d'un souffle systolique en jet de vapeur à tous les foyers d'auscultation cardiaque.

Les antécédents, tant personnels qu'héritaires, n'ont rien de particulier. Le patient a toujours eu une bonne santé jusqu'à 20 ans, il fait un usage modéré d'alcool et fume une quinzaine de cigarettes par jour. L'examen subjectif des systèmes autres que le digestif se révèle négatif.

Cliniquement l'abdomen est légèrement ballonné et douloureux partout; le toucher rectal est négatif.

Le lendemain matin de l'admission, après un lavement huileux à basse pression, l'abdomen ne révèle rien d'autre qu'une légère sensibilité à la fosse iliaque gauche où l'on perçoit une masse dure assez régulière, douloureuse à la palpation, de forme plutôt ovale et bien mobilisable.

#### Examens de laboratoire

Les urines sont normales; Azotémie 32 mg. %; Glycémie 90 mg. %.

Formule sanguine: globules rouges 2 750-000; globules blancs 10 500; hémoglobine 27%; V.G. 0,5; Polynucléaires 93; Grand mononucléaire 1; lymphocytes 6; microcytes et hypochromie marquée.

#### Radio du tube digestif

Lavement baryté 26/7/50: « Le remplissage s'effectue assez facilement jusqu'à l'angle hépatique du côlon. Il y a alors un obstacle ne permettant pas la progression ultérieure du lavement. Le segment en aval de l'obstacle

est distendu et présente un aspect ficelé. Cet aspect ficelé peut être dû à une invagination du grêle dans le cœco-ascendant et nous aimerions une étude du tube digestif par voie haute pour éliminer toute possibilité d'invagination iléo-cœcale. » (Docteur J.-L. Léger)

Repas baryté 28/7/50: « Aucun signe de lésion organique de l'œsophage, de l'estomac, au bulbe et au duodénum. Le transit intestinal s'effectue en temps normal. L'étude de la région iléo-cœcale permet de démontrer une invagination de l'iléon dans le cœcum, lequel cœcum est anormalement situé par anomalie de descente. Le bas-fond cœcal est sous le rebord hépatique. Cette invagination rejoint le transverse et l'on aperçoit en deçà de l'angle hépatique une masse dans la lumière colique. Cette masse doit représenter l'épanouissement du segment invaginé. » (Docteur Paul Brodeur)

*Recto-sigmoïdoscopie* négative jusqu'à 16 cm. 29/7/50.

Après le lavement baryté, la masse palpée à gauche au début est maintenant située à l'hypocondre droit. Elle est mobile, dure, mais indolore. On institue une médication préopératoire pour remonter l'état général du patient et, le 7 août 1950, on procède à l'intervention.

*Diagnostic pré-opératoire* d'invagination intestinale.

Anesthésie: rachi - pentothal - C6 H6 - Sang 1 000 c.c.

Incision trans-rectale droite. Absence de liquide pathologique dans l'abdomen. Présence d'une invagination iléo-colique s'étendant jusqu'au tiers splénique du transverse sans aucun trouble vasculaire du segment invaginé. La réduction de l'invagination est facile. Celle-ci faite, on constate que la cause de l'invagination est due à une tumeur du volume d'un citron du bas-fond cœcal enrobant le croissant inférieur de l'orifice iléo-cœcal. L'appendice est normal d'aspect. Il existe deux ou trois ganglions mésocoliques d'aspect bénin.

Nous notons aussi une anomalie de position cœcale qui se trouve située à l'angle hépatique avec un méso très long et hypervascularisé.

Hémicolectomie droite jusqu'au tiers proximal du transverse. Anastomose latéro-latérale iléo-transverse. Fermeture en 3 plans après fixation de l'anastomose au niveau de l'angle hépatique. Drain no 1. Agrafes à la peau.

#### *Rapport anatomo-pathologique*

« Une tranche prélevée dans cette pièce opératoire et comprenant la tumeur et une partie de la muqueuse intestinale de chaque côté montre qu'il s'agit d'un *épithélioma* cylindrique glandulaire en surface et qui devient fortement mucipare en profondeur. Cette disposition en profondeur constitue la masse tumorale. Celle-ci, en effet, est constituée par de vastes laes d'une substance mucineuse dans laquelle nagent des cellules épithéliomateuses qui prennent ici un aspect en bagues. Dans une tranche prélevée à côté de la tumeur principale, on se rend compte que l'épithélioma continue à pousser et à remplacer la muqueuse plus loin. Nulle part, il ne semble cependant traverser les musculuses.

L'appendice ne présente rien de particulier au niveau de sa muqueuse. Le péritoine est en réaction inflammatoire chronique discrète. »

(Dr Claire Gélinas-Mackay)

Les suites opératoires sont sans incident et le patient quitte l'hôpital douze jours après l'intervention.

Nous l'avons revu dernièrement. Il est très bien, n'accuse aucune douleur, ni aucun trouble de la garde-robe et il a engraisé de huit livres.

#### *Conclusion*

1. Nous n'avons pu retracer, à l'hôpital, d'invagination chez l'adulte par tumeur cœcale depuis les dix dernières années.

2. Notre patient présentait le syndrome anémique classique des lésions du côlon droit.

3. Le symptôme singulier d'une « tumeur mobile » aurait dû nous faire songer au diagnostic d'invagination avant qu'il ne soit porté par les rayons X.

4. Le syndrome anémique secondaire aurait également pu nous orienter vers une pathologie colique droite.

#### Discussion.

M. LAURENT ARCHAMBAULT: le cas est présenté à cause de sa rareté et à cause de la beauté des films radiologiques.

M. JEAN-LOUIS LÉGER explique les films radiologiques.

M. ALBERT GUILBEAULT: le docteur R. Décarie a opéré un cas semblable chez un enfant de deux ans, il y a 8 ans, et l'épithélioma était à l'angle iléo-cœcal.

M. JEAN GRIGNON: est-ce que l'anémie hypochrome est de règle dans ce cas?

M. PAUL DONTIGNY: n'est-il pas vrai que ce sont surtout les lésions du côlon droit qui donnent un syndrome anémique?

M. LAURENT ARCHAMBAULT répond au docteur Jean Grignon que l'anémie hypochrome est secondaire à l'hémorragie, à l'hypoprotéïnémie, à l'avitaminose et à la dénutrition.

Il répond au docteur P. Dontigny que les lésions du côlon gauche ont une tendance plutôt sténosante sans donner de trouble d'absorption.

M. LÉOPOLD MORISSETTE: la différence dans le rôle anémiant du cancer est en rapport avec la localisation et avec les troubles pathologiques qu'il provoque.

Le cancer du côlon droit saigne plus que le cancer du côlon gauche. Le cancer du côlon gauche ralentit le transit intestinal et saigne moins.

Le cancer du côlon droit est découvert plus tard que les autres, car il doit être plus avancé avant de nuire à l'évacuation intestinale.

#### Trichophytie cutanée généralisée et moniliase de la langue.

MM. Geo. LECLERC et Paul DONTIGNY

*Histoire.* Marcel Gagné, garçon âgé de 17 ans, a été admis à l'hôpital Notre-Dame le 2 octobre 1950 pour une éruption cutanée généralisée ayant débuté 4 ans auparavant.

Trois mois après le début de la maladie, le 15 octobre 1946, il fut hospitalisé à l'hôpital Sainte-Justine pour cataracte et taie cornéenne bilatérales et y demeura jusqu'au 6 juillet 1947. Au mois de décembre 1946, il subit une greffe de peau pour kératite interstitielle bilatérale. L'enfant présentait alors de l'eczéma de la face et des lésions au cuir chevelu. On pensa à une trichophytie cutanée, mais les examens de laboratoire furent négatifs. Lors de son congé de Sainte-Justine, l'éruption cutanée n'était pas guérie.

De retour chez lui, le malade dit avoir été traité par des infusions d'herbages par la bouche et par des graisses en applications locales. Les lésions aux membres et au tronc ont guéri. Cependant les lésions de la face et du cuir chevelu n'ont jamais guéri. Il a développé des troubles des ongles il y a environ 2 ans.

#### Examen (le 2 octobre 1950)

Le malade présente:

a) Une éruption érythémato-squameuse et papulo-squameuse affectant le cuir chevelu, le visage, les oreilles, la nuque, les aisselles, les coudes, les mains, les cous-de-pied et les pieds. Au visage et au cuir chevelu, les lésions se présentent sous forme de larges placards érythémato-squameux et croûteux avec contours circinés et bords bien délimités. Les croûtes ont une tendance à être sèches, hyperkératosiques et très adhérentes. On note des espaces de peau saine entre les placards. Le menton et la lèvre inférieure sont relativement épargnés.

Au côté droit de la nuque, aux coudes et aux cous-de-pied, on note des lésions circinées limitées par un cordon papulo-squameux et avec tendance à la guérison au centre. Sur la face dorsale des mains, les lésions papulo-squameuses ont vaguement l'apparence du granulome annulaire. Aux pieds, on note de l'érythème, de la lichenification, de la desquamation et de la kératose intéressant toute la face plantaire et les côtés du pied et du talon et formant comme un mocassin.

b) Alopecie complète en forme de turban intéressant les côtés et le dessus de la tête. Sur le dessus de la tête, la chevelure est très min-

ce et les cheveux secs et plutôt courts. A la partie inférieure de la nuque, on note une mince bande de cheveux normaux comme dans les cas de pelade.

c) Déformation de tous les ongles des mains et des pieds par une hyperkératose sub-unguéale très dure qui les soulève. La racine de la plupart des ongles semble normale et il n'y a pas d'inflammation du mur de l'ongle. Les ongles ne sont pas tous affectés également.

d) Conjonctivite bilatérale et kératite inflammatoire bilatérale. L'œil droit semble présenter une sorte de kératoconus.

e) La langue est rouge, violacée, épaissie, très humide et recouverte de petits enduits blanchâtres ressemblant à du muguet. On note un peu de perlèche au coin des lèvres et une desquamation diffuse des bords rouges des lèvres.

#### *Examens de laboratoire*

Frottis du cou, du cuir chevelu, du cou-de-pied, de la plante du pied, des ongles: nombreux filaments mycéliens.

Frottis de la langue: nombreux filaments mycéliens.

Cheveux examinés au microscope: normaux.

Examen des cheveux à la lumière Wood: pas de fluorescence.

Culture de squames du cou, du cou-de-pied et des ongles sur milieu de Sabouraud: trichophyton gypseum.

Culture de squames de la langue: monilia albicans.

Culture de cheveux: négative.

Biopsies de la peau et du cuir chevelu.

Wassermann et Kahn: négatifs.

Formule sanguine: normale.

Chimie sanguine: normale.

#### **Discussion.**

M. GEORGES LECLERC fait voir le malade et attire l'attention sur les signes physiques qu'il présente.

M. PAUL DONTIGNY: ce malade présentait un problème social très grave. Il était confiné chez lui, ne pouvant pas lire et se cachant lorsque quelqu'un venait le voir.

On a tenté la pommade à la Cortisone sur une petite région, soit sur la peau du nez et c'est la peau du nez qui est le moins bien guérie. La pommade à la Cortisone a aussi été employée dans les yeux et a amené une amélioration considérable de la vision.

M. RENÉ CHARBONNEAU: au début le malade présentait des signes très sérieux de kératite interstitielle. Il avait un kératocone à droite, et il y avait, à gauche, une infiltration diffuse de toute la cornée. Depuis le traitement par la pommade à la Cortisone, la vision de l'œil gauche est à 8/200 ce qui est une amélioration considérable.

M. ROMA AMYOT: les lésions des ongles sont-elles permanentes? Les lésions de la langue ressemblent-elles à de la leucoplasie?

M. JEAN GRIGNON demande s'il y aurait lieu de faire une hémoculture pour la recherche des champignons.

M. ANDRÉ MACKAY: est-ce que l'on peut s'attendre à ce que les cheveux repoussent?

M. GEORGES LECLERC répond au docteur R. Amyot que les lésions mycosiques des ongles répondent généralement mal au traitement et prennent beaucoup de temps à guérir. Les lésions de la langue ne ressemblent pas à la leucoplasie. Dans la leucoplasie il y a épaississement de la peau de la langue par un enduit dur qui ne s'enlève pas facilement. Dans le cas présenté, il y avait de petites membranes blanchâtres qui s'enlevaient très facilement avec un abaisse-langue.

Au docteur Jean Grignon, il répond qu'il ne connaît pas de méthode de faire une hémoculture aux champignons.

Au docteur André Mackay: l'alopécie dure depuis plusieurs années il est peu probable que les cheveux repoussent. Cependant la chevelure du dessus de la tête est beaucoup plus abondante qu'au début de l'hospitalisation.

#### **Emploi d'un électro-aimant endoscopique pour extraction de corps étrangers de l'estomac.**

M. Valmore LATRAVERSE

En 1943, Silver, Kaplan et Epstein semblent les premiers à se servir d'un petit aimant per-

manent cylindrique « Alnico » fixé à l'extrémité d'un tube de Levine pour l'extraction d'un corps étranger métallique de l'estomac. Ce cylindre fabriqué par la Cie G.E. est constitué d'un alliage: aluminium, nickel, cobalt et fer. A date, plusieurs modèles de ces aimants permanents ont été préconisés par Equen, Tucker, Holinger, Chevalier L. Jackson.

Le grand désavantage de l'aimant « Alnico » est de donner lieu à prise constante bonne ou mauvaise et ainsi à des manœuvres endoscopiques plus laborieuses.

Aussi avons-nous tenté, apparemment avec succès, la construction de petits électro-aimants ayant la forme de bougies œsophagiennes. Ils nous ont permis d'extraire efficacement deux corps étrangers métalliques de l'estomac, y logeant depuis plusieurs semaines.

L'introduction perorale de l'électro-aimant dans l'estomac s'exécute à la faveur soit d'une laryngoscopie, soit d'une œsophagoscopie, l'opérateur guidant ensuite ses manipulations sous l'écran fluoroscopique.

Le point à noter est que la coupure du courant favorise au besoin la chute du corps étranger que l'on peut approcher ensuite de façon à obtenir une prise idéale qui en permette l'extraction inoffensive.

Nous vous rapportons donc les deux cas suivants:

#### *Premier cas:*

J.A., 6 mois, patient du Dr Lamonde. Le 10 novembre 1948, déglutition d'une épingle de sûreté, ouverture en haut et localisation fluoroscopique au niveau de l'hiatus diaphragmatique (H.N.D.) RX: 94 503.

a) 10/11/48 — Tentative d'extraction œsophagoscopique inefficace à l'aide de pince œsophagoscopique, et cela sous l'écran fluoroscopique.

b) Le lendemain, repérage (aux RX. de l'épingle implantée dans la muqueuse de la coupole gastrique. (Dr Paul Brodeur)

Extraction à l'aide de l'électro-aimant endoscopique:

L'épingle se maintient dans la coupole diaphragmatique et il nous est impossible de

l'approcher avec la pince, de façon à la saisir par une prise idéale. Nous introduisons alors une tige portant un électro-aimant jusqu'au voisinage du fermoir de l'épingle; le corps étranger s'en approche et y adhère. Nous attirons l'épingle, ouverte en bas, dans le cardia et l'extrémité inférieure de l'œsophage. Nous coupons le courant et retirons l'électro-aimant; et ré-introduisons un œsophagoscope 5 x 30, à l'aide de la pince à rotation, nous pratiquons l'extraction du corps étranger.

#### *Deuxième cas:*

S.D., patient du Dr N. Vézina. Le 10 février 1949, déglutition d'un petit aimant en forme de « U ». Constatation aux RX à Sainte-Justine. Séjour dans l'estomac jusqu'au 5 mars 1949, date de l'extraction à l'hôpital Notre-Dame, sous l'écran fluoroscopique, à l'aide de notre électro-aimant.

Rapport de la radiographie (98 043) Re: Détonnancour, enf. Suzanne, 4 ans, abdomen: Re: localisation de corps étranger.

Il existe un corps étranger métallique en forme de « U » situé dans l'estomac au niveau de l'antra pré-pylorique. Ce corps étranger a été retiré au moyen d'un électro-aimant introduit dans l'estomac par la voie œsophagienne. (Dr J.-L. Léger)

Protocole: œsophagoscopie 5 x 35 — sans anesthésie, sous l'écran fluoroscopique.

A l'aide de l'électro-aimant endoscopique introduit sous laryngoscopie directe et poussé dans l'estomac.

Par des reprises diverses, nous parvenons à faire adhérer le corps étranger métallique au dos de l'arc du fer à cheval et de l'attirer dans l'œsophage pour en faire l'extraction complète jusqu'au pharynx.

Sous laryngoscopie directe, nous en faisons l'extraction complète à l'aide d'une pince.

#### **Discussion.**

M. VALMORE LATRAVERSE fait voir des électro-aimants, en forme de bougie, qu'il a fabriqués lui-même. Il explique le fonctionnement de ces électro-aimants. Le corps étranger

adhère de façon permanente à l'aimant et c'est par des tractions prolongées et manœuvres en sens inverse que l'on parvient à enlever le corps étranger. Il nous montre les clichés radiographiques de ce malade.

M. ANDRÉ MACKAY: comment se fait-il que le petit aimant dégluti par le deuxième malade n'ait pas adhéré de façon automatique à la bougie.

V. VALMORE LATRAVERSE répond que c'est parce que la traction était insuffisante. Avec son appareil il peut, au moyen d'une pile électrique, exercer une traction suffisante.

### Occlusion artério-mésentérique de la 3ème portion du duodénum.

M. Roger CHAMPOUX

#### Présentation d'un cas.

L'occlusion artério-mésentérique ou « pince mésentérique » est la compression de la troisième portion du duodénum, au point où il traverse la colonne vertébrale, par la racine du mésentère contenant l'artère mésentérique supérieure ainsi que la veine et l'artère satellite.

Cette occlusion est habituellement du type chronique, elle est donc intermittente et rarement grave.

Le mécanisme qui amène ce syndrome s'explique de la façon suivante: une traction est exercée sur la racine du mésentère qui tend les vaisseaux qu'il contient; ces vaisseaux s'impriment sur la paroi antérieure du duodénum qui est immobile derrière le péritoine et une contre-pression est exercée par la colonne vertébrale rigide située derrière, amenant ainsi une occlusion plus ou moins complète de cette portion du duodénum.

La traction mésentérique est ordinairement causée par un des facteurs suivants ou une combinaison de ces facteurs: 1. Une viscéropose généralisée... souvent consécutive à un amaigrissement. 2. Une lordose. 3. Une mauvaise paroi abdominale, c'est-à-dire où les muscles sont déficients. 4. Une anomalie de situation de l'artère mésentérique supérieure.

Dans l'étiologie de ce syndrome, on peut aussi relever que la fréquence est beaucoup plus grande chez la femme que chez l'homme et que l'âge moyen est d'environ quarante ans, bien qu'il se rencontre à tous les âges.

Il existe deux types principaux d'occlusion artério-mésentérique à symptomatologie propre à chacun:

a) *Type infantile*: dans lequel les symptômes apparaissent dès la tendre enfance et caractérisé par des douleurs abdominales et des vomissements bilieux. Ces crises d'occlusion sont habituellement intermittentes et sont séparées par de longs intervalles de bien-être.

b) *Type adulte*: ici, contrairement au type précédent, ces malades ne présentent aucun malaise jusqu'à l'âge adulte. A un moment donné, à la suite d'un amaigrissement, ils commencent à présenter des symptômes d'occlusion duodénale chronique, caractérisée par de la douleur, des nausées et vomissements biliaires post-prandiaux.

Le diagnostic définitif reste à la radiologie; en effet l'image d'occlusion de la troisième portion du duodénum est habituellement assez caractéristique, présentant une dilatation marquée du duodénum qui cesse subitement sur sa portion horizontale et accompagnée d'une stase marquée du baryum.

Le traitement est d'abord *médical*, et il est grandement favorisé par le repos au lit post-prandial, la position genupectorale, qui diminue les tractions sur le mésentère, et dans les cas plus rebelles, on a recours à l'alimentation jéjunale à l'aide d'un tube de Levine ou de Miller-Abbott.

Dans certains cas plus tenaces et résistants au traitement médical, chez lesquels la dénutrition et la déshydratation sont menaçantes, il faut avoir recours à la chirurgie, et le traitement chirurgical de choix et le plus rationnel est la duodéno-jéjunostomie.

Le cas que nous voulons vous présenter ici est celui d'un enfant mâle, de dix mois et demi, hospitalisé ici dans le service du Dr A. Guillebeault, le 15 août 1950.

C'est un enfant apparemment bien constitué, qui dans les quatre premiers mois après sa

naissance a évolué normalement sans syndrome pathologique. A ce moment, il se met à restituer après chaque repas, à maigrir, à se déshydrater et à perdre l'appétit. Il est hospitalisé pendant deux semaines dans un hôpital de l'extérieur où on lui fait un repas baryté. L'image radiologique montre un estomac dilaté, présentant de la stase et où le baryum ne semble pas franchir le pylore... Le diagnostic de sténose hypertrophique du pylore est posé; l'enfant amélioré est retourné chez lui.

Il recommence bientôt à vomir de plus en plus après ses repas, à se déshydrater et à ballonner, il est alors dirigé au Dr Guilbeault pour traitements. Ce dernier, à cause de l'âge de l'apparition des troubles, ne croit pas être en présence d'une sténose hypertrophique du pylore, mais il conseille une laparotomie pour occlusion haute.

La veille de l'intervention, le patient présente un abdomen ballonné, distendu, sans défense musculaire, sa température, qui jusque-là a varié entre 100 et 102, est à 104. Le cœur et les poumons ne présentent rien de particulier, sa formule sanguine est la suivante:

Globules rouges 3 350 000; globules blancs 24 500; hémoglobine 68%; V.G. 1; polynucléaires neutro. 85%; grand mono. 1; lymphocytes 13; poly. éosino. 1.

#### *Opération:*

Incision trans-rectale droite sus-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, le côlon transverse et un paquet d'anses grêles font irruption par la plaie opératoire, ils sont très dilatés et rouges... La cavité péritonéale contient un liquide séreux assez abondant; il semble que l'on soit en présence d'une réaction péritonéale assez marquée avec iléus paralytique secondaire.

*Exploration:* l'estomac est très dilaté mais souple... le pylore est souple, hypotonique et ne présente ni hypertrophie ni sténose; le duodénum est excessivement dilaté et sa paroi est épaissie. Le côlon transverse et son méso sont soulevés et on aperçoit l'union de la deuxième et de la troisième portions du duodénum qui bombent à travers le méso et cette

dilatation se continue jusqu'à l'artère mésentérique supérieure et la racine du mésentère qui sont enclavées dans la troisième portion du duodénum occasionnant la fermeture de sa lumière. Nous sommes donc en présence d'une occlusion artério-mésentérique de la troisième portion du duodénum. Le reste de l'exploration ne révèle rien de particulier si ce n'est la dilatation générale de l'intestin qui est en iléus paralytique secondaire.

La ligne de conduite alors envisagée est une libération de l'artère mésentérique supérieure à son entrée dans la racine du mésentère, en vue de diminuer l'effet causé par la traction de ce dernier. C'est ce qui est fait. Le deuxième temps opératoire à entreprendre est une duodéno-jéjunostomie, mais à ce moment l'enfant commence à pousser et il est impossible d'obtenir un champ opératoire convenable pour réaliser cette intervention, malgré le bon vouloir et la compétence de l'anesthésiste qui ne peut, sans danger, pousser plus loin l'anesthésie. En désespoir de cause, nous décidons de pratiquer une gastro-entérostomie, ce qui certainement assure un moins bon drainage duodéal.

L'évolution post-opératoire fut assez orageuse, l'enfant fut placé sous la tente à oxygène et hydraté par voie parentérale. Un tube de Levine a été laissé dans l'estomac pour drainage et des antibiotiques lui sont administrés quotidiennement. (Pénicilline et streptomycine)

Dans les trois premiers jours qui suivent l'opération, la température varie entre 105 et 100°. L'enfant reste ballonné. Les lavements sont inefficaces.

Dans les jours qui suivent, la température reste entre 100 et 102°. Le tube de Levine est enlevé pour permettre l'alimentation et l'enfant vomit fréquemment. A la suite d'une injection de prostigmine et de lavements répétés, l'iléus paralytique est vaincu et la motricité intestinale réapparaît graduellement. Le ballonnement diminue de jour en jour en même temps que disparaissent les vomissements. L'état de l'enfant s'améliore, l'appétit lui revient.

Le vingt-troisième jour post-opératoire, l'enfant quitte l'hôpital en bon état, il mange et ne vomit plus, et il prend du poids.

L'intérêt de ce cas réside surtout dans sa rareté relative, dans la difficulté de diagnostic dans le cas présent, et dans la discussion du traitement.

#### Discussion.

M. LÉOPOLD MORISSETTE: la communication du docteur R. Champoux mérite d'être bien lue. Il faut penser à des troubles de ce genre chez beaucoup de malades qui présentent des troubles fonctionnels.

*Le secrétaire adjoint du Bureau Médical,*  
Georges LECLERC.

### LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

*Séance du 5 décembre 1950*

#### Tenue à l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc

Présidence de M. Origène Dufresne

#### Choix de l'examen radiologique dans les syndromes digestifs.

M. A.-F. VALLÉE

M. Vallée démontre les avantages d'un examen complet du tube digestif, c'est-à-dire voie haute et voie basse et cholécystographie. Il insiste surtout sur la consultation préalable avec le radiologiste, afin d'éviter les examens inutiles et coûteux aux malades.

Il rapporte plusieurs cas avec radiographies à l'appui, démontrant ses avancés. Il reste que le clinicien et le radiologiste doivent coopérer et que les signes cliniques doivent guider l'examen radiologique.

#### Le tube duodénal en thérapeutique.

M. Pierre RABIL

L'emploi du tube duodénal en thérapeutique médicale est très utile. Tout d'abord, au point de vue diagnostique et au point de vue thérapeutique. Son emploi le plus fréquent est sans

doute en chirurgie, dans les cas de gastrectomies et de cholécotomies, de même que dans les diverticules œsophagiens. Il permet une alimentation normale après ces interventions majeures et, de plus, les lavages de l'estomac sont faciles et empêchent le malade de faire de la rétention gastrique.

M. Rabil a brièvement démontré devant nous comment fonctionnait ce tube à double voie.

#### Discussion.

M. ST-JEAN DESROSIERS nous montre un tube de Camu, à peu près semblable et facile d'administration.

#### Troubles moteurs de l'intestin.

M. Marcel BEAUCHAMP

M. Beauchamp fait un rappel de l'anatomie et de la physiologie de l'intestin. Il mentionne les causes des troubles moteurs de l'intestin. Ces causes peuvent être d'origine alimentaire, d'origine nerveuse, mécanique, comme dans les cas de néoplasie.

En dernier lieu, il mentionne le traitement de ces troubles moteurs, à l'aide des ferments digestifs, de la cellulose, des purgatifs drastiques et salins et de la vitaminothérapie.

#### Effets anaboliques de la testostérone chez le prématuré.

MM. G. JONCAS et P. DAGENAIS-PÉRUSSE

Les rapporteurs font un rappel de la question, en mentionnant les expériences antérieures, avec les succès obtenus. Ils rapportent 2 cas de nouveau-nés traités avec la testostérone. Les enfants avaient reçu 5 mill. de testostérone par jour, intramusculaire. Ce médicament peut également se donner per os, à la dose de 2 mill. par 12 heures. Il semble que cette thérapeutique chez les enfants à croissance lente soit favorable.

*Le secrétaire des séances,*  
Pierre MARION

## NOUVELLES

---

### JOURNÉES MÉDITERRANÉENNES DE TRANSFUSION SANGUINE ET D'HÉMATOLOGIE

Nice — 11, 12 et 13 mai 1951

Ces journées seront organisées par le Centre régional de Transfusion Sanguine de Nice, sous la présidence du docteur Tzanck, président de la Société Internationale de Transfusion Sanguine.

Les sujets à l'ordre du jour seront les suivants:

« L'hémothérapie en pathologie interne. » —

Docteurs Guasch et Lessa.

« L'hémothérapie en pathologie externe. » —

Pr. Dogliotti.

« L'immunité en rapport avec les accidents de la transfusion. » —

Pr. Fischer.

« ACTH et Cortisone dans les hémopathies. » —

Docteur Mallarmé.

« Le donneur de sang dans la vie sociale. » —

Docteur Donat.

« Anticorps complets et anticorps incomplets. » —

Docteur Pons.

Ces journées se dérouleront à Nice, Monaco et San Remo.

Ce congrès est ouvert aux médecins du monde entier.

Participation au congrès: 5 000 francs.

Trois dîners seront offerts aux congressistes par les Villes où auront lieu ces journées.

Pour renseignements, s'adresser à M. le docteur Donat, directeur du Centre régional de Transfusion Sanguine de Nice, 16, avenue Henri-Barbusse.

---

### HOMMAGE À L'ANCIEN DOYEN ALBERT LeSAGE

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal et *L'Union Médicale du Canada* ont rendu, le 5 février 1951, un bel hommage au professeur Albert LeSage, doyen de la Faculté de 1938 à 1944 et rédacteur en chef de *L'Union Médicale du Canada* pendant 43 ans.

Au cours d'une fête intime, tenue dans la salle du Conseil, le docteur J.-A. Vidal, secrétaire-trésorier de *L'Union Médicale du Canada*, a remis

à la Faculté de Médecine le portrait du professeur LeSage, œuvre de l'artiste très réputé, Adam Sherriff Scott. Les directeurs de *L'Union Médicale du Canada* ont commandité ce portrait et l'ont offert, pour qu'il fasse partie de la galerie des anciens doyens, en guise d'admiration et de reconnaissance pour l'œuvre accomplie au journal par l'ancien doyen LeSage. Des allocutions ont été prononcées à cette occasion par les docteurs J.-A. Vidal, Bonin et LeSage, ainsi que par le recteur, Mgr Olivier Maurault.

---

### ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE

Lors d'une réunion récente, l'exécutif de la Société de Phtisiologie de Montréal a été choisi pour le terme 1951. Le docteur Gaétan Jarry, directeur médical de l'Institut Bruchési, a été élu président, succédant au docteur Marcel Verschelden. Le docteur J.-Louis Pilon a été élu vice-président, le docteur J.-J. Laurier a été choisi comme secrétaire général et les docteurs Philippe Landry et André Mackay ont été élus respectivement secrétaire et assistant-secrétaire des séances.

---

### ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

Lors de son assemblée générale annuelle tenue en janvier, la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec s'est choisi un nouveau conseil d'administration. Le docteur Donat Lapointe a été élu président, le docteur Paul-A. Poliquin, vice-président, le docteur M. Giroux, secrétaire, le docteur G. Saint-Arnaud, trésorier. Les directeurs choisis sont les docteurs E. Morin, Sylvio Leblond, François Roy, H. Marcoux et H. Beaudet.

---

### LE DOCTEUR SELYE À LA SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE MONTRÉAL

Le docteur Hans Selye a été le conférencier d'honneur à une séance de la Société de Gastro-entérologie de Montréal, tenue le 7 février 1951, à l'hôpital Notre-Dame. Il parla du « Facteur Stress dans les maladies du tube digestif ».

### LE NOUVEAU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔTEL-DIEU DE CHICOUTIMI

Le Bureau médical de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi a tenu ses élections le 19 décembre 1950 pour le terme de 1951.

En voici le résultat: Président, le docteur Edmond Potvin; 1er vice-président, le docteur Georges-Willem Tremblay; 2e vice-président, le docteur Emile Simard; secrétaire, le docteur Roch Boivin.

### RÉUNION À QUÉBEC DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE D'ANESTHÉSIE

La réunion annuelle de la Société Canadienne d'Anesthésie, division de Québec, s'est tenue le 3 février 1951 à l'hôpital Saint-François-d'Assise de Québec. Les docteurs R. Duchesne, B. Paradis, A. Lamontagne, André Jacques, Moïse Clermont, F. Hudon et G.-A. Bergeron étaient au nombre des rapporteurs.

### BUREAU MÉDICAL DE CARTIERVILLE

Le docteur J.-Louis Pilon a été élu président du bureau médical de l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville. Le docteur Maurice Fortier a été élu vice-président et le docteur J.-J. Laurier, secrétaire-trésorier.

### LE DOCTEUR WILFRID LEBLOND DÉLÉGUÉ À LISBONNE

Le docteur Wilfrid Leblond, professeur d'hygiène sociale à l'Université Laval, a été invité à prononcer une conférence au 10ème Congrès de la Commission Internationale permanente de Médecine Industrielle qui doit se tenir à Lisbonne, du 9 au 13 septembre 1951. Sa communication portera sur les aspects sociaux de la réhabilitation industrielle et de la guérison par le travail.

### NOMINATION DU DOCTEUR J.-ANDRÉ GRAVEL

Le docteur J.-André Gravel, de Québec, vient d'être nommé résident en chirurgie au « London (England) Chest Hospital ». Le docteur Gravel a déjà fait des stages en chirurgie thoracique à Londres, Stockholm et Paris.

### LE DOCTEUR KARL STERN, LAURÉAT DES CHRISTOPHERS

Un prix de \$5 000 vient d'être attribué au docteur Karl Stern, assistant professeur de psychiatrie à McGill et membre du bureau médical du sanatorium Prévost de Montréal, pour son volume intitulé: *Pillar of Fire*.

### DE RETOUR D'UN VOYAGE D'ÉTUDES

Le docteur Raymond Langevin, du service d'orthopédie de l'hôpital du Sacré-Cœur, de Cartierville, est de retour d'un voyage d'études à la Clinique Campbell, à Memphis, Tennessee, où il a travaillé avec les docteurs Hugh Smith et H. Boyd. Le docteur Langevin a participé au congrès de l'« American Academy of Orthopedic Surgeons », à Chicago, Ill.

### RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

La séance de février de la Société de Chirurgie de Montréal s'est tenue à l'Hôtel-Dieu, le 7 février, sous la présidence du docteur Charles Lefrançois. Les docteurs Albert Couturier, Gérard Rolland et Christophe Bisson y participèrent. Le premier fit une double communication sur a) fracture-luxation entre l'atlas et l'axis, et b) luxation complète de la colonne cervicale; le second présenta un cas de tumeur d'Ewing du thorax, et le troisième rapporteur parla des complications multiples chez un appendicectomisé.

### LES MÉDECINS DE L'EST

L'Association des Médecins de l'Est de Montréal vient d'élire un nouveau groupe d'officiers dont voici la liste:

Président: docteur Gérard Rivard; 1er vice-président: docteur Viateur Archambault; 2ème vice-président: docteur Julien Pesant; 3ème vice-président: docteur Lucien Amyot; secrétaire: docteur Léon Ledoux; trésorier: docteur René Major; conseillers: docteurs René Dionne, président sortant de charge; J.-E. Limoges, Origène Dufresne, Conrad Gagnon et Yvon Bélanger.

### LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Il y eut réunion scientifique de la Société d'Orthopédie et de Traumatologie de la Province de

Québec le 24 février 1951, à l'hôpital Sainte-Justine.

Voici le programme:

A.—*Travaux scientifiques.*

- 1.—Considérations sur 100 cas de fracture du coude chez l'enfant. — Docteur Bernard Gauthier.
- 2.—Influence de la transfixation prolongée sur les cartilages de croissance. — Docteur Maltais.
- 3.—Un type rare de tumeur maligne chez un jeune enfant. — Docteurs Chartrand et Thériault.
- 4.—Traumatismes obstétricaux. — Docteur Pierre Labelle.

B.—*Présentation de cas.*

- 1.—Déformation osseuse complexe des membres inférieurs chez une achondroplasie atypique. — Docteur J.-C. Favreau.
- 2.—Résultat éloigné d'une butée ostéoplastique pour luxation congénitale de la hanche. — Docteur J.-C. Favreau.
- 3.—Résultat éloigné d'une pseudarthrose congénitale de la jambe. — Docteur J.-C. Favreau.
- 4.—Résultat d'une amputation (Grutti-Stockes). — Docteur J.-C. Favreau.
- 5.—Présentation d'une grande traumatisée avec considérations sur la marche du traitement. — Docteur J.-C. Favreau.
- 6.—Arthrodèse du poignet (technique Butler). — Docteur J.-C. Favreau.

---

### COURS DE PERFECTIONNEMENT DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE L'HÔPITAL TENON

Sous la direction de M. Pierre Hillemand, médecin de l'hôpital Tenon, sera organisé un cours de perfectionnement en gastro-entérologie, avec la collaboration de MM. le Pr. Moulonguet, Pr. agrégé Patel, R. Cattan, E. Chérigé, A. Bensaude, F. Eudel, E. Gilbrin, R. Viguié et G. Brulé, à l'hôpital Tenon, du 21 au 25 mai.

En voici le programme.

Lundi, 21 mai 1951

- 9 heures — Dr Brulé: Examen radiologique et endoscopique de l'œsophage (présentation d'un film en couleurs).
- 10 heures — Dr Gilbrin: Présentation d'observations avec clichés.
- 11 heures — Dr Hillemand: Indications et résultats de la chirurgie de l'œsophage (cancer excepté).
- 15 heures — Dr Hillemand: Quelques affections exceptionnelles de l'œsophage: spasmes, ulcères, Plummer-Vinson, ruptures spontanées.
- 16 heures — Dr Viguié: Présentation d'observations avec clichés.

- 17 heures — Dr Viguié: Thérapeutique médicale des ulcères gastro-duodénaux.

Mardi, 22 mai 1951

- 9 heures — Dr Cattan: Linite plastique cancéreuse et inflammatoire de l'antra pylorique.
- 10 heures — Dr Viguié: Présentation d'observations avec clichés.
- 11 heures — Dr Gilbrin: Notions actuelles sur le traitement des perforations des ulcères gastro-duodénaux.
- 15 heures — Dr Hillemand: Cancer de la partie haute de l'estomac.
- 16 heures — Dr Gilbrin: Présentation d'observations avec clichés.
- 17 heures — Dr Hillemand: Les résultats éloignés de la gastrectomie pour ulcère.

Mercredi, 23 mai 1951

- 9 heures — Professeur Moulonguet: Examen radiologique sans préparation au cours des syndromes abdominaux aigus et chroniques.
- 10 heures — Dr Viguié: Présentation d'observations avec clichés.
- 11 heures — Professeur agrégé Patel: Traitement chirurgical du cancer gastrique: gastrectomie totale? Gastrectomie 2/3? Les résultats éloignés.
- 15 heures — Dr Hillemand: Niches. Menisques. Bourrelets. Leur signification actuelle.
- 16 heures — Dr Viguié: Présentation d'observations avec clichés.
- 17 heures — Dr Chérigé: Examen radiologique de l'intestin grêle normal et pathologique.

Jeudi, 24 mai 1951

- 9 heures — Dr Hillemand: Diverticulose digestive.
- 10 heures — Dr Gilbrin: Présentation d'observations avec clichés.
- 11 heures — Dr Viguié: Mise au point sur le traitement des hémorragies digestives.
- 15 heures — Dr Eudel: Pathologie chirurgicale de l'intestin grêle en dehors de l'occlusion.
- 16 heures — Dr Viguié: Présentation d'observations avec clichés.
- 17 heures — Dr Hillemand: Les formes cliniques de la rectocolite hémorragique.

Vendredi, 25 mai 1951

- 9 heures — Dr Cattan: Notions actuelles sur la thérapeutique de l'amibiase.
- 10 heures — Dr Hillemand: Les aspects endoscopiques des maladies du rectum (film en couleurs).
- 10 heures 15 — Dr Gilbrin: Présentation d'observations avec clichés.
- 11 heures — Dr Bensaude: Traitement des hémorroïdes.
- 15 heures à 17 heures — Dr Bensaude: Traitement des prolapsus hémorroïdaires, fissures, fistules

anales. Démonstrations pratiques et interventions.

En outre, chaque matin à 8 heures 15, les mardi, mercredi, jeudi et vendredi, le docteur G. Brulé fera, par petits groupes, des démonstrations de gastroscopie.

Un voyage d'étude à Vichy est prévu à la fin du cours: départ samedi 26, retour dimanche 27 mai.

Les conditions spéciales d'admission seront communiquées au moment de leur inscription aux auditeurs qui désireront y participer.

Le droit d'inscription pour le cours est de 2 000 francs. S'inscrire auprès du docteur Viguié, Laboratoire Marcel Brulé, Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, Paris (XXe).

Comme la grippe sévit à l'état épidémique depuis quelque temps en *Angleterre*, dans le sud des *Etats-Unis* et plus récemment à *Terre-Neuve*, il serait opportun que les médecins de famille, qui sont appelés à traiter ces cas, en fassent la déclaration à la Division des maladies contagieuses en appelant Plateau 6111, local 209 et local 210. Ceci permettra au Service de Santé de prendre les mesures de contrôle qui s'imposeront.

Nous remercions les médecins d'avance de leur collaboration à cet effet.

*Le Service de Santé.*

Le 6 février 1951.

## LES MALADIES SAISONNIÈRES

Comme cela se produit toujours à cette époque de l'année, à cause des changements brusques de la température, il existe un nombre élevé d'affections dites saisonnières: rhumes, angines, grippe, trachéo-bronchites, etc. La grippe, due à son cycle épidémique, nous revient tous les deux ou trois ans et est, avant tout, une maladie débilitante: ce qui implique qu'il faut prendre des précautions pour éviter les complications possibles telles que la pneumonie et la broncho-pneumonie. C'est pourquoi les personnes âgées et les tout jeunes enfants sont surtout sujets à ces complications. Le Service de Santé se croit justifié de réitérer au public, pour sa protection, les quelques conseils suivants:

Évitez le surmenage physique, les longues veilles surtout; prenez suffisamment de sommeil.

Évitez les courants d'air, tout en assurant une ventilation convenable à votre domicile et en y laissant pénétrer le soleil; une température de 68 degrés F. est suffisante.

Portez des vêtements appropriés à notre climat et prenez garde au refroidissement des pieds.

Pratiquez la propreté en tout et ayez une hygiène personnelle rigoureuse.

N'utilisez pas de serviettes, de gobelets, etc., destinés à un usage commun.

Évitez le balayage à sec; cette pratique est peut-être l'un des plus grands facteurs de la dissémination des germes pour toutes les affections grippales.

Ne respirez pas par la bouche, mais par le nez.

Surveillez votre alimentation, tenez vos intestins libres, faites de l'exercice au grand air. Buvez beaucoup d'eau et des tisanes.

Évitez tout contact avec ceux qui souffrent d'affections des voies respiratoires.

Couvrez-vous le nez ou la bouche, quand vous éternuez ou tousssez.

Si vous contractez un rhume, une grippe, etc., gardez la chambre et consultez votre médecin.

## BILAN DE LA SANTÉ AU PAYS DE QUÉBEC

Au cours de l'année 1949, le ministère provincial de la Santé a continué, de façon très énergique, sa lutte contre la peste blanche. Le rapport annuel du ministère, que vient de soumettre aux députés l'hon. docteur Albiny Paquette, et qui fourmille d'aperçus intéressants, nous apprend, qu'en 1949, le nombre des patients examinés a été de 67 083. Le total des cas positifs a été de 7 406.

Le chef de la division de la tuberculose, le docteur Jean-Charles Beaudet, affirme qu'en plus de l'excellent travail fait par les médecins spécialisés du ministère, la lutte s'intensifie par le dépistage accéléré pratiqué, cette année, grâce aux examens radiologiques et aux roulottes. « Un courant favorable existe, et avec la multiplication des sanatoria et une forte offensive contre la maladie des poumons, ajoute-t-il, nous pouvons avoir confiance en l'avenir. »

Le nombre des radiographies de poumons a été de 23 511 et le nombre de radioscopies de 45 698. Le pourcentage des tuberculeux nouveaux par rapport au nombre des consultants nouveaux a été de 4,7 pour cent.

Le rapport nous apprend qu'à la fin de 1949, la Province était dotée de 64 unités sanitaires desservant 74 comtés, dont 52 bénéficiant d'une clinique dentaire. Le ministère a commencé, dans ces unités sanitaires, une campagne d'immunisation contre la tuberculose. Et au cours de 1949, 28 901 vaccinations ont également été faites et la surveillance épidémiologique s'y est effectuée avec une grande prudence.

Au cours de 1949, dans ces mêmes unités sanitaires, 9 323 conférences d'hygiène de l'âge scolaire ont eu lieu devant une assistance totale de 270 687 personnes, tandis qu'il y a eu 752 conférences d'hygiène dentaire devant 24 210 assistants.

Afin d'assurer la salubrité publique, les inspecteurs du ministère ont saisi, en 1949, 138 000 livres d'aliments impropres à la consommation.

Le problème de l'approvisionnement en eau étant toujours de première importance, pour la prévention des maladies contagieuses, les inspecteurs du ministère ont procédé à 457 inspections et enquêtes sur les systèmes d'aqueduc et d'égouts. Au cours de l'année, des plans pour de nouvelles distributions d'eau ou pour la réfection complète des distributions anciennes, ont été étudiés. L'estimation du coût des ouvrages projetés par 24 municipalités était de \$3 900 000. Des plans analogues, pour la construction ou la réfection de réseaux d'égouts par 22 municipalités, prévoyaient des travaux pour un montant de \$6 000 000.

La pasteurisation du lait, note-t-on, continue à faire des progrès dans la Province. Par suite de la demande croissante pour le lait pasteurisé, 10 usines nouvelles ont été construites, ce qui porte à 180 le nombre d'usines actuelles.

---

### SURVEILLEZ VOTRE SANTÉ ET VOUS VIVREZ BIEN PORTANTS PENDANT DE LONGUES ANNÉES

Au début de chaque année, industriels et marchands font l'inventaire de leurs propriétés. Pourquoi ne pas suivre cet exemple qui s'avère excellent pour l'administration des affaires et des finances? Pourquoi ne pas consulter périodiquement votre médecin afin de savoir si votre organisme est en bon état, si votre santé est florissante, si vous devez apporter quelque modification à votre régime? La santé, on ne le répète jamais assez, est le plus précieux des biens, celui sans lequel tous les autres ne donnent rien.

Vous n'avez rien à perdre et tout à gagner en vous informant de l'état de votre santé. Si vous êtes bien portant, vous n'en serez que mieux car une telle certitude vaut son pesant d'or. Si votre santé n'est point ce qu'elle devrait être, vous n'aurez qu'à suivre les conseils de votre médecin et vous éviterez le pire. Mieux vaut prévenir que guérir.

Tel est le conseil que donnent les hygiénistes du ministère provincial de la Santé que dirige l'hon. docteur Albiny Paquette, ministre de la Santé.

---

### CLINIQUE DES MALADIES DU THORAX DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

**Vendredi, le 9 février 1951**

Evolution d'une tumeur médiastinale. —  
Docteurs E.-D. Gagnon et S. Lauzé.

Néo pulmonaire — évolution. —  
Docteurs P. Brodeur et S. Lauzé.  
Nouveautés en allergie respiratoire. —  
Docteur Jacques Léger.

#### Le 16 février 1951

Masse pulmonaire (cas pour diagnostic).  
Docteurs J. Prévost et G. Morin.  
Infection pulmonaire de nature indéterminée.  
Docteurs J. Prévost, A. Mackay et G. Hamel.  
Lympho-sarcome.  
Docteurs L.-C. Simard et R. Germain.

---

### LE RADON AU SERVICE DE LA LUTTE ANTICANCÉREUSE

L'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que, à la suite de l'augmentation de la demande de radon pour le traitement du cancer, en Ontario, on se voit obligé d'ouvrir à Toronto une nouvelle usine d'émanation du radium, plus grande que celle qui existe actuellement.

Le radon est un gaz radioactif de courte durée dont on se sert communément dans le traitement des cancers situés près de la surface du corps. L'emploi du radon permet de ménager les réserves de radium, très dispendieuses, qu'exige l'application d'un programme de lutte anticancéreuse.

Pendant quelques années, les capsules de radon ont été préparées dans une usine d'émanation du radium, au laboratoire McLennan de l'Université de Toronto, usine aménagée en prévision d'une réserve de radium qui ne dépasse pas 300 milligrammes.

Les autorités d'hygiène publique en sont venues à la conclusion qu'il faut au moins 1 000 milligrammes de radium, soit plus du double de la quantité actuellement utilisée, pour répondre aux besoins des cliniques anticancéreuses et des médecins privés.

C'est pourquoi on installe au pavillon de la rue Christie une nouvelle usine de radon, où l'on pourra manipuler une quantité plus forte de radium. Les gouvernements fédéral et provincial se partageront les frais, qu'on estime à \$18 000 environ.

On prend de grandes précautions pour épargner à ceux qui travaillent dans cette nouvelle usine les risques que leur santé pourrait courir. On les pourvoit de vêtements protecteurs et d'installations spéciales de toilette; on élève des barrières de protection en

verre de plomb; la solution de radium elle-même sera placée dans un lourd coffre-fort en plomb. On installe un matériel spécial pour détecter toute contamination radioactive que pourraient causer des fuites de radon ou des produits solides de la désintégration du radium.

M. Martin ajoute que c'est à la demande des autorités universitaires et des chercheurs scientifiques de Chalk River que l'on ouvre cette nouvelle usine de radon.

---

### **NOUVEAUX HÔPITAUX DANS LE QUÉBEC ET LE NOUVEAU-BRUNSWICK**

M. Paul Martin, ministre de la Santé nationale, annonce que l'Hôpital Général de Sorel, P. Q., et l'Hôtel-Dieu de Saint-Joseph, de Perth, N.-B., viennent de recevoir plus de \$128 300 des subventions fédérales à la construction d'hôpitaux.

Les Sœurs Grises de Sorel construisent un nouvel hôpital pour malades chroniques et incurables. D'une

capacité de 112 lits, cet hôpital aura des services médicaux, de physiothérapie et de thérapeutique professionnelle. Il desservira la ville de Sorel ainsi que la région avoisinante des comtés de Richelieu, de Verchères et d'Yamaska. Ce nouvel édifice remplace un hôpital de 74 lits qui sera abandonné. Comme les travaux de construction étaient commencés quand les subventions fédérales d'hygiène sont venues en vigueur, cet hôpital reçoit une subvention calculée d'après la partie des travaux qui n'était pas terminée le 1er avril 1948. Cette subvention s'élèvera à près de \$87 000.

On bâtit un nouvel hôpital à Perth, afin de desservir la population de cette région, estimée à 23 000 âmes. Il aura 38 lits pour malades, une pouponnière de 10 mois, deux salles d'opération, une pharmacie, et des services complets de radiographie, de médecine et d'obstétrique. Les travaux doivent commencer au cours de cette année et dureront probablement douze mois. L'hôpital actuel sera abandonné quand le nouveau sera terminé. Les gouvernements fédéral et provincial contribueront chacun plus de \$41 300 aux travaux de construction.

---

## REVUE DE THÈSES

---

### NOUVELLES PROPRIÉTÉS DE QUELQUES ANTIHISTAMINIQUES DE SYNTHÈSE; LEUR ACTION SUR LA CONSERVATION DES TISSUS ET SUR LE MÉTABOLISME<sup>1</sup>

Jacques-R. LEDUC.

Après une revue historique et pharmacologique des substances antihistaminiques, l'auteur rapporte les résultats de travaux expérimentaux réalisés avec divers antihistaminiques de synthèse sur la conservation des tissus, sur l'action antiprotéolytique vis-à-vis de la pepsine et de la trypsine, sur l'inhibition de la rigidité cadavérique, sur l'action antimicrobienne *in vitro*, et *in vivo* sur la glycémie, sur la croissance, et sur le cœur de grenouille en perfusion.

A ces différentes actions, l'auteur prête un mécanisme d'action commun qui semble être une inhibition des enzymes protéolytiques. Cette hypothèse d'une action antiprotéolytique complète les diverses théories qui tendent à expliquer le mode d'action des antihistaminiques.

En second lieu, l'auteur s'arrête aux propriétés secondaires de ces substances et à leurs applications cliniques qui ne sont pas liées à une libération d'histamine, v.g. anesthésie l'action sur le Parkinson, et par l'entremise de ces propriétés, établit une comparaison entre les antihistaminiques et les médicaments qui sont spécifiques de cette action. Ainsi par exemple, la Théphorine et le Phénergan seront comparés à la cocaïne grâce à leur propriété

analgésiante commune; le Phénergan et le Diparcol, grâce à leur action dans le Parkinson seront confrontés avec l'atropine, etc.

Ce rapprochement montre l'évidence de plusieurs autres points communs de comparaison, tant du côté pharmacologique que physiologique.

Cette hypothèse d'une action antiprotéolytique pour expliquer le mécanisme d'action des antihistaminiques, se prête très bien à l'explication des propriétés diverses et des applications quelquefois disparates de ces substances, elle complète les théories déjà émises sur la libération de l'histamine et le jeu de la perméabilité cellulaire, elle répond à la critique des tests biologiques discordants employés dans la sélection des médicaments soi-disant antihistaminiques, elle explique les spécificités d'action secondaire aux médicaments employés, aux manifestations d'hypersensibilité et à la diversité d'espèce, enfin elle établit des corrélations entre les antihistaminiques et les autres médicaments avec lesquels ils possèdent des propriétés communes.

L'auteur envisage de nouvelles applications à la biologie générale et appliquée qui découlent de ces nouvelles acquisitions, il mentionne le traitement de certains épanchements purulents, et à la conservation des tissus susceptibles d'être greffés, procédé qui a été appliqué depuis par Halpern à la conservation du sang.

---

1. Thèse — Ph. D., Institut de Médecine et de Chirurgie expérimentales, Université de Montréal, octobre 1950.

# HEMO-BEX

## TONIQUE COMPLET

*pour  
bébés et  
enfants*



*chez  
l'adulte aussi*

**DONNE DE L'ÉNERGIE**  
et  
**ACCROÎT LA RÉSISTANCE**



**HEMO-BEX**  
VITAMINE D  
ERGOSTEROL IRRADIÉ  
associé aux sels de calcium, de  
fer, et de manganèse  
PLUS  
COMPLEXE DE LA  
VITAMINE B  
TONIQUE GENERAL  
ET  
ENERGETIQUE

CHAQUE C.C. CONTIENT

Vitamine D.....	83 U.I.
Chlorure de Thiamine.....	0.15 mg
Riboflavine.....	0.15 mg
Niacinamide.....	1.10 mg
*Pyridoxine.....	0.22 mg
*Acide D-Pantothénique.....	1.10 mg
Lactate de Calcium.....	10.0 mg
Citrate de Fer et d'Ammonium.....	5.4 mg
Nucléinate de Manganèse (Catalyseur)	
Excipient.....	Q.S.

\*La valeur nutritive de ces vitamines n'est pas encore établie.

POSOLOGIE

A prendre avant le repas

Enfants:  
 $\frac{1}{2}$  à 3 cuillerées à thé par jour  
suivant l'âge.

Adultes:  
1 à 3 cuillerées à dessert par jour

Ou selon l'avis du médecin.

(Voir instructions à l'intérieur)

BOUTEILLE — 180 c.c.

Anglo-French Drug Cie Ltée

**ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE, MONTRÉAL, 18**

## REVUE DES LIVRES

---

Umberto CUCCIOLI. — **Tumori del testicolo. Tumori della cellula sessuale e tumori endocrini.** — Licinio Cappelli, éditeur, Bologne, 1950.

Cette monographie de 228 pages est peut-être la plus importante de celles qui ont été consacrées à l'étude des tumeurs testiculaires depuis la mémorable thèse de M. Chevassu (1906).

Dans une première partie, l'auteur donne un aperçu de l'embryologie des glandes génitales masculines, puis de leurs fonctions endocrines.

Passant en revue la théorie organogénique classique et celles, plus récentes, de Félix et de Fischel, il conclut que tous les constituants des gonades sont de nature mésenchymateuse, sauf les cellules sexuelles proprement dites, qui forment une lignée à part, la lignée germinale.

Des tissus mésenchymateux dérivent des éléments endocriniens, adaptés aux fonctions des gonades. Fait d'importance pour la compréhension de certaines tumeurs testiculaires, la glande sexuelle masculine sécrète non seulement des hormones masculines (androstérone, testostérone), mais des hormones œstrogènes et progestatives. De même l'ovaire produit non seulement des hormones féminines, mais des androgènes.

Quant à la lignée germinale, elle semble dépourvue de toute sécrétion hormonale.

L'auteur aborde ensuite, dans la seconde partie, l'objet même de sa monographie. Après avoir cité les principales classifications des tumeurs testiculaires, celle de Chevassu (1906), celle de Ewing (1919), celle de Gioia (1923), celle de Friedman et Moore (1946), et enfin celle de Scully et Parham (1948) sans prendre parti pour aucune, il annonce qu'il n'étudiera que les tumeurs des cellules sexuelles et du tissu endocrine, sans doute (il ne le dit pas expressément, mais cela ressort du texte) parce que, pour lui, il n'en existe pas d'autre origine.

Dans un premier chapitre il décrit les caractères classiques du séminome, tumeur maligne à grandes cellules claires, riches en glycogène, et à stroma infiltré de cellules lymphoïdes. Il les compare ensuite aux tumeurs homologues des animaux. Décrivant ensuite l'adénome testiculaire (Chevassu), il passe à l'étude des tumeurs à facies masculin, que l'on rencontre dans l'ovaire: adénomes « testiculaires », arrhénoblastomes et séminomes. Tumeurs similaires du testicule et de l'ovaire forment un complexe dont il faut expliquer la raison d'être.

Cuccioli passe en revue les théories qui tentent d'établir la nature des séminomes: théorie épithéliale, théorie conjonctive et théorie tératoïde. Il les discute les unes après les autres, faisant appel, non seulement à des faits pathologiques, mais à des données de biologie générale.

Cette brève analyse ne saurait suivre l'auteur dans sa brillante et subtile argumentation, dont la conclusion est la suivante: « la cellule sexuelle est potentiellement masculine et féminine. Dans le premier cas, si elle évolue dans le sens néoplasique, dans le testicule comme dans l'ovaire, elle donne lieu au séminome. Dans le second, suivant le destin de la cellule ovocytaire, elle est génératrice d'embryome ».

Vient ensuite un long chapitre consacré à l'embryome du testicule. L'auteur fait un exposé des caractères anatomiques, et des théories pathogéniques de ces tumeurs. A juste titre il fait particulièrement état des mémorables travaux de Peyron sur les structures embryoides très jeunes que l'on rencontre dans certaines de ces tumeurs et dont il a trouvé des exemples frappants dans son propre matériel. Il montre combien Peyron avait raison lorsqu'il affirmait la réalité de ces formes embryonnaires humaines à une époque où les embryologistes ne les avaient pas encore observées à l'état normal. C'est en effet chose faite maintenant grâce aux travaux effectués à la

# VERATRITE

Dans l'hypertension

## FORMULE:

Chaque tablette contient: Veratrum Viride (**titré biologiquement**) 3 Unités Craw, Nitrite de Soude, 1 gr., Phénobarbital, ¼ gr.

## ACTION:

Il est aujourd'hui prouvé que le Veratrum Viride administré oralement est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle. Le Veratrum Viride produit un effet plus constant et de plus longue durée. (Dr. Edouard D. Freis, Medical Clinic of North America, Boston, numéro septembre 1948).

La vaso-dilatation néurogénique, observée en premier lieu par Wilson & Smith, relativement à l'action du Veratrum Viride, est d'un avantage considérable dans le traitement de l'hypertension.

## POSOLOGIE:

Administrer une tablette 2 heures après chaque repas durant la première semaine. Augmenter ou diminuer la dose selon la réaction du patient.

*Documentation et échantillon envoyés aux médecins sur demande.*

Représentants exclusifs au Canada:

**HERDT & CHARTON, INC.,**  
2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

# ANABILE-CHO

(**CHOBILE**)

Acide cholique

+

Acide déhydrocholique

## EFFETS THÉRAPEUTIQUES DES TABLETTES ANABILE-CHO (Chobile)

- 1 L'acide déhydrocholique augmente la fraction aqueuse de la bile et nettoie les canaux biliaires.
- 2 Les sels biliaires naturels contenus dans les tablettes ANABILE-CHO augmentent la concentration de sels biliaires.
- 3 Du petit intestin 90% des sels biliaires purifiés et de 15% à 50% de l'acide déhydrocholique sont récupérés et retournent ensuite au foie par la veine porte.
- 4 Les sels biliaires naturels émulsionnent les graisses, facilitent la digestion et maintiennent l'équilibre aqueux du côlon par osmose.
- 5 Les tablettes ANABILE-CHO augmentent la sécrétion biliaire, empêchent le dépôt de cholestérol, combattent la stase biliaire et préviennent l'infection.

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLON ENVOYÉS SUR DEMANDE

Représentants exclusifs au Canada:

**HERDT & CHARTON, INC.,**  
2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

Fondation Carnegie par Hertig et Rock. La comparaison des figures publiées par ces auteurs avec celles qu'on observe dans les embryomes testiculaires ne laisse place à aucun doute et confirme la théorie parthénogénétique des embryomes testiculaires. Un point cependant distingue ces embryons humains néoplasiques des embryons normaux, c'est leur multiplication selon un mode comparé par Peyron à celui qui préside à la polyembryomie, qui est un processus normal, chez les Tatous.

D'un autre côté, ces embryons ne poursuivent pas nécessairement un développement normal: ils se disloquent et l'un ou l'autre de leurs feuilletts prend le dessus sur les autres. En général c'est le trophoblaste qui prolifère seul et donne naissance à un chorio-épithélioma en tout comparable, tant par sa structure que par sa production hormonale aux chorio-épithéliomes utérins.

Suit un chapitre très documenté consacré aux observations des chorio-épithéliomes testiculaires, tant au point de vue clinique qu'au point de vue biologique.

Quant à la coexistence dans une même tumeur, d'un embryome et d'un séminome, l'auteur se range à la suggestion de Peyron: le séminome apparaît après l'embryome, comme si quelque substance produite par l'embryome en provoquait sa genèse, dans les tubes séminipares, à la façon d'un inducteur de Speman.

L'auteur termine son livre par une étude des tumeurs de la glande interstitielle. Pour rares qu'elles soient, ces tumeurs sont intéressantes à maints points de vue. Toutes sont productrices d'hormones sexuelles. Le plus souvent ce sont les hormones androgéniques qui dominent, provoquant chez l'enfant un syndrome de puberté précoce et se traduisant chez l'adulte par une élimination excessive d'androgènes, mais aussi d'œstrogènes. Cette production d'œstrogènes domine la scène dans les cas plus rares et détermine une gynécomastie.

Cette double sécrétion n'a rien de surprenant si l'on se souvient qu'à l'état normal le testicule sécrète les deux sortes d'hormones. Son intérêt est d'autant plus grand que l'expé-

rimentation a montré que l'administration d'œstrogènes à certaines souches de souris, provoque l'apparition de tumeurs de la glande interstitielle.

Pour longue qu'elle soit, cette analyse est trop brève pour rendre entièrement justice à un livre bourré de faits anciens et nouveaux, abondamment illustré (79 figures), élégamment rédigé et terminé par un imposant index bibliographique. Contrairement à tant d'auteurs qui négligent les travaux d'autrui, Cuccioli montre qu'il n'ignore rien de la littérature universelle. En cela d'ailleurs il suit une tradition qui fait honneur aux pathologistes italiens. Bref, cet ouvrage fait époque et devra être consulté par tous ceux qui s'intéressent aux tumeurs testiculaires.

Pierre MASSON.

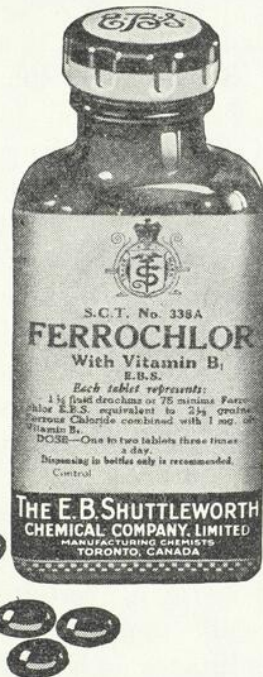
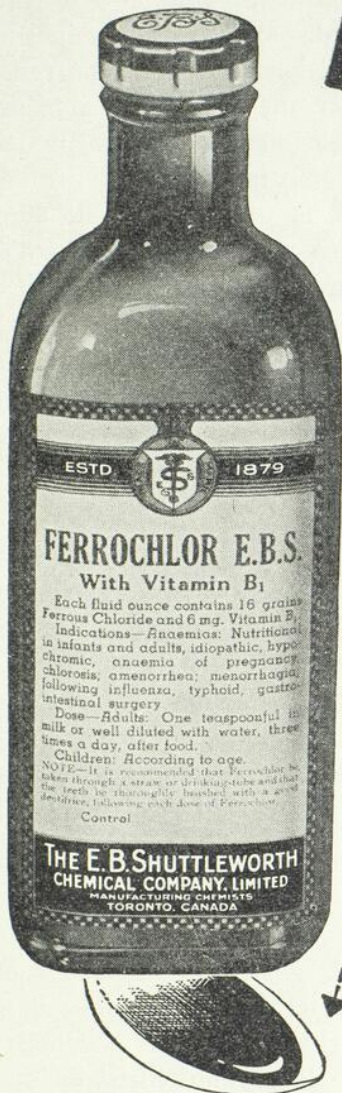
Jean DELAY. — **Méthodes biologiques en clinique psychiatrique.** Un volume de 536 pages. — Masson et Cie, édit., Paris, 1950.

Jean Delay est professeur titulaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale à la Faculté de Médecine de Paris. L'ouvrage qu'il vient de publier comprend une synthèse des nombreuses publications et communications qu'en collaboration avec ses collaborateurs et élèves il fit paraître et présenta dans des journaux médicaux et auprès de Sociétés médicales. Nous devons dire dès maintenant que l'exposition des sujets est faite avec élégance et clarté, qu'elle comporte en plus une connaissance historique, bio-chimique et étiopathogénique complète du moins eu égard aux notions actuellement acquises. L'auteur, selon la bonne tradition des grandes écoles françaises de médecine, possède les qualités d'un enseignement très facilement accessible et les mérites de ne rien ignorer des travaux français et étrangers sur la psychiatrie. Le présent ouvrage permet de faire le point en cette spécialité sur le plan des disciplines biologiques et selon les traditions objectives appliquées aux autres domaines de la médecine. Il permet, comme l'affirme l'auteur dans son avertissement, de constater l'immense progrès qu'ont fait accom-

...le plus facilement absorbé \*

# FERROCHLOR

E.B.S.

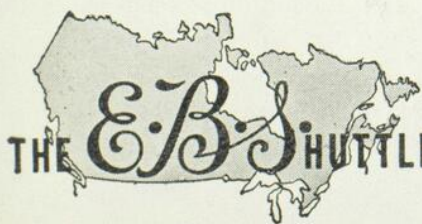


LE CHLORURE FERREUX EST LA FORME SOUS LAQUELLE  
LE FER EST LE PLUS FACILEMENT ABSORBÉ \*

**LIQUIDE** Chaque once liquide fournit 16 grains de chlorure ferreux et 6 mg. de Vitamine B<sub>1</sub>. Présenté en bouteilles de 1 livre, 80 onces et 1 gallon.

**COMPRIMÉ** Chaque comprimé équivaut à 2½ grains de chlorure ferreux combiné avec 1.0 mg. de Vitamine B<sub>1</sub>. Présenté en flacons de 100, 500 et 1000 comprimés.

\*Documentation sur demande.



THE E.B.S. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

UNE COMPAGNIE ENTIÈREMENT CANADIENNE... DEPUIS 1879

Représentants:

M. Maurice Phaneuf, 1510, rue Chambly, Montréal, P. Q. M. Gaudias Lamontagne, 2317 Regent Ave., N.D.G., Montréal, P. Q.  
M. J. L. Vallerand, 23, rue de l'Église, Québec, P. Q.

plir les méthodes biologiques de la pathologie des maladies mentales.

La simple nomenclature des sujets traités permettra de donner un aperçu sur les moyens d'investigations, sur les procédés thérapeutiques et sur les données étio-pathogéniques en psychiatrie et à fondement biologique, et elle est d'une étendue impressionnante. Comparons ce que l'on avait à sa disposition dans ce domaine il y a vingt ans à ce que l'on peut utiliser actuellement et l'on s'étonnera d'une richesse dont peut se prévaloir la psycho-pathologie.

L'ouvrage de Delay démontre brillamment tout cela. Et l'électro-encéphalographie en clinique psychiatrique, appliquée à l'investigation des démences, des oligophrénies, des syndromes mentaux par tumeurs et encéphalites, dans l'épilepsie et par dessus tout pour l'identification de certaines de ces formes psychiques ou larvées, est d'une utilité incontestable. Cette grande découverte permet de s'approcher de plus près des subtiles phénomènes bio-électriques du cerveau et de ses troubles bio-chimiques de fonction avec ou sans lésion.

L'encéphalographie gazeuse est un procédé plus grossier, mais d'une objectivité encore plus grande. Dans les affections organiques, dégénératives comme certaines démences pré-séniles et séniles, inflammatoires comme la paralysie générale, d'origine hétérogène comme les oligophrénies et même dans certains syndromes psychiques individuels, à genèse apparemment constitutionnelle ou du moins anorganique comme des syndromes paranoïdes observés par Delay, la pneumo-encéphalographie révèle des images anormales qui constituent des aspects anatomo-pathologiques, rudimentaires il est vrai, constatés sur le vivant.

Les pneumothérapies cérébrales sont un sujet cher à l'École de Delay. Elles mettent en relief l'action du diencephale dans la pathogénie de syndromes mentaux variés, plus particulièrement dans les hypertopies thymiques, dépressives et expansives. Le regonflage ventriculaire conseillé par l'École de Ste-Anne, surtout par Puech, dans les cas d'hypotension

intra-crânienne et de collapsus des ventricules serait profitable à certaines confusions mentales avec ou sans onirisme, avec ou sans convulsions et même pourrait éventuellement arrêter un coma hypoglycémique jusque là irréductible. Le professeur Delay publia en 1946 une monographie sur l'électro-choc. La partie la plus personnelle et originale de cet ouvrage traitait du mode d'action de cette thérapie; l'auteur démontrait avec des arguments d'ordre biologique et clinique que l'électro-choc agit en modifiant l'activité du couple frontodiencephalique et en intervenant en définitive sur les centres cellulaires du second élément de ce complexe psycho-physiologique.

Nous sommes en plein carrefour diencephalique où peut-être un jour prochain, selon la boutade d'un aliéniste français, psychiatres bio-organicistes et psychogénistes se rencontreront et pourront définitivement joindre leur pensée et leurs concepts. Tout un important chapitre du présent ouvrage est une synthèse de la monographie de 1946.

Traitant des méthodes biologiques, on ne pouvait passer sous silence la psycho-chirurgie. Delay donne à cette dénomination son sens le plus large, l'appliquant à toute intervention chirurgicale endocrânienne dans les cas où se trouvent des troubles psychiatriques. Cela implique la psycho-chirurgie lésionnelle, comme dans les tumeurs cérébrales, et la psycho-chirurgie fonctionnelle, comme lobotomie, topectomie, gyrectomie, ce qui constitue une innovation audacieuse dans le champ thérapeutique. Certaines psycho-névroses obsessionnelles, certaines schizophrénies, des psychoses caractérielles, certaine mélancolie, peuvent bénéficier de ce nouveau traitement. La psycho-chirurgie fonctionnelle que l'on doit à l'inventivité d'Egaz Moniz ne guérit pas l'affection en cours, elle atténue ou fait disparaître plutôt certains symptômes mentaux liés à l'anxiété, à l'agressivité, à l'agitation ou la tristesse. Elle modifie la personnalité affective du sujet et substitue à la tension émotionnelle, un état d'indifférence et de détente émotionnelle qui

## Nouveau Traitement Scientifique

*pour les*

### ULCÈRES GASTRIQUES et DUODÉNAUX

# ROBUDEN

VOIE BUCCALE et INJECTABLE

Société suisse de gastro-entérologie

Dragées à base d'EXTRAITS

d'ESTOMAC et d'INTESTIN

GRÊLE, préparés de diverses  
méthodes

Genève 22-23 juin 1946

(Voir *Médecine et Hygiène*, no 78)

Suite des résumés des communications

II

P.-d. Dr H. Kapp (Bâle)

Ampoules injectables à base

d'EXTRAITS d'ESTOMAC

et d'INTESTIN GRÊLE.

préparés de diverses  
méthodes

#### 1. Le traitement de l'ulcère gastrique et duodéal par le Robuden.

L'accroissement, ces dernières années, des ulcères gastriques et duodénaux a contribué au fait que de nombreux cas ont dû être traités ambulatoirement. L'étude de nombreux médicaments dans des conditions graves a été ainsi rendue possible.

Rapport sur le traitement avec le Robuden.

Sur 30 cas d'ulcères gastriques, la niche, après le traitement, avait disparu dans 21 cas, persisté dans 9 cas et récidivé dans 5 cas. On constate donc un succès temporaire dans les deux tiers des cas et un succès durable dans environ la moitié des cas traités.

Sur 34 cas d'ulcères duodénaux, la niche, après le traitement, avait disparu dans 29 cas, persisté dans 5 cas et récidivé dans 5 cas. Succès temporaire, cinq sixièmes des cas et succès durable, deux tiers des cas.

On peut conclure sur la base de ces recherches que le traitement ambulatoire avec le Robuden fournit des résultats comparables à ceux du traitement par le repos et la diététique.

Documentation et échantillon médical  
envoyés sur demande.

Préparé par  
LES LABORATOIRES ROBAPHARM SOC.  
BÂLE, SUISSE

Représentants exclusifs au Canada

**HERDT & CHARTON, INC.**

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL - MONTRÉAL

auparavant était la source des troubles du comportement, de l'humeur et même du délire. Ici encore, et avec raison, l'auteur croit reconnaître une action sur le diencephale par modification apportée aux inter-relations fronto-diencephaliques.

Le chapitre de la psycho-chimie permet à l'auteur de traiter de l'oligophrénie phénylpyruvique, de certaine encéphalose avec hyperazotémie par manque de sel, du délire aigu hyperazotémique que l'on pourrait guérir éventuellement par la pénicilline, des encéphalopathies par incompatibilité sanguine de type facteur Rh entre mère et fœtus. Les psychoses hormonales (thyroïdiennes, hypoglycémiques, diencephalo-hypophysaires-gonadiques, surrénales) sont envisagées avec intérêt et des exemples cliniques en sont fournis qui illustrent et étayent les avancés de l'auteur.

Parmi le groupe des chimiothérapies nouvelles en psychiatrie, on note la pénicilline, les hydantoïnes, les tridiones, les amphétamines (comme benzédrine, méthédrine), l'acide glutamique qui semble stimuler le développement mental de certains oligophrènes, les trinitriles que l'auteur a utilisé avec un succès impressionnant dans certains syndromes dépressifs, l'Antabuse dans l'alcoolisme.

Enfin, l'utilisation des procédés de narcose par les barbituriques (pentothal et amytal sodium) et des amphétamines en injections intra-veineuses (plus particulièrement le méthédrine) associés aux méthodes d'investigations du psychisme et aux procédés psychothérapeutiques réunissent les procédés biologiques à ceux des écoles à conception psychogéniques, plus spécialement psychanalystes. Ce chapitre de Delay offre des observations démonstratives et expose clairement ses positions toutes de mesure et de raison eu égard aux concepts des écoles psychanalystes. En plus, les procédés dont il montre les techniques et le mécanisme reportent une fois de plus vers le diencephale, impressionné par la médication barbiturique dans la narco-analyse et par les amphétaminiques en vue du choc amphétaminique.

En somme, ouvrage riche d'enseignements, rempli de documents cliniques et d'innovations

en investigations et traitement, magistralement exposé par un maître de la psychiatrie française. Livre de synthèse qu'on lit avec intérêt et attention de la première à la dernière page; le style et la clarté d'exposition sont les qualités de forme qui facilitent cette lecture et la rendent même plaisante. Elles allègent un texte qui par son caractère scientifique pourrait être lourd et indigeste. Les bons écrivains, scientifiques ou non, ont cet avantage sur les autres qu'on lit par nécessité.

Roma AMYOT.

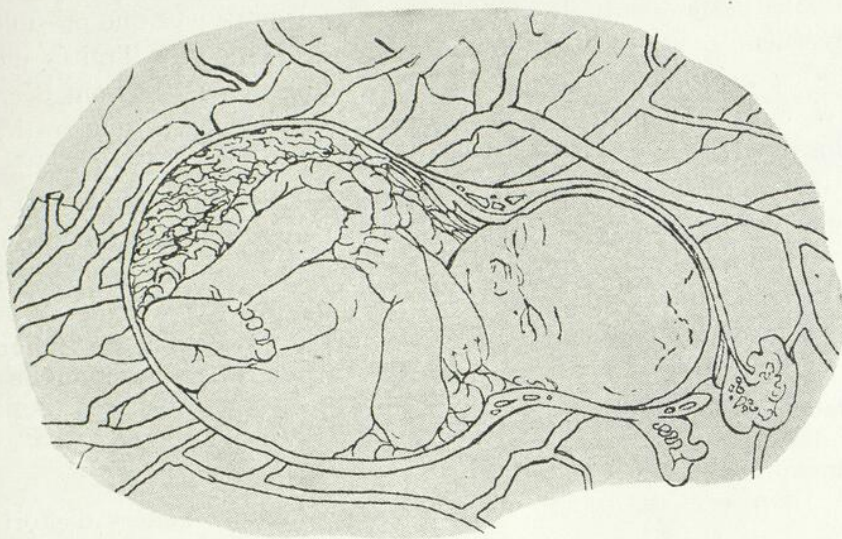
A. POLICARD. — **Précis d'histologie physiologique.** 5ème édition entièrement remaniée. Un volume de 860 pages, avec 357 figures. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Comme pour ses éditions antérieures, le *Précis d'Histologie physiologique* a subi, à la cinquième, d'importants remaniements. L'esprit de l'ouvrage n'a cependant pas changé. Il s'efforce de préciser les mécanismes physiologiques des structures histologiques, et d'indiquer comment se réalisent les fonctionnements des cellules, des tissus et des organes.

La Science évolue vite, la Biologie spécialement. Les points de vue changent. Des conceptions nouvelles surgissent que nous ne soupçonnions pas hier. Pour ces raisons, le *Précis d'Histologie physiologique* a dû, à chaque édition nouvelle ajouter les faits et les idées récents aux données et aux conceptions anciennes. Pour maintenir l'ouvrage dans des limites raisonnables d'étendue, il a fallu aussi éliminer ce qui était périmé ou moins utile. Pour celui qui rédige un *Précis* de ce genre, il est facile d'ajouter, mais plus difficile de supprimer. C'est là cependant un impérieux devoir. L'auteur ne s'y est pas dérobé! Plus condensé, le *Précis* a conservé les mêmes dimensions que dans les éditions antérieures.

Les points nouvellement exposés concernent spécialement ceux que les techniques récentes ont apportés en histophysiologie: microscopie électronique et en contraste de phase, microdissection, emploi des isotopes radioactifs, etc., et toutes les méthodes si riches d'avenir de

# Une Meilleure Alimentation Maternelle.



## LE SUPPLÉMENT DIÉTÉTIQUE B.D.H.

contient maintenant

**PLUS de CALCIUM, PLUS de FER, ainsi que des ÉLÉMENTS CATALYSEURS**

Lorsque le "régime mixte ordinaire" ne fournit "pas suffisamment" d'aliments essentiels au cours d'une période où les besoins sont plus grands, l'administration quotidienne du Supplément Diététique B. D. H. procure une marge étendue de sécurité.

**NOUVELLE  
FORMULE  
ÉPROUVÉE**

*Chaque capsule contient:*

Vitamine A	1,500 U. I.
Pro-vitamine A (carotène-Bêta)	1,500 U. I.
Chlorure de Thiamine	1.2 mg.
Riboflavine	1.0 mg.
Nicotinamide	10.0 mg.
Acide Ascorbique	25.0 mg.
Vitamine D	600 U. I.
Phosphate de calcium bicalcique (2½ grains)	165.0 mg.
Iode	0.2 mg.

*Chaque comprimé contient  
l'équivalent de:*

Sulfate ferreux B P. (5 grains)	330.0 mg.
Cuivre	1.5 mg.
Manganèse	2.0 mg.

**L'administration d'une capsule  
et d'un comprimé constitue  
une seule dose.**

**THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LIMITED**  
TORONTO CANADA

l'inframicroscopie. Certains chapitres ont dû être totalement remaniés; tous ont subi des modifications.

Cette 5e édition connaîtra sans doute le même succès que les précédentes, non seulement parmi les étudiants en médecine et les candidats à l'externat et à l'internat, mais aussi parmi les médecins qui préparent les concours hospitaliers universitaires, et parmi tous ceux, médecins et chirurgiens praticiens, biologistes, zoologistes, vétérinaires, qui veulent être renseignés sur la vie et le fonctionnement intime de ces tissus et de ces organes.

Etienne MARTIN. — **Précis de médecine légale.** 3ème édition entièrement remaniée. Un volume de 756 pages, avec 111 figures dans le texte. — G. Doin et Cie, édit., Paris.

Voici la troisième édition de ce Précis qui est le reflet de l'Enseignement de la Médecine légale donné à la Faculté de Médecine de Lyon.

Les première et deuxième éditions ont été rapidement épuisées. Ce succès a permis à l'auteur d'apporter à son Précis des améliorations et mises au point nécessitées par l'évolution de la Médecine légale et les modifications récentes du Code Pénal.

Par sa forme toujours aussi attrayante cette troisième édition rencontrera auprès de l'Étudiant, du Praticien et du Magistrat le même succès que la première.

P. BAILLIART et A. MAGITOT. — **Manuel d'ophtalmologie.** Un volume de 1 168 pages, avec 602 figures. — G. Doin et Cie et Masson et Cie, édit., Paris.

Ce livre que tous les jeunes ophtalmologistes pourront consulter avec profit, s'efforce d'être une mise au point des connaissances actuelles de la spécialité. L'ophtalmologie s'est, depuis quelques années, transformée. Des procédés chirurgicaux perfectionnés, des méthodes biologiques nouvelles, des modes d'exploration plus fins, l'ont rajeunie. Surtout, elle est entrée en contact plus étroit avec la médecine. Les auteurs ont pensé constamment aux multi-

ples enseignements que leur science peut fournir à la médecine générale.

Ils ont voulu donner aux jeunes confrères des conseils aussi pratiques que possible; sans espérer tout dire (les gros Traités d'ophtalmologie n'y suffisent pas), ils ont décrit l'essentiel, tant au point de vue diagnostique que thérapeutique.

Le caractère pratique de ce livre en fera en outre l'aide-mémoire idéal de tous les ophtalmologistes sans exception.

E.-P. LAURENT. — **Retour du tuberculeux à la vie sociale et professionnelle — Sa réadaptation.** Préface du Dr R. Benda. Un volume de 168 pages. — G. Doin et Cie, édit., Paris.

Au long de plusieurs années d'efforts pour rendre à la vie professionnelle les tuberculeux pulmonaires stabilisés, l'auteur s'est heurté à l'étonnement passif des malades et de leurs familles, à l'incompréhension des bien-portants. Problème longtemps méconnu que celui de la Réadaptation mais d'une acuité actuelle qui l'impose à la préoccupation sociale!

C'est le malade que l'auteur souhaite d'abord servir en lui traduisant les conclusions de techniciens du reclassement professionnel, en rappelant à tous la part active que tiennent les diminués physiques dans l'économie humaine d'aujourd'hui et comment leur offrir un emploi rémunéré.

À l'isolé du sanatorium ces pages attestent la possibilité de maintenir le contact avec le monde du travail. Elles précisent les adresses et les buts des différents Centres de post-cure et les textes législatifs qui arment le tuberculeux contre les rigueurs de la vie pot-sanatoriumale.

Elles réalisent ainsi une documentation pour l'assistance sociale peu familiarisée avec les voies nouvelles qui s'ouvrent devant l'ancien malade.

Mais surtout elles évoquent l'ampleur du problème dont même les ignorants de la tuberculose ne peuvent se détourner: il a franchi le cadre médico-social pour devenir simplement humain.

Rx

# UROPRAZINE

Prendre 2 cuillerées à thé  
dans un demi-verre d'eau  
tiède, deux fois par jour,

*R. S. Summers M.D.*

Préparée par  
**LES LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, France**

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

Frank VIALA et J.-A. HUET. — **Traitement de la stérilité involontaire.** Préface du prof. Leriche. Un volume de 64 pages, avec 13 radios hors texte. — G. Doin et Cie, édit., Paris.

Écrit dans un style pratique, ayant volontairement banni toute bibliographie, ce manuel s'adresse à ceux qui veulent se tenir au courant des derniers perfectionnements de cette technique tout particulière.

Ancien Chef de Clinique à la Faculté et Assistant durant près de 15 ans du Professeur J.-L. Faure, élève affectionné de ce Maître de la Gynécologie Française, Frank Viala a été élevé dans son enseignement magistral. Rien n'était laissé au hasard, toute méthode était perfectionnée sans cesse. « Ce sont les détails d'un acte opératoire qui conduisent au résultat et au succès, » aimait à répéter J.-L. Faure. Ce livre est l'image fidèle de la pensée du Maître.

À côté de la Technique chirurgicale du Traitement de la Stérilité involontaire une autre question est indispensable à connaître: c'est celle de la Physiologie des glandes à sécrétion interne, dont les produits agissent en bien ou en mal sur l'économie de l'individu. J.-A. Huet, spécialiste depuis de nombreuses années, membre assidu de tous les Congrès nationaux et internationaux, bien connu par ses nombreux travaux de physiologie sexuelle masculine ou féminine, a écrit les pages qu'il fallait écrire.

De cette collaboration du chirurgien et du physiologiste est né ce Manuel essentiellement pratique que doit lire tout médecin — spécialiste ou non — qui s'intéresse au traitement de la stérilité involontaire.

J.-D. MARTINET et R. TUBIANA. — **Pathologie des veines — Traitement médical et chirurgical.** Préface du prof. Funck-Brentano. Un volume de 450 pages, avec 71 figures. — G. Doin et Cie, édit., Paris.

La pathologie des veines est en complet remaniement, et il n'y avait pas encore d'ouvrage d'ensemble sur ce sujet d'actualité, ni en

France, ni à l'étranger. Certes, il existe des monographies sur les phlébites, les varices... et des traités où le chapitre des veines est abordé en parent pauvre, en face du vaste ensemble des affections artérielles et capillaires.

MM. J.-D. Martinet et R. Tubiana ont comblé cette lacune: tout en simplifiant à l'extrême les multiples discussions pathogéniques et les descriptions cliniques des maladies veineuses, ils se sont efforcés d'apporter le bilan de nos connaissances actuelles en ce qui concerne les données pratiques du traitement, à la faveur de leur expérience personnelle et des publications françaises et étrangères les plus récentes. Ils insistent particulièrement sur les chapitres des varices, des phlébites, de l'embole pulmonaire, de l'insuffisance veineuse chronique, des maladies congénitales des veines et des hypertensions portales.

La présentation est claire; chaque chapitre est annoncé par un court résumé et se termine par une bibliographie à jour jusqu'en 1950. Le texte est illustré de schémas indispensables et de quelques phlébographies ou photographies caractéristiques.

L'ouvrage s'adresse aussi bien au médecin qu'au chirurgien, au chercheur qu'à l'étudiant. Le praticien y puisera les éléments détaillés d'un traitement médical moderne; le chirurgien y trouvera une technique simple et valable, concernant aussi bien les opérations veineuses les plus banales que les essais les plus hardis. Ce livre constitue donc une mise au point indispensable pour qui s'intéresse aux problèmes vasculaires.

GILBERT-ROBIN. — **Précis de neuro-psychiatrie infantile — Neuro-psychiatrie et neuro-psychologie infantile — Psychologie clinique et médico-pédagogie — Clinique psychanalytique — Thérapeutique — Psychothérapie — Rééducation — Réadaptation.** 2ème édition, entièrement remaniée. Préface du Prof. Heuyer. Un volume de 416 pages. — G. Doin et Cie, édit., Paris.

Il était curieux de constater, au moment où la neuro-psychiatrie infantile s'impose chaque jour davantage à l'attention des médecins, des

## Deux produits

Les Comprimés STOLIC et STOLIC FORTE sont composés de vinbarbital *Delvinal*, 30 mg. (½ grain), un sédatif dont l'action est d'une durée modérée, quasi dépourvu d'effets secondaires; de *rutine*, 20 mg. (⅓ de grain), ayant la propriété de diminuer la fragilité capillaire; et d'*hexanitate de mannitol*, 15 mg. (¼ de grain), agent hypotenseur remarquablement efficace en raison de son action progressive prolongée. Les Comprimés STOLIC FORTE renferment 30 mg. (½ grain) d'*hexanitate de mannitol*.

## Dans l'hypertension

Les Comprimés STOLIC et STOLIC FORTE sont indiqués pour le soulagement de l'hypertension essentielle, l'une des affections qui se rencontrent le plus fréquemment en pratique médicale, et que l'on considère comme l'une des plus grandes causes de décès.

## Action thérapeutique

Les Comprimés STOLIC et STOLIC FORTE abaissent la tension artérielle d'environ 33 mm. de mercure pendant une période de 4 à 6 heures. La chute de la tension artérielle commence à se faire sentir de 15 à 30 minutes après l'administration et atteint son maximum au bout de deux heures et demie à trois heures. En outre, on note une diminution de la fragilité capillaire anormale, souvent associée à l'hypertension; l'appréhension fait place à un calme bienfaisant, égalisant les fluctuations émotives de la pression sanguine. Présentation: flacons de 100 et 1,000 comprimés, enrobés de sucre Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 13, Ontario.

# STOLIC

et STOLIC FORTE Comprimés d'hexanitate de mannitol, de rutine et de vinbarbital Delvinal

psychologues et des éducateurs, qu'ils n'existait aucun *Précis français* de neuro-psychiatrie infantile.

Cette lacune est désormais comblée. En effet, le premier *Précis de neuro-psychiatrie infantile* du Docteur Gilbert Robin date de 1939. Il est complètement « dépassé ». Depuis, les découvertes en neuro-psychiatrie infantile et en psychologie clinique se sont multipliées.

Le nouveau *Précis de neuro-psychiatrie infantile* du Docteur Gilbert Robin est essentiellement clinique. Il est établi sur une classification rigoureuse qui tient compte des faits observés et de toutes les théories. Rejetant tout parti-pris doctrinal, l'auteur a établi des types caractérologiques et syndromiques qui s'offrent à l'observation journalière. La clinique psychanalytique voisine avec les types constitutionnels. L'ouvrage, très complet au point de vue neuro-psychiatrique, est enrichi d'une partie neuro-psychologique qui constitue une véritable clinique des « Défauts ». L'auteur n'a pas reculé devant une très large « extension » des problèmes. Il pense que tout ce qui est psychologique intéresse le neuro-psychiatre de l'enfance. Enfin, une grande partie du *Précis* est consacrée aux traitements médicaux, à la psychothérapie, à la psychanalyse, aux méthodes diverses dérivées de la psychanalyse, à la rééducation, à la réadaptation, aux modes de placements, à l'enfance délinquante. L'étudiant, le médecin praticien, le pédiatre et neuro-psychiatre reconnaîtront sans doute à ce *Précis* le mérite d'être à la fois complet, « à la page » et d'une clarté elle-même toute française.

Charles LAUBRY et Jacques LOUVEL. — **Traité des maladies des veines.** Un volume de 376 pages, avec 53 figures. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Le *Traité* de Ch. Laubry et Jacques Louvel a la prétention d'aligner la Pathologie veineuse sur le rang prééminent que tient aujourd'hui la pathologie cardio-artérielle. Les auteurs suivent pas à pas la circulation de retour dans son Anatomio-physiologie propre, dans les in-

vestigations techniques modernes dont bénéficient ses moindres atteintes, dans sa richesse thérapeutique dont elle fut jusqu'ici désespérément dépourvue. Ils se proposent ainsi de fermer le cercle de la pathologie circulatoire.

Un bref rappel *anatomique* indique tout d'abord les ressources anastomotiques qui autorisent les tentatives chirurgicales longtemps interdites. Il insiste notamment sur les voies de communication entre les plexus pelviens et cérébraux, voies librement ouvertes aux embolies considérées jadis comme paradoxales.

L'étude histo-physiologique met ensuite en lumière, non seulement les détails structuraux, mais encore les propriétés végétatives de la veine. Elle est en perpétuelle évolution, vasoformative ou vaso-régressive, soumise étroitement aux conditions de l'atmosphère neuro-endocrinienne.

Quant à la *physiologie* proprement dite de la Circulation de retour, on s'étonne de son jeu subtil, fait de souplesse adaptative et opportune: il laisse la place à de vastes autonomies régionales, non sans dépendre du suprême arbitrage des centres nerveux supérieurs et, en particulier, des centres hypophyso-thalamiques.

La *pathologie veineuse* est dominée par deux grands Chapitres: d'une part par le Phlébo-thrombo-embolisme, d'autre part par l'insuffisance veineuse:

Le Chapitre consacré au *phlébo-thrombo-embolisme* est sans contredit le plus important. Il est précédé d'une pathogénie à la fois critique et éclectique de la phlébite où chacun des trois facteurs suivants sont mis à peu près sur le même plan: inflammation des tuniques de la paroi veineuse, déséquilibre du colloïde sanguin sous l'action antagoniste des facteurs thrombogénétiques et des anticoagulants, stase étudiée d'après les notions récentes de la physique des fluides en mettant l'accent sur le rôle des plaquettes, ces germes de thrombose selon l'expression de Leriche.

On ne saurait concevoir la description clinique sans une anatomo-pathologie appuyée, d'une part sur les travaux les plus récents, tels



# Contrôle

des infections  
des voies urinaires...avec

## MANDELAMINE<sup>R</sup>

(MARQUE DE MANDÉLATE DE MÉTHENAMINE)

L'emploi clinique adéquat a démontré que la **MANDELAMINE\*** (mandélate de méthenamine) est efficace contre une grande variété de micro-organismes qui se rencontrent dans les infections des voies urinaires telles que pyérite, pyélonéphrite, néphroptose accompagnée de pyérite, cystite, prostatite, urétrite non spécifique et infections compliquées de calculs urinaires ou d'affections neurogènes de la vessie. Dans un rapport récent, Wilhelm et al.<sup>1</sup> soulignent l'efficacité manifeste de la **MANDELAMINE** dans le traitement des infections des voies urinaires dues à *A. aerogenes* — reconnu comme particulièrement résistants.

La **MANDELAMINE** se distingue par sa quasi absence d'effets secondaires et l'absence de danger de résistance au médicament, si souvent associées aux antiseptiques urinaires.

### 6 CARACTÉRISTIQUES REMARQUABLES DE LA MANDELAMINE

- 1 Vaste champ d'activité antibactérienne — comprenant aussi bien les micro-organismes gram-négatifs que gram-positifs
- 2 Pas d'acidification supplémentaire (excepté s'il existe des organismes ayant la propriété de dédoubler l'urée)
- 3 Aucun danger de résistance au médicament
- 4 Exceptionnellement bien tolérée
- 5 Pas de régime solide ou liquide
- 6 Simplicité du mode d'emploi — 3 ou 4 comprimés t. i. d.

**Présentation:** Bouteilles de 120, 500 et 1,000 comprimés entériques; 0.25 gm. par comprimé.

Documentation sur demande.

1. Wilhelm, S.F., et coll.: J.A.M.A. 141: 837 (19 nov.) 1949.

NEPERA CHEMICAL CO. INC.

**MERCK & CO. LIMITED**

Distributeurs exclusifs: MONTRÉAL



\*Mandelamine est le nom déposé par Nepera Chemical Co., Inc., pour sa marque de mandélate de méthenamine.

ceux de l'Ecole de Strasbourg, et d'autre part sur les données de l'exploration technique et des interventions chirurgicales. Aussi cette partie clinique est-elle moins soucieuse de décrire la thrombo-phlébite classique que de susciter un esprit prévenu et de créer l'atmosphère clinique et biologique de thrombose imminente, celle contre laquelle on peut désormais avoir une action efficace. Les notions de phlébo-thrombose et de thrombo-phlébite sont donc non seulement présentées avec leur intérêt didactique, mais aussi avec de sages restrictions. Ces deux formes ne sont pas exclusives l'une de l'autre: elles peuvent se succéder ou coexister chez un même sujet. Pour toutes deux, la sémiologie clinique est complétée par la sémiologie technique (phlébographie, photographie aux rayons infra-rouges, tests biologiques, etc.).

L'embolie pulmonaire, modalité courante de la phlébo-thrombose dynamique opposée à l'allure plus statique de la thrombo-phlébite, est l'objet d'un long développement physiopathologique, envisageant les conséquences qu'entraînent à la fois les phénomènes mécaniques et les réflexes et qui commandent le choix d'une thérapeutique opportune.

Le second chapitre de pathologie, celui de l'insuffisance veineuse, tronculaire (varices) ou radiculo-lacunaire, envisage les effets du ralentissement circulatoire dans le secteur sural, sur les tissus, leur métabolisme, leur intoxication par stase, leur asphyxie.

Le chapitre *thérapeutique* terminal est à la fois le plus long, le plus documenté et le plus éclectique. Il renferme, d'une part, une étude générale comportant les principes d'une bonne thérapeutique veineuse, ses ressources médicamenteuses, hydrothérapiques et hygiéniques; d'autre part, le traitement du phlébo-thrombo-embolisme par les anti-coagulants et par les procédés chirurgicaux, et le traitement de toutes les modalités de l'insuffisance veineuse.

Ce Traité n'est pas une simple mise au point consciencieuse. Il servira de guide par ses appréciations, son jugement, ses critiques des

plus récentes méthodes dont l'intérêt parfois révolutionnaire peut déconcerter le clinicien et doit être apprécié avec modération.

H. LABORIT. — **Physiologie et biologie du système nerveux végétatif au service de la chirurgie.** Préface du Dr Jean Gosset. Un volume de 164 pages, avec figures. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

«Terrain vago-sympathique, déséquilibre neuro-végétatif», voici des termes couramment utilisés encore par les chirurgiens, et qui font trop penser au «voilà pourquoi votre fille est muette».

L'auteur a voulu nous délivrer du pouvoir énigmatique des mots, et grâce à des notions de physiologie, de biologie et de pharmacodynamie actuellement solidement établies et connues, nous faire pénétrer le mécanisme neuro-végétatif de nombreux syndromes chirurgicaux et partager son espoir d'y porter plus efficacement remède.

Dans l'état actuel de nos connaissances, ce livre n'est pas qu'un essai; il marque une étape, celle de la mise en évidence du rôle important, constant et jusqu'ici peu connu de beaucoup de chirurgiens dont l'esprit est actuellement et obligatoirement ailleurs orienté, des corrélations neuro-végétatives et des systèmes qui les commandent.

Sans rien faire perdre d'objectif à son travail, Laborit en a volontairement écarté la reproduction des observations cliniques, des courbes biologiques et des chiffres de dosages et de mesures qui en ont été les bases; l'énumération de ces éléments aurait certainement alourdi l'exposé sans favoriser en rien la réalisation de ses désirs:

— Synthétiser pour tous ceux qu'intéresse une chirurgie active, moins mécanique que la pratique journalière, les fruits mûris de plusieurs années de recherches et de patiente expérimentation animale.

— Etablir la nécessité dogmatique et pragmatique de penser biologiquement en chirurgie.

— Créer un enthousiasme fertile pour ce

La nourriture,  
les formules,  
les sérums,  
les produits  
biologiques,  
les remèdes  
vitaux . . .  
tout cela est  
protégé  
par la

# RÉFRIGÉRATION FRIGIDAIRE

dans le nouveau Pavillon de la Maternité à

## L'Hôpital Général de Winnipeg

La préférence de la réfrigération Frigidaire montrée par des milliers d'hôpitaux, de cliniques et d'institutions, depuis plus d'un quart de siècle, est un témoignage réel de la protection sûre, de l'économie établie et de l'efficacité qu'offre Frigidaire.

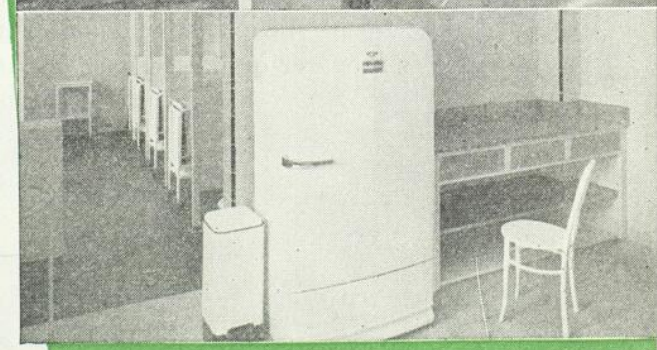
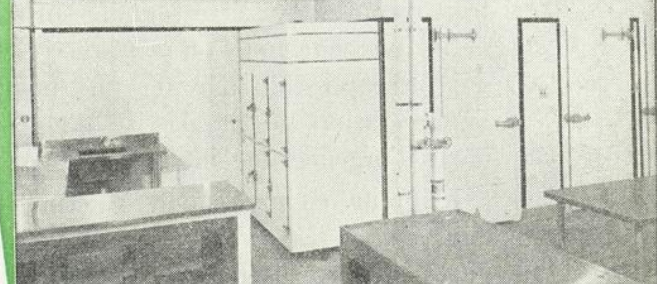
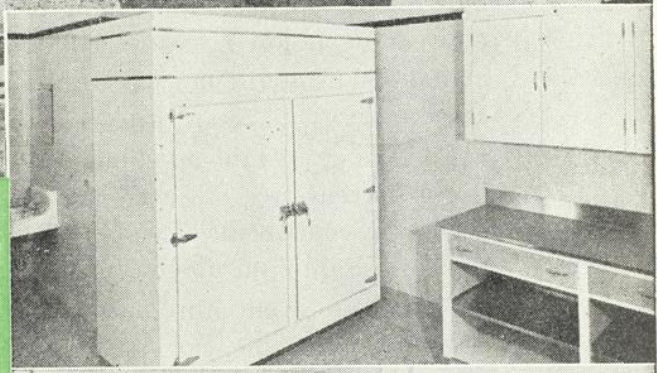
Deux éléments ont surtout contribué à l'accueil chaleureux que Frigidaire a reçu dans le monde de la médecine et des institutions.

D'abord l'équipement lui-même: il est conçu et réalisé par l'organisme le plus expérimenté de toute l'industrie de la réfrigération. Il est fort de toutes les ressources créatrices, et des facilités techniques de fabrication de General Motors.

Deuxièmement, Frigidaire maintient un effectif d'ingénieurs en réfrigération dans tous les points "stratégiques" du Canada pour préparer et surveiller l'installation de votre système Frigidaire. Et pour vous assurer le système Frigidaire qui répond à vos exigences, Frigidaire peut puiser dans l'assortiment le plus complet de produits de réfrigération commerciale, soit 400 produits différents.

L'équipement Frigidaire vous donnera cette protection sûre et cette économie de fonctionnement

Il n'en coûte rien, aucune obligation de votre part, pour vous renseigner sur ce que la Réfrigération commerciale Frigidaire peut accomplir pour vous. Avant de construire, de modifier ou de moderniser, donnez à votre marchand local de réfrigération commerciale Frigidaire l'occasion de vous exposer ces faits et de discuter les besoins de votre entreprise. Ou bien postez ce coupon.



# FRIGIDAIRE

Products of Canada, Limited, Montréal, P.Q.

Frigidaire est fabriqué exclusivement par General Motors

POSTEZ POUR OBTENIR TOUS LES DÉTAILS

Frigidaire Products of Canada, Limited  
Dépt UM  
Montréal, P.Q.



Nous aimerions avoir plus de détails sur l'équipement Frigidaire requis pour.....

Nom .....

Adresse .....

Ville ..... Prov. ....

C-518F

nouveau-né aux multiples visages de la médecine qu'est le système nerveux végétatif.

Charles A. PERRET. — **Traité de chirurgie d'urgence et de technique opératoire.** Un volume de 550 pages, avec 134 figures en noir dans le texte, et 80 planches en couleurs hors texte. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Au cours d'une longue activité chirurgicale hospitalière, l'auteur de ce traité a été constamment en relation avec les confrères qui lui confiaient leurs malades, en particulier des cas urgents. Il a pu se rendre compte combien il est souvent malaisé de reconnaître la vraie nature du mal pour un médecin de famille appelé à domicile tout à fait au début et pour ainsi dire: trop tôt, auprès d'un accidenté atteint d'une lésion interne occulte ou par un malade souffrant d'une affection chirurgicale aiguë et grave.

En face de ce tableau clinique prémonitoire il est souvent très difficile, pour qui manque encore de connaissances suffisantes et d'expérience, d'établir un diagnostic de certitude.

Dans cette éventualité, on peut dire qu'une erreur est excusable, car l'affection est de date trop récente pour être tout de suite étiquetée définitivement, mais on peut aussi penser qu'il doit être possible d'éviter une méprise dans l'appréciation de la gravité d'un cas réclame d'urgence une intervention salutaire.

L'auteur connaît donc le cruel embarras dans lequel ses confrères se trouvent parfois; aussi est-ce précisément pour eux, pour les étudiants, futurs médecins, et pour les praticiens appelés à opérer qu'il a écrit ce livre. Il aime-

rait pouvoir leur dire: « Prenez et lisez pour profiter de mes expériences et pour éviter mes erreurs ». Il est persuadé que ceux qui liront ce Traité de Chirurgie d'Urgence et de Technique opératoire y trouveront une foule d'indications, de conseils, et de mises en garde utiles, indispensables même, pour établir un diagnostic exact et accomplir correctement un acte opératoire urgent.

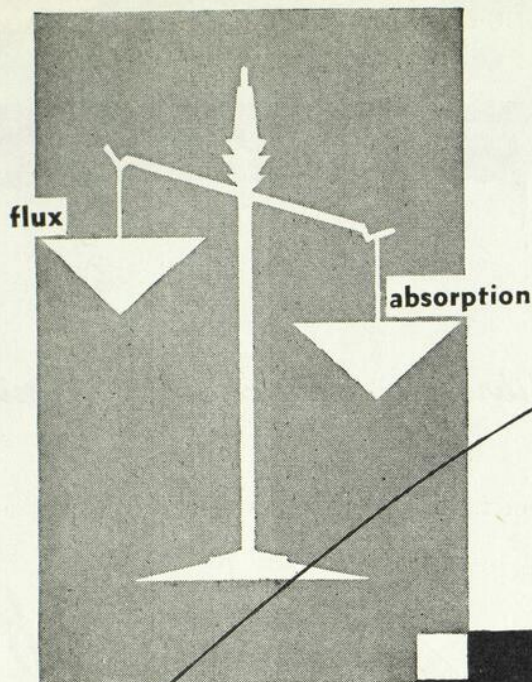
Marcel GALTIER. — **Chirurgie esthétique nasale.** Préface du M. Bouchet. Un volume de 234 pages, avec 172 figures (comportant 264 schémas, dessins chirurgicaux et photographiques). — G. Doin et Cie, édit., Paris.

L'essor considérable pris par la chirurgie esthétique nasale, tant en France qu'à l'étranger pendant ces dernières années, justifie la publication de ce précis clair et largement illustré.

L'auteur montre de quelle façon on procède à l'analyse des différentes malformations nasales qu'il répartit dans une classification facile à suivre. Les techniques chirurgicales du traitement sont décrites avec minutie et détails, sans dommage pour la clarté du texte. De nombreuses illustrations et des schémas dus à L. Delpech aident beaucoup l'exposé théorique.

Des photographies prises avant et après les interventions correctrices montrent les résultats pratiques que l'on peut retirer de cette chirurgie précise et exempte de danger.

Vingt années d'expérience personnelle ont permis à son auteur de publier cet ouvrage dont tireront profit tous ceux qui, spécialistes ou non, s'intéressent à cette chirurgie nouvelle.



## si efficace

La marge de sécurité entre le volume du flux menstruel\* et la capacité d'absorption des tampons TAMPAX est plus que suffisante. La vente de plus de deux billions de TAMPAX, au cours des douze dernières années, en est un témoignage probant. Le confort et la commodité que procurent les trois degrés d'absorption de ces tampons intravaginaux (avec applicateurs individuels) donnent entière satisfaction aux femmes.

\*Am. J. Obst. & Gyn., 31: 979, 1936.

**CANADIAN TAMPAX  
CORPORATION LTD.,  
BRAMPTON, ONTARIO**

Publicité acceptée par "The  
Journal of the American  
Medical Association"



# TAMPAX

La protection menstruelle interne de choix

Echantillons profes-  
sionnels envoyés sur  
demande.



*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

# Cortone\*

Marque déposée



## Suspension saline d'Acétate de CORTONE

(1 c.c. = 25 mg.) fioles de 20 c.c.



## Comprimés — d'Acétate de CORTONE

(25 mg. chacun) bouteilles de  
40 comprimés.

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 nécessaires sont à peu près semblables, et les deux voies d'administration peuvent être utilisées d'une façon alternative ou simultanée à tous les stades du traitement.

Bien que la fabrication de la Cortone — synthèse probablement la plus compliquée et la plus longue jamais entreprise — ait imposé des difficultés sans précédent, tous les efforts tendent à augmenter la production et, dans l'intervalle, à réaliser une distribution nationale équitable de cette drogue essentielle.

*Documentation sur demande*

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

# Cortone\*

ACÉTATE

(Acétate de CORTISONE Merck)

(Acétate 21 de déhydro 11-hydroxy 17 corticostérone)

*Parmi les affections où la Cortone a produit une amélioration clinique frappante on mentionne :*

**L'ARTHRITE RHUMATOÏDE et les affections rhumatismales connexes.**

**LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.**

**LES TROUBLES ALLERGIQUES.**

**LES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DES YEUX.**

**AFFECTIONS CUTANÉES, notamment la dermatite atopique, le psoriasis, la dermatite exfoliatrice, comprenant des cas secondaires à des réactions médicamenteuses, et le pemphigus.**

**LE LUPUS ÉRYTHÉMATEUX (au début).**

**LA MALADIE D'ADDISON.**

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



**MERCK & CO. LIMITED**

*Chimistes fabricants*

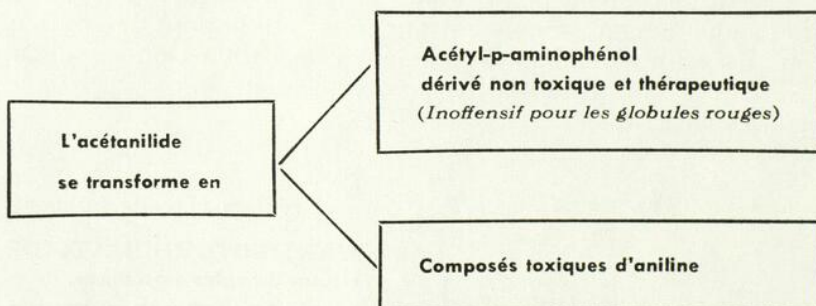
Montréal - Toronto - Valleyfield

*Offert pour la première fois  
à la profession médicale*

## *Un nouveau composé analgésique à base d'acétyl-p-aminophénol*

*... dérivé thérapeutique non toxique de l'acétanilide*

On vient de découvrir que l'acétanilide, depuis longtemps reconnue comme l'un des analgésiques les plus puissants et les plus prompts, contient un facteur thérapeutique non toxique—l'acétyl-p-aminophénol. Des études effectuées au Yale Laboratory of Applied Physiology and New York University School of Medicine, démontrent que l'acétyl-p-aminophénol comporte toute la puissance analgésique de l'acétanilide, sans être aussi toxique. Contrairement aux composés d'acétanilide et de phénacétine, l'acétyl-p-aminophénol n'affecte pas les globules rouges et il est sûr même pour les douleurs chroniques.



## **TRIGESIC**

Comprimés d'acétyl-p-aminophénol Squibb, d'acide acétylsalicylique et de la caféine

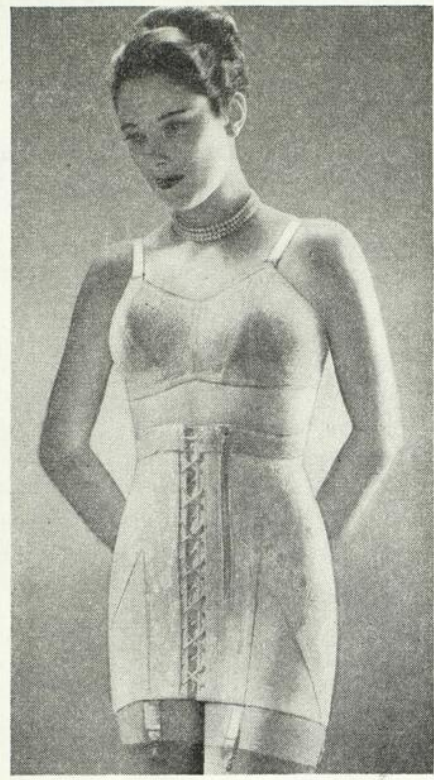
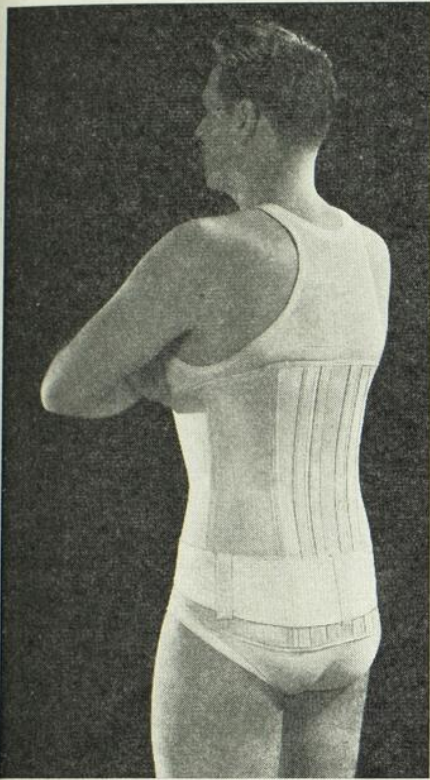
Trigesic offre tous les avantages de l'acétanilide (sans les désavantages) plus le bénéfice de l'acide acétylsalicylique et de la caféine.

Chaque comprimé contient 0.125 gm. (approx. 2 gr.) d'acétyl-p-aminophénol; 0.23 gm. (approx. 3 ½ gr.) d'acide acétylsalicylique et 0.03 gm. (approx. ½ gr.) de caféine. Flacons de 100. On peut aussi obtenir Trigesic avec codéine: contenant, en plus, ⅛ de gr. de phosphate de codéine. Flacons de 100.

"Trigesic" est une marque déposée de E. R. Squibb & Sons.

E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA, LIMITED  
2245 RUE VIAU, MONTRÉAL

**SQUIBB** FABRICANTS DE PRODUITS CHIMIQUES POUR LA PROFESSION MÉDICALE DEPUIS 1858



## Comparez Spencer

*pour efficacité, confort, économie,  
avec n'importe quel autre support*

*Pour efficacité* — Chaque Support Spencer est dessiné, taillé et fait individuellement d'après des descriptions et mesures de chaque malade et les indications médicales pour son cas. Les supports faits en série sont « échelonnés » pour les soi-disant tailles moyennes — et cependant il n'y a pas deux tailles humaines qui soient identiques! En termes de besoins individuels, seul un support *dessiné sur commande* peut donner le maximum d'efficacité thérapeutique.

*Pour confort* — Les Spencers ne sont pas rajustés pour « faire »; leur ajustement est dessiné dans les sections du support lui-même! Les hauteurs, longueurs et tous les détails sont déterminés par les besoins de l'individu. Ainsi, le Spencer procure un confort *durable*. Un tel confort n'est pas possible dans un support rajusté pour « faire » sur un corps pour lequel il ne fut pas dessiné.

*Pour économie* — Pour être vraiment économique, un support doit donner la *correction* requise par l'état physique et doit conserver sa forme afin de *maintenir* cette correction. Chaque Spencer étant dessiné individuellement il peut être — et est — garanti NE PAS perdre sa forme; il est garanti pour procurer, après des mois d'usage, la même valeur de soutien que pendant la première semaine! Aucun autre support — à notre connaissance — porte une telle garantie!

Nous vous invitons à comparer la différence! Vous trouverez le Spencer remarquablement supérieur pour hommes, femmes et enfants. Vous n'aurez qu'à vous en louer. Prescrivez le Spencer pour tous les troubles de l'abdomen, du dos ou des seins où un support est indiqué.

Adressez-nous le coupon ci-contre — ou téléphonez à une marchande de Supports Spencer (voir « Corsetière Spencer » ou les pages jaunes) pour renseignements.

-----  
 ( SPENCER SUPPORTS (CANADA) LTD.,  
 ( Rock Island, P. Q.  
 ( Angleterre: Spencer Ltd., Banbury, Oxon.  
 ( Etats-Unis: Spencer, Inc., New-Haven, Conn.  
 ( Veuillez m'adresser la brochure "Les Supports  
 ( Spencer dans la Pratique Médicale Moderne".  
 ( Nom .....  
 ( ..... M.D.  
 ( Adresse .....  
 ( ..... 3-51

**SUPPORTS SPENCER** dessinés  
individuellement

# SANATORIUM PRÉVOST



SANATORIUM PRÉVOST. Cartierville Montreal.

## FAÇADE SUD

L'établissement demeure toujours consacré au traitement **INDIVIDUEL** des affections neuro-psychiatriques en cure libre.

● Personnel hospitalier expérimenté. Cures de repos. Physiothérapie complète. Pyrétothérapie. Electrochocs. Insulinothérapie. Psychothérapie. Bientôt: radiothérapie; régimes confiés à une diététicienne.

### BUREAU MÉDICAL:

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Ernest Brunet, Jean-Léon Desrochers, Paul Larivière, Gaston Loignon, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

Consultants: Drs Fernand Charest, Paul David, Edouard Desjardins, Roland Dussault, Léon Gérin-Lajoie, Charles-E. Grignon, Charles-E. Hébert, J.-B. Jobin, Albert Jutras, Richard Lessard, Georges Manseau, Léopold Morissette, Jules Prévost, J.-A. Vidal.

4455 OUEST BOULEVARD COUIN,

TÉLÉPHONE: BYwater 2405\*

# HÉMOSTYL

Sérum hémopoïétique frais de cheval

## FLACONS - AMPOULES

Anémies  
Convalescences  
Hémorragies

1 à 2 ampoules le matin à jeun dans 1/4  
de verre d'eau, par voie buccale.

## SIROP

Anémies des enfants  
Chloro-anémies

1 cuillerée à potage (enfants une cuillerée  
à café) avant les trois principaux repas.

—●—  
**Laboratoires du D<sup>r</sup> ROUSSEL, 97, rue de Vaugirard, PARIS**

Agents pour le Canada: **J. EDDÉ Ltée, 1154, Beaver Hall Sq., Montréal.**

The illustration shows two medicine boxes. The top box is for NEURINASE, labeled 'COMPRIMÉS' and 'amorcer le sommeil naturel'. The bottom box is for ALEPSAL, labeled 'ÉPILEPSIE' and 'CONVULSIONS INFANTILES'. Both boxes are shown at an angle against a background of horizontal lines. A small 'TP' logo is visible in the top right corner of the illustration area.

**NEURINASE**  
COMPRIMÉS  
*amorcer le  
sommeil naturel*  
INSOMNIES - TROUBLES NERVEUX

**ALEPSAL**  
ÉPILEPSIE  
CONVULSIONS  
INFANTILES  
10 ctg. 5 ctg. 1 1/2 ctg.  
*simple, sûr, sans danger*

LAB. GENÉVRIER  
45, Rue Michélis  
NEUILLY-PARIS

J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., Montréal, Agent général pour le Canada.

*Les mamans qui  
donnent de la viande  
rapportent que 47.4%  
des médecins disent:*



## Donnez de la viande aux bébés à 4 mois ou plus tôt!

Au cours d'une enquête récente faite parmi les mamans qui donnent de la viande aux bébés, 47.4% dirent que les médecins l'avaient recommandée pour leurs bébés, à 4 mois ou plus tôt.

Il y a quatre ans, quand Swift présenta pour la première fois des viandes spécialement préparées, on commençait à donner de la viande râpée à l'âge de 7 mois. Mais de nos jours, avec les viandes passées au tamis disponibles et les nouvelles preuves cliniques qui indiquent les avantages de l'alimentation carnée précoce, la viande a sa place légitime parmi les premiers aliments solides des bébés.

Once par once, aucun autre aliment pour bébés ne fournit plus de protéines complètes, de vitamines B et de fer naturel pour bébé a besoin que les Viandes Swift's pour Bébés. La préparation contrôlée dans les laboratoires assure une rétention maximum des éléments nutritifs. Les Viandes Swift's pour Bébés et pour Enfants sont prêtes à servir pour environ la moitié du prix des Viandes préparées chez soi.



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.

### DES ÉTUDES CLINIQUES

*indiquent les avantages de*

*l'alimentation carnée précoce*

**ENFANTS PRÉMATURÉS:** Dans certains cas, des Viandes Swift's pour Bébés furent données une semaine après la naissance. Les éléments nutritifs de la viande étaient bien tolérés, bien utilisés. On remarqua également une rétention significative de fer: Université de Rochester.

**À SIX SEMAINES:** Une augmentation de 25% des protéines absorbées dues à l'addition de Viandes Swift's pour Bébés à la formule, augmenta la teneur en hémoglobine du sang et la formation de globules rouges: Leverton et Clark, "Meat in the Diet of Young Infants" J.A.M.A. 134 (Août) 1947.

**DANS LES CAS D'ALLERGIE:** Une formule de Viandes Swift's pour Bébés enrichie de calcium et de phosphore offre un succédané efficace du lait pour les bébés qui sont allergiques aux protéines du lait; "Nutritive Value of Mineral-Enriched Meat and Milk," McQuarrie et Ziegler, Pediatrics, Vol. 5, No. 2, (Février) 1950.



## SWIFT

*...la première marque en fait de viandes*

*...prépare, au Canada, les seules viandes 100% pour Bébés*

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**

UN COMPRIMÉ DANS UN 1/2 VERRE D'EAU

*Vos aérophages,  
Vos dyspeptiques,  
Les petits hépatiques*

*seront heureux... si vous leur prescrivez*

## NORMOGASTRYL

Médication alcalino-sédative des  
gastro-hépatiques fonctionnels

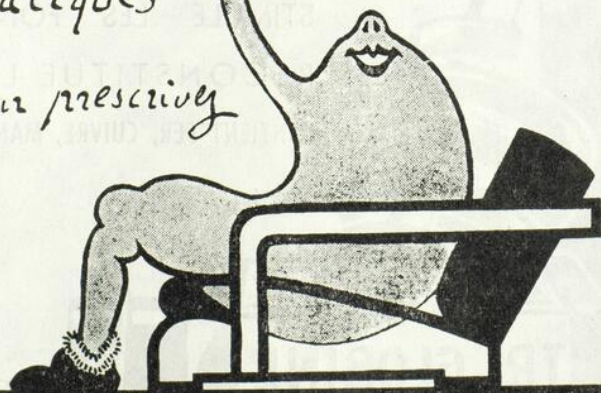
Littérature et échantillons sur demande

Agents pour le Canada:  
**LABORATOIRES JEAN OLIVE**  
200, rue Vallée :-: Montréal

# NORMOGASTRYL



*Solution de Bourget  
+ Bromure de Lithium  
+ Citrate de Soude*



OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE BUVABLE

# REVITALOSE

DU D<sup>r</sup> FRAYSSE

REVITALISATION DE L'ORGANISME

SUBST. CÉRÉBRALE • SURRÉNALE • EXT. ORCHITIQUE

ÉPUISEMENT NERVEUX • SURMENAGE • DÉBILITÉ • HYPOTENSION

AMPOULES BUVABLES DE 10<sup>CC</sup>

LABORATOIRE FRAYSSE ET C<sup>IE</sup> NANTERRE (SEINE)

Canada: LABORATOIRES JEAN OLIVE — 200, rue Vallée, Montréal, P. Q.

# TRI GLOBINE

COMPRIMÉS

STIMULE LES FONCTIONS PSYCHIQUES

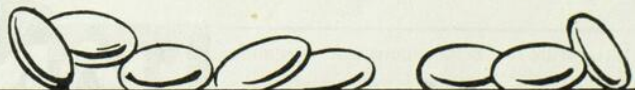
RECONSTITUE LE TISSU SANGUIN

CONTIENT FER, CUIVRE, MANGANÈSE, MAGNÉSIUM, CALCIUM



GLOBINATES  
HÉMOPEPTONE  
INOPHOSPHAN  
HÉMATOPORPHYRINE

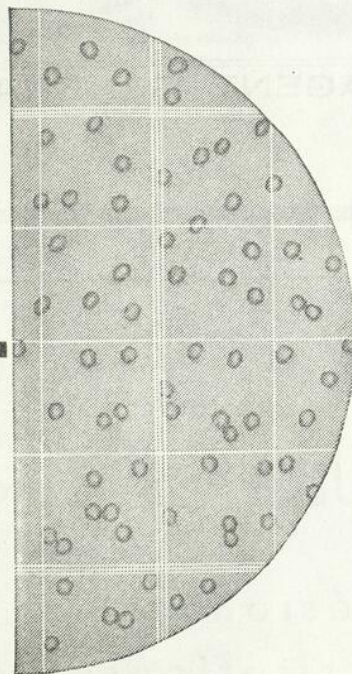
CARENES EN FER  
ANÉMIES HYPOCHROMES  
DÉMINÉRALISATIONS  
DÉPRESSIONS PSYCHIQUES  
ASTHÉNIES • NEURASTHÉNIES



CANADA LABORATOIRES JEAN OLIVE - 200. RUE VALLÉE - MONTRÉAL

Sulfate ferreux, excis., U. S. P. ....	162.0 mg.
Chlorhydrate de Thiamine (vitamine B <sub>1</sub> ) ..	1.0 mg.
Riboflavine (vitamine B <sub>2</sub> ) ..	1.0 mg.
Acide ascorbique (vitamine C) ..	15.0 mg.
Niacinamide ..	4.0 mg.
Chlorhydrate de Pyridoxine (vitamine B <sub>6</sub> )	0.5 mg.
Pantothénate de Calcium ..	0.85 mg.
Acide Folique ..	0.85 mg.
Concentré de foie ..	162.0 mg.

Pour que le traitement des anémies hypochromes soit un succès, il faut plus que de simples sels de fer; on a trouvé que les vitamines et le foie combinés au fer étaient des adjuvants efficaces dans la restauration de l'équilibre sanguin normal. Non seulement les Hémosules\* 'Warner' renferment-elles du foie et la quantité nécessaire de sels ferreux, mais elles contiennent aussi des doses importantes et bien équilibrées du complexe vitaminique B, y compris l'acide folique — ce sont là des substances dont on a démontré l'importance dans la régénération des globules rouges.



\*Nom déposé

... voilà ce que contiennent les  
**HEMOSULES**\*  
 "WARNER"



Les HÉMOSULES\* amélioreront l'état des patients qui sont déprimés ou amaigris ainsi que des malades qui ont besoin d'un stimulant au cours d'une convalescence après une maladie infectieuse.

**Présentation:** Les Hémosules\* 'Warner' — capsules hématiniques — s'obtiennent en flacons de 96.

**WILLIAM R. WARNER & CO. LIMITED**  
 727 ouest, rue King, - - - Toronto, Ont.

Toutes les Indications de  
l'IODE et des IODURES



**IODOGÉNOL**  
PÉPIN

Pas d'Iodisme

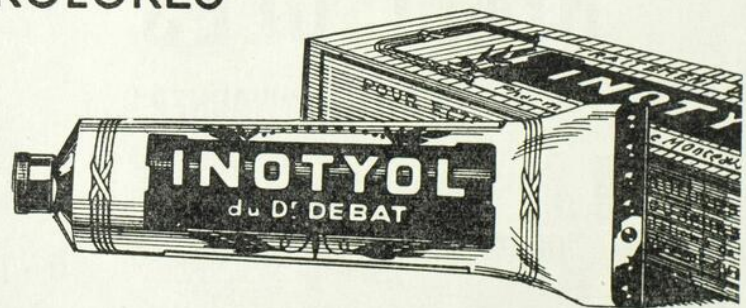
AGENT GÉNÉRAL: J. EDDÉ L<sup>td</sup> - MONTRÉAL

ECZÉMAS

ULCÈRES - BRÛLURES

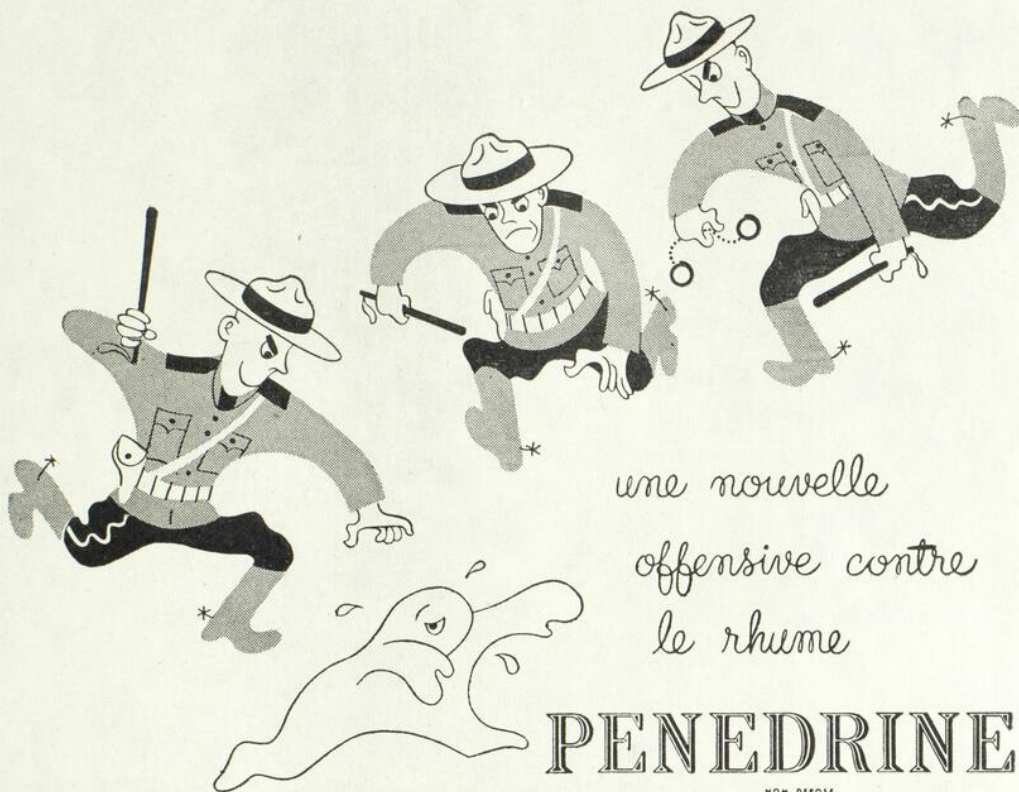
Lésions et  
Irritations  
de la Peau

Agent Général  
J. EDDÉ Ltée  
MONTRÉAL



Pommade **INOTYOL**

J. EDDÉ Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., Montréal, Agents pour le Canada.



une nouvelle  
offensive contre  
le rhume

**PENEDRINE**

NON DÉPOSÉ

protection à triple effet

### composition

La **PÉNÉDRINE** est présentée sous forme d'un comprimé stable, enrobé de sucre.

Contenant:

Pénicilline G procaïnée  
100,000 unités Int.

Phénoxadrine\*  
(Marque de Commerce)  
25.0 mg.

Acide acétylsalicylique  
160.0 mg. (2½ gr.)

Phénacétine 128.0 mg. (2 gr.)

Caféine 32.0 mg. (½ gr.)

**LA PÉNÉDRINE NE SERA  
DISPENSÉE QUE SUR  
VOTRE ORDONNANCE**

\*citrates dihydrogène de N, N-Diméthyl-2-( $\alpha$ -phényl-o-tolox)-éthylamine.

**1 PÉNICILLINE**—pour la prévention des complications secondaires débilitantes.

**2 ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE — PHENACÉTINE — CAFÉINE** — pour le soulagement des malaises symptomatiques.

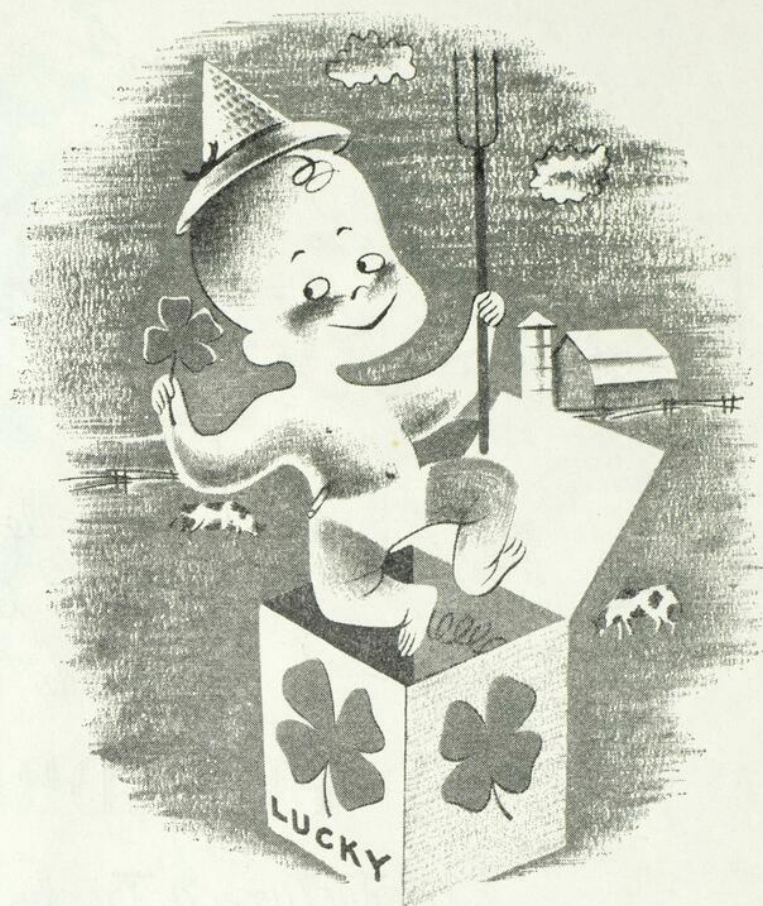
**3 ANTIHISTAMINIQUE**—pour le soulagement de plusieurs symptômes de l'infection primaire et le soulagement spécifique de la rhinite allergique.

Une nouvelle formule pour soulager les symptômes du rhume ordinaire et prévenir ses complications.

Les *Laboratoires Bristol* offrent à la profession médicale, pour la première fois, un produit unique réunissant dans une seule dose un anti-histaminique, une préparation acide acétylsalicylique-phénacétine-caféine et de la pénicilline.

**BRISTOL LABORATORIES OF CANADA LIMITED**

286 OUEST, RUE ST-PAUL, MONTRÉAL, CANADA



## Pourquoi "Lachance"?...

*Combien chanceux est le mioche  
qui a reçu de l'Infantol dès le berceau.*

*Car Infantol est une parfaite  
protection contre  
les déficiences vitaminiques  
des premières années de formation.*

# Infantol



### AVANTAGES

- 1 protection complète
- 2 miscible à l'eau
- 3 agréable au goût
- 4 non dispendieux

frank w. horner limited





*Maintenant...*

*activité* **B<sub>12</sub>**, *par voie buccale,*

DANS UN TONIQUE RECONSTITUANT,  
À BASE DE FER, QUI AUGMENTE L'APPÉTIT!

L'activité B<sub>12</sub> d'au moins 12 microgrammes de vitamine B<sub>12</sub> par once, telle que déterminée par un titrage biologique.

Du fer (gluconate ferreux) en quantités toniques!

Les Vitamines du Complexe B d'une teneur bien supérieure à celle reconnue comme ration quotidienne minimum!

Agréable au goût également!

ELIXIR

CAPSULES

**BETA-CONCEMIN\* FERREUX**

COMPLEXE FERREUX-B AVEC ACTIVITÉ B<sub>12</sub>



Cincinnati • U. S. A.

Succursale Canadienne: 44 Osler Street, Toronto 9, Ontario

\*Marque Déposée

# Maintenant — un régime riche en protéines à peu de frais — et que les patients aiment!



**Ce mois-ci**, le lait Ecrémé en Poudre Starlac est disponible pour les patients. Vendu seulement dans les pharmacies, à un prix économique, il est présenté en boîtes de 1 livre et de 2½ livres.

Ayant une teneur en protéines de 36.5%, Starlac permet de donner un régime alimentaire extraordinairement riche en protéines et que les patients *aiment!* La coopération ne manque pas. Le Starlac au goût agréable peut être mélangé avec d'autres aliments, liquides ou solides, sans en augmenter le volume. Contient *tous* les amino-acides essentiels.

Ce produit de qualité pour ordonnances est éprouvé et soumis à un procédé spécial pour se conformer aux prototypes les plus élevés, puis conservé dans des récipients en métal qui en préservent la qualité et la saveur.

Le Starlac, facile à employer, est spécialement apprécié comme source agréable de protéines supplémentaires dans l'alimentation des bébés, des patients qui vont être opérés ou viennent de l'être, des femmes enceintes ou qui allaitent, dans les cas d'ulcères, de brûlures graves.

Nous avons pour vous un manuel de références complet. Il contient tous les renseignements sur le Starlac, ses usages, des tableaux sur la teneur en protéines des aliments pour les différentes méthodes d'alimentation, et des recettes appétissantes pour des mets riches en protéines. Ecrivez simplement "*Manuel Starlac*" sur une feuille de votre bloc d'ordonnances et envoyez-la à: Division des Aliments pour Formules, The Borden Company, Limited, 407, rue McGill, Montréal, P.Q. Nous enverrons le manuel immédiatement.

*Borden's*  
**STARLAC**

**LAIT ÉCRÉMÉ EN POUDRE** *de qualité pour ordonnances*

LAIT PROTÉINÉ • DRYCO • LAIT À L'ACIDE LACTIQUE • MULL-SOY • KLIM • LAIT ÉVAPORÉ BORDEN'S

notre famille  
compte maintenant  
membres!

3



## Elle s'est augmentée de deux nouveaux titres de lait!

Au Lait Semi-écrémé "Farmer's Wife", que tout le monde connaît, Cow & Gate ont ajouté deux nouveaux titrages de lait pour l'alimentation des enfants. La même qualité d'excellence qui a rendu "Farmer's Wife" si populaire se retrouve dans ces nouveaux produits.



NO.	COULEUR DE L'ÉTIQUETTE	CORPS GRAS	CORPS GRAS RECONSTITUÉS 1/2 EAU 1/2 LAIT	MATIÈRES SOLIDES	CALORIES PAR ON.	
1	ROUGE	8%	4.00%	26%	45	Lait évaporé ordinaire
2	BLEUE	4.00%	2.00%	22%	32	Lait semi-écrémé concentré
3	JAUNE	2.00%	1.00%	22%	29	Lait écrémé concentré

S. V. P. demandez le formulaire de poche et autre documentation.

POUR LA PREMIÈRE FOIS — TROIS TITRES DE LAIT CONCENTRÉ



**COW & GATE (CANADA) LIMITED**

GANANOQUE, ONTARIO



Médicament qui a fait ses preuves contre

**HYPERACIDITÉ**

**CONSTIPATION**

Depuis plus de 75 ans, le Lait de Magnésie Phillips' est accepté d'une façon générale par le corps médical, comme 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.

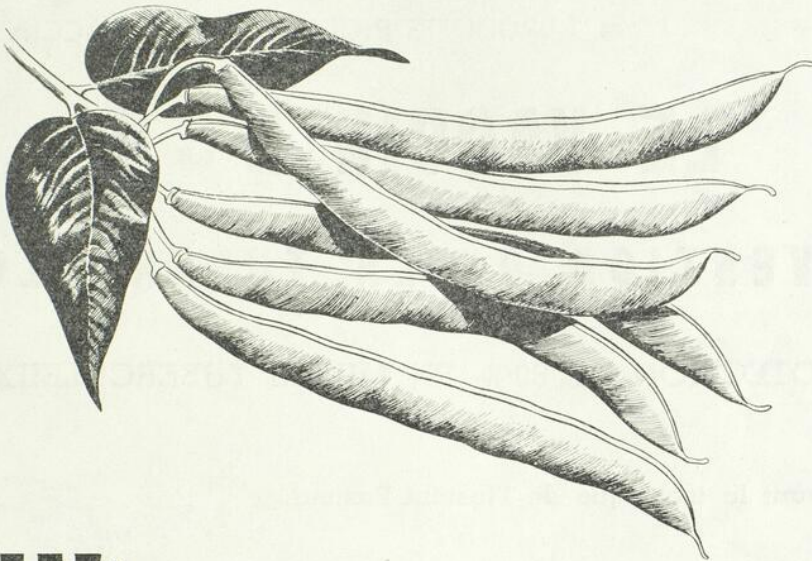
*Comme antiacide*—Le Lait de Magnésie Phillips' soulage rapidement et efficacement. Ne contient pas de carbonates; pour cette raison, il n'occasionne pas de malaises dus à la flatulence.

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 Elliott Street, West, Windsor, Ont. of Sterling Drug Inc.

Pour votre dossier, **Docteur-**  
renseignements sur les haricots verts en boîtes



### Haricots Verts

Valeur nutritive d'une portion\* moyenne de haricots verts en boîtes

Élément Nutritif	Quantité†	Pourcentage de la Ration‡ Quotidienne Recommandée	
		(a)	(b)
Energie Alimentaire...	16 calories	1	1
Protéines.....	0.8 gm.	2	1
Calcium.....	38.0 mg.	7	5
Phosphore.....	22.0 mg.	4	3
Fer.....	0.77 mg.	6	13
Vitamine A.....	329 U.I.	8	6
Thiamine.....	0.021 mg.	3	2
Riboflavine.....	0.028 mg.	3	2
Niacine.....	0.21 mg.	3	2
Vitamine C.....	2.1 mg.	7	7

\*½ tasse (70 grammes)

†Tableau des Valeurs Nutritives Recommandées pour emploi au Canada. Division de la Nutrition, Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Etre Social.

‡Pourcentage basé sur la ration nécessaire pour le maintien de la santé, Prototype Diététique Canadien (a) d'une femme de 120 livres modérément active, (b) d'un homme de 160 livres modérément actif.



## AMERICAN CAN COMPANY

KENTVILLE • MONTRÉAL • TORONTO • HAMILTON • WINNIPEG • VANCOUVER

# 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)

# Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

## AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

### ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

L'examen peut être passé en MÉDECINE, ou en médecine en accentuant sur l'une des spécialités suivantes:

Anesthésie  
Dermatologie et syphiligraphie  
Neurologie

Psychiatrie  
Pédiatrie

Radiodiagnostic  
Radiothérapie

### ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

L'examen peut être passé en CHIRURGIE, ou en chirurgie en accentuant sur l'une des spécialités suivantes:

Neuro-chirurgie  
Obstétrique et gynécologie

Ophthalmologie  
Chirurgie orthopédique

Otolaryngologie  
Urologie

### CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

L'examen peut être passé dans une des spécialités suivantes, approuvées pour le certificat:

#### SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Anesthésie  
Dermatologie et syphiligraphie  
Médecine interne  
Neurologie

Psychiatrie  
Pédiatrie  
Pathologie  
Bactériologie

Médecine physique  
Santé publique  
Radiodiagnostic  
Radiothérapie

#### SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

Chirurgie générale  
Neuro-chirurgie  
Obstétrique et/ou gynécologie

Ophthalmologie  
Chirurgie orthopédique  
Otolaryngologie

Chirurgie plastique  
Chirurgie thoracique  
Urologie

Les demandes concernant les examens de 1951 doivent être présentées avant le **30 avril 1951**. Il ne sera pas tenu aucun compte des demandes faites après cette date.

Copies des règlements concernant les examens pour le titre d'Associé et pour le certificat de spécialiste ainsi que des formules de demande peuvent être obtenues en s'adressant comme suit:

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

# BETAGEN

## VITAMINE B COMPOSÉE

### ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

#### PRINCIPAUX COMPOSANTS

Vitamine B<sub>1</sub>  
(chlorure de Thiamine)  
Riboflavine  
avec les autres facteurs de la  
Vitamine B complexe  
B<sub>2</sub>, B<sub>4</sub>, B<sub>5</sub>, B<sub>6</sub>  
Lécithine d'œufs  
Avénine

Glycérophosphates  
de Sodium  
de Calcium  
de Potassium  
de Strychnine (1/60 gr. à l'once)

## Tonique et Aliment Nervin

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie

Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.

Déséquilibre nerveux.

Saveur agréable — Tolérance parfaite.

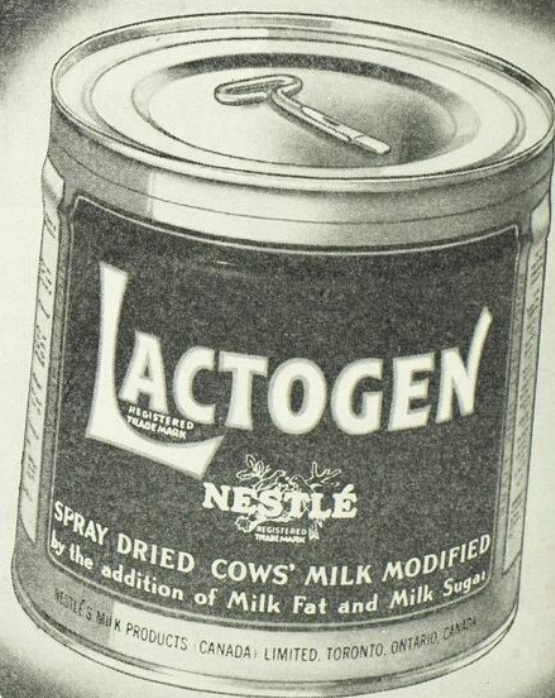
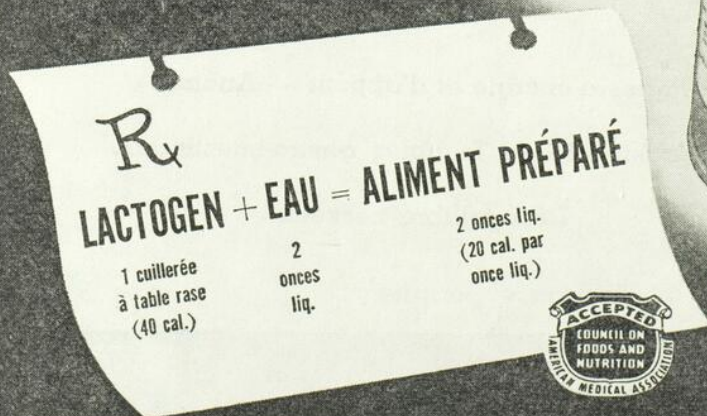
La Cie **CANADA DRUG CO.**, Montréal

*Hydrocholérétique**Cholagogue & Diurétique*

COMPRIMÉS

**IDROCOL**ASGRAIN & HARBONNEAU  
Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE, MÉDICAL ET SCIENTIFIQUE

**LACTOGEN<sup>®</sup>**SE RAPPROCHE ÉTROITEMENT  
DU LAIT HUMAINLA PUBLICITÉ DE CE PRODUIT N'EST FAITE  
QU'AUPRÈS DU CORPS MÉDICALÉCHANTILLONS ET IMPRIMÉS ENVOYÉS DÈS RÉCEPTION D'UNE  
FEUILLE BLANCHE DE VOTRE CARNET DE PRESCRIPTIONS.

COMPRIMÉS  
**TRI-SULFA**  
SODIUM BICARBONATE

ASSOCIATION RATIONNELLE DES SULFAS.

CRISTALLISATION ET CALCUL RÉNAL ÉVITÉS PAR L'ALCALINISATION DE LA FORMULE:

Aussi TRI-SULFA  
en suspension  
contient  
0.30 gram.  
par cuillerée à thé.

**SULFATHIAZOLE**  
**SULFAMÉRAZINE**  
**SULFADIAZINE**

0.50 gram. du mélange par comprimé.

Aussi TRI-SULFA  
sans bicarbonate, à 0.50 gram.  
par comprimé et  
0.30 gram. par comprimé  
pour enfant.

La Cie CANADA DRUG CO., Montréal



Pour combattre  
la flatulence dans  
les cas de  
putréfaction et de  
fermentation  
intestinales

# EUCARBON®

Chaque comprimé contient: extrait de rhubarbe, séné,  
soufre précipité, huile de menthe poivrée et huile de  
fenouil, dans un excipient formé de charbon de saule  
suractivé.

PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Laxatif doux, adsorbant et carminatif. Indiqué dans  
les cas d'indigestion, d'hyperacidité, de ballonnement et de flatulence.

1 ou 2 comprimés par jour, une demi-heure après les repas. En flacons de 100.

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC.

1123 Broadway, New York

Distributeur au Canada: LYSTER CHEMICALS, Ltd. 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner  
leur nouvelle adresse au secrétariat: 326 est, Boulevard St-Joseph — LA. 9888,  
afin qu'ils puissent recevoir l' « UNION MEDICALE DU CANADA » sans aucune  
interruption.

# 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

**UN BANDAGE ANALGÉSIQUE UNIQUE  
FOURNISSANT UN SOULAGEMENT  
CONTINU DE LA DOULEUR LOCALE**

*plus*

**UN DOSAGE SYSTÉMIQUE  
CONTRÔLE DU SALICYLATE**

**POLYESTOL**

Nom déposé

*Bandage Analgésique*

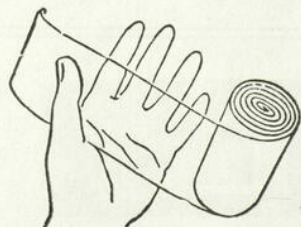
Un bandage de plastique, transparent et élastique, qui libère un taux constant de 45 à 50 grammes de salicylate de méthyle, absorbé par la peau. Le bandage peut être appliqué pour un total de 60 heures (jamais plus que 10 heures à la fois). Il peut être serré entre chaque application sans danger de détérioration.

**VÉRIFIEZ CES AVANTAGES REMARQUABLES**

Le soulagement de la douleur locale est rapide et soutenu — L'absorption continue de salicylate de méthyle et la transformation en acide salicylique dans l'organisme, fournissent un traitement systémique au salicylate. Son application est simple et commode... ne souille pas le linge.

**UTILE DANS**

Les douleurs rhumatismales et le rhumatisme articulaire aigu, la fibrosite, le lumbago, la goutte, la myalgie, la névralgie, le spasme musculaire, l'entorse, etc.; un complément de grande valeur dans les cas nécessitant un traitement par voie orale ou par voie parentérale.



En vente à votre pharmacie ou maison d'appareils chirurgicaux.

Pour renseignements plus complets et échantillons professionnels, écrivez à:

Agents exclusifs pour le Canada

**JOHN A. HUSTON COMPANY LIMITED**

36-48 Caledonia Road, Toronto 10, Ontario

*Lunettes*  
*verres ophtalmiques*

**Examen de la vue**

**ALBANY PHILIE. O.D.**  
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES  
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS

BUREAU CHEZ

**Dupuis Frères**  
LIMITÉE

**MONTREAL**

**Le Service Public du Canada**

demande

**SIX MÉDECINS SANITAIRES**

**\$4,740 - \$5,340**

**Plus généreuse indemnité de logement**

pour le

Ministère de la Santé nationale et  
du Bien-être social  
**OUTRE-MER**

Les détails et les formules de demande peuvent être obtenus aux bureaux de la Commission du Service civil, aux bureaux du Service National de Placement et aux bureaux de poste.

## TABLE DES ANNONCEURS

	Pages		Pages
Abbott Laboratories (Produits vitaminiques) . . . . .	XLIII - XLIV	Laboratoires Jean Olive (Khémo) — (Normogastryl) ..	LXII
American Can Company (Haricots verts) . . . . .	LXXII	Laboratoires Jean Olive (Revitalose) — (Triglobine) ..	LXIII
Ames Company of Canada Limited (Clinitest) . . . . .	XXXIX	Lederle Laboratories (Auréomycine) . . . . .	XIII
Anglo-French Drug, Co. (Hemo-bex) . . . . .	XLV	Librairie Beauchemin Limitée . . . . .	LV
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée (Maturex) — (Prémarine) . . . . .	XXIII - XXIV	Mead Johnson & Company of Canada Limited (Poly-Vi-Sol) — (Tri-Vi-Sol) — (Ce-Vi-Sol) Troisième page de la couverture	
Bristol Laboratories of Canada Limited (Penedrine) . . . . .	LXVI	Merck & Company Limited (Mandelamine) . . . . .	LII
British Drug Houses (Canada) Limited, The (Supplément diététique B.D.H.) . . . . .	XLIX	Merck & Company Limited (Cortone) . . . . .	LVI
Burroughs Wellcome & Company (Dexin) . . . . .	XLI	Merrell (Beta-Concemine ferreux) . . . . .	LXVIII
Borden Company, Limited, (The) (Starlac) . . . . .	LXIX	Millet, Roux & Compagnie (Neo-Spasmyl) . . . . .	XV
Canada Drug Company (Betagen) . . . . .	LXXIV	Mowatt & Moore Limited (Corophyllin) . . . . .	XXI
Canada Drug Company (Tri-Sulfa) — (Paveral) . . . . .	LXXVI	Nestlé's Milk Products (Canada) Limited (Lactogen) ..	LXXV
Canadian Tampax . . . . .	LIV	Pfizer & Company Inc., Chas. (Terramycine) . . . . .	XI
Casgrain et Charbonneau Limitée (Idrocol) . . . . .	LXXV	Phillips Company Division, The Chas. H. (Lait de magnésie) . . . . .	LXXI
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) . . . . .	LXXIV	Poulenc Limitée (Phénergan) Deuxième page de la couverture	
Compagnie Ciba Limitée (Perandren) — (Métandrène) — (Pyribenzamine) . . . . .	XVII - XVIII	Robins Company, Inc. (A. H.) (Robitussin) . . . . .	I
Commission du Service civil . . . . .	LXXVII	Robins Company, Inc. (A. H.) (Donnatal) . . . . .	XXV
Cow & Gate (Canada) Limited (Lait entier, semi- écrémé, écrémé) . . . . .	LXX	Rougier Frères (Lipotrope) . . . . .	V
Dohow Chemical Company, The (Auralgan) — (O-Tos-Mo-San) — (Rhinalgan) . . . . .	XXXI	Sandoz Pharmaceuticals Limited (Cedilanide) . . . . .	XXXVIII
Dupuis Frères (Examen de la vue) . . . . .	LXXVII	Sanatorium Prévost . . . . .	LIX
Eddé, J., Limitée (Hemostyl) — (Neurinase) — (Alepsal) . . . . .	LX	Schering Corporation Limited (Sulfamidés) . . . . .	XXXVII
Eddé, J., Limitée (Iodogénol) — (Inotyol) . . . . .	LXV	Searle & Company, G. D. (Dramamine) . . . . .	XIX
Eli Lilly and Company Limited . . . . .		Sharp & Dohme (Canada) Limited (Stolic) . . . . .	LI
. . . . . Première page de la couverture		Shuttleworth Chemical Company Limited, The E. B. (Ferrochlor) . . . . .	XLVII
Frigidaire Products of Canada Limited . . . . .	LIII	Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Eskaphen B) III	
Frosst, Charles E. & Company (Questrin) . . . . .	VII - VIII - IX - X	Smith & Nephew Limited (Elastoplast) . . . . .	XXXII
Frosst, Charles E. & Company . . . . .	Bande	Spencer Supports (Canada) Limited . . . . .	LVIII
Frosst, Charles E. & Company (Composé Ostoforte) . . . . .	IV	Squibb & Sons (Canada) Limited, E. R. (Trigesic) . . . . .	LVII
Gerber-Ogilvie Baby Foods Limited (Bouillies) . . . . .	XXXVI	Standard Pharmaceutical Company, Inc. (Eucarbon) ..	LXXVI
Herd & Charton, Inc. (Veratrite) — (Anabile-Cho) . . . . .	XLVI	Swift Canadian Company Limited (Viande pour bébés) ..	LXI
Herd & Charton, Inc. (Robuden) . . . . .	XLVIII	Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal Iodum Valor) ..	LXXIX
Herd & Charton, Inc. (Uroprazine) . . . . .	L	Vinant Limitée (Midalgan Midy) — (Antigrippine Midy) ..	XXX
Herd & Charton, Inc. (Vichy Célestins) . . . . .	II	Vinant Limitée (Caréna) — (Lipiodol) . . . . .	XXVI
Huston Company Limited, John A. (Pandage Polyestol) LXXVII		Warner & Company Limited, William R. (Hemosules) ..	LXIV
Horner Limited, Frank W. (Infantol) . . . . .	LXVII	Welch Allyn, Inc. (Instruments de diagnostic) . . . . .	XL
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) . . . . .	LXXIII	White Laboratories of Canada (Lozille) . . . . .	XXVII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Hemabione) . . . . .	XLII	White Laboratories of Canada (Mol-Iron) . . . . .	XXIX
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Rhiniphen) — (Tri-Sul) ..	XXII	Winthrop-Stearns Inc. (Néo-synéphrine + pénicilline cristallisée) . . . . .	XX
Laboratoires Desbergers Limitée (Dragées Rubion composé) . . . . .	Quatrième page de la couverture	Wingate Chemical Company Limited, The (Lactol-MRT) XXVIII	
		Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Pondets) — (Wydase) . . . . .	XXXIII - XXXIV
		X-ray and Radium Industries Limited (Metabulator) — (Viso-Cardiette) — (Microtherm) . . . . .	XXXV

# SAL-IODUM VALOR

**UN**

**SPECIFIQUE**

**DU**

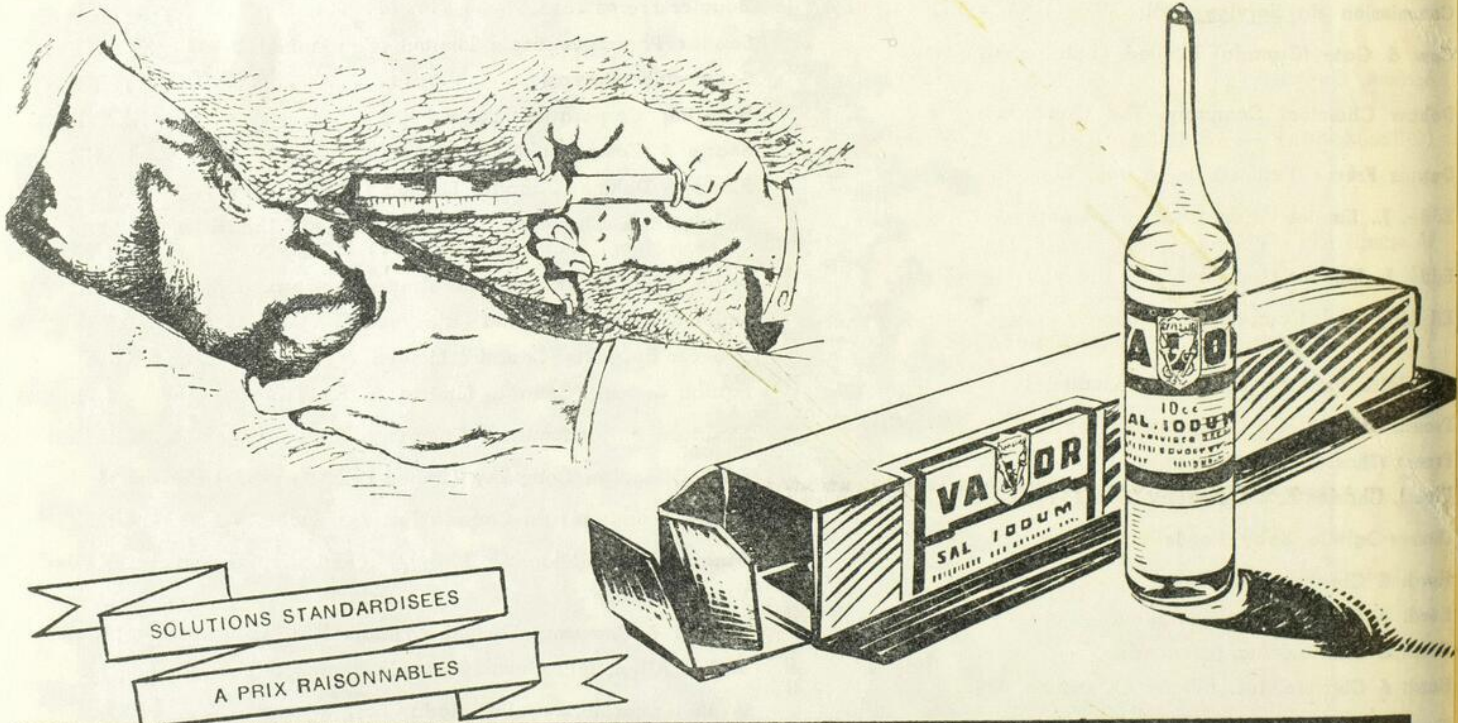
**RHUMATISME**

*L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.*

*L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.*

*Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.*

*Posologie: Une injection (20 cc.) peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.*



**USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.**

**MONTREAL**





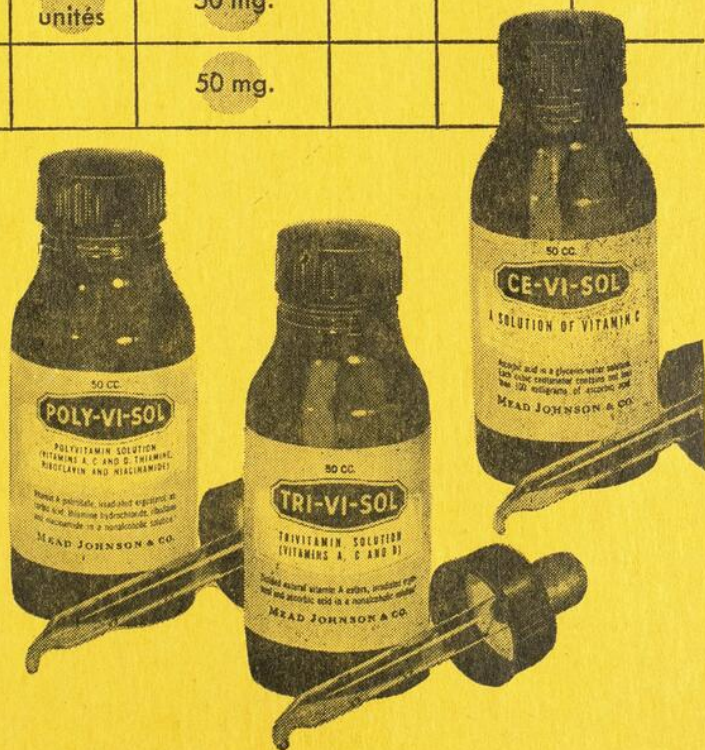
## **Poly-Vi-Sol Tri-Vi-Sol Ce-Vi-Sol**

**pour leurs besoins divers de vitamines..**

	VITAMINE A	VITAMINE D	ACIDE ASCORBIQUE	THIAMINE	RIBOFLAVINE	NIACINAMIDE
<b>POLY-VI-SOL</b> chaque 0.6 cc. fournit:	5000 unités	1000 unités	50 mg.	1 mg.	0.8 mg.	5 mg.
<b>TRI-VI-SOL</b> chaque 0.6 cc. fournit:	5000 unités	1000 unités	50 mg.			
<b>CE-VI-SOL</b> chaque 0.5 cc. fournit:			50 mg.			

*3* préparations  
de vitamines liquides  
solubles dans l'eau...

agréables au goût, commodes et économiques. Disponibles en bouteilles de 15 et 50 cc. avec le compte-gouttes approprié.



**MEAD'S**

**MEAD JOHNSON & COMPANY  
OF CANADA, LIMITED  
BELLEVILLE, ONTARIO**

FORMULE SYNERGIQUE des plus PUISSANTS HÉMATINIQUES

**DRAGÉES**  
**RUBION**  
**COMPOSÉ**

Chaque dragée contient:

Vitamine B <sub>12</sub> .....	10	mcgm.
Gluconate de Cobalt .....	10	mgm.
Acide Folique .....	0.75	mgm.
Acide Ascorbique .....	60	mgm.
*Ext. Foie équivalent en Foie Frais à .....	1.5	gm.
Fertinic (phosphogluconate ferreux) .....	60	mgm.

\*FACTEUR VITAMINE B COMPLEXE.

**INDICATIONS**

Anémies secondaires, Malnutrition, Convalescence,  
Débilité générale, Fatigue.

**POSOLOGIE**

Une à trois dragées par jour, selon l'avis du médecin.

**CONDITIONNEMENT**

Flacons de 50 dragées.

**DESBERGERS**  
*Limitée*

BIOLOGISTES

CHIMISTES

PHARMACIENS

Montréal

- - -

Canada