Tome 73 — Numéro 7

MONTRÉAL, JUILLET 1944

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

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

XVIII^e CONGRÈS
ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANCAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD
QUÉBEC
4-5-6-7 septembre 1944

SECRÉTARIAT
128, rue Sainte-Anne
Québec

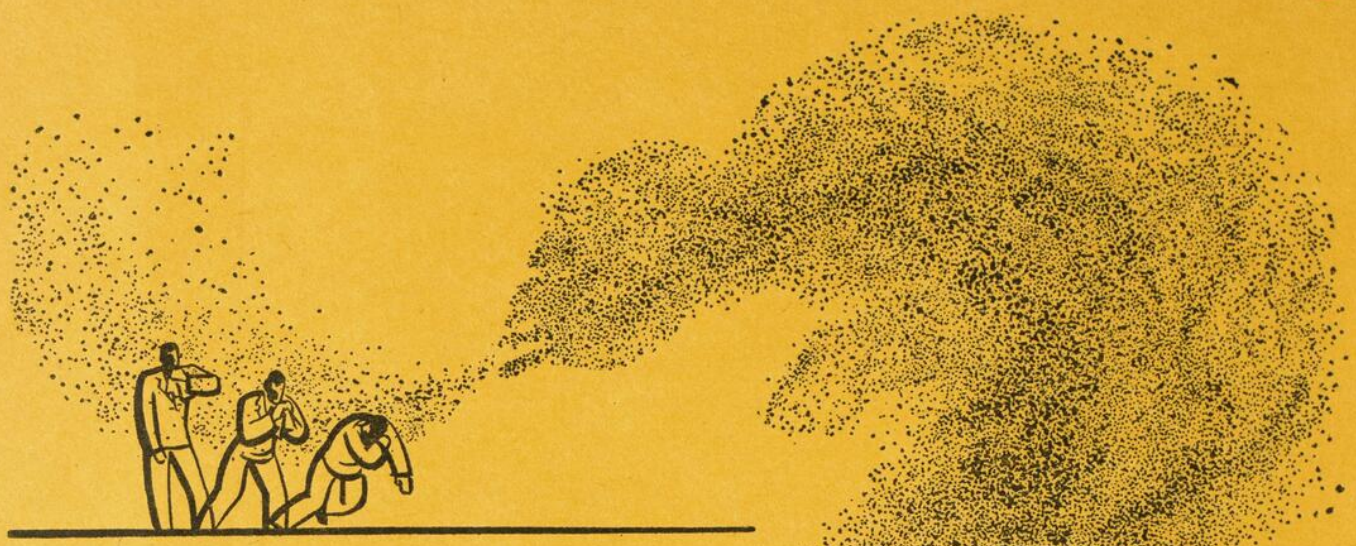
Pionniers Dans La Recherche Médicale

Dans les Laboratoires Lilly, la recherche commença il y a plus de soixante ans lorsqu'on fixa les standards pour le contenu alcaloïde des extraits fluides et des teintures les plus importants. Bientôt après survinrent les chimistes, les botanistes et parfois plus tard les pharmacologistes. L'édifice et ses emplois sont parmi les plus magnifiques au monde. Un nombreux personnel d'hommes de science entraînés se dévoue continuellement à la pure recherche médicale. On sollicite les problèmes.

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED
Toronto, Ontario

Lilly

Accablés . . . par le rhume des foins



prescrivez

CORYPHEDRINE

Des milliers d'individus seront encore, cet été, les malheureuses victimes de phénomènes allergiques aux différents pollens.

La Coryphédrine, à la dose d'un comprimé toutes les trois heures, apportera un soulagement rapide aux symptômes pénibles et désagréables du rhume des foins.

Présentée en 20, 100, 500 et 1000 comprimés.

Chaque comprimé renferme 7½ grains d'acide acétylsalicylique et ¼ grain de chlorhydrate d'éphédrine.

Echantillons à MM. les Médecins, sur demande.



LABORATOIRES

Poulenc Frères

DU CANADA LTÉE

204, PLACE YOUVILLE • MONTRÉAL



Cette comparaison sans apprêt pourrait décrire la situation du médecin d'aujourd'hui. Avec le nombre croissant des visites à l'hôpital et à domicile, des heures de bureau et des travaux occasionnés par la guerre, sauver du temps est devenu un véritable problème.

Plusieurs médecins constatèrent, en traitant des patientes souffrant de ménopause, que la "Prémarine" et l'Emménine aidaient à résoudre ce problème. Ces oestrogènes de source naturelle constituent un traitement efficace, *par voie buccale*, de *tous* les cas de ménopause.

"Prémarine" oestrogènes conjugués chevalins—pour le soulagement des troubles ménopausiques les plus graves.
COMPRIMÉS (No 866)—Bouteilles de 20 et 100

"Emménine" oestrogènes conjugués placentaires—pour le traitement des symptômes moins prononcés de la ménopause et comme thérapeutique d'entretien.
COMPRIMÉS (No 701)—Bouteilles de 42 *LIQUIDE (No 927)—Bouteilles de 4 onces*

BIEN TOLÉRÉES • SOLUBLES DANS L'EAU • PROCURENT UNE SENSATION D'EUPHORIE

Présentées avec l'approbation de l'Institut de Recherches d'Endocrinologie, Université McGill, dont le chef est le docteur J. B. Collip.

Ayerst

206-F

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE
Biologistes et Pharmaciens • Montréal, Canada

LES PIONNIERS DU DOMAINE DES OESTROGÈNES PAR VOIE BUCCALE

SOMMAIRE

•

BULLETIN

Albert LeSAGE

Association des Médecins de Langue Française du Canada . . . 753

E. DESJARDINS

Les Journées médicales de 1944 768

• • •

Albéric MARIN

Le diagnostic des dermatoses industrielles 769

A. HUOT

Quelques constatations sur la tuberculose ostéo-articulaire au Djebel Druze 774

Quatre préparations distinctes pour le traitement de l'anémie pernicieuse

EXTRAITS DE FOIE AYERST

▲ **POUDRE**—No 915. Peut se prendre dans du liquide ou de la nourriture.

▲ **LIQUIDE**—No 936. Un extrait d'une saveur agréable; à prendre par la bouche.

▲ **CAPSULES**—No 350. Capsules dures très commodes.

▲ **SOLUTION POUR USAGE PARENTÉRAL**—No 499. Pour une médication intensive.

Ces quatre préparations standardisées permettent d'instituer le traitement le mieux approprié aux besoins du patient. Afin d'assurer une activité thérapeutique très élevée, les extraits de foie Ayerst sont préparés de foies strictement frais et inspectés par le gouvernement.

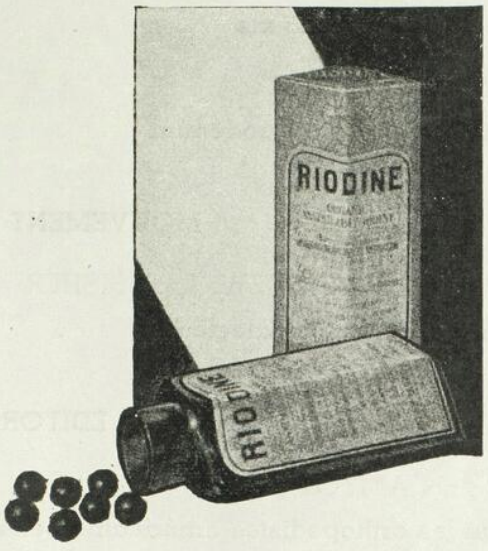
Ayerst

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens • MONTRÉAL, Canada ★ ★ ★ ★

213F

L'efficacité de la MÉDICATION IODÉE avec le danger d'IODISME réduit au minimum.



L'utilité de la thérapie iodée est bien reconnue quoique pendant longtemps ce fût un problème d'obtenir des résultats sans iodisme.

En général, la thérapie iodée est inséparable de l'iodisme, mais en dehors de l'idiosyncrasie, la sévérité des symptômes de l'iodisme est en raison directe de la quantité d'iode retenue dans le sang. Cette quantité, en retour, dépend de la quantité administrée.

RIODINE (Astier)

Iode organique assimilable

Dans la Riodine (Astier) qui est une solution huileuse à 66% d'éther glycérique iodé de l'acide ricinoléique renfermant environ 17% d'iode, l'iode ne subit aucune modification dans l'estomac mais est émulsionné dans l'intestin puis absorbé. En conséquence, il se fixe dans les cellules sous une forme soluble lipoïdique et demeure dans l'organisme pendant longtemps, éliminant la nécessité de doses élevées fréquemment répétées d'iode, cause d'iodisme.

La Riodine (Astier) se prescrit de préférence dans les cas où l'on désire une action prolongée de petites quantités d'iode, par exemple les affections cardio-rénales, l'Artério-Sclérose, l'Asthme, l'Arthrite rhumatismale chronique, l'Emphysème pulmonaire, la Bronchite chronique, la Syphilis latente, l'Empoisonnement par le plomb, l'Hypothyroïdisme, le Goitre simple et l'Obésité.

Pour renseignements et échantillons, écrivez aux dépositaires canadiens pour les produits des

LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER

350, rue Le Moyne, Montréal.

SOMMAIRE
(Suite)

RECUEIL DE FAITS

Emilien MARANDA
L'œil et les contusions 779

Roland DECARIE
Le diverticule du duodénum 783

MOUVEMENT MEDICAL

Antoine PETTIGREW, John FISHER et Maurice SAMSON
Technique d'hémorroïdectomie 787

EDITORIAL

Roma AMYOT
Ce que les orthopédistes américains pensent de la méthode Kenny . . 790

Edouard DESJARDINS
La prévention du choc opératoire par la méthédrine 792

A messieurs les médecins:

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES

ARTHUR HIRBOUR

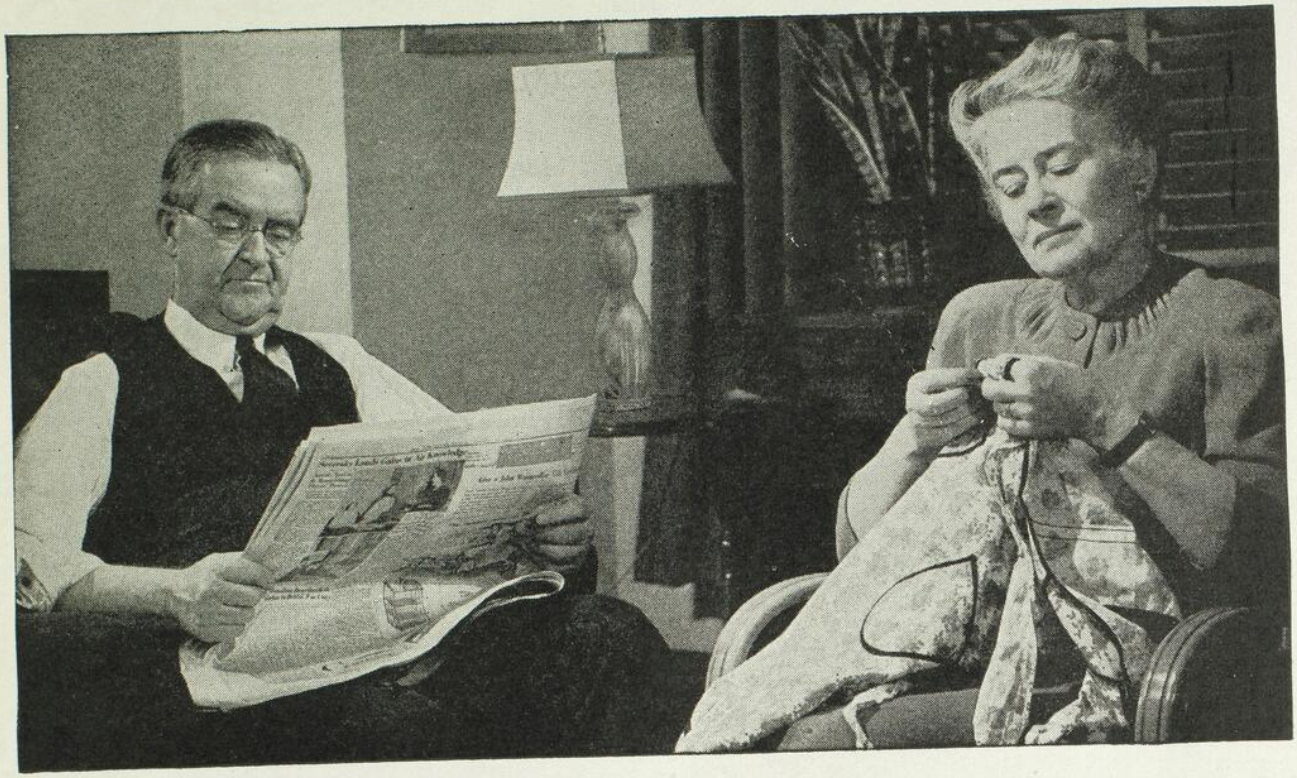
est tout indiquée pour la préparation de vos ordonnances

℞

NOUS N'EMPLOYONS QUE LES PRODUITS CHIMIQUES SUPÉRIEURS.

40 ANNÉES D'EXPÉRIENCE COMME PHARMACIE PROFESSIONNELLE.

Angle SAINT-DENIS et DE MONTIGNY — Téléphone: LAncaster 7356 — **MONTREAL**



Soulagement agréable

des symptômes douloureux dans LA CYSTITE LA PYÉLONÉPHRITE LA PROSTATITE L'URÉTRITE

Le soulagement rapide des symptômes douloureux apporté par le Pyridium est extrêmement agréable au malade souffrant d'affections génito-urinaires telles que: mictions douloureuses, impérieuses et fréquentes, ténesme et irritation périnéale.

La littérature médicale, couvrant plus d'une décade d'expériences cliniques, témoigne de son action prompte et efficace, ainsi que de son absence d'effets toxiques et irritants.

Le Pyridium est facile à administrer et peut être employé avec sécurité pendant toute la durée de la cystite, de la pyélonéphrite, de la prostatite et de l'urétrite. La dose moyenne per os est de 2 comprimés trois fois par jour.

PYRIDIUM

Marque de commerce déposée

(Mono-hydrochlorure de phenylazo-alpha-alpha-diamino-pyridine)

Une décade de service dans les infections génito-urinaires

MERCK & CO., LTD. *Fabricants Chimistes* **MONTREAL - TORONTO**

SOMMAIRE

(Suite)

MEDECINE SOCIALE

Ad GROULX

La lutte contre les maladies vénériennes à Montréal 794

René BLAIN

La nutrition est un problème d'hygiène publique 799

VARIETES

Philippe PANNETON

Le premier malade connu dans l'histoire de l'humanité 804

MEDECINE PRATIQUE

SAVY

Eléments du traitement des hémorroïdes 805

• • •

« L'Union Médicale du Canada » en 1875 810

• • •

ANALYSES 812

PHTISIOLOGIE

Le traitement de la tuberculose par la Diasone (812).

ENDOCRINOLOGIE

Thyroïdite Diagnostic différentiel du cancer thyroïdien (813).

CHIRURGIE

Lymphosarcome du cæcum (813). **L'absorption du sulfanilamide par les voies rectale et vaginale** (814). **Cholecystite aiguë** (814)

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Les fractures de marche (816).

PEDIATRIE

Encéphalite infantile toxoplasmique (816).

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

L'amygdalectomie en rapport avec la poliomyélite (Editorial), (817).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Dermite des paupières (817). **L'abus des sulfamidés** (818). **Kératodermie de la ménopause** (818). **Exzéma par contact dû au vernis à ongles** (919).

ELECTRO-RADIOLOGIE

L'aspect radiologique du tube digestif dans la sclérodermie (819). **Le diagnostc radiologique de la péritonite fœtale à méconium** (819).

SOCIETES 820

La Société Médicale de Montréal. Séance du 4 avril 1944 (820). — **Séance du 18 avril 1944** (824). — **Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec. Séance du 17 mars 1944** (825). — **Séance du 14 avril** 1944 (827)

Réunion scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame. Séance du 20 avril 1944 (828).

NECROLOGIE 834

REVUE DES LIVRES 836

NOUVELLES 840



MERTHIOLATE

(Sodium Ethyl Mercuri Thiosalicylate, Lilly)

'Merthiolate' est reconnu pour son usage varié dans l'antisepsie clinique. L'action germicide de 'Merthiolate' est rapide et son action antiseptique durable. Tincture 'Merthiolate' est recommandée dans la désinfection préchirurgicale de la peau. Solution 'Merthiolate' ne tache pas, n'irrite pas et est recommandée pour usage clinique général. 'Merthiolate' est aussi préparé sous diverses autres formes, sujettes à l'ordonnance du médecin.

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED
Toronto, Ontario

Lilly

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Maurice Roch, Genève.
Professeur Pierre Masson.

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

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, Albert Bertrand, R. Boucher, A. Comtois, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, C.-A. Gauthier, L. Gérin-Lajoie, Renaud Lemieux, A. LeSage, Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, O. Mercier, L.-P. Petitclerc, J.-N. Roy, Roméo Roy, Jean Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith, Eugène Tremblay, R.-E. Valin, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Assistant-rédacteur en chef
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint à Montréal
Edouard Desjardins
326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire de la Rédaction
Roma Amyot

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

BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, P. Bourgeois, A. Cantero, René Dandurand, R. Doré, Guy Drouin, Roger Dufresne, Roland Dussault, J.-C. Favreau, De la Broquerie Fortier, Emile Gaumond, H. Gélinas, A. Gratton, Pierre Jobin, A. Jutras, V. Latraverse, Rosaire Lauzer, Paul La Rochelle, Sylvio Leblond, J. LeSage, Emile Maranda, Antonio Martel, Honoré Nadeau, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, P. Poirier, J.-L. Riopelle, L.-P. Roy, Raymond Simard, Henri Smith, Félix Tétu, Norbert Vézina.

Pour chasser
"LES IDEES NOIRES"
qui donnent des
"NUITS BLANCHES"

DOCTEUR,
Prescrivez à vos nerveux

NEO-SPASMYL

Laboratoires "National" Limitée

Agents généraux au Canada :

Millet, Roux & Cie Limitée

Montréal, Canada

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: C.-A. Gauthier
Vice-Présidents: L.-C. Simard et J.-A. Denoncourt
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. A. LeSage, D. Marion, J.-A. Vidal.

CORRESPONDANTS

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

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

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

Traitement bactériostatique local et constitutionnel des brûlures par la . . . . . .



Sulfadiazine *Lederle*

L'action bactériostatique est essentielle à la cicatrisation des grandes brûlures. Elle peut être obtenue en instituant immédiatement les mesures chirurgicales et médicales appropriées. La mesure bactériostatique la plus importante est l'emploi de sulfonamides.

La SULFADIAZINE *Lederle* peut être employée comme topique sous forme de « SULFADIAZINE EN SOLUTION ÉTHANOLAMINÉE (PICKRELL) *Lederle* » ou d'« ONGUENT DE SULFADIAZINE *Lederle.* »

La SULFADIAZINE *Lederle* peut être donnée par la bouche si la teneur du médicament dans le sang demeure trop faible pour inhiber la pullulation microbienne. Lorsqu'on emploie simultanément la thérapeutique topique et orale, il faut surveiller la teneur dans le sang, de crainte qu'elle n'atteigne une valeur trop élevée. Il est recommandable de maintenir une excrétion urinaire de 1,000 à 1,500 cc. par jour et de rendre l'urine alcaline pendant toute la durée de la thérapeutique intensive par la Sulfadiazine.

PRÉSENTATION

ONGUENT DE SULFADIAZINE 5 pour cent
Tubes de 1 once. Pots de ¼ et de 1 livre.
GELÉE DE SULFADIAZINE ET ACIDE TANNIQUE
(Sulfadiazine 5 pour cent — Acide Tannique 10 pour cent).
Tubes de 1 once.
SULFADIAZINE, POUDRE CHIRURGICALE STÉRILISÉE
Fioles de 5 grammes.
SULFADIAZINE EN SOLUTION ÉTHANOLAMINÉE* (*Pickrell*)
Flacons de 8 et de 16 onces.
* *Acceptée par le Conseil sur la Pharmacie et la Chimie de l'American Medical Association.*

LEDERLE LABORATORIES A UNIT OF AMERICAN CYANAMID COMPANY **INC.**

1396 ouest, rue Sainte-Catherine, Montréal, Canada
Dépôts au Canada:
TORONTO, Ont. — 64-66 est, rue Gerrard.
ST-JEAN, N.-B. — 181, rue Union.
VANCOUVER, B.-C. — 883, rue Howe.
WINNIPEG, Man. — 219, rue Kennedy.
EDMONTON, Alta — 10056 - 100e rue.

OFFICIERS

DE

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

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER-GÉNÉRAL

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

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

R.-E. VALIN,	Ottawa.
Donatien MARION,	Montréal.
Oscar MERCIER,	Montréal.
Chs. VÉZINA,	Québec.
Eugène GAULIN,	Ottawa.
J.-B. JOBIN,	Québec.

•

COMITÉ DU XVIIIe CONGRÈS

Chs VÉZINA, Président.

Eugène GAULIN,	1er Vice-président.	**Richard GAUDET,**	5e Vice-président.
J.-F.-A. FONTAINE,	2e "	**J.-A. DENONCOURT,**	6e "
Albert SORMANY,	3e "	**J.-B. JOBIN,**	Secrétaire.
G. LACASSE, Sén.,	4e "	**C.-A. GAUTHIER,**	Trésorier.

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

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

•

MEMBRES DU CONSEIL

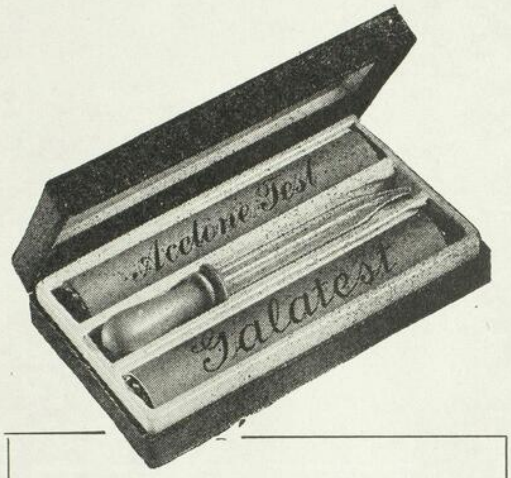
AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal	1946	LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa	1946
BAUDOUIN, J.-A., 23, Springrove, Montréal	1944	LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H.	1944
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta	1946	LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal	1944
BELIVEAU, P., Méthégan, N. E.	1944	LEMIEUX, J.-R., 17, Ste-Ursule, Québec	1944
BIBAUD, B., Valleyfield	1944	MICHAUD, R., Moose Jaw, Saskatchewan	1946
BLAIN, Emile, 3464, St-Denis. Montréal	1944	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River	1944
BLANCHET, R., 7, Couillard, Québec	1944	PANNETON, Auguste, Trois-Rivières	1946
BOHEMIER, C.-A., 4119, St-Denis, Montréal	1944	PELLETIER, A., Winchendon, Mass.	1946
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec	1944	PERRAS, J.-E., Hull	1944
CHOLETTE, A.-M., 1451, Blvd St-Joseph Est, Montréal	1946	PERRON, Jos., Shawinigan	1946
CLOUTIER, Victor, St-Georges, Beauce	1944	PHENIX, G., St-Jean	1944
COLLIN, Donat, St-Boniface, Manitoba	1946	PIETTE, Ed., Joliette	1946
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville	1946	POWERS, A., Hull	1946
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec	1944	PROVENCHER, G., Granby	1946
DESROCHERS, J.-E., 4305, St-Hubert, Montréal	1946	RICHARD, L.-A., 168 est, Laurier, Ottawa	1946
DUBE, Edmond, 6055, St-Denis, Montréal	1946	RIVARD, Paul-Léon, Clova, Abitibi	1946
DUBE, L.-F., Notre-Dame du Lac	1946	SMITH, Pierre, 300, Carré St-Louis, Montréal	1944
DUFAULT, Paul, Rutland State Sanat., Rutland, Mass.,	1946	TANGUAY, R., Sudbury, Ont.	1946
DUMAS, F.-A., Chicoutimi	1944	TASSE, C.-E., Worcester, Mass.	1944
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R.I.	1946	VIDAL, J.-A., 454 est, rue Sherbrooke, Montréal	1944
GAUTHIER, P.-P., 47, Hazelwood, Montréal	1946	VIGER, J.-A., St-Hyacinthe	1944
LACHARITE, V., St-Célestin	1944		

QUESTION: QUOI DE NEUF dans la "ROUTINE" DE L'ANALYSE DES URINES?

LE NOUVEAU

RÉPONSE: *Réactif à l'Acétone* (DENCO)

Le réactif à l'acétone (Denco) agit de concert avec Galatest (réactif sec pour la recherche du sucre dans l'urine). Ces deux réactifs agissent ensemble pour simplifier la routine de l'analyse des urines. Le réactif à l'acétone (Denco) décèle la présence ou l'absence d'acétone dans l'urine dans l'espace d'une minute. La réaction par modification de couleur est identique à celle de l'épreuve avec l'anneau violet et est aussi facile à différencier. Un soupçon d'acétone donne à la poudre une couleur lavande pâle, tandis qu'une plus forte quantité la rend pourpre foncée. Le réactif à l'acétone est présenté en fioles contenant assez de poudre pour plus de 125 analyses complètes. On peut aussi se le procurer dans un petit nécessaire contenant également le réactif Galatest.



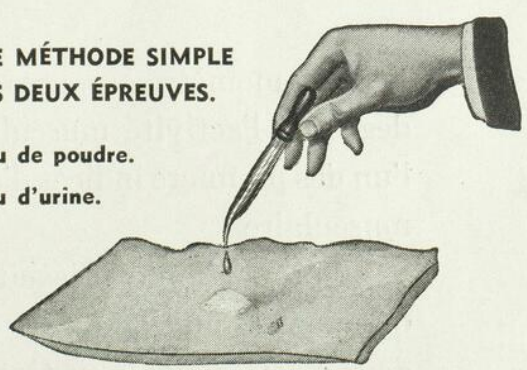
Nécessaire contenant une fiole de réactif d'acétone (Denco) et une fiole de Galatest maintenant disponible. Très commode pour la trousse du médecin ou le diabétique. Le nécessaire contient aussi un compte-gouttes médical et une échelle des couleurs. Ce nécessaire si commode ou les fioles de rechange sont en vente à toutes les pharmacies d'ordonnances et chez les marchands d'accessoires chirurgicaux.

Notices descriptives en écrivant à The Denver Chemical Manufacturing Company, 153 ouest, rue Lagauchetière, Montréal.

Accepté pour publicité dans le "Journal of the American Medical Association".

LA MÊME MÉTHODE SIMPLE POUR LES DEUX ÉPREUVES.

1. **Un peu de poudre.**
2. **Un peu d'urine.**



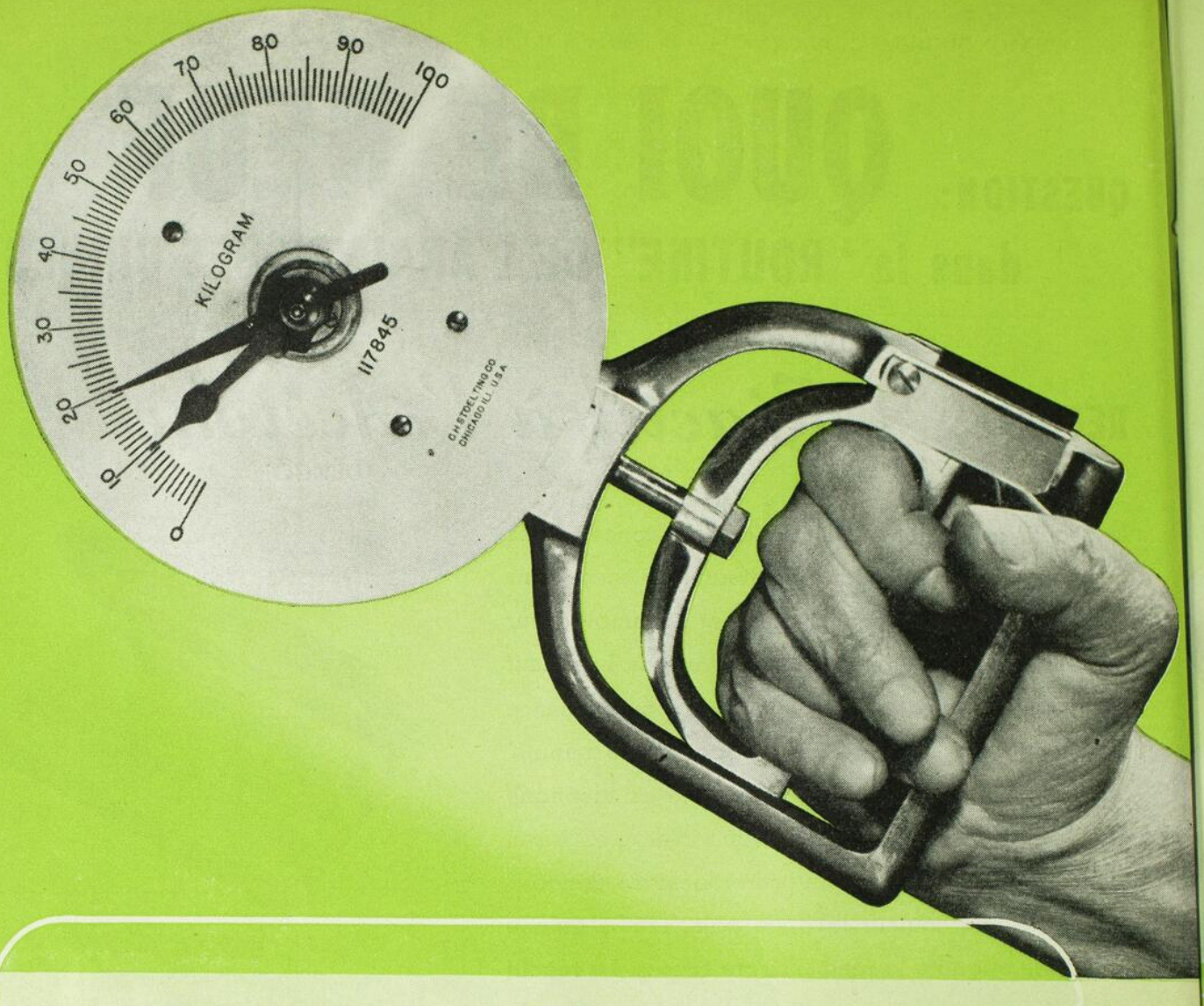
S'il y a présence de sucre — changement immédiat de la couleur.

Acetone Test
(DENCO)
Galatest

Produits de

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY

153 ouest, rue Lagauchetière, Montréal.



ESTIMANT LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT DE L'ARTHRITE

Le dynamomètre à poignée est régulièrement utilisé pour mesurer le degré de l'activité musculaire. Dans la thérapeutique par l'Ertron, l'un des premiers indices d'amélioration est la force accrue de l'activité musculaire.

La proportion d'efficacité de la médication anti-arthritique implique une estimation de ses effets sur l'organisme en général, en outre de son action sur le système articulaire.

Ainsi, des résultats tels qu'un meilleur appétit, confirmé par une augmentation du poids, l'amélioration de l'activité musculaire, mesurée selon l'habileté à serrer ou à lever un objet, sont des preuves de l'efficacité d'une thérapeutique méthodique dans une affection organique.

SATURER L'ARTHRITIQUE D'ERTRON

Saturer l'arthritique d'ERTRON signifie: l'administration de doses adéquates durant une période assez prolongée pour obtenir des résultats satisfaisants. Augmenter la dose graduellement selon le degré de tolérance. Maintenir cette dose jusqu'au maximum d'amélioration.

Saturez l'arthritique d'ERTRON précocement et d'une façon adéquate pour l'obtention des meilleurs résultats.

ERTRON * seul — et aucun autre produit — contient de l'ergostérol vaporisé, activé par courant électrique (procédé Whittier).

Présenté en flacons de 100 et de 50 capsules.

ERTRON est fabriqué par Nutrition Research Laboratories, Chicago, U.S.A.

* Nom déposé au Canada.

PRÉSENTÉ SELON L'ÉTHIQUE

Distribué au Canada par

LAURENTIAN AGENCIES REG'D - MONTREAL, P.Q.



ERTRON

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée présente:

Le traitement symptomatique par excellence

POUR LE SOULAGEMENT IMMÉDIAT ET SOUTENU DU

RHUME des FOINS

ASTHMAGYL

augmente l'amplitude et la fréquence respiratoires

atténue la tendance naturelle à cette allergie particulière.

L'Association bien ordonnée de ses divers composants (Théophylline, Phénobarbital Ephédrine, Lobélie) renforcit *l'action bienfaisante de chacun* et diminue *l'intolérance de certains d'entre eux.*

ASTHMAGYL

s'emploie non seulement au cours des attaques, mais doit même les anticiper et les suivre pendant quelque temps.

ASTHMAGYL & CÉCRINYL *sont préparés sous la surveillance et le contrôle de Charles Laurin, B.A., B.Ph., Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., assistant-bactériologiste, Pharmaciens, chimistes, analystes, biochimistes, Diplômés de l'Université de Montréal.*



CÉCRINYL

Noter : L'expérience a démontré que beaucoup de patients trouvent un grand réconfort en employant concurremment *"Cécrinyl"* (Vitamine C) à la dose quotidienne de 200 à 500 mg.

(H. N. Holmes et W. Alexander, *Science, 96: 497,* 1942.

Asthmagyl & Cécrinyl vous parviennent en bouteilles de 100 - 500 - 1000 comprimés.

Echantillons et Littérature sur demande à Messieurs les Médecins seulement.

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

SPÉCIALITÉ DU LABORATOIRE

Gelée Antiseptique d'Acide Tannique

Pour le traitement des brûlures, échaudures, coups de soleil, abrasions, égratignures, coupures, sumacs vénéneux, irritations causées par le frottement et lésions locales causées par l'herpes zoster. Le "Tan-Gel" contient 5% d'acide tannique, outre des substances antiseptiques, dans une base d'odeur agréable et soluble dans l'eau. Une fois appliqué aux surfaces dénudées, il se forme un coagulum noir sur la région exposée et douloureuse, qui constitue bientôt un revêtement protecteur. D'ordinaire, la cicatrisation est prompte, et montre moins de marques; les contractions sont exceptionnelles. Dans les foyers, le "Tan-Gel" est un traitement d'urgence qui ne présente aucun danger. On l'enlève aisément quand le traitement doit être continué.



Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL - CANADA

A ÉGALITÉ DE PRIX ET DE QUALITÉ, PRESCRIVEZ UN PRODUIT CANADIEN!

Frosst *Fabricants de préparations pharmaceutiques supérieures depuis 1899*

ÉDITIONS BEAUCHEMIN

ÉDITIONS BEAUCHEMIN

(Extrait du catalogue)

ROMANS

A. de Saint-Exupéry
LE PETIT PRINCE $2.00
Geneviève de la Tour Fondue
RETOUR A LA VIGIE $1.00
Geneviève de la Tour Fondue
MONSIEUR BIGRAS $1.25
Louis Fréchette
ORIGINAUX ET DETRAQUES $1.25
Alain-Fournier
LE GRAND MEAULNES $1.25
Léon Bloy
LA FEMME PAUVRE $1.25
René Bazin
MAGNIFICAT $1.25
Madeleine d'Angreville
LADY FLORENCE $1.50
Z.-B. Markevitch
STEPPES D'UKRAINE $1.00
Oscar Masse
LA CONSCIENCE DE PIERRE LAUBIER . . . $0.75

LITTÉRATURE

H. de Balzac
TRAITE DE LA VIE ELEGANTE $1.25
Solange Chaput-Rolland
FUMEES $1.00
Marie de Villers
REPONSE A DESESPOIR DE VIEILLE FILLE . $0.75
Léon Chancerel
LES JEUX DRAMATIQUES $0.75
Maurice Bedel
GEOGRAPHIE DE MILLE HECTARES $0.75

HISTOIRE

Mrs. James Roosevelt
MON FILS FRANKLIN $1.25
Jacques Chastenet
WILLIAM PITT $1.50
René Grousset
HISTOIRE DE LA CHINE $1.50
Jean Bruchesi
HISTOIRE DU CANADA POUR TOUS. 2 vol. . . $2.50
Léon Marchal
VILLE-MARIE. Les origines de Montréal . . . $1.25
Emile Lengyel
DAKAR $1.50
Elie-J. Bois
LE MALHEUR DE LA FRANCE $2.25
Léon Marchal
DE PETAIN A LAVAL $1.50
Général Eon
LA BATAILLE DES FLANDRES $1.00
Général Vanier
PAROLES DE GUERRE $0.75
Emery Reves
MANIFESTE DEMOCRATIQUE $1.25

RÉTROSPECTIVE

Trois décades d'expérience clinique

L'emploi d'un mélange de lait de vache, d'eau et d'hydrates de carbone représente la seule méthode d'alimentation infantile qui, d'une façon constante, durant trois décades, a reçu l'approbation générale des pédiatres. Aucun hydrate de carbone employé dans cette méthode d'alimentation infantile ne jouit d'une rétrospective aussi magnifique et aussi durable en expérience clinique de haute valeur, que Dextri-Maltose.

DEXTRI-MALTOSE No 1 (avec 2% de chlorure de sodium) pour bébés normaux.

DEXTRI-MALTOSE No 2 (ordinaire, sans sel) permet au médecin de modifier le sel.

DEXTRI-MALTOSE No 3 (avec 3% de bicarbonate de potassium) pour bébés constipés.

Ces produits sont hypo-allergiques

DEXTRI-MALTOSE

Veuillez inclure votre carte professionnelle lorsque vous demandez des échantillons de produits de Mead Johnson afin de coopérer à empêcher leur destination à des personnes non autorisées à les recevoir.

Mead Johnson & Company of Canada Limited, Belleville, Ontario.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée à Québec en 1902

●

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

●

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

●

COLLABORATION: Seuls les travaux inédits sont acceptés.

●

ILLUSTRATIONS: « L'Union Médicale » assume les frais de cinq illustrations au maximum, pour chaque travail, pourvu que les auteurs fournissent des photographies et des dessins convenables; les illustrations supplémentaires sont payées par l'auteur.
Les dessins doivent être effectués à l'encre de Chine sur papier blanc.

●

EXTRAITS: L'auteur peut obtenir des extraits pourvu qu'il en assume les frais et qu'il en fasse la demande à l'éditeur. Tous changements du texte de la galée entraînent des frais supplémentaires pour l'auteur.

●

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

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

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

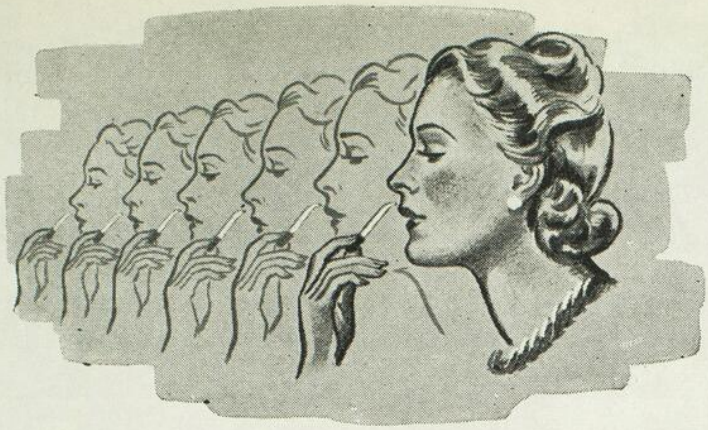
Couverture imprimée en noir, qualité et couleur or de la revue:

100	$ 5.00
200	6.50
500	11.00
1000	18.50

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

BIBLIOGRAPHIE: L'index bibliographique de chaque travail doit être restreint aux indications les plus importantes. Le journal se réserve toujours le droit de le limiter.

PUBLICITE: Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication. Le barême des annonces est fourni sur demande à Jacques-D. Clerk, publiciste, 326 est, blvd Saint-Joseph. Téléphone: LAncaster 9888.



Même en applications répétées

ce puissant vaso-constricteur réalise la décongestion nasale, rapide et prolongée, dans la sinusite et la fièvre des foins sans réaction cardiaque ou nerveuse appréciable

Neo-Synephrine

Hydrochloride

(laevo-alpha-hydroxy-beta-methylamino-3-hydroxy-ethylbenzene-hydrochloride)



Présenté en solution à ¼% ou 1%, en flacons d'une once, pour compte-gouttes ou vaporisateur; ou sous forme de gelée à ½%, en tubes avec applicateur.

Frederick Stearns & Company

OF CANADA, LIMITED

Depuis 1884 ... fabricants de médicaments indispensables à l'armamentarium du médecin.

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

Maintenant disponible

POUR L'ADMINISTRATION ORALE

Depuis longtemps se faisait sentir le besoin d'un composé mercuriel diurétique puissant, dont l'administration par voie orale produirait des résultats efficaces. Une telle préparation se montre très avantageuse non seulement comme complément à la médication parentérale, mais aussi lorsque l'on ne peut utiliser la voie injectable.

L'administration orale des comprimés de Salyrgan-Théophylline a donné des résultats diurétiques satisfaisants dans un grand nombre de cas. Cependant, on obtient des résultats plus constants par l'administration de la solution de Salyrgan-Théophylline par voie intraveineuse ou intramusculaire.

Salyrgan-Théophylline est présenté sous deux formes:

COMPRIMÉS (kératinisés) en flacons de 25, 100 et 500. Chaque comprimé contient 0.08 grm. de Salyrgan et 0.04 grm. de théophylline.

SOLUTION, ampoules de 1 cc., en boîtes de 5, 25 et 100; et en ampoules de 2 cc., en boîtes de 10, 25 et de 100.

Documentation envoyée sur demande.

Publicité acceptée par l'American Medical Association.

SALYRGAN-THEOPHYLLINE

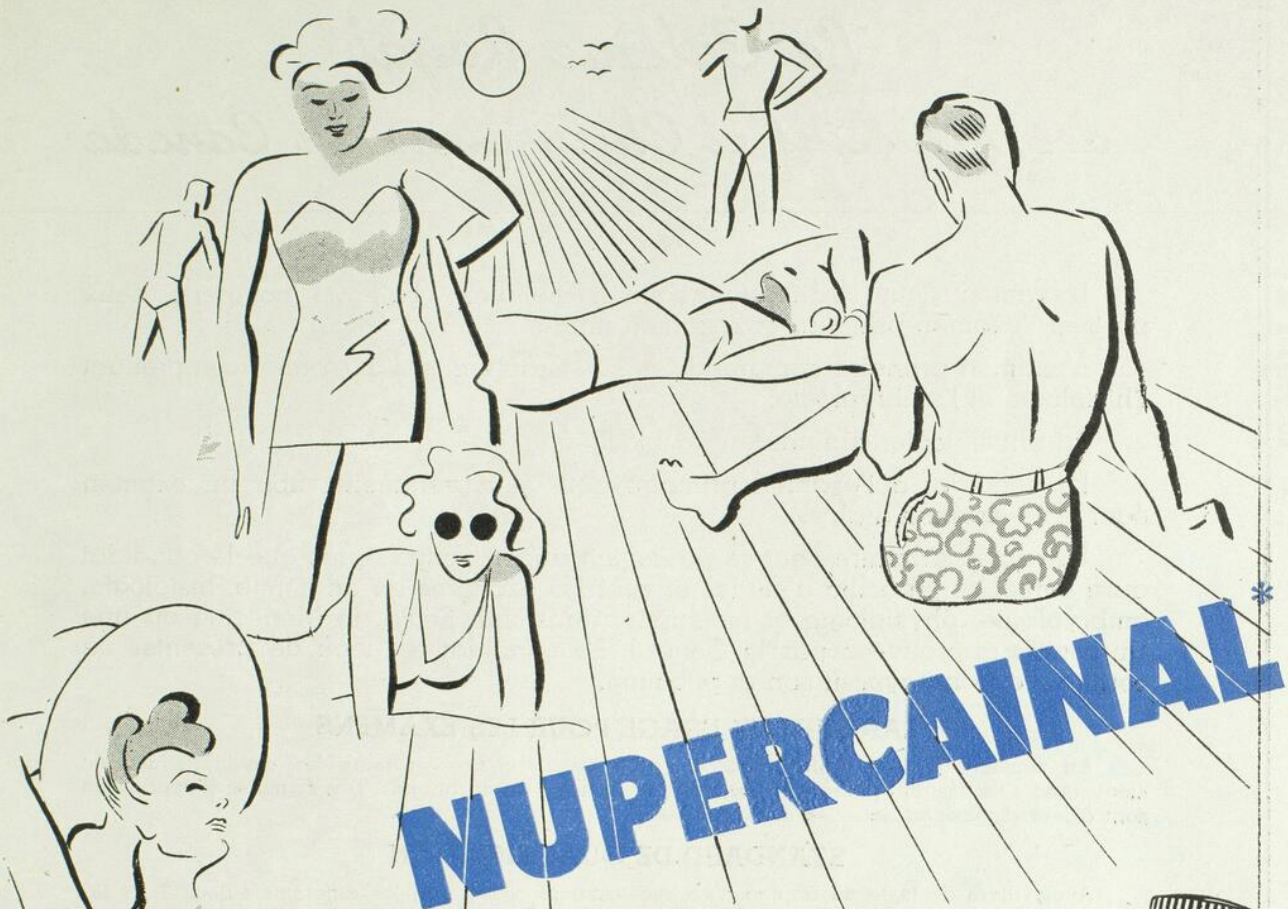
Marque de commerce enregistrée au Canada et aux Etats-Unis.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.

Succursale au service de MM. les médecins du Québec:
Immeuble "Dominion Square"
MONTRÉAL, P. Q.

Administration et laboratoires à:
1019 ouest, rue Elliott,
WINDSOR, Ontario.



NUPERCAINAL*

... dans les coups de soleil

Quand des malaises dus à des coups de soleil, brûlures superficielles ou abrasions empêchent vos malades de travailler ou de dormir, prescrivez le NUPERCAINAL. La douleur causée par des accidents de peu de gravité cède rapidement à l'application de cet onguent anesthésique, très efficace aussi dans le traitement du prurit anal, vulvaire ou concomitant à diverses dermatoses. Dans les eczémas, la peau rêche et crevassée, le NUPERCAINAL procure un soulagement prolongé.

Le NUPERCAINAL ne renferme pas de cocaïne ni d'autre narcotique. Il exerce une action analgésique prompte et durable.

Tube de 1 once • Pot de 1 livre



*Nom déposé. L'onguent "Nupercainal" doit son nom à l'un de ses composants: la "Nupercaine" (dibucaïne Ciba), associée à de la lanoline et de la vaseline. Le "Nupercainal" est fabriqué exclusivement par la Ciba.

Compagnie **CIBA** Ltée.

MONTRÉAL, CANADA

NOS RECHERCHES D'AUJOURD'HUI; LA MÉDECINE DE DEMAIN

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

L'examen pour l'admission comme membre « Fellow » comporte deux parties: l'examen primaire et l'examen final.

L'examen primaire comprend les sujets suivants: l'anatomie, comprenant l'histologie et l'embryologie.

La physiologie, comprenant la biochimie.

Le candidat à l'examen primaire doit concurremment subir un examen écrit et un examen oral.

L'examen primaire peut se passer en aucun temps après que le candidat aura complété un cours d'études et subi les examens en anatomie, histologie, embryologie, physiologie et biochimie, dans une Ecole de Médecine ou une Université approuvées par le Conseil. Le candidat est tenu de présenter un certificat accompagnant son application.

LANGUES EN USAGE POUR LES EXAMENS

Au moment de leur application, pour l'examen primaire ou final, les candidats devront mentionner s'ils désirent passer leur examen en français ou en anglais. Des formules d'application sont à leur disposition dans les deux langues.

STANDARD DE QUALIFICATION

Aucun livre de texte ou abrégé n'est recommandé concernant les différents sujets. Tous les candidats doivent faire preuve d'une connaissance parfaite des sujets sur lesquels ils seront examinés et devront bien connaître la littérature courante concernant ces sujets.

Les réponses, écrites ou orales, des candidats à l'examen final doivent témoigner d'un bon jugement critique.

ENDROITS ET DATES DES EXAMENS — 1944

Les endroits choisis pour les examens par écrit sont les suivants: Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, London, Toronto, Kingston, Montréal, Québec et Halifax — les 2, 3 et 4 octobre.

Les examens oraux sur les sujets primaires, et les examens oraux et cliniques sur les sujets finals auront lieu comme suit: pour les candidats de langue française — à Québec ou à Montréal — les 23 et 24 octobre.

LE DROIT DE MEMBRE

Les candidats qui se présentent aux Examens finals voudront bien noter que le droit de membre ($150.00) doit être payé d'avance. Il sera retourné dans le cas où le candidat échouerait à l'examen.

Les candidats gradués de 1930, ou antérieurement, d'une Ecole de Médecine ou d'une Université approuvées par le Conseil, ne seront pas tenus de subir l'examen primaire, mais devront, à l'examen final, faire preuve d'une connaissance générale et pratique de l'application clinique de la physiologie.

Cet examen spécial se fera sous la direction de cliniciens.

Toutes les communications doivent être adressées à: **Warren S. Lyman, M.D., F.R.C.P. (C),**
Honorary Secretary,
Chambre 3018,
National Research Laboratories,
Rue Sussex, Ottawa, Ontario.

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée présente:

Le traitement symptomatique par excellence

POUR LE SOULAGEMENT IMMÉDIAT ET SOUTENU DU

RHUME des FOINS

ASTHMAGYL

augmente l'amplitude et la fréquence respiratoires

atténue la tendance naturelle à cette allergie particulière.

L'Association bien ordonnée de ses divers composants (Théophylline, Phénobarbital Ephédrine, Lobélie) renforcit *l'action bienfaisante de chacun* et diminue *l'intolérance de certains d'entre eux.*

ASTHMAGYL

s'emploie non seulement au cours des attaques, mais doit même les anticiper et les suivre pendant quelque temps.

ASTHMAGYL & CÉCRINYL *sont préparés sous la surveillance et le contrôle de Charles Laurin, B.A., B.Ph., Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., assistant-bactériologiste, Pharmaciens, chimistes, analystes, biochimistes, Diplômés de l'Université de Montréal.*



CÉCRINYL

Noter : L'expérience a démontré que beaucoup de patients trouvent un grand réconfort en employant concurremment *"Cécrinyl"* (Vitamine C) à la dose quotidienne de 200 à 500 mg.

(H. N. Holmes et W. Alexander, *Science, 96: 497,* 1942.

Asthmagyl & Cécrinyl vous parviennent en bouteilles de 100 - 500 - 1000 comprimés.

Echantillons et Littérature sur demande à Messieurs les Médecins seulement.

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

SPÉCIALITÉ DU LABORATOIRE

VAGICAPS 47

TRAITEMENT EFFICACE DE LA LEUCORRHÉE

LES VAGICAPS 47
sont des capsules de gélatine contenant 10 grains de sulfanilamide en plus de l'acide lactique. Elles sont indiquées dans le traitement des infections bactériennes non spécifiques du vagin, de la vaginite blennorragique et du trichomonas.

LES VAGICAPS 47
sont prescrites — une le matin, une le soir — pendant une semaine.

LES VAGICAPS 47
sont présentées en boîtes de 12.

FRANK W. HORNER LIMITED
Montréal, Canada.

HISTOIRE DE CAS.
R. H. Age: 48
Occupation: deuxième violon.



Le patient souffrait des symptômes qui dérivent de l'anxiété continue et anormale. Il éprouvait une terreur constante d'avoir à prendre des décisions et le choc se manifestait devant la seule imminence d'un désastre, avant même que celui-ci ne devînt réalité.

L'appréhension de voir ses supérieurs démissionner lui troublait l'esprit. Les responsabilités qui lui incomberaient, si on le laissait seul tenir le sac, l'angoissaient particulièrement.

Ces terreurs, pleinement justifiées, provoquèrent chez le malade l'impulsion soudaine d'aller chercher secours chez ses amis d'Angleterre. Sa fuite devant ceux qui voulaient empêcher son rétablissement fut spectaculaire et bien conforme au comportement traditionnel nazi.

TRAITEMENT:

Dans ce cas, une thérapie d'occupation et une réorientation de l'esprit sont essentielles. Aussi, de toute première urgence, la nécessité s'impose pour le patient de se résigner à ses plus grandes frayeurs.



UN " WYETHICAL "

• Aujourd'hui, des patients de plus en plus nombreux peuvent être soupçonnés d'anémie.

Aussi, il est devenu plus important que jamais, de — « penser au sang ».

Lorsque l'examen révèle de l'anémie hypochromique, le geste le plus important consiste à s'assurer que le sang du patient soit pourvu de fer, rapidement et efficacement.

Le fer contenu dans les Hematinic PLASTULES est du *fer Ferreux* — reconnu comme la forme idéale pour une rapide et complète assimilation et transformation en hémoglobine. *Il conserve* cette forme parce qu'il est placé dans des capsules solubles, ce qui prévient l'oxydation.

Et, comme les Hematinic PLASTULES se dissolvent rapidement dans l'estomac, le fer ferreux dans un état semi fluide est immédiatement prêt pour l'assimilation.

HEMATINIC PLASTULES

PENSER AU SANG

n déposé au Canada.

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED.
Walkerville.

PIPÉRAZINE MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE."

2 à 4 cuillerées à café par jour.

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY

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

NEUROTROPHOL

Tonique nervin

Composition: Acide nucléinique, Glycérophosphate de Soude, Lipoïdes Orchitiques et Arrhénal.

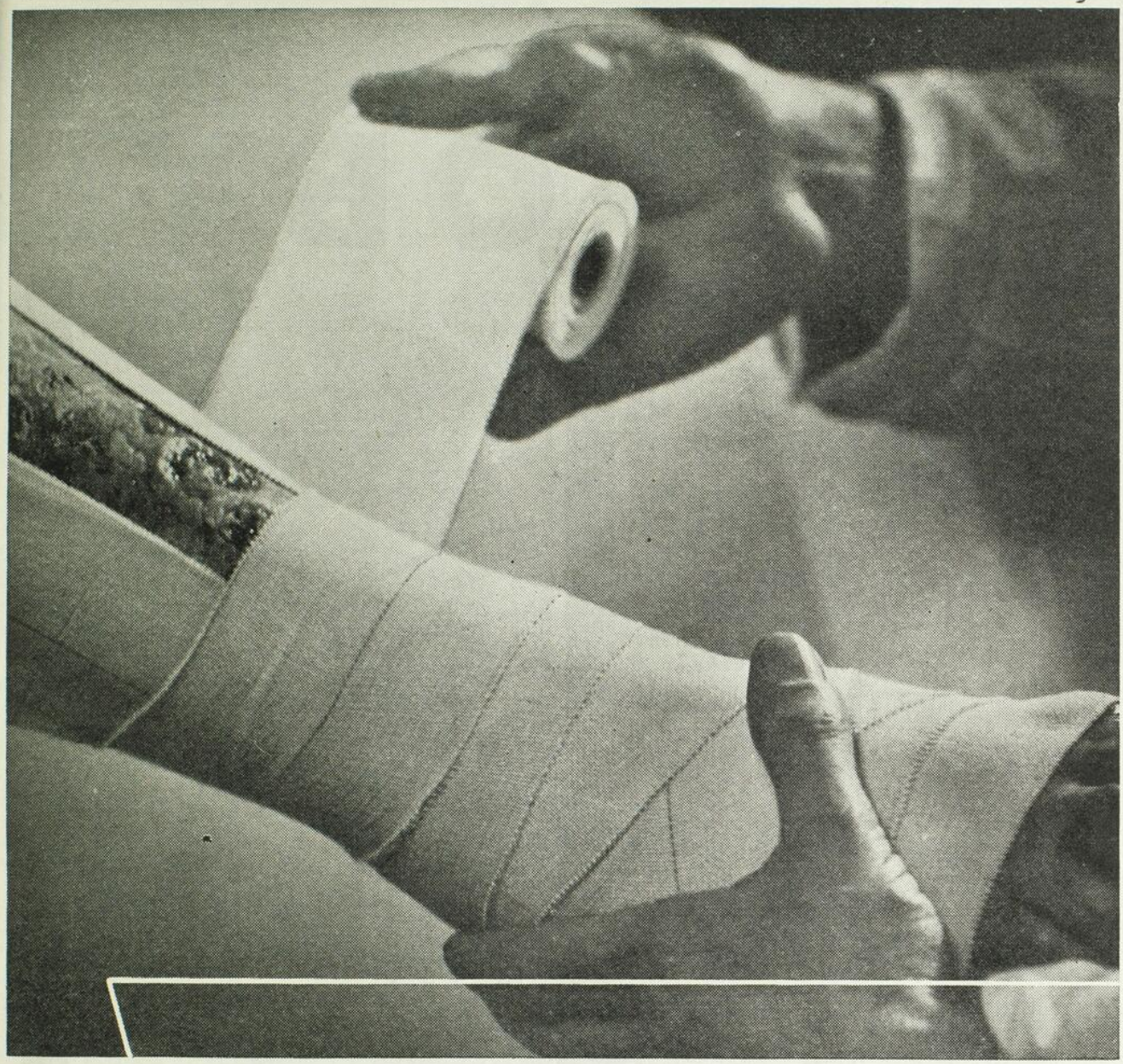
Indications: Surmenage, Épuisement, Asthénie nerveuse, Neurasthénie, et en général les États de fatigue. Aussi indiqué dans la Chlorose des jeunes filles, dans certains cas de Puberté retardée ou d'Oligoménorrhée, dans les troubles de la Ménopause et dans les Psychoses génitales.

Posologie: Un verre à liqueur après chacun des deux principaux repas. Enfants, demi-dose.

Présentation: Elixir, flacon de 180 cc.

Les Établissements BYLA

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



AFFECTIONS VARIQUEUSES

La Technique « Elastoplast » s'est développée avec les Bandages et Pansements « Elastoplast ». Les résultats satisfaisants décrits dans les publications médicales et reproduits dans « Elastoplast Technique » ont été obtenus avec les Bandages et Pansements « Elastoplast ».

La combinaison de l'enduit adhésif spécial employé dans la fabrication de l'« Elastoplast », avec l'extensibilité, la souplesse et la reprise du tissu « Elastoplast » fournissent le degré précis de *compression* et d'*adhésion* que l'usage dans la clinique a démontré essentiel à la pratique avantageuse de l'application du bandage.

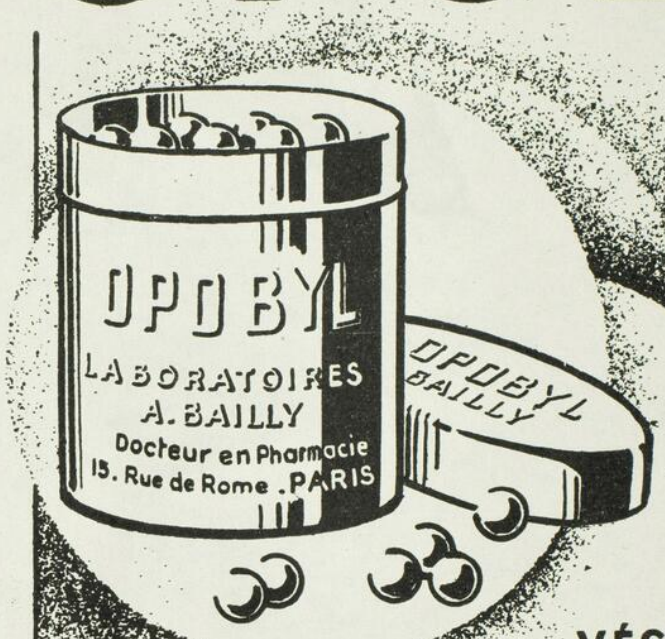
Pour autres renseignements, veuillez vous adresser aux:

Dépositaires:

SMITH & NEPHEW LTD., 378 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.

Fabriqués en Angleterre par T. J. Smith & Nephew Ltd., Hull.

OPOBYL



Pour vos
VÉSICULAIRES
Pour vos
HÉPATIQUES

OPOBYL
associe

L'OPOTHÉRAPIE BILIAIRE ET HÉPATIQUE
A LA MÉDICATION VÉGÉTALE HABITUELLE

Hépatites et Cirrhoses
Cholécystites et Ictères
Troubles digestifs et Constipation
Hépatisme latent

Laboratoires A. BAILLY, 15, Rue de Rome, PARIS-8e

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

Analyse simple et rapide

DU SUCRE DANS L'URINE

avec . . . **CLINITEST**

(Une Méthode avec Comprimés basée sur la Réduction du Cuivre)

A ceci — Le spécimen d'urine diluée

AJOUTEZ ceci — 1 Comprimé Clinitest

RÉSULTAT ceci — Pourcentage sûr du sucre dans l'urine

Pas d'embarras — Pas de réactifs à mesurer — Rien de technique ni de compliqué — Rien à faire bouillir — Pas de flamme — Pas de poudres à renverser. Clinitest est idéal pour régler le régime alimentaire et l'insuline. Les analyses peuvent être faites n'importe où et n'importe quand — par le médecin ou le patient. Elles indiquent, en quelques secondes, la quantité du sucre contenu dans l'urine: 0%, ¼%, ½%, ¾%, 1%, 2% et plus.



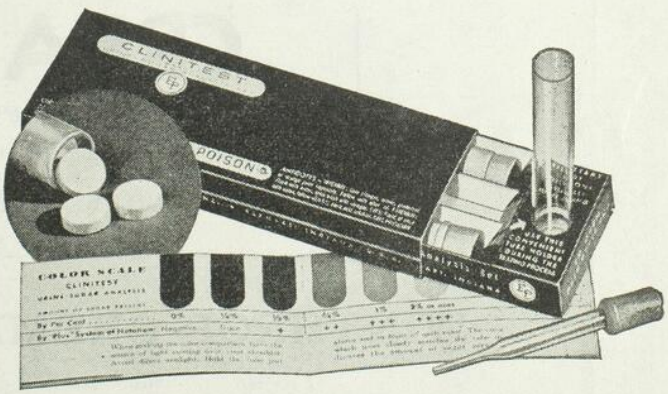
POUR LE LABORATOIRE

Le Nécessaire Clinitest pour Laboratoire contient 10 fioles de 25 comprimés chacune . . . 50 analyses . . . avec un compte-gouttes Clinitest, un livret d'instructions avec échelle des couleurs. Prix raisonnable.

NÉCESSAIRE CLINITEST COMPLET POUR LE PATIENT $1.75

Le nécessaire — tel qu'illustré à droite — est complet. Il comporte un tube ou éprouvette, un compte-gouttes, un livret d'instructions, une carte des couleurs et assez de Comprimés Clinitest pour 50 analyses. Prix, au patient, $1.75. Comprimés de rechange (pour 75 analyses) $1.75.

Vous trouverez le Nécessaire Clinitest pour l'Analyse Qualitative du Sucre dans l'Urine et les Comprimés Clinitest de Rechange à la maison qui vous fournit des accessoires chirurgicaux ou à votre pharmacie d'ordonnances. Ecrivez pour obtenir de la documentation



EFFERVESCENT PRODUCTS INC.

Concessionnaires exclusifs pour le Canada

FRED. J. WHITLOW & CO., LTD., 187 DUFFERIN STREET, TORONTO.



Dans les symptômes occasionnés ou accompagnés d'hyperacidité gastrique

Le Creamalin corrige promptement l'hyperacidité gastrique. Son action est soutenue, et son administration ne provoque aucune augmentation secondaire de la sécrétion d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, comme le font les alcalis solubles; ne modifie pas l'équilibre acido-basique du plasma sanguin.

. . . Le soulagement se fait sentir rapidement et se maintient efficacement. De là l'application si vaste de cet agent thérapeutique avantageux dans le traitement de l'ulcère peptique et des symptômes occasionnés par l'hyperacidité gastrique.

•

Présenté en flacons de 12 onces et d'une chopine.

CREAMALIN

Marque de commerce enregistrée

MARQUE DU GEL D'HYDROXYDE D'ALUMINIUM

MÉDICATION ANTIACIDE NON ALCALINE

★ ★ ★ ★ ★ ★

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.

Administration: Windsor, Ontario.

Succursale à l'usage de MM. les médecins du Québec:
Immeuble « Dominion Square », Montréal. P. Q.

Q. Qu'est-ce qu'un "Wyethical"?

A.

• Un "Wyethical", c'est un produit médical fabriqué par John Wyeth & Brother (Canada) Limited et annoncé à la profession médicale seulement. Ce peut être un produit de pharmacie, de biologie ou de nutrition.

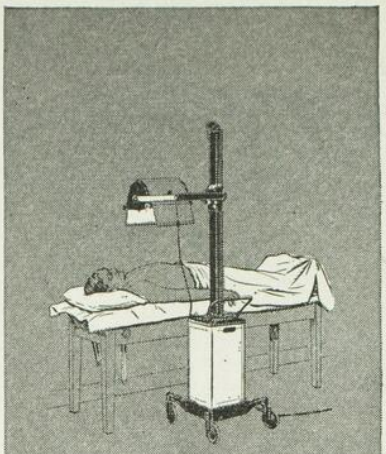
Mais il doit répondre aux standards absolus de qualité, de précision et strictement se conformer à la règle d'éthique suivie par Wyeth depuis 1883.

Tel est un "Wyethical". Et voilà pourquoi vous pouvez avoir confiance à tout "Wyethical".

Wyeth

John Wyeth & Brother (Canada) Limited

WALKERVILLE ONTARIO







Avez-vous les appareils voulus pour votre pratique en temps de guerre ?

Depuis deux ans la pratique médicale sur notre front domestique a révélé beaucoup de choses — notamment l'indomptable bon vouloir et les sacrifices librement consentis que se sont imposés les médecins en acceptant volontiers leur part du fardeau de plus en plus lourd.

Avec le nombre grandissant de malades à traiter, offrant de nouveaux problèmes et exigeant plus de soins, peut-être, comme des milliers de vos confrères, avez-vous cherché à vous procurer d'autres appareils afin de faciliter votre travail et vous permettre de maintenir un service professionnel tout à fait efficace. Malheureusement, la limitation de fabrication en temps de guerre, comme vous le savez, a rendu presque impossible l'acquisition de ces appareils.

Cependant, maintenant que le Comité de Production de Guerre autorise l'achat d'appareils pour l'usage des civils, il vous sera possible de réaliser vos projets concernant ce dont vous avez besoin. Si c'est un appareil à Rayons X que vous avez en vue ou un inductotherme, une lampe à ultra-violets, une lampe à photothérapie, un appareil infrarouge ou un électrocardiographe, veuillez nous demander des renseignements sur les populaires modèles G. E. d'aujourd'hui destinés aux médecins avisés.

En donnant votre commande dès maintenant pour une livraison future — oui, même une livraison d'après-guerre, vous ferez preuve de bon jugement.

Permettez-nous de vous aider dans votre décision. Ecrivez à la succursale Victor qui vous est la plus proche.

VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.

DISTRIBUTORS FOR GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION

TORONTO: 30 Bloor St., W. • VANCOUVER: Motor Trans. Bldg., 570 Dunsmuir St.
MONTREAL: 600 Medical Arts Building • WINNIPEG: Medical Arts Building

Today's Best Buy — War Savings Certificates





TEINTURE DE METAPHENE

1:200

Classée première au cours d'essais effectués sur onze antiseptiques

OFFRE LES AVANTAGES SUIVANTS:

- **Pouvoir désinfectant élevé**
- **Dénuée de propriétés irritantes**
- **Action antiseptique prolongée**

De nombreuses études comparatives ont justifié les avancés que la Teinture de Métaphène 1:200 est un puissant désinfectant, qu'elle ne produit que peu ou point d'irritation, et qu'elle exerce une action antiseptique prolongée.

Une étude parue il y a quelques années a de nouveau confirmé ces qualités de la Teinture de Métaphène. Le but de cette étude (publiée par Meyer et Arnold dans American Journal of Digestive Diseases, Vol. 5, p. 418, 1938) était d'établir l'efficacité sur la muqueuse buccale d'un certain nombre de germicides et d'antiseptiques très employés. **CONCLUSIONS:**

Dans cette étude la Teinture de 4-nitro-5-oxy-mercuri-orthocrésol (Metaphène 1:200) s'est montré l'antiseptique buccal ayant l'action la plus puissante et la plus prolongée. Grâce à l'absence d'irritation, à la coloration du champ d'application, et à la facilité d'enlèvement avec de l'eau, cette Teinture est d'un emploi facile et commode.



L'usage de la Teinture de Métaphène est très répandu parmi les médecins et les chirurgiens, surtout pour la désinfection préopératoire de la peau et en dermatologie.

La Teinture de Métaphène colore la peau d'une teinte orangée, délimitant ainsi nettement le champ d'application. Les taches de la Teinture de Métaphène sur la peau et sur le linge s'enlèvent très facilement avec du savon et de l'eau.

La Teinture de Métaphène se vend en flacons de ¼ d'once, de 1 once, de 4 onces, de 16 onces et de 1 gallon.

Pour recevoir un échantillon de Teinture de Métaphène, servez-vous de la carte-réponse ci-incluse.

TEINTURE DE METAPHENE 1:200

LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE, MONTREAL

Citation tirée de parmi plus de 300 communications

"Nous avons constaté les avantages suivants du pentothal sodique sur les autres agents intraveineux étudiés: (1) Son action est aussi puissante et rapide, si pas plus. (2) Le clonisme et l'agitation sont rares. (3) Les nausées et les vomissements postopératoires sont moins fréquents. (4) La relaxation semble plus satisfaisante. (5) Le réveil est plus rapide."

George J. Thomson, M.D.
Pittsburgh, Pa.

Rapport sur 10,000 Anesthésies
au Pentothal Sodique.

Pennsylvania Med. J., février 1942

De la littérature descriptive sera envoyée sur demande. S'adresser à LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE 20 Chemin Bates, Montréal

PENTOTHAL SODIQUE

[Ethyl (1-Méthyl-Butyl) Thiobarbiturate de Soude, Abbott

pour Anesthésie Intraveineuse

LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE, MONTREAL

BULLETIN

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANCAISE DU CANADA

Congrès de Québec — Septembre 1944

BREF HISTORIQUE

Nous voulons, à propos du Congrès de *l'Association des Médecins de Langue Française du Canada* qui doit siéger à Québec en septembre, rappeler de nouveau, dans un bref historique, ses activités dans le passé.

Nous vivons des heures difficiles et lourdes; nos relations avec la France ont cessé depuis plusieurs années mais nos livres français ont pu, même en médecine, être réédités et subsister grâce à des initiatives heureuses qui ont pris naissance à Québec; ce qui permet à nos élèves de continuer leurs études dans cette belle langue si essentielle à notre formation, à notre instruction et à notre existence.

Notre fidélité à la France, à qui nous devons la plus grande partie de notre savoir, n'exclut nullement notre loyauté à l'Angleterre et notre reconnaissance aux Etats-Unis pour l'accueil bienveillant qu'ils accordent à nos boursiers. Mais nous devons profiter de ces occasions exceptionnelles pour évoquer les souvenirs qui nous lient aux Français, car ils se sont toujours empressés, depuis la fondation de notre grande Association, de répondre à notre appel en nous envoyant d'importantes délégations qui fortifiaient nos alliances réciproques. Nous croyons opportun de les raviver de nouveau afin de les graver dans la mémoire des jeunes qui ignorent cette belle page d'histoire.

Le 25 juin 1900, le Professeur Brochu conviait les principaux représentants du corps médical canadien-français ainsi que les membres de la *Société Médicale de Québec* à une réunion extraordinaire, scientifique et professionnelle, dans la ville de Québec.

A cette séance mémorable, il proposa de jeter les bases d'une *Association* qui devait s'étendre à tous les médecins de langue française, non seulement du Dominion du Canada, mais de toute l'Amérique du Nord.

Le but: Organiser des Congrès périodiques de médecine et de chirurgie dans les grandes villes de notre Province et dans les principaux centres franco-canadiens des Etats-Unis.

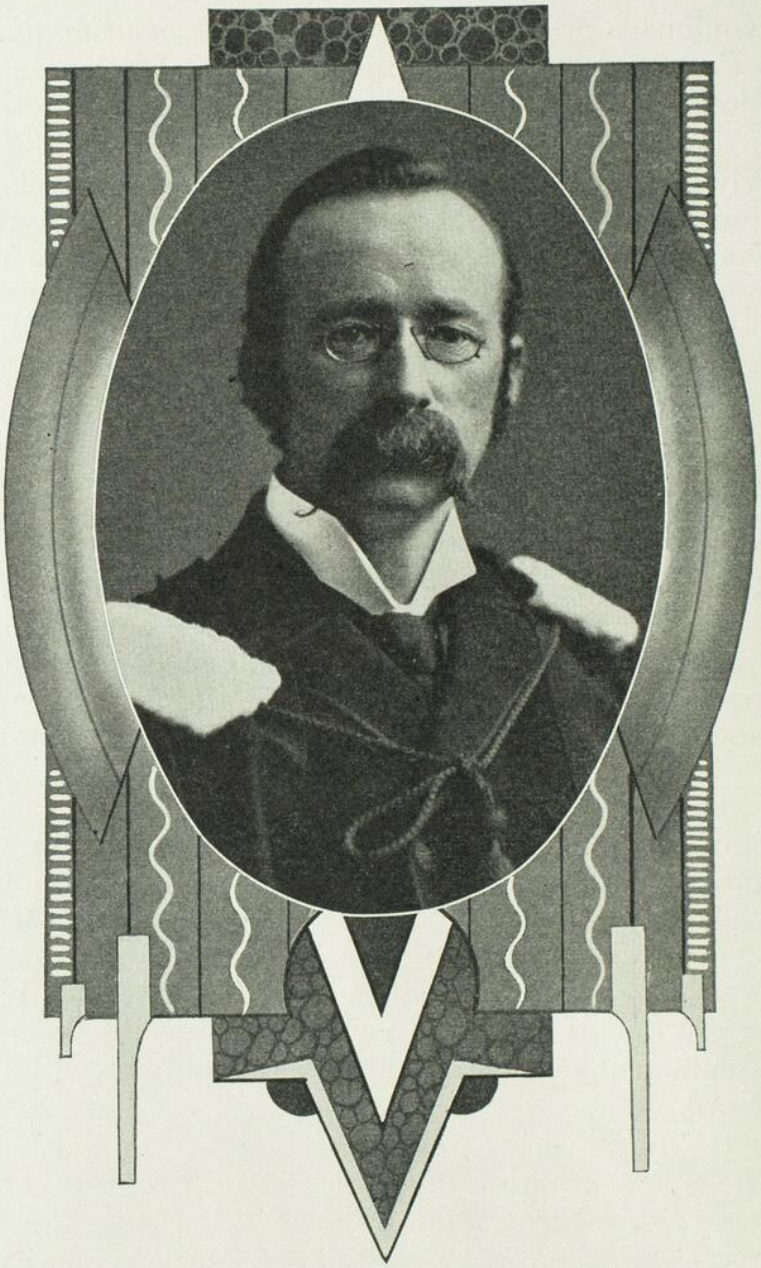
Cette Association pourrait consolider l'unité de la race canadienne-française en Amérique, *sans mettre en doute notre loyauté envers l'Angleterre et nos compatriotes de langue anglaise;* « et nous aurons, ainsi », ajoute-t-il, « bien mérité de la Patrie ».

Voici les noms des membres du Comité chargé de mener cette tâche délicate à bonne fin:

105252

Québec: MM. Ahern, Brochu, Faucher, Fortier, Jobin, Marois, Paquin, Rousseau, Simard, père et fils, Verge (11). Dix sont décédés. Un seul a survécu: le docteur Jobin.

Montréal: MM. Boulet, de Grandpré, Dubé, Foucher, Harwood, Hervieux, Lachapelle, LeSage, Marien, Mercier, Valin, de Montréal (11). Neuf sont décédés. Deux survivent: MM. Valin et LeSage. Soit 3 sur 21.



I. Le premier Congrès eut lieu à Québec le 25 juin 1902, conjointement avec le Cinquantenaire de la fondation de l'Université Laval, le 8 décembre 1852, sous les règnes glorieux de Pie IX et de Sa Majesté la reine Victoria.

Le premier délégué français, en 1902, fut M. Thamin, de l'Institut.

Le premier Président fut le *Professeur Brochu,* décédé.

Quelles sont les paroles échangées entre eux à cette date mémorable?

Le Canadien français (Professeur Brochu, Président): « Nous saluons avec plaisir les représentants les plus autorisés de la médecine française et de la profession médicale anglaise de cette province... Non seulement le concours de ces savants ajoutera beaucoup à l'intérêt scientifique de notre Congrès, mais leur présence servira, sans doute, à resserrer les liens qui nous unissent déjà à la grande Ecole Française où nous puisons, principalement, notre enseignement, et à l'Ecole Anglaise de cette province, avec laquelle nous aimons à conserver les relations de la meilleure courtoisie. »

— N'est-ce pas là un bel hommage à la France universelle et à notre esprit de fidélité et d'unité nationale?...

Le Français (M. Thamin, délégué officiel du Gouvernement français), décédé: « Je vous félicite d'avoir, par votre organisation, ajouté au bon renom français dans ces contrées... S'il est vrai de dire que la science n'a pas de patrie, on a eu raison d'ajouter que les savants en ont une. Si, d'ailleurs, la science médicale avait une patrie, c'eût été, dans le siècle qui vient de finir, la patrie française. Elle doit à la France — avec Claude Bernard — le renouvellement de ses méthodes expérimentales; et à Pasteur des découvertes géniales sur la microbiologie qui ont changé la face du monde et fait faire plus de progrès en vingt ans que durant deux mille ans auparavant. Et, oserais-je dire, sans crainte de vouloir naturaliser françaises toutes les gloires de notre profession, qu'elle doit à la France: Lister lui-même, puisque ce grand Anglais a mis tant de bonne grâce à saluer en Pasteur son Maître... Je salue la science française, dit-il en terminant, la langue française et les médecins ici présents qui parlent aussi bien l'une qu'ils pratiquent l'autre. »

— L'alliance franco-britannique n'aurait-elle pas germé chez nous, les médecins? Ne sont-ils pas, à cause de leur esprit d'humanité, eux, ces soldats de la souffrance, les grands protagonistes de la paix universelle, cette insaisissable chimère?

II. 1904: C'est le *second Congrès, à Montréal,* sous la présidence du Professeur Foucher, décédé. J'en étais le secrétaire général.

Quelles furent les paroles échangées entre nous?

Le Canadien français (Professeur A.-A. Foucher, Président): « Les médecins canadiens-français, grâce à ces Congrès, s'efforceront d'être, sur le continent, les dignes disciples de l'Ecole Française qui a toujours occupé une place si enviable dans l'histoire de la Médecine...

« La France a voulu, en cette circonstance, nous donner une nouvelle preuve de l'intérêt qu'elle nous porte, et elle a désigné à ce Congrès un de ses savants les plus éminents dans la personne du *Professeur Pozzi,* fondateur de la *gynécologie* en France.

Le Français (Professeur Pozzi, délégué officiel), décédé. « vous sentez, comme moi, en arborant ces drapeaux français, qu'il est resté dans leurs plis un peu de la poussière glorieuse d'un passé qui est notre patrimoine commun... et qu'une pensée vraiment fraternelle vous a poussés à convier la France à cette réunion... Vous êtes déjà une importante cohorte, bientôt vous serez toute une armée, si tant est qu'on puisse donner ce nom à une réunion d'hommes dont les seules armes sont la pitié, la bienfaisance, l'amour de l'humanité... » Et plus loin, écoutez ce qu'il dit: « Il n'est pas douteux que les jeunes médecins canadiens n'aient un grand intérêt à venir en grand nombre se perfectionner en France, à Paris. Je suis chargé, officiellement, de les assurer de l'accueil particulièrement empressé qui les y attendrait. *Le prix de la vie pourrait être diminué par une institution qui — je suis autorisé à vous le dire — trouverait un appui sympathique auprès de notre Ministère de l'Instruction Publique; je veux parler de la création éventuelle d'une Maison Canadienne pour les étudiants à Paris... Vos jeunes gens y trouveraient une sorte de garantie morale.* Puisse cette excellente institution être un jour fondée par *l'initiative combinée de votre Association,* de votre Université et grâce à la coopération sympathique de l'Université de Paris. Cette création ferait époque dans les relations de nos deux pays, en apprenant à nous mieux connaître réciproquement... Mes compatriotes admireraient, comme moi, que vous ayez pu résoudre le problème de *demeurer unis de cœur à la France et loyaux à l'Angleterre.* »

— Telles sont, déjà, dans ces visions d'avenir et ces projets de *Maison Canadienne* les splendides répercussions de notre jeune Association. N'ai-je pas raison d'évoquer, en ce moment, ces grands souvenirs historiques de l'âme de nos patrons? Ce n'est pas tout.

III. 1906: Le Congrès de Trois-Rivières, *Présidence du Docteur Normand,* décédé.

Les délégués français étaient MM. Triboulet, Proust, Loir, Foveau de Courmelles et Armand Gauthier, tous décédés.

— Quels sont les paroles et les gestes de cette époque?

Le Canadien français (Dr Normand, Président). « L'on parle beaucoup de l'avenir du peuple canadien-français... les liens de race, de religion, les souvenirs de la patrie française sont plus forts que tous les autres; ils sont plus forts que les lignes fantaisistes de démarcation existant entre les différents pays... Notre fidélité au drapeau anglais n'exige pas que nous sacrifiions le moindre de nos sentiments religieux et patriotiques. C'est aussi la première fois, sous le règne de sir Lomer Gouin, Premier Ministre, que le Gouvernement nous accorde *un substantiel octroi* pour notre Congrès. »

Le Français (Dr Triboulet, délégué officiel) : « Votre bienveillant accueil est sans doute dû à notre double qualité de médecin et de Français... C'est avec la plus sincère et la plus profonde émotion que nous venons représenter ici notre pays et nos sociétés savantes. » L'un des délégués, M. Loir, remettait un splendide médaillon aux armes de France avec cette inscription: « Souvenirs, sentiments et

vœux de la France à la Fédération des Savants de la grande famille française dans l'Amérique du Nord. »

IV. 1908: *Second Congrès de Québec. Présidence du Professeur Arthur Simard, décédé.*

— Quelles sont les paroles échangées entre le Professeur Delâge, délégué français, membre de l'Institut, M. Maurice Renaud, et le Président?

Le Canadien français (Professeur Simard, Président): « Un groupe ethnique ne doit pas être séparé de ses traditions... La nationalité canadienne-française forme sur la terre d'Amérique un groupe distinct par son génie, ses goûts... sa langue, sa religion... Mais s'inspirer du passé n'est pas s'installer dans le passé... C'est pourquoi l'A.M.L.F.A.N., en diffusant la pensée française en Amérique, travaille sûrement à augmenter l'influence de la nationalité canadienne-française afin que, en tirant de son fond latin le principe de ses progrès, elle puisse *concourir, avec les nationalités de langue anglaise, à assurer l'avenir du Canada.* C'est, là, la raison d'être de notre Association. »

— Toujours l'esprit de fidélité à la France, de coopération anglo-canadienne et de loyauté à l'Angleterre.

Le Français (M. Delâge, délégué officiel): En vous envoyant un délégué, l'Académie des Sciences et le Ministère de l'Instruction Publique ont eu pour but surtout de vous donner un gage matériel des sentiments de haute estime et de chaude cordialité que nous éprouvons en France pour votre Association, pour l'idéal qu'elle poursuit, pour l'énergie dont elle fait preuve en cherchant à l'atteindre... Vous avez accueilli les représentants de la France avec une cordialité si chaude que vous semblez, en nous recevant, payer une dette de reconnaissance. C'est le contraire qui est vrai. Votre ancienne mère patrie est plutôt redevable à ses enfants restés fidèles à leur race, à leur langue, à travers le temps et l'espace; vous lui avez permis, ainsi, d'ajouter à l'histoire de notre race une de ses pages les plus glorieuses et les plus touchantes... elle rehausse en nous le sentiment de légitime fierté que nous éprouvons à être français. »

— Voilà notre langage avant 1914.

* * *

V. 1910: *Congrès de Sherbrooke. Présidence du docteur Pelletier,* décédé.

Nous ne possédons aucnu document sur ce congrès.

— Puis, ce fut la guerre avec nos fiers et valeureux soldats, encadrés de nos deux hôpitaux de base canadiens-français: Laval et Saint-Cloud.

Notre attitude fut, en ce temps-là, sincère, loyale et logique — elle sanctionnait nos professions de foi antérieures. Nos morts, tombés sur le sol français, en perpétuent le souvenir glorieux à Vimy.

VI. 1920: *Troisième Congrès à Québec. Présidence du Professeur Arthur Rousseau,* décédé.

Délégué de France: M. Perron, agrégé, et de l'Institut Pasteur.

Le Canadien français (Professeur Arthur Rousseau, Président): « Les leçons de nos confrères ont le mérite de s'inspirer de la lettre et de l'esprit de l'enseignement médical français qui est, à nos yeux, l'objet d'un véritable culte... Nous admirons sa clarté, sa précision, sa profondeur, ses qualités de mesure et de probité, son sens des responsabilités, son haut caractère d'humanité. Dépositaire et interprète, auprès des Anglo-Américains, de la pensée française... son rôle d'*intermédiaire* lui sera une double raison d'être et une double garantie de survie... »

Le Français (Dr Perron, délégué): « Nous avons compris, en France, que votre Association se préoccupe d'établir l'harmonie dans la variété des éléments qui constituent la richesse de ce pays. Lorsque, avec un soin jaloux, elle met en valeur les produits de la culture française, ce n'est pas la vanité d'une race, ni les ambitions étrangères qu'elle s'applique à servir, mais l'intérêt bien compris du Canada, « l'ineffable secret »

« *qui d'un grand peuple fait un seul universel* ».

VII. 1922: *Deuxième Congrès de Montréal. Présidence du Professeur J.-E. Dubé,* décédé.

Délégués: MM. Achard, Ombredanne, Desmarest, Gastou, Pinard, Guisez.

Citons quelques paroles échangées entre eux.

Le Canadien français (Professeur Dubé, Président): « Qu'il me soit permis de rendre hommage à l'Ecole Médicale Française... illustrée par des génies de premier ordre et à laquelle il faut savoir gré, en face d'autres Ecoles qui réduisent l'enseignement médical à une sèche et aride nomenclature de faits, de maintenir la culture et les idées générales qui caractérisent la grande médecine. C'est, d'ailleurs, dans tous les domaines de la vie intellectuelle, le glorieux apanage de la France... »

Le Français (Professeur Achard, chef de la délégation, vivant à Versailles, en France occupée!): « En venant à vous, *nous entendons inaugurer dans nos relations mutuelles une nouvelle période* en vous associant *aux cérémonies du prochain Congrès Français de Médecine et à la commémoration du centenaire de la naissance de Pasteur...* car, en y participant vous ne ferez que venir occuper au foyer de la médecine française une place déjà marquée comme celle de parents très chers. *Je souhaite encore qu'un jour nous tenions l'un de nos Congrès au Canada!...*

... Pendant de longs siècles, la France et l'Empire Britannique se sont combattus un peu partout dans le vaste monde, sur les continents comme sur les mers. Aujourd'hui (1922), ces deux puissances sont heureusement amies, et l'amitié des peuples sait résister aux épreuves que parfois lui infligent les vicissitudes de la politique (paroles pleines d'actualité). Et puis, ce fidèle amour, ne venez-vous

pas de le pousser jusqu'au sacrifice héroïque (1914) ! Soyez assurés de son maternel amour et, comme le petit enfant dont parle le divin Virgile, à son sourire connaissez votre mère !... »

— Noblesse des sentiments de gratitude et de tendresse à notre égard.

VIII. 1924: *Quatrième Congrès de Québec. Présidence du Professeur A.... Vallée,* décédé.

Délégués: MM. Sergent, Ribadeau-Dumas, Desmarest, Jeanneney, Joltrain, Bordet, Lescarret, Mme Babier Hugo.

Le Canada français (Professeur A. Vallée) : « Les premières sèves ont été puisées au vieux sol de nos communs aïeux et il se trouve que vous revenez encore aujourd'hui pour renforcer et étayer l'arbre grandissant... Nous venons de la tranchée d'en face où trois siècles nous avaient tenus... »

Le Français (Professeur E. Sergent, chef de la délégation), décédé : « Je crois que le sentiment et l'âme français demeurent toujours vivaces en vous... Ici, nous trouvons un réservoir de pur métal français dans votre langue et vos mœurs... Vous trouverez toujours chez nous l'accueil que nous vous réservons... grâce à une entente entre notre Gouvernement et le vôtre. »

IX. 1926: *Troisième Congrès de Montréal. Présidence du Professeur Albert LeSage.*

Délégués français: MM. Marcel Labbé, L. Bernard, Ameuille, Bordet, Charpentier, Clerc, Grégoire, Logre, Moulonguet, Pettit, Pinard, Rist, Sabatier, de France; Demiéville et Jacquerod, de Suisse; sir H. Gauvain, de Londres; Alvarez, de Cuba; Knopf et Libman, de New-York. La délégation la plus nombreuse et la plus importante à date.

— C'est la première fois que nos collègues français acceptent de publier des *rapports conjoints* avec leurs collègues canadiens-français.

Le rêve du passé se réalisait enfin.

Le Canadien français (Professeur LeSage, Président) : « Quelle force et quel réconfort vous êtes pour nous! Comme vos devanciers, vous venez resserrer les liens qui nous unissent et proclamer officiellement que nous sommes des frères par le sang et par la langue, tandis que notre histoire se soude par des traits communs d'héroïsme qui caractérisent toute une race... Ce groupement significatif de nos forces est indispensable chaque fois que nous voulons faire l'inventaire de nos connaissances, c'est le but d'un congrès comme celui-ci, *le point de vue scientifique; le point de vue social.* Nous croyons que le véritable progrès consiste moins dans les surprenantes réalisations matérielles que dans l'harmonieuse unanimité des collaborateurs pour la défense des unités sociales et le respect des ententes internationales. »

Le Français (Professeur Labbé, chef de la délégation) : « J'apporte à la Faculté de Médecine de Montréal et aux médecins canadiens-français l'hommage de la Faculté de Médecine de Paris... C'est avec un sentiment presque filial que nous écoutons les accents de votre voix. Rien n'est plus évocateur; elle nous dit la fidélité au souvenir des ancêtres communs, la constance de l'amour fraternel... Dans cette œuvre de progrès que vous accomplissez, nous serons heureux et fiers de marcher avec vous, côte à côte, la main dans la main, comme des frères. »

— Cette année coïncide avec la fondation de l'Institut Franco-Canadien, 30 mai 1926, Dalbis, premier Directeur; Gilson, actuel.

X. 1928: *Cinquième Congrès de Québec. Présidence de M. Dagneau,* décédé.

Délégués français: MM. Jeannin, Lereboullet, Labey, Desfosses, Simon.

Le Canadien français (Professeur Dagneau, Président) : « Notre Association a été utile à nos Gouvernements pour la préparation et la mise en force de certaines lois d'intérêt public dont les bons effets se font de plus en plus sentir. Combien fut grand son mérite pour vivre *un quart de siècle,* pour grandir et prospérer et pour avoir à montrer aujourd'hui, en même temps qu'un passé sérieux et rempli de fruits, une vitalité qui assure des lendemains plus fructueux encore. »

Le Français (Professeur Jeannin, délégué officiel) : S'exprime comme ses devanciers en développant avec beaucoup d'esprit que « le médecin est un sorcier ».

XI. 1930: *Quatrième Congrès de Montréal. Présidence du Professeur Rhéaume,* décédé.

Délégués français: MM. Roussy, Chiray, Belot, Desfosses, Laquerrière, Gutiurrez, la Havane.

Le Français (Professeur Roussy, chef de la délégation) : « Une fois de plus nous sommes venus participer aux travaux de votre Congrès biennal... C'est un précieux enseignement pour nous, d'Europe, que de respirer ici le souffle de ce loyalisme à l'égard d'une nation qui a su respecter vos doctrines politiques et religieuses... sans rien renier de vos origines, de vos droits, de vos libertés. La présence, dans cette ville de Montréal, de vos deux Universités française et anglaise, n'est-elle pas l'expression la plus parfaite de ce libéralisme s'exerçant dans le domaine de l'intelligence et de la pensée? Vous êtes dans vos Facultés, les zélateurs de nos idées, de nos méthodes d'enseignement et de recherches. Dans cette œuvre de propagande, l'A.M.L.F.A.N. occupe une place de premier rang; c'est pourquoi elle éveille toute notre sympathie, toute notre attention. »

Le Canadien français (Professeur Z. Rhéaume, Président) : « Ces deux Universités, McGill et Montréal, représentent la culture des deux principaux pays d'Europe. Depuis longtemps, elles ont donné l'exemple de la plus belle émulation en collaborant, dans un effort commun, au même idéal, grâce à cet esprit de tolérance, de concorde et de réelle entente cordiale dans un pays essentiellement bilingue... Durant notre séjour en France, dans nos hôpitaux militaires, nous avons lié des amitiés solides, indéfectibles, avec des collègues de France que nous sommes heureux de revoir aujourd'hui, ici même, dans la plus importante succursale de la maison mère. »

XII. 1932: *Le Congrès d'Ottawa-Hull. Présidence du Docteur R.-E. Valin.*

Délégués français: MM. A. Clerc, Chevassu, Godard-d'Allaines et Ducroquet.

— Pour la première fois, le Congrès a lieu en dehors de la province de Québec.

Le Canadien français d'Ottawa (Professeur Valin, Président) : « Ottawa a été, dans un passé assez récent, le théâtre de luttes opiniâtres pour la conservation de la langue et de la pensée françaises en Ontario; mais le patriotisme, le zèle et le dévouement des nôtres ont triomphé. Aujourd'hui, la paix règne chez nous, et les adversaires d'hier, maintenant réunis, travaillent ensemble au relèvement des ruines du passé et ambitionnent de construire plus grand pour l'avenir. C'est dans cet esprit que le Gouvernement de l'Ontario a donné à notre Congrès son appui matériel et que nos confrères de langue anglaise d'Ottawa nous ont apporté leur concours empressé et sincère. Notre capitale, après la conférence économique, est fière de contribuer à une autre œuvre de rapprochement qui est celle poursuivie par notre Association au double point de vue technique et scientifique. »

Le Français (Professeur Clerc, chef de la délégation) : « Ces impressions, nous les ferons revivre pour ceux qui nous ont envoyés; quand nous retournerons vers eux, nous leur dirons ce que nous avons vu, ce que nous avons ressenti; nous leur ferons comprendre aussi avec quelle ardeur est évoquée la venue de ce *Congrès de* 1934, à l'occasion duquel la pensée médicale française tout entière devra venir au devant de la vôtre et s'associer à des anniversaires solennels. »

XIII. 1934: *Congrès conjoint de l'Association M. L. F. (France et Amérique du Nord), à Québec.*

Présidence de M. Albert Paquet, ici. Adjoint, Sergent, au IVème centenaire de Jacques Cartier.

Le Français (Professeur Arloing, de Lyon, secrétaire général) : « Voici donc présents parmi vous, chers amis canadiens-français, 167

médecins de langue française d'Europe sur 237 confrères d'outre-Atlantique inscrits à notre Congrès et, sans que soit terni votre loyalisme, vous avez su nous donner la certitude que nous étions bien les hôtes de la *Nouvelle-France* de Jacques Cartier. »

« M. le Ministre de l'Education Nationale vous a envoyé une mission de 27 personnalités médicales comprenant MM. Hartmann, Sergent, Arloing, Desfosses, les rapporteurs au Congrès: MM. Cade, Bédard, Brocq, Marcel Labbé, Puech, P. Rimbaud, Boulin, Charles Richet, H. Roger, Fribourg-Blanc, Auclair,Halphen et MM. les délégués des Facultés et Ecoles de Médecine: Fiessinger, Euzière Rimbaud, Cruchet, Olmer, Carrière, Rohmer, Raynaud, Sourdille, Page et Arnaud.

« Les Facultés de Médecine françaises, belges, suisses, italiennes, espagnoles, roumaines, portugaises, etc., l'Académie de Médecine, de nombreuses Sociétés Médicales et Chirurgicales de Paris et de province sont également très largement représentées. »

Le Canadien français (Professeur Paquet, Président): « . . . Trois qualités principales ont fait, en France, la fortune du savoir médical: l'intelligence, l'esprit de travail, la rigueur des méthodes scientifiques. Doué d'un esprit pénétrant et avide de clartés, mû par une curiosité insatiable, le savant français s'impose, de gaieté de cœur, le travail le plus ardu pour mener à bonne fin une œuvre de longue haleine. Les travaux de recherches et d'expérimentations, faits avec un soin minutieux, le mettent sur la voie des découvertes les plus importantes et les plus utiles. »

Le Français (Professeur E. Sergent, de Paris): « . . . Vous, médecins canadiens, anglais et français, de la province de Québec, unissez vos efforts dans une collaboration stimulatrice et féconde sur le terrain clinique et scientifique; faites que votre exemple s'étende à tout le Canada et que vous parveniez à constituer un bloc solide, inébranlable, contre lequel se brisera le flot montant d'idées, de doctrines et de méthodes qui proviennent de formations différentes. Ainsi, resteront, face à face, des mentalités dont chacune a ses défauts et ses qualités et dont l'opposition et la concurrence entretiendront et stimuleront la force productrice. Et, ainsi, la médecine canadienne suivra avec succès son essor économique, social et politique. »

1936: *XIVe Congrès à Montréal. Présidence du Professeur Jarry.*

Délégués: MM. Etienne Sorrel, M. Chiray, Henri Welti, Leven, Mercier, Vandenbossche, Chevalier Jackson, Chevalier L. Jackson, Coryllos, Penta.

Le Canadien français (Professeur Jarry, Président): « Après trente-six ans d'existence, nous devons donc faire le point en jetant un regard sur le passé et nous demander si cette initiative correspondait bien à un besoin, et si nous avons été fidèles aux directives des fondateurs. Nous sommes à un tournant de l'histoire où les idées de par le monde civilisé semblent subir une crise, qui, hélas, pourrait

se résoudre par un conflit universel; mais oublions, pour un moment, la gravité des heures si lourdes à supporter et ne pensons qu'à ces journées médicales où nous allons travailler ensemble... »

Le Français (Professeur Sorrel, délégué du Gouvernement): « ... Vous avez organisé dans vos services des séances de travail qui seront pour nous du plus vif intérêt et qui nous permettront d'admirer les belles installations hospitalières dont la réputation nous est depuis longtemps parvenue, et par vos conférences du soir vous nous montrez avec quelle activité vous vous occupez de ces grandes questions sociales qui sont à l'ordre du jour dans tous les pays et qui indiquent une évolution si heureuse de l'art médical. Ce Congrès démontre la vigueur et le développement de l'organisation qui le dirige. Les membres de la délégation française s'efforceront de vous fournir leur plus vive collaboration. »

1938: *XVe Congrès de l'A.M.L.F.A.N. à Ottawa.*
Présidence du Dr J.-H. Lapointe.

Délégués français: MM. Raymond Turpin, agrégé et Nègre de l'hôpital Pasteur.

Le canadien-français: M. Lapointe, président.

« Je vous souhaite la bienvenue à vous, MM. Turpin et Nègre, qui personnifiez cette science médicale française à laquelle nous sommes fiers d'appartenir, représentants de cette grande lignée de chercheurs, de savants qui l'ont dotée des plus beaux jalons, qui en ont marqué les progrès, nous disons bienvenu, et notre Association vous accueille comme des membres de toujours. . . . . ,

« La vie pénible, souvent inquiète mais toujours laborieuse du médecin praticien, ne lui permet pas de parcourir à souhait toutes les avenues nouvelles qui sollicitent également son attention médicale. Aussi, c'est le grand mérite des congrès de lui apporter, toute fraîche et bien ordonnée, l'expérience de chaque conférencier dans une sphère particulière alors que, dans le monde, un machinisme scientifique monstrueux est appliqué à la guerre et que le terrorisme et l'atrocité d'un conflit aérien possible menacent des populations civiles tout entières. Tandis que les hommes se dressent contre les hommes et que les civilisations sont prêtes à s'entredétruire, la médecine reste ce qu'elle a toujours été: un rempart contre lequel viennent se briser toutes les haines et toutes les colères, un refuge pour toutes les grandes aspirations de l'esprit et du cœur.

« Lorsque l'humanité, épouvantée à l'idée du cataclysme possible, se demande avec affolement d'où lui viendra le salut; quand elle recherche avec angoisse qui apaisera sa tourmente intérieure et soulagera sa souffrance physique, c'est avec le même espoir et une foi aussi profonde que ses yeux éplorés se portent sur ces deux symboles de quiétude et de paix: *la Croix et la Caducée.* »

Le Français: M. Raymond Turpin.

« Depuis qu'une tradition réunit tous les deux ans, en un Congrès, les médecins de langue française de l'Amérique du Nord, la France, répondant avec joie à votre invitation, s'est toujours associée à vos travaux. En acceptant ainsi son hommage périodiquement renouvelé, vous lui donnez, en effet, la certitude que des foyers intellectuels brûlent, sur votre continent, de la flamme même que des esprits curieux de la discipline médicale entretiennent depuis près de huit siècles sur les bords de la Seine.

L'inspiration qui guide le chercheur, les méthodes qu'il emploie, le jugement qu'il porte sur ses travaux, varient avec les qualités de sa race et les conditions de son milieu. Il ne peut s'affranchir de l'héritage du génie, des traditions nationales, de l'ambiance et parfois même de la politique des Etats. . . . . .

« Sous nos climats, l'individu donne libre cours à sa vie intérieure; il aime exprimer le fruit de sa pensée; il possède le fond de la logique, de l'ordre de la lumière dans l'argument. Et si quelqu'un nous demandait quel mobile nous pousse à vous servir, nous pourrions lui répondre: le Culte du fait exact, de l'expression logique et simple. »

. . . . . .

« Voici longtemps, dit Maeterlinck, que j'ai renoncé à chercher en ce monde une merveille plus intéressante et plus belle que la vérité, ou du moins que l'effort de l'homme pour la connaître. Ne nous évertuons point à trouver la grandeur de la vie dans les choses incertaines. Toutes les choses très certaines sont très grandes et nous n'avons jusqu'ici fait le tour d'aucune d'elles. » M. Turpin continue:

« Cet effort de l'homme est plus ou moins favorisé par le milieu où il se trouve. « La vérité aime la douceur et la paix » disait, il y aura bientôt trois siècles, P. Malebranche, neveu de Lauzon qui fut vice-roi du Canada. « La recherche ne peut se développer harmonieusement que si elle est libre de toute entrave. Dans ces conditions seules, elle peut espérer atteindre son but qui est la découverte des lois, et celles-ci sont pour notre esprit un appui et un repos dans le désordre apparent des choses; elles sont belles, car elles rattachent à un seul principe des faits multiples.

« Les impressions que je vous confie sont inscrites dans les souvenirs quej'emportai de votre beau pays après le séjour que j'y fis. il y a quatre ans, à la demande de notre ami regretté, le professeur Dalbis. Nos disciplines médicales sont communes et le visiteur trouve dans vos laboratoire cet atmosphère de douceur et de paix dont parle Malebranche.

« Mais la médecine canadienne-française, depuis lors, s'est enrichie à mes yeux d'un nouveau mérite, puisqu'elle me donne aujourd'hui l'occasion de séjourner à nouveau dans votre beau pays, où la nature offre à nos regards les images inoubliables de ses forêts mystérieuses, de ses lacs si purs, de ses perspectives infinies. »

1940: *XVIe Congrès de l'A.M.L.F.A.N. tenu aux Trois-Rivières. Présidence du Dr C. De Blois.*

Aucun délégué français n'assistait à ce Congrès. Voici comment le Président s'exprime dans son discours d'ouverture: « Nous regrettons, avec vous, l'absence de délégués français, qui, lors de nos précédentes assises médicales, venaient nous apporter, dans des séries de conférences, le meilleur de leur savoir. La guerre dérange tout. Restons quand même fidèles, dans cette période douloureuse, à la France, notre ancienne mère patrie, à qui nous devons ce que nous avons de plus précieux: notre foi, notre langue, notre culture et nos traditions. »

Et plus loin il termine ainsi: « Malgré les tristesses et les difficultés de l'heure présente, notre Association continue son œuvre d'éducation professionnelle; en cela elle suit le sillon tracé par ses fondateurs qui voulurent, sur cette terre d'Amérique, le parfait développement de la culture médicale française. »

1942: *XVIIe Congrès de l'A.M.L.F.A.N. à Montréal. Présidence du Dr Oscar Mercier.*

Délégué des Etats-Unis: le Dr R. Pemberton, de Philadelphie.

A la séance d'ouverture, le Président s'exprime ainsi: « Celui qui relit les discours d'ouverture des seize congrès antérieurs de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, constatera que mes prédécesseurs ont toujours eu l'honneur et le plaisir d'accueillir les délégués de l'Etat, de sociétés savantes de France. Les circonstances actuelles me privent de cet agréable devoir. Pour la première fois depuis quarante ans, notre Association ouvre, cette année, son congrès, seule, sans la présence des représentants de la France. Semblable à l'orphelin qui, au lendemain du jour tragique, doit trouver son chemin seul, notre exécutif a dû organiser cette manifestation scientifique en ne faisant appel qu'à la science et au dévouement des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. »

« Après trois siècles de soins attentifs prodigués par la médecine française, la médecine du Canada français est une réalité vivante. Nous avons donc, nous, médecins canadiens-français, depuis le 10 mai 1940, dû adopter un « ordre nouveau ». Cet ordre nouveau, déclenché par les malheurs de la France, consistera en l'existence d'une Médecine canadienne-française. Celle-ci aura nécessairement les qualités de l'esprit français, qui découleront de nos antécédents, mais elle sera ornée par celles du génie américain, qui s'y ajouteront à cause de nos relations de plus en plus fréquentes avec nos voisins du Sud. »

. . . . . .

« Nous avons, dès maintenant, une identité propre: une Médecine canadienne-française existe, caractérisée par l'association harmonieuse de la France et du génie d'Amérique. Il importe de nous faire connaître par de nombreux travaux, dont la publication dans les revues médicales et l'exposition dans les congrès sont nécessaires. »

. . . . . .

Il ajoute: « Après cette guerre terrible, la France éternelle, au cœur d'acier, saura retrouver dans sa vieille âme gauloise des réserves inépuisables pour renaître et guider la civilisation sur toutes les routes qui mènent au progrès. Elle reverra ici son fils émancipé, fort, ayant acquis un caractère particulier. Et dans les congrès futurs de notre Association, nous recevrons de nouveau les délégués de la France, qui nous apporteront l'éclair de leur pensée et de leur généreuse fraternité. » Il termine par les classiques paroles suivantes: « *Il faut de plus rester unis!... Nos divisions sont superficielles!... L'amour-propre un peu chatouilleux de notre race en est parfois le seul support. L'union nous rendra forts devant les redoutables problèmes sociaux qui vont se poser après la guerre* et auxquels le médecin sera largement mêlé... Et imbus de ces mots: *travail et union!...* »

Résultats

Quels ont été les résultats de cette propagande scientifique franco-canadienne, soit au Canada, soit en France, dus surtout à notre Association?

1° Dix-sept Congrès périodiques canadiens-français au Canada, dont un, en 1934, de l'Association des Médecins de Langue Française de France conjointement avec l'A.M.L.F.A.N. Cette innovation est due à notre Association, au feu Professeur Dubé, Président A.D.R.M. de Montréal, qui fut le premier à amorcer la question, à Paris en 1931, et qui peut en revendiquer la primauté plus qu'aucun autre, et au Professeur Bezançon, de Paris, Président de l'Association française à cette époque; au Gouvernement provincial de Québec de 1932, dont le Premier Ministre était l'Honorable L.-A. Taschereau; à Son Excellence M. Roy, notre Ministre à Paris; à Son Excellence M. Henry, Ministre à Ottawa; au Professeur Arloing, de Lyon, Secrétaire général de l'Association française, et au Président canadien, en 1934, le Docteur Albert Paquet.

2° *Nominations de rapporteurs canadiens et français, depuis* 1926, *dont* 22 *en* 1934, au Congrès de Québec, plus de 10 dans les Congrès antérieurs, et 250 inscriptions de médecins français depuis le début de notre existence.

3° Fondation d'une *Maison Canadienne* à Paris, octobre 1926, pour les étudiants canadiens, à laquelle ont participé l'A.M.L.F.A.N., le Gouvernement de la Province de Québec et de France, le Professeur Pozzi, Son Excellence M. Roy, Ministre à Paris, le Sénateur français Honorat, et un généreux donateur canadien, l'honorable Marçellin Wilson.

4° Fondation de l'*Institut Franco-Canadien,* en vue de cours de perfectionnement au Canada par des professeurs français, dont le nombre jusqu'à date dépasse le chiffre de 250. A cette fondation ont participé notre Association, l'Université de Montréal, le Gouvernement de Québec et le Gouvernement français. Le Professeur Dalbis en fut le premier Directeur; à son décès, le Professeur Gilson devint son successeur. Tous s'en souviennent.

5° *Echange de professeurs et cours* à la Sorbonne par des professeurs canadiens-français pour faire connaître notre histoire. Quand ces temps heureux reviendront-ils?

6° *Octrois très considérables* accordés à notre Association par les Gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux pour stabiliser nos budgets et aider notre Association médicale (Ottawa, Québec, Ontario).

7° *Fondation de bourses d'études* en France par le Gouvernement de la province de Québec, et le Gouvernement français, en vue de notre enseignement universitaire.

8° *Equivalences consenties* par la Faculté de Médecine de l'Université de Paris en faveur de nos étudiants canadiens en médecine, désirant obtenir le doctorat de la Faculté de Médecine de Paris.

9° Un *Journal de Médecine* officiel de notre Association, fusionné, depuis, avec *l'Union Médicale du Canada.*

10° *Groupement de plus en plus homogène* des médecins canadiens-français et franco-américains.

11° *Elections de médecins canadiens-français* dans les Sociétés savantes de France: Institut, Académie de Médecine, Sociétés médicales des Hôpitaux de Paris et de Lyon et autres.

12° *Election d'un médecin canadien-français* sur le Bureau de Direction de l'Association des Médecins de Langue Française de France pour un terme de cinq années, en 1925.

13° *Distribution, par le Gouvernement français,* à des Canadiens français, pour ne mentionner que les médecins, de distinctions honorifiques: Légion d'Honneur, Instruction Publique, Officiers d'Académie, en reconnaissance d'une saine propagande des idées scientifiques françaises en Amérique.

14° *Instauration du livre,* des journaux de médecine, et des produits pharmaceutiques français au Canada. Quelles innovations heureuses et fécondes!...

15° Enfin, nominations de professeurs français et belges dans nos chaires d'enseignement, qui ont fait école chez nous, et dont nous avons largement bénéficié...

Tels sont les principaux résultats obtenus, de part et d'autre, grâce aux activités de notre Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Une telle organisation n'est pas l'œuvre d'un jour, mais d'une génération. L'idée mère doit donc prévaloir en tout lieu, demeurer intangible et libre de tout intérêt particulier sinon elle périclite et meurt.

Apprenons donc à plier notre humeur si les circonstances l'exigent, car il faut à la science un principe, aux hommes une foi, aux peuples un idéal.

D'autre part, souvenons-nous qu'une nation n'est pas enfermée dans les quatre murailles d'un Parlement, et que le véritable patriotisme est un acte de foi, sans cesse renouvelé, de la part de chaque citoyen, de chaque groupement social, dans les destinées de sa race.

Une génération qui peut s'attribuer de tels mérites survivra, malgré le grand silence!...

Albert LeSAGE.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE 1944

Les « Journées médicales » de la Société Médicale de Montréal ont obtenu en 1944 un succès sans précédent; on a relevé près de six cents inscriptions.

Les matinées cliniques tenues le 29 mai à l'hôpital Notre-Dame, le 30 à l'Hôtel-Dieu, le 31 au Sacré-Cœur et le 1er juin à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu ont attiré un concours nombreux d'auditeurs distingués et attentifs.

Le programme scientifique était d'ailleurs, à chaque endroit, établi de manière à plaire au médecin praticien et à le renseigner; s'il faut en croire les commentaires recueillis spontanément, la formule était heureuse et les résultats obtenus, fort substantiels.

Un conférencier étranger est venu, chaque matin, terminer en beauté une séance clinique déjà riche en enseignements scientifiques pratiques. Les docteurs Abadie, d'Oran, Lucien Brouha, de Bruxelles et de Harvard, Donald Fraser, de Toronto, et Raymond de Saussure, de New-York, n'ont pas déçu leur auditoire. Chacun, dans sa sphère particulière, sut fortement intéresser son auditoire; et, malgré qu'il nous en coûte de l'employer, il ne sied rien de mieux que la formule connue pour rendre vivante la situation: chacun fut à la hauteur de sa réputation; et elle est internationale pour plus d'un d'entre eux.

Si l'assistance considérable aux assises annuelles de la *Société Médicale de Montréal* tient pour une bonne part à l'attirance des conférenciers étrangers, elle est due aussi aux excellents rapporteurs de chaque hôpital et au choix de leurs sujets.

On est venu entendre Abadie, Brouha, Fraser et de Saussure, cela est bien entendu; on s'est rendu aussi pour écouter les Grignon, Jules Prévost, Léopold Morrissette, Lucien Perron, Paul Letendre, Jacques Bruneau, Albert Jutras, Paul Dumas, J.-A. Vidal, M. Bonnier, G. Deshaies, J.-A. Millet, E. Samson et son équipe, A. Pilon, H. Tellier, Emile Legrand, pour ne pas les nommer tous; il en est d'omis et non des moindres.

La belle réussite de fin mai et début de juin 1944 est un heureux présage pour le Congrès de Québec. On y sera nombreux; c'est un signe des temps, en effet, que le succès remporté par les « Journées médicales ». Si certains aînés se montrent encore rebelles à tout mouvement scientifique nouveau, il est consolant de constater comme les jeunes savent participer aux réunions médicales; ils y viennent en nombre et ne se refusent pas à une collaboration active.

Grâces, en fin d'article, soient rendues à l'intelligent dévouement, au zèle calme et à l'équanimité du secrétaire général de la *Société Médicale de Montréal*, le docteur Roger-R. Dufresne! Grâce à lui et à son président, le docteur J.-Urgel Gariépy, les « Journées médicales » de 1944 vont constituer une date à retenir dans l'histoire médicale de Montréal.

E. DESJARDINS.

LE DIAGNOSTIC DES DERMATOSES INDUSTRIELLES

Par **Albéric MARIN, F.R.C.P. (C.)**,
(Montréal).

Le problème des dermatoses dites industrielles devient de nos jours des plus importants.

Et ceci pour des raisons diverses. Quelques-unes d'entre elles sont d'ordre économique, tandis que d'autres relèvent d'une honnêteté douteuse. A ceci s'ajoutent des aspects médicaux parfois ambigus qu'un point de vue légal ou encore sentimental vient compliquer davantage.

Entre autres raisons, soulignons les suivantes:

1) Il n'y a pratiquement plus de chômeurs et, partant, il existe plus d'hommes et de femmes exposés aux hasards variés de la production moderne.

2) Dans les usines se fabriquent et s'utilisent des substances chimiques quasi innombrables dont certaines sont des irritants primaires et d'autres sont sensibilisantes.

3) Les dermatoses par contact donnent maints soucis à l'employeur *a*) parce que le rendement du travailleur est diminué et *b*) parce qu'il lui faut payer une indemnité.

4) D'un autre point de vue, diverses éventualités peuvent surgir:

L'ouvrier est de bonne foi * et *a*) le « rash » est incontestablement d'origine industrielle; *b*) ou il relève d'une autre étiologie (psoriasis— lichen plan — etc.)

L'ouvrier est de mauvaise foi et *a*) il attribue faussement à son travail des lésions dont il souffrait au moment de l'embauchage ou qui ne sont qu'une récidive d'une affection ancienne (dermite atopique, dermite séborrhéique, dermite des ménagères, maladie de Duhring, etc.); *b*) ou il réclame une indemnité pour des ennuis cutanés récents dont il sait qu'ils sont d'une autre nature (syphilis, contusions accidentellement produites hors de l'usine, etc.); *c*) ou pour des plaies délibérément infligées (auto-mutilation, brûlures par caustiques chimiques); *d*) ou encore sciemment prolonge l'évolution d'une éruption professionnelle.

5) Le médecin de son côté *a*) méconnaît ou reconnaît le syndrome dermatologique; *b*) en attribue l'origine aux risques de l'emploi ou les écarte pour des motifs parfois peu solides; *c*) ou encore par une thérapeutique mal dirigée provoque une eczématisation secondaire (exemple: dermite médicamenteuse consécutive au traitement d'une otite); *d*) enfin, tout en étant de bonne foi, entretient par des topiques des lésions qui auraient dû guérir rapidement.

Cette énumération schématique de quelques-uns des aspects variés du problème, en souligne la complexité et indique à grands traits les directives générales concernant le diagnostic.

*
* *

Définissons la dermatose industrielle.

Celle-ci n'est qu'une catégorie des maladies industrielles (médicales ou chirurgicales) qui peuvent toucher divers organes ou appareils. Elle n'est aussi qu'une division des dermatoses professionnelles. Ce dernier terme désigne un groupe plus large (comprenant, par exemple, la dermatite eczémateuse des chirurgiens, l'eczéma des ménagères, etc.) où est incluse la dermatose industrielle.

Celle-ci peut être considérée comme toute maladie de peau survenant chez l'ouvrier où le contact d'une substance (durant le travail) peut être démontré comme étant l'agent principal.

Lorsqu'il s'agit de déterminer la valeur exacte des divers facteurs qui provoquent l'éclosion d'une affection cutanée dont l'origine est en litige, des causes multiples d'erreurs peuvent se glisser.

Disons d'abord quelques mots de certaines conditions prédisposantes.

Les Noirs sont plus résistants que les Blancs (si nous exceptons la formation de chéloïdes consécutives à des brûlures). Leur tégument se laisse irriter plus rarement par l'action des solvants, des teintures, des poussières métalliques.

Chez les Blancs, les blonds sont plus sensibles que les types de teint foncé.

Les femmes plus que les hommes sont sujettes à des réactions cutanées.

---

* Dans la vaste majorité des cas il est de bonne foi, quoique souvent il ait une interprétation erronée de de l'origine de ses maux.
Ceux de mauvaise foi sont le petit nombre, mais créent plus d'embarras que les autres.

Les individus jeunes y sont plus susceptibles que les gens d'âge mûr. Ceux-ci ont été en quelque sorte « immunisés » par des contacts antérieurs multiples; ils possèdent une couche cornée plus épaisse, une pigmentation plus abondante; ils transpirent moins.

Certains territoires sont plus fragiles: les plis et surfaces de flexion, le cou, les paupières. Les régions palmaires, bien que très exposées, sont plutôt réfractaires.

La transpiration surabondante solubilise plusieurs irritants, cause de la macération qui amoindrit la résistance de la barrière cornée de l'épiderme. S'il s'ajoute de la friction, un état favorable à l'éclosion d'un « rash » est réalisé.

Ceci explique que la saison chaude, provoquant la transpiration, donne fréquemment des dermatoses. A ce motif il faut ajouter que durant l'été l'ouvrier, se couvrant moins, offre plus de surface cutanée à des contacts divers.

La propreté corporelle est un facteur important ainsi que l'usage de vêtements et sous-vêtements propres. Il convient aussi de souligner que l'usage de savons, de benzine, térébenthine, etc., pour le nettoyage de la peau est parfois l'unique cause, ou la cause favorisante d'éruptions.

La propreté et la ventilation des usines, le port de masques, gants, vêtements protecteurs, est à considérer dans certaines industries.

La présence de certains états dermatologiques prédispose à des dermites industrielles. Certaines usines américaines refusent d'embaucher des gens souffrant d'ichtyose ou de psoriasis, de dermite atopique ou de dermatique séborrhéique. Chez plusieurs individus présentant le syndrome séborrhéique nous avons vu survenir des eczématisations fréquentes. Ces ouvriers ne devraient jamais être utilisés à certains travaux parce qu'ils sont plus sensibles que les gens normaux.

Ceux qui sont atteints d'épidermomycoses le sont aussi plus que les individus à peau saine.

*
* *

Toute maladie de peau n'est pas nécessairement d'origine professionnelle parce qu'elle survient chez un travailleur qui manipule des substances chimiques dites irritantes. Certains facteurs doivent être étudiés afin d'en déterminer la nature.

A. *Le diagnostic morphologique du syndrome cutané* s'impose en premier lieu.

Il est le point de départ. S'il est erroné, l'on s'engage immédiatement sur une piste qui conduit à des conclusions fausses.

1) Dans la majorité des cas, la dermatose industrielle par contact est de type eczémateux.

Rappelons brièvement que cette réaction se caractérise essentiellement par de l'érythème et de l'œdème. Celui-ci est suivi de vésiculation et de suintement. Après un certain temps et certaines conditions thérapeutiques, le retour à la normale s'effectue ou la chronicité, avec lichénification, s'installe. Des exacerbations peuvent survenir ainsi que des infections secondaires.

Il existe aussi d'autres syndromes dus à des contacts: dermatites acnéiformes, ulcéreuses, sycosiformes, pyodermites variées, néoplasies, etc.

Il est impérieux de reconnaître si vraiment l'on a affaire à un « rash » qui a des possibilités d'étiologie industrielle.

Il ne faudrait pas dès le début le confondre avec un autre dont on sait qu'il n'est pas professionnel: érythème polymorphe, pityriasis rosé, lichen plan, névrodermite disséminée, syphilis, psoriasis, dermatite séborrhéique, dermatite herpétiforme, acrodermatite continue, érythrodermie d'origine médicamenteuse, épidermomycoses, etc., etc.

2) Le tableau se complique parfois: à une éruption non industrielle se surajoute une dermatose industrielle; une dermatite séborrhéique est un terrain propice à de l'eczématisation par contact irritant; sur une dermite atopique se greffe une réaction acnéiforme par huiles lubrifiantes, etc.

3) Un autre fait vient embrouiller les choses, et ceci beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit communément. Souvent l'ouvrier n'a présenté au début qu'un léger érythème aux parties découvertes, accompagné d'un prurit fruste. Ceci aurait peut-être disparu par un mécanisme d'accoutumance (hardening process) ou par une médication calmante. Malheureusement une pommade est prescrite qui aggrave la situation et détermine des lésions eczémateuses intenses. Cette dermite médicamenteuse s'étend de plus en plus,

se généralise parfois, même si le médecin change de topiques parce que l'individu est ou devient un polysensibilisé. Ainsi un collyre donné pour une conjonctivite banale causera un eczéma des paupières, une pommade introduite dans le conduit auditif donnera une réaction violente qui débordera l'oreille pour se propager aux régions voisines et même à l'autre oreille.

La dermite médicamenteuse, surajoutée à l'éruption initiale, est une éventualité courante. Elle est généralement responsable de la longue évolution de certains cas qui, d'origine industrielle à leur début, sont devenus d'origine thérapeutique (overtreated).

4) Des lésions du dos des mains, des doigts et des poignets traînent indéfiniment parce que de multiples irritants y sont appliqués sans direction médicale: pommades trop actives, nettoyages à l'alcool, savons médicamenteux, etc. C'est du reste la cause habituelle de la dermatite des ménagères (housewife dermatitis).

Chez quantité d'ouvrières cette affection cutanée existait bien avant qu'elles n'aillent travailler à la fabrication d'armements, d'avions, d'explosifs, alors qu'elles n'étaient prises que par les soins du ménage. Il arrive à certaines d'entre elles de faire un « rash » industriel plus ou moins étendu. Si elles sont retirées de l'usine et traitées convenablement, celui-ci disparaît rapidement, mais des placards lichénifiés persistent aux doigts, au dos des mains et aux poignets, et s'exacerbent par moments. C'est que, durant le temps où elles ne vont pas à l'usine, elles font quand même des travaux de ménage qui causent et entretiennent une dermatite de ménagère.

Nous en avons observé plusieurs qui ont réclamé une indemnité durant de longs mois et que finalement la seule hospitalisation a guéries parce qu'elle les a soustraites aux contacts irritants de la maison.

Ou encore, nous en avons vu d'autres qui furent hospitalisées d'emblée à cause de l'intensité de leur dermatose industrielle. Sorties de l'hôpital guéries, souvent même avant d'avoir repris leur emploi, elles réclament par la suite pour une récidive de cet accident du travail, qui n'en est pas un, mais seulement un des ennuis coutumiers de la ménagère.

5) D'autres éventualités peuvent se présenter que nous ne pouvons toutes énumérer: dermatoses par produits de beauté, par teintures de vêtements, de fourrures, de cheveux, par les bijoux, objets de caoutchouc, par médications internes, etc. Et ces coïncidences sont encore assez fréquentes. Tout récemment, dans une avionnerie de Californie, chez 580 ouvriers se plaignant de dermatoses industrielles 210 cas (soit 36%) étaient d'une autre origine.

Il faut aussi parfois songer à la possibilité de lésions délibérément produites par l'ouvrier simulateur. Plusieurs sont profondes, escharrotiques et réalisent de la véritable auto-mutilation.

B. *La localisation des lésions cutanées* est le deuxième facteur à considérer.

La dermatite professionnelle débute aux régions offertes au contact causal. Les régions palmaires toutefois constituent l'exception habituelle.

Le travailleur, ne portant pas de gants et ayant les avant-bras découverts, verra l'éruption commencer au dos des mains et aux avant-bras s'il manipule des produits solides ou liquides. La face est atteinte secondairement parce qu'il y porte ses mains souillées.

S'il est ganté et que les manches sont retroussées, les avant-bras seront pris les premiers.

Lorsqu'il est exposé à des gaz ou à de la fine poussière, la face et le cou seront le siège initial.

Le plus souvent, les lésions sont cantonnées à ces seuls territoires. Parfois aussi elles s'étendent largement, si le sujet est très sensibilisé.

Il convient ici de dire encore une fois que le plus souvent ces généralisations à tout le tégument ne sont en réalité que des dermatites médicamenteuses surajoutées au syndrome professionnel initial. Les manifestations auraient été limitées aux seules régions découvertes, mais un traitement mal conduit en a provoqué d'autres qui se sont généralisées.

L'ouvrier aux vêtements imprégnés d'huile présentera des ennuis aux jambes, cuisses, tronc et bras, (folliculites, furoncles, acné huileuse).

Ceux dont les vêtements sont très sales ou saturés de substances irritantes, pourront aussi en montrer aux parties couvertes.

Chez d'autres, par l'action de certaines poussières, l'éruption apparaîtra d'abord aux poignets, au cou, à la ceinture, aux chevilles où la friction des vêtements fragilise la couche cornée de l'épiderme.

Rappelons que certaines localisations feront penser d'emblée à des dermatites médicamenteuses: eczéma des paupières, des oreilles. Aussi que des lésions persistantes des mains et poignets, distribuées en îlots plutôt qu'en nappes, sont des dermatites de ménagères. Le port de gants de caoutchouc détermine souvent de l'eczéma des mains. Une dermatose suintante qui débute au cuir chevelu pour progresser rapidement vers le front, la face et le cou est le résultat de lotions ou teintures du cuir chevelu.

Une eczématisation des lèvres est habituellement causée par un dentifrice ou le rouge à lèvres; celle des paupières, oreilles et cou, distribuée asymétriquement, par le poli à ongles.

Une réaction eczémateuse chronique du front et des tempes est entretenue par la coiffe du chapeau.

Aux aines, il s'agit souvent d'épidermomycose, laquelle est très fréquente aux pieds.

Ceux-ci sont aussi le siège d'eczémas par irritants divers non industriels: teintures de chaussettes, de cuir, topiques pour le traitement du « pied d'athlète », etc.

Pensons aux plaies par auto-mutilation, chez les simulateurs. Elles sont habituellement à proximité d'une blessure ancienne (contusion, coupure, fracture ouverte), laquelle sert de prétexte à l'apparition d'ulcérations souvent profondes, récidivant pendant des mois, des années.

1) En définitive, la localisation initiale et principale d'une dermatite industrielle est aux régions les plus exposées à des contacts irritants par le genre de travail de l'ouvrier.

2) Lorsqu'elles sont distribuées à d'autres endroits ou que leur maximum d'intensité ne siège pas aux parties ayant subi le maximum de contact, il est exceptionnel que les lésions soient d'origine industrielle.

C. *L'historique de la dermatose* est un critère de la plus haute importance et doit être étudié avec un soin extrême.

La connaissance de l'apparition, de la succession, de la disparition de certains phénomènes est indispensable. Si l'historique d'un « rash » n'est pas complète, il est impossible *a*) d'établir ou de rejeter sa nature industrielle; *b*) d'affirmer ou de nier que sa prolongation indéfinie en soit la conséquence.

Ainsi un garçon de bureau peut fort bien présenter une dermatite eczémateuse des mains et poignets. Le caractère morphologique et les localisations s'accordent avec celles d'une dermatose industrielle, mais l'enquête révèle ici que le sujet n'est jamais venu en contact avec des substances irritantes à l'usine et qu'à la maison il exécute des travaux de photographie.

Ou bien encore, cette ouvrière a véritablement fait une éruption d'origine professionnelle des membres supérieurs et de la face, dont elle est guérie depuis longtemps. Elle n'est pas retournée au travail, mais elle présente de nouvelles lésions au dos des mains ou aux paupières. Il s'agit encore une fois d'ennuis causés par des travaux de ménage ou des cosmétiques, sûrement pas par des contacts industriels anciens dont l'action est depuis longtemps épuisée.

Voici les différents points à élucider dans l'historique:

1) Il faut tout au début de l'enquête savoir *a*) si, à l'usine où est employé l'ouvrier, il y a des substances irritantes; *b*) s'il vient vraiment en contact avec celles-ci; *c*) s'il existe des moyens de protection (gants, masques, vêtements hermétiques et propres, douches, ventilation, etc.).

2) Quelle est la fréquence approximative chez les travailleurs soumis aux mêmes conditions qui présentent des manifestations similaires? Une haute proportion augmente la possibilité de l'étiologie industrielle, mais la rareté des cas ne l'exclut pas.

3) Le malade, avant d'accomplir le dernier travail incriminé, a-t-il déjà fait un « rash » semblable?

a) *Non.* Il s'agit d'une apparition première: il y a une présomption d'étiologie industrielle, non une preuve absolue, car il faut tenir compte de certaines coïncidences.

b) *Oui.* Il s'agit d'une éruption semblable à d'autres dont a souffert cet individu avant le travail actuel: ceci constitue une possibilité qu'elle ne soit pas due à celui-ci, non une preuve absolue.

Ce peut être, en effet, un sujet devenu polysensibilisé qui, par exemple, a présenté autrefois une dermite eczémateuse par l'eau de Javel et qui aujourd'hui en offre une autre par le fulminate de mercure avec lequel il est en contact.

Ajoutons qu'il est heureux que ce point de l'historique ne soit pas le plus important, car plusieurs donnent de faux renseignements, en niant l'existence d'affections cutanées antérieures, de peur de perdre leur indemnité.

4) L'éruption doit apparaître alors que l'ouvrier est en contact avec des irritants.

Elle peut aussi survenir après l'abandon du travail incriminé, mais dans un délai raisonnable. On alloue une période d'incubation n'excédant généralement pas une dizaine de jours. Certains auteurs toutefois accordent jusqu'à trois semaines (Sulzberger). Passé cette période, elle ne peut être attribuée au travail antérieur.

5) *a*) La dermatite s'améliore et disparaît si le contact irritant cesse.

Ceci, bien entendu, à condition qu'elle soit traitée de façon adéquate et qu'elle ne soit pas remplacée par une dermatite médicamenteuse. Il ne faut pas non plus se laisser induire en erreur par une éruption de coïncidence (par cosmétiques, etc.).

b) La dermatite récidive si l'ouvrier retourne aux mêmes conditions de travail.

Ce sont les points les plus importants non seulement de l'historique, mais de tout le diagnostic étiologique: guérison avec la suppression du contact et récidive avec la reprise de celui-ci.

D. *Les « patch tests ».*

Certains sont encore sous l'impression que ceux-ci peuvent donner à eux seuls la clé du diagnostic. Rien n'est plus faux. Tout au plus constituent-ils un argument de présomption et encore à condition d'être faits de façon rigoureuse.

a) S'ils sont *négatifs*, on ne peut conclure que la dermatose ne soit pas d'origine industrielle, et ceci pour plusieurs raisons.

La région où elle a siégé est peut-être la seule sensibilisée et par conséquent le point où a été pratiqué le test ne répond pas parce que non sensibilisé.

Ou la sensibilisation est disparue en même temps que l'éruption, même aux régions où elle siégeait, spontanément ou parce que le contact industriel a cessé.

Ou le « patch » ne reproduit pas exactement les conditions de travail: friction, transpiration, macération, chaleur, etc.

Ou il est fait avec des dilutions trop considérables.

Ou enfin parce qu'il est pratiqué avec une autre substance que celle qui a causé la dermatose. Et ceci survient très fréquemment, car enfin dans maintes usines on manipule plus d'un corps chimique et les ouvriers ne sont pas tous sensibilisés aux mêmes *.

b) Le « patch test » *positif* ne signifie pas nécessairement que le produit qui l'a déterminé soit responsable du « rash » actuel.

L'individu peut répondre positivement parce qu'il a été sensibilisé antérieurement par des contacts autres que ceux de l'heure présente.

Une réponse est parfois interprétée comme positive parce que la concentration utilisée est trop forte, plus élevée que celle rencontrée au cours du travail, et qu'il s'agit alors en réalité d'un phénomène d'irritation primaire.

Les « patch » ne sont qu'un argument de présomption de plus ou de moins pour établir un diagnostic.

Leur accorder plus d'importance serait injuste pour l'employeur s'ils sont faussement positifs, ou pour l'ouvrier s'ils sont faussement négatifs.

Conclusions.

Pour prouver l'authenticité d'une dermatose industrielle, nous ne possédons pas de preuves ayant une valeur absolue comme dans le cas

---

* Une étude parue dans le *J.A.M.A.*, mai 1944 (A. F. Hall) illustre parfaitement ce dernier point.

Dans une avionnerie américaine furent étudiés 580 cas, primitivement attribués au contact du Dural (Aluminium + Cuivre + Manganèse + Magnésium) et étiquetés « Dural Dermatitis ».

Furent d'abord éliminés 36% des cas chez qui la dermatose n'était même pas due au travail.

Chez ceux qui furent reconnus par l'observation minutieuse comme étant d'origine industrielle, des « patch tests » en série furent faits (et refaits pour contrôle).

Les résultats donnèrent:

65% dus au mordant dit « chromate de Zinc »
2% à l'aluminium
5% *seulement* au Dural
28% à des causes industrielles non identifiées.

Poussant plus loin les épreuves cutanées, on put établir que chez ceux qui étaient sensibilisés au mordant, 68% l'étaient au chromate de Zinc, 17% à des résines contenues dans ce mordant, 15% aux deux éléments.

d'un accident du travail ou encore pour certaines maladies.

Ainsi, si un ouvrier, en service commandé, est frappé par un objet lourd qui lui fracture un membre ou reçoit un jet de métal en fusion qui le brûle, il est facile de prouver sans réplique que les lésions qu'il montre immédiatement sont de cause professionnelle.

Ou encore, s'il s'agit d'un individu porteur d'une lésion génitale où l'on retrouve à l'ultramicroscope des tréponèmes pâles, celui-ci est un syphilitique. L'argument est péremptoire.

Pour une dermatose industrielle, nous avons des critères de valeur inégale.

Les uns sont de premier ordre et constituent des arguments de très haute probabilité. Ils s'établissent par l'historique: date d'apparition durant le contact industriel, amélioration et guérison par la soustraction de l'individu au contact, récidive à la reprise du même travail ou d'un travail analogue.

D'autres critères sont de second ordre et constituent des arguments de présomption: nature de l'éruption, sa localisation, son maximum d'intensité s'accordant avec les condition de contact, sa fréquence dans la même industrie, « patch test » positif.

Tous ces arguments doivent être jugés dans chaque cas. Aucun d'eux pris isolément n'a suffisamment de valeur pour établir un diagnostic. Réunis, ils constituent un faisceau raisonnable permettant de tirer des conclusions équitables.

BIBLIOGRAPHIE

John DOWNING: « Trauma of the Skin due to Wartime activities. » *New-England Journal of Medicine,* **227**: 539 (oct.) 1942.

John DOWNING: « Dermatophytosis and Occupational Dermatitis. » *Journal of the American Medical Association,* **125**: 229 (27 mai) 1944.

C. Guy LANE, C. C. DENNIE et Al.: « Report by the Committee on Industrial Dermatoses. » *Journal of the American Medical Association,* **118**: 613 (21 février) 1942.

A. F. HALL: « Occupational Contact Dermatitis of Aircraft Workers. » *Journal of the American Medical Association,* **125**: 179 (20 mai) 1944.

S. PECK: « Dermatitis from Cutting Oils, Solvents and Dielectrics. » *Journal of the American Medical Association,* **125**: 190 (20 mai) 1944.

Tulipan SCHWARTZ: *Occupational Diseases of the Skin,* 1939.

Ls SCHWARTZ: « Dermatitis from Explosives. » *Journal of the American Medical Association,* **125**: 180 (20 mai) 1944.

Stanley SEEGER: « Report of Chairman of Council on Industrial Health » (6th Annual Congress). *Journal of the American Medical Association,* **125**: 239 (27 mai) 1944.

SULZBERGER: *Dermatologic Allergy,* 1940.

SULZBERGER: *Skin Tests,* 1944.

URBACH: *Allergy,* 1943.

QUELQUES CONSTATATIONS SUR LA TUBERCULOSE OSTÉO-ARTICULAIRE AU DJEBEL DRUZE [1]

Par **A. HOUOT**, Médecin-Commandant,
Ex-Interne des Hôpitaux de Strasbourg,
Ex-Chirurgien du Sandjak d'Alexandrette.

Le Djebel Druze, peuplé de 70,000 habitants, est, comme nous l'avons déjà dit, une entité géographique et ethnographique; quels que soient ses habitants, Druzes [2] en majorité et chrétiens et musulmans en minorité, ils ont les mêmes mœurs, ils ont les mêmes coutumes, et, par conséquent, au point de vue pathologique, les mêmes maladies.

La tuberculose est fréquente dans ce pays où elle ne devrait pas exister, car au point de vue climatérique, on peut dire qu'en été ce Djebel bénéficie de tous les avantages de l'Orient avec une température modérée et des nuits fraîches qui permettent le repos. L'hiver est de 4 à 5 mois, rigoureux mais sain. Pourquoi y a-t-il tant de tuberculose dans ce pays? On ne peut incriminer les Européens, vu qu'ils habitent dans un quar-

1. *Montagne Druze,* en arabe, Djebel Hauran, pays volcanique, altitude de 1,000 à 1.700 mètres, situé au sud de la Syrie. Climat: type désertique, période de pluie 5 mois, de novembre à mars, sécheresse absolue avril à novembre. Température, été à l'ombre 20 à 40, température hiver, — 3, 15.

2. Le peuple druze (140,000 habitants) se répartit entre le Djebel Druze et le Liban. C'est un peuple d'agriculteurs, pillards, guerriers, arriérés et orgueilleux. On ne sait pas leur origine, mais leur type est différent de celui de l'Arabe. Leurs coutumes. leur philosophie, leur religion ne sont pas celles de l'Islam. Ils croient à la réincarnation de l'individu.

tier séparé du quartier indigène. La tuberculose est donc d'origine locale, importation des villes de Syrie, du Liban et peut-être de quelques émigrants revenus d'Amérique. Quoi qu'il en soit, elle s'est propagée dans toute la population, il n'y a pas de village qui n'ait pas été touché, mais il existe des villages qui le sont entièrement, tel Oum-er-Roummane. Comment expliquer la contamination de tout un village? On peut le faire uniquement en étudiant les coutumes: ce village est composé pratiquement d'une unique famille, ils se marient tous entre eux et ils vivent tous dans la même promiscuité. Pour l'essaimation dans le pays, il faut encore la rapporter aux coutumes: un Druze, partout où il va, est reçu, il mange et couche dans une famille quelconque, celle-ci a un « Madafé »[3] où, soir d'été comme soir d'hiver, tout le monde se réunit, on boit à la même tasse de café, on crache par terre et l'on balaie à sec. Il y a des fenêtres, mais elles sont murées, le soleil n'entre pas dans les pièces, enfin les « farchés »[4] de couchage ne sont jamais aérés, et voilà pourquoi, malgré des conditions climatériques parfaites, malgré une race très forte, la tuberculose a pris pied dans ce Djebel comme elle a pris pied dans tout l'Orient. Enfin, les tuberculeux pulmonaires, comme ostéo-articulaires, viennent au médecin toujours tard.

Nous venons de voir succinctement les données épidémiologiques de la tuberculose en général; avant d'entrer dans notre sujet, nous vous donnons notre statistique de 18 mois:

Tuberculose pulmonaire	158	*cas*
Massive 2 poumons	27	cas
" 1 "	34	"
Atteintes scléreuses de divers lobes	84	"
Tuberculose localisée ulcérée . .	13	"
Tuberculose ganglionnaire	82	"
Atteintes massives et généralisées	18	cas
" massives et localisées .	26	"
" légères et généralisées .	6	"
" " " localisées .	20	"
" médiastinales pures .	12	"
Tuberculose pleuro-péritonéale . . .	24	"
Associations pleuro-péritonéales .	8	cas
Atteintes péritonéales	7	"
" pleurales	9	"
Tuberculose ostéo-articulaire . . .	44	"
Polyarthrite	14	cas
Mal de Pott	7	"
Arthrite localisée	18	"
Association osseuse et pulmonaire	3	"
Association osseuse et ganglionnaire	2	"

Nous avons donc dépisté 308 cas de tuberculose en 18 mois et nous sommes sûrs de ne pas en avoir vu le dixième, ce qui nous amène à penser qu'en moyenne 1 habitant sur 20 est entaché de tuberculose. Un de nos prédécesseurs admettait un taux plus élevé, 1 sur 10 (Médecin-Capitaine Connes).

Les atteintes ostéo-articulaires nous arrivent toujours très évoluées, elles sont presque toujours fistulisées, et l'état général des patients est toujours très touché. Pourquoi arrivent-ils dans cet état? Uniquement parce qu'avant de venir au médecin, ils ont eu affaire à leurs guérisseurs locaux, hommes, d'après les croyances populaires, « très calés », mais en réalité parfaitement ignorants, néfastes et dangereux. Ces guérisseurs n'immobilisent jamais leurs patients, ils mettent toujours des pansements serrés, constitués d'ingrédients dangereux, tels que blanc d'œufs associé à du raisiné cuit, alun mêlé à de la terre et des pierres concassées, cheveux mélangés à du kohl et, enfin, diverses plantes vertes mises à même la peau et recouvertes de chiffons ramassés par terre. Nous avons vu aussi un morceau de tôle de tanaké[5] appliqué sur une malléole en voie de fonte caséeuse afin d'affaisser la tuméfaction. Quand tous ces moyens simples ont été employés avec le résultat que l'on pense, les abcès sont bien près de se fistuliser, les articles, touchés, ont pris leurs positions antalgiques, coudes et genoux à angle droit, hanche en flexion, cou-de-pied en équinisme, les abcès froids bombent. C'est à ce stade qu'il faut sortir les mauvaises humeurs; alors les guérisseurs pratiquent des cautérisations, elles sont toujours de taille et fort profondes,

3. *Madafé*: salle de réunion, où quiconque, conformément aux coutumes, est reçu, hébergé et nourri.

4. *Farchés*: matelas et couvertures mis à même le sol ou sur des banquettes de pierres où les habitants se couchent.

5. *Tanaké*: bidon de 20 litres ou de 4 gallons dans lequel se transporte l'essence, le pétrole.

l'abcès froid est ouvert; mais il faut que les humeurs sortent bien, alors on inclut dans la plaie un pois chiche, non lavé certes, et c'est l'infection secondaire que l'on entretient par les pansements précités. L'état général du malade, jusqu'alors floride, commence à décliner, il perd enfin confiance en son guérisseur, ou à ses guérisseurs successifs, et c'est alors qu'il vient nous trouver, bien heureux si à ce stade il n'est possesseur que d'une seule arthrite. De telles lésions réclament en général l'amputation, le malade la refuse et, s'il s'y soumet, son entourage le désavoue, il rentre chez lui et on le voit revenir 3 mois plus tard dans un état absolument déplorable, fistules multiples, souvent polyarthrite, et presque toujours état cachectique, ne permettant aucun traitement. L'hospitaliser, remonter son état général est long, ces malades ne sont pas patients, ils ont l'impression que l'on ne fait rien pour eux et, quand on a commencé à les remettre un peu en état, lassés du médecin, ils rentrent chez eux. C'est ainsi que sur 44 ostéo-arthrites tuberculeuses, nous n'avons pu, jusqu'à ce jour, en traiter que 9 (2 maux de Pott, 2 tumeurs blanches du genou, 1 tibio-tarsienne typique, 2 tuberculoses du tarse antérieur, 1 tuberculose du poignet, et 1 du scaphoïde carpien).

Quels sont les caractères de ces ostéo-arthrites tuberculeuses? C'est d'abord une tendance franche à évoluer vers la nécrose, évolution naturelle et évolution due aux soins inopportuns auquels elles sont soumises, gros abcès sous-cutanés se fistulisant rapidement. Comme elles ne sont jamais immobilisées, ou trop tardivement, la position antalgique a été prise, l'ankylose s'est faite en mauvaise position, il y a des rétractions tendineuses, d'où répercussion sur les articles sous-jacents.

De telles tuberculoses, avec une telle évolution, sont analogues aux tuberculoses que l'on voit chez le nègre, chez les gens qui ne savent pas réagir au bacille de Koch, donc, au point de vue thérapeutique, elles devraient être vues très précocement, elles devraient être, dès le diagnostic fait, immobilisées, et, si, malgré l'immobilisation, le processus s'accentue, tôt réséquées. Or, il n'en est pas ainsi, car même diagnostiquées précocement par hasard, le malade se refuse à l'immobilisation, ce montagnard a horreur d'être plâtré et, s'il accepte le plâtre, il n'admet pas qu'en sortant de ce dernier après de longs mois il ait une articulation ankylosée, il ne comprend pas, pour reprendre un vieil aphorisme français, que le mieux est l'ennemi du bien.

Toutes les directives générales, qui règlementent les tuberculoses osseuses, et qui ont été codifiées par Sorrel, se trouvent du fait des coutumes ancestrales du pays impossibles à appliquer, c'est-à-dire « immobiliser l'enfant, réséquer l'adulte et amputer le vieillard »; on peut tout juste, dans les bons cas, faire l'éradication du foyer, comme nous l'avons fait chez une fillette de 13 ans, où l'ablation du scaphoïde a amené la guérison en moins de 6 semaines.

Nous voyons de ces tuberculoses ostéo-articulaires à tous les âges, mais plus généralement à l'âge adulte, et nous avons l'impression que ces adultes se comportent plus ou moins au point de vue évolutif comme des enfants, car, quand un de ces patients arrive, par hasard, de bonne heure et que l'on peut l'immobiliser, en 15 jours, 3 semaines, la température revient à la normale, l'état général se remonte rapidement, la tuméfaction s'atténue, et radiologiquement il y a arrêt de la porose; 6 mois après, il se récalcifie, et l'on voit s'ébaucher les images demi-deuil de Ménard, et en 15 mois la récalcification est complète, l'ankylose parfaite et la guérison clinique absolue: c'est ce que nous avons eu chez un jeune homme de 25 ans en 13 mois. L'enfant n'est pas non plus indemne de telle bacillose, mais il fait aisément des spina-ventosa, qui, ici, contrairement à ce qui se passe en Europe, sont accompagnés de lésions cutanées importantes; inutile de proposer l'immobilisation afin d'amputer quand les phénomènes s'atténuent, on la refuse; ils accepteraient, par contre, l'amputation, mais ils ne comprennent pas que l'heure de la chirurgie, en pareil cas, ne peut être immédiate, ils ne comprennent pas qu'à cette période d'ensemencement, faire une amputation, c'est faire une dissémination. Comment leur faire entendre qu'il faut attendre la localisation, la période destructrice? Ici, ils veulent être trop précoces, alors que partout ailleurs ils sont trop tardifs. Comment leur expliquer en mots simples qu'il faut attendre la période allergique, c'est-à-dire la période où

leur organisme sait se défendre? Il en est de même quand on leur propose une résection à la période où l'intervention se présente sous les meilleurs auspices. Il y a un mois, nous avons revu un joli garçon de 14 ans qui, 6 mois auparavant, présentait un spina-ventosa à début foudroyant, nous avons voulu l'immobiliser, refus, nous n'avons pas admis l'amputation, et il vient de nous revenir avec une cicatrice parfaite d'amputation au niveau de la lésion primitive, mais aussi avec une arthrite du poignet au membre opposé et avec une tumeur blanche du genou à son début.

Quant aux gens plus âgés, ils sont toujours porteurs de lésions, si évoluées que l'amputation serait de règle, amputation qu'en général on refuse, mais que parfois on accepte; ainsi, alors que nous préparions cette conférence, nous avons pratiqué une amputation au ⅓ moyen de la jambe pour une tuberculose primitivement du cou-de-pied; s'étant propagée progressivement au tarse postérieur et au tarse antérieur, elle évoluait depuis 3 ans. Il y a 18 mois, elle aurait pu bénéficier d'une astragalectomie élargie et aujourd'hui, après avoir vu plusieurs médecins qui tous ont proposé l'amputation, la patiente s'est enfin résolue à la subir.

Les principales localisations sont les suivantes. En général, les gens de ce pays ont leurs articulations à petits os plus touchées que leurs articulations à os importants, c'est ainsi que l'on voit surtout des tuberculoses du carpe (5 cas), du tarse antérieur (6 cas), maux de Pott (7 cas); alors que nous n'avons vu que 2 tumeurs blanches du genou, 3 coxalgies, et 3 arthrites du coude. Par contre, les polyarthrites sont fréquentes: 14 cas sur 44, soit 30/100, mais, en cas de polyarthrite, c'est toujours en général par une petite articulation que les lésions ont débuté.

Remarquons enfin que dans des tuberculoses osseuses aussi évoluées que celles que nous voyons, nous trouvons rarement des associations semblables à celles rencontrées en Europe, associations ostéo-pulmonaires, qui sont une contre-indication habituelle au traitement des lésions osseuses, de même nous n'avons jamais rencontré jusqu'à ce jour d'associations ostéo-articulaires et intestino-péritonéales, qui posent des contre-indications relatives; il en est de même de l'association uro-génitale. Il est intéressant de constater que, si ce peuple n'avait pas ses coutumes, si son entendement se prêtait aux directives de notre chirurgie, les résultats seraient bons, car, s'il y a multiplicité des foyers ostéo-articulaires, c'est par suite d'une incompréhension complète des directives du traitement, mais, du fait qu'il n'y a pas multiplicité des foyers en divers tractus organiques, ceci traduit une bonne résistance de leur organisme. Le jour où ils se plieront à une thérapeutique raisonnée, il sera facile alors de venir à bout de leurs lésions, car on pourra choisir le moment opportun. Notons, enfin, ce paradoxe: ils font des arthrites localement graves alors que leur état général résiste bien, tout se passe comme s'ils avaient une allergie générale et une anergie locale.

Si de tels malades viennent à temps, comment les soigner? On connaît la formule lapidaire de Berck proscrivant le bistouri: « Qui guérit rarement, aggrave souvent, mutile toujours. » Cette thérapeutique est basée sur l'immobilisation plâtrée et l'héliothérapie. En contrepartie, il y a l'école lyonnaise, la vieille école d'Ollier, qui est partisante du bistouri et dont on peut codifier l'action en « résection et amputation ». Ces deux écoles sont trop systématiques, c'est une question d'espèce, et je crois qu'au Djebel Druze, le procédé fondamental de l'école de Berck est à rejeter systématiquement, car il est trop long, 2 à 5 ans d'immobilisation, jamais un autochtone ne s'y pliera. De même, la résection rapide et le curettage des foyers ne sont pas ici de mise, car les débuts sont foudroyants, et il faut savoir attendre avant d'agir avec le bistouri, c'est pourquoi la cure thérapeutique à envisager chez nos malades se résume en ces quelques mots: immobiliser sous plâtre tant qu'il y a douleur, chaleur locale et empâtement, puis agir chirurgicalement.

Les plâtres seront circulaires, sans fenêtres, il ne semble pas qu'ici l'héliothérapie joue un rôle adjuvant, au contraire le soleil est trop riche en ultra-violet; d'ailleurs, Ménard disait à ce sujet que l'héliothérapie n'abrège pas la maladie d'un quart d'heure, mais elle permet au malade d'en faire les frais en transformant son état général.

Avec de tels plâtres, on surveillera la température, l'état général; il sera, par contre, difficile

de se fier aux dires des malades, car ceux-ci se plaindront toujours, ils veulent voir ce qu'il y a dessous. S'il y a des abcès, le plâtre ne sera fait qu'après ponction de ceux-ci, sans injections modificatrices qui n'ont aucune valeur. On protègera la région alors par un pansement ouaté afin de laisser de la liberté d'expansion à la tuméfaction si elle se reproduit trop rapidement. S'il y a fistule, il n'y a pas contre-indication à faire un plâtre circulaire, il suffit de laisser ce dernier s'imbiber copieusement et on le change alors. Dans les très bons cas, on ne changera le plâtre qu'au bout de trois mois, dans les mauvais au bout de trois semaines.

Quand les lésions ont cessé d'être florides, on emploiera alors l'une quelconque des méthodes chirurgicales s'appliquant à ce cas. S'il s'agit d'enfants à lésions localisées, on curettera celles-ci et, s'il y a lieu, on fera l'éradication du foyer; si, au contraire, il y a une grosse arthrite, comme en France on continuera l'immobilisation. S'il s'agit d'adultes, en général, deux méthodes sont de mise: le curettage du foyer localisé et la résection ankylosante dans les arthrites de grosse importance. Cette même technique s'adapte aux gens qui ont plus de 40 ans, dont l'état général est parfait.

Eradication des foyers et résection articulaire seront toujours suivies d'une nouvelle immobilisation, celle-ci durera ce que nécessite la consolidation des lésions opératoires.

Quant à la méthode de Robertson Lavalle, tant prônée par les chirurgiens sud-américains, nous ne la croyons pas possible ici, vu les débuts foudroyants de l'infection; d'ailleurs, en France, l'optimisme de l'auteur était loin d'être partagé.

Nous voyons parfois des séquelles d'arthrites tuberculeuses ayant guéri spontanément, ce sont toujours des ankyloses en position vicieuse, coudes à 120 degrés, hanches en flexion, genoux à angle droit, pieds en équinisme; la chirurgie alors se résume à corriger ces difformités, les patients acceptent en général l'intervention, qui se résume à pratiquer des résections ostéo-articulaires classiques; c'est ainsi qu'en 18 mois nous avons fait deux résections cunéiformes du cou-de-pied après section du tendon d'Achille, une résection du genou, et enfin une résection du coude avec ankylose à angle droit, tous ces cas ont parfaitement guéri en moins de 3 mois.

Au contraire, lorsque nous avons affaire à de vieilles arthrites fistulisées de 3 ans, 4 ans et plus, où l'amputation ne se discute pas, nous nous heurtons pratiquement toujours à un refus. Cependant, actuellement, dans une arthrite ancienne de l'avant-pied, fistulisée, où l'amputation au niveau de Chopart était indiquée, où le pied était en équinisme, l'amputation a été refusée, mais le patient a accepté qu'on lui remît son pied à angle droit; nous avons alors pratiqué une résection tibio-astragalienne, avec hyper-correction, elle est en bonne voie et nous espérons que, lorsqu'il comprendra qu'il marche sur son talon, il acceptera alors la perte de son pied suppurant; en un mot nous avons suivi la technique à rebours de ce que l'on fait en Europe.

Alors que les arthrites des membres sont toujours à débuts foudroyants, les maux de Pott, ici, évoluent à bas bruit, très souvent sans abcès ossifluents, la scoliose est minime, et il est très facile de les convaincre de la nécessité de l'intervention; ils viennent, d'ailleurs, au bon moment, et la greffe d'Albee donne d'excellents résultats: nous la faisons selon la technique que nous enseignait notre maître, le professeur R. Leriche, c'est-à-dire en soulevant à bloc une série d'apophyses épineuses et en glissant sous elles 1 ou plusieurs greffons. Nous avons pratiqué deux greffes d'Albee et nous avons vu, par ailleurs, 5 maux de Pott bien consolidés.

Nous voyons donc, en résumé, que les difficultés du traitement dans ce pays sont beaucoup plus consécutives au patient qu'à l'évolution des lésions; remarquons toutefois qu'il se comporte un peu comme se comporte le nègre en face de l'infection tuberculeuse, mais ceci seulement au début de la maladie; ensuite, ils évoluent comme des Européens mal soignés. Que les coutumes de ce pays se modifient, alors il sera aisé de les soigner et d'obtenir de bons résultats.

RECUEIL DE FAITS

L'ŒIL ET LES CONTUSIONS

Par **Emilien MARANDA**,
Ophtalmo-oto-rhino-laryngologiste (Québec).

Nous avons cru intéressant de vous présenter un court résumé des contusions oculaires [1]. Nous terminerons cet exposé par une observation personnelle. Intentionnellement, nous ne parlerons que des contusions directes sans plaie du globe, lesquelles peuvent affecter soit le segment antérieur, soit le segment postérieur ou le tonus oculaire. Elles peuvent aussi aggraver un mauvais état antérieur de l'œil.

Les contusions directes avec plaie du globe affectent spécialement le sclérotique.

L'œil, plutôt petit et situé dans l'orbite osseuse, paraît être assez bien protégé contre les traumatismes. Cependant, il reçoit plus que sa part de blessures. Malgré ses protections naturelles, la fréquence des traumatismes oculaires est encore très élevée. Ils représentent 7 pour 100 des traumatismes atteignant l'ensemble du corps et 10 à 15 pour 100 des cas ophtalmologiques.

Contusions directes sans plaie du globe

A) *Segment antérieur.*

Nous venons de dire que l'œil est bien protégé dans l'orbite; seule la partie antérieure du globe est très vulnérable.

Frenkel, dans ses deux articles dont l'un paru dans les *Annales d'Oculistique* en 1918 et intitulé: « Etude sur le Syndrome traumatique du segment antérieur », et l'autre publié dans les *Archives d'Ophtalmologie* en 1931 et ayant pour titre: « Le Syndrome traumatique », a employé toute sa valeur médico-légale à bien étudier les contusions frappant l'œil directement sans provoquer de plaie pénétrante sous le nom de syndrome traumatique du segment antérieur dont le symptôme dominant est le déplacement du cristallin.

Au moment du choc, le blessé éprouve habituellement une douleur très vive, syncopale, plus ou moins tenace, avec un œil dur au toucher et sensible à la pression.

Aussitôt et dans les premiers jours après l'accident, on peut observer une plaie de la région péri-oculaire, un œdème ou une simple ecchymose des paupières.

La conjonctive peut être hyperhémiée, parfois déchirée, avec un chémosis ou une hémorragie sous-conjonctivale.

La cornée peut présenter soit des érosions ou de l'œdème.

La chambre antérieure est souvent trouble; on constate le plus souvent un hyphéma. Ces hémorragies de la chambre antérieure se résorbent presque toujours rapidement et laissent un trouble pigmenté qui se dépose à la partie postérieure de la cornée. La chambre antérieure subit aussi des modifications de profondeur, quelquefois diminuée par la propulsion du cristallin en avant, plus souvent augmentée par le déplacement du cristallin en arrière, presque généralement inégale par la subluxation du cristallin.

Il ne faut pas oublier que c'est, en effet, la subluxation du cristallin qui est le symptôme dominant des lésions du segment antérieur et conditionne les lésions de l'iris et de la pupille.

Les lésions iriennes sont souvent cachées au début par les hémorragies de la chambre antérieure; ce n'est qu'après leur résorption qu'on peut découvrir des déchirures du stroma, des lésions de la pupille, une iridodialyse.

L'iridonésis s'observe dans le tiers des cas de subluxation.

1. Nous tenons à faire remarquer que ce travail est le résumé d'un chapitre sur les Contusions Oculaires ayant été publié dans le grand Traité d'Ophtalmologie paru en 1939.

La pupille est souvent modifiée, soit dans sa forme, sa situation ou son diamètre.

Avec la mydriase coexiste le plus souvent l'abolition totale des réflexes à laquelle succède parfois un Argyll-Robertson traumatique et unilatéral.

Nous ne pouvons passer sous silence les lésions du cristallin telles que:

a) La cataracte par commotion.

b) La cataracte en rosace s'installant très rapidement et siégeant dans les couches sous-capsulaires postérieures et se résorbant généralement.

c) La cataracte sous-capsulaire antérieure très fréquente.

d) La cataracte d'emblée ou rapidement totale.

e) Il existe enfin des cataractes tardives, appelées cataractes contusives, survenant longtemps après le traumatisme et secondaires à des altérations du fond d'œil.

On peut rattacher au syndrome traumatique du segment antérieur: les troubles de la réfraction d'origine traumatique;

les paralysies de l'accommodation, qui peuvent être passagères et disparaître en même temps que la mydriase et l'abolition du réflexe de la convergence, ou être durables et être rattachées à des lésions graves;

l'hypermétropie traumatique, exceptionnelle, et liée au recul du cristallin subluxé;

la myopie traumatique, bien plus fréquente, généralement faible, et qui a tendance à guérir spontanément; elle peut être liée à un spasme de l'accommodation avec myosis et hypertension et disparaître en quelques jours;

l'astigmatisme traumatique, qui est de règle dans les déplacements du cristallin.

B) *Segment postérieur.*

La lésion la plus fréquente du segment postérieur causée par les contusions directes du globe est la commotion rétinienne de Berlin, consistant en l'apparition, au niveau du pôle postérieur de la rétine, d'un trouble blanc laiteux entourant une macula rouge et s'accompagnant d'une baisse sensible de l'acuité visuelle. Ce trouble de Berlin a une résolution rapide et ne dure qu'un ou deux jours. Plus tenaces sont les lésions de la macula décrites par Haal et apparaissant sous la forme de taches jaunâtres devenant grisâtres par la suite.

Très fréquentes aussi sont les hémorragies du vitré, produites par l'épanchement dans le corps du vitré du sang provenant du corps ciliaire, de la rétine, ou de la choroïde. Ces hémorragies, plus ou moins abondantes, peuvent rendre complètement inexplorable le fond d'œil; elles se résorbent plus ou moins rapidement, quelquefois elles s'organisent en tries conjonctivales définitives, pouvant aboutir à la chorio-rétinite proliférante.

Les hémorragies rétiniennes apparaissent de préférence au niveau de la macula et de la papille. On peut aussi observer des déchirures de la rétine et l'image du trou dans la macula.

Mais le décollement traumatique de la rétine est la lésion la plus grave des contusions affectant le pôle postérieur du globe. Il n'est pas absolument rare de voir survenir un décollement de la rétine aussitôt ou très peu de temps après une contusion d'un œil antérieurement sain. Toutefois, dans cette affection, la notion de responsabilité a pu quelquefois fausser la notion d'étiologie. Actuellement on semble vouloir admettre qu'il n'y a pas de décollement spontané de la rétine. Tout malade atteint de décollement, qu'il soit ou non myope et atteint de lésions choroïdiennes anciennes, est interrogé scrupuleusement pour savoir s'il n'a pas reçu un choc quelconque sur l'œil, sur la tête ou même sur une autre partie du corps, s'il n'a pas fait un effort violent; et le malade, de bonne foi, se rappelle toujours qu'il a reçu, un jour, un coup ou qu'il a fait un gros effort musculaire, et quel ouvrier n'est pas chaque jour sujet à ces contusions et ces efforts? Aussitôt, on établit une relation de cause à effet entre le traumatisme découvert et le décollement observé.

Vogt, dans un article paru en 1929, a insisté sur les causes indirectes et les petits traumatismes dans la production du décollement de la rétine.

Jeandelize, au Congrès de Madrid en 1933, a mentionné 25 décollements d'origine traumatique, dont 18 étaient dus à un traumatisme agissant directement sur le globe et 7 par action indirecte, telle qu'un coup sur la tête, une chute, un ébranlement du corps, un gros effort.

De même que la rétine, la choroïde peut être le siège d'hémorragies et de déchirures: déchirure directe, quand elle se produit au niveau de la contusion; indirecte, quand elle se produit à un endroit distant de la contusion. Les déchirures choroïdiennes indirectes siègent de préférence au pôle postérieur, du côté temporal de la papille et dans le voisinage de la macula (trou dans la macula). Elles se cicatrisent habituellement en montrant l'aspect d'une tache blanche linéaire, pigmentée sur les bords. D'après Coutela, Lagrange et Bonhomme, dans un article paru dans le *Bulletin de la Société Française d'Ophtalmologie* en décembre 1935, des lésions de choroïdite maculaire peuvent se manifester longtemps après une contusion du globe, plusieurs mois, même plusieurs années.

C) *Tonus oculaire.*

Les troubles du tonus oculaire, par leur fréquence et par leur importance, méritent une place à part dans l'étude des contusions du globe.

La contusion oculaire qui engendre habituellement de l'hypotension peut provoquer aussi de l'hypertension. Il n'est pas rare aussi qu'une hypertension succède à une hypotension ou inversement.

L'importance du « glaucome traumatique » a été reconnue depuis les observations de Ferber, Garnier, Myers, Fromaget et Magitot. Ce dernier en a fait une étude très approfondie. Ce type d'accident doit être nettement distingué du glaucome vrai qui éclate à l'occasion d'un traumatisme atteignant un organe autre que le globe oculaire.

L'hypertension traumatique a donné lieu à de nombreuses recherches expérimentales parmi lesquelles on peut citer celles de Leplat en 1924-25 et Larsson en 1930.

D'après Magitot, dans le chapitre d'hypertensions pathologiques paraissant dans le tome VI du *Traité d'Ophtalmologie* paru en 1939, on peut cliniquement distinguer trois types principaux d'hypertensions contusionnelles.

Dans un premier type, l'hypertension n'est qu'un symptôme passager constaté fortuitement. Dissipée en quelques jours ou quelques semaines, elle ne s'accompagne pas de lésions persistantes. L'œil est souvent objectivement sain, la vision est atteinte, mais la récupération s'effectue en même temps que l'hypertonie disparaît.

Dans un deuxième type, l'hypertension traduit sa présence par des symptômes apparents, douleur, petit hyphéma, mydriase, perversion des réflexes pupillaires, myopie traumatique. C'est à ce type de glaucome dit traumatique que se rattache l'observation personnelle que nous relaterons plus loin.

Enfin, dans un troisième type, le traumatisme engendre une hypertension continue ou à rémission, mais de longue durée. Le globe est affecté par l'existence de lésions engendrées par le traumatisme. L'autre œil est hypotone. Il existe des troubles pupillaires, une désinsertion irienne, des hémorragies antérieures ou vitréennes, un état spasmodique ou paralytique de l'accommodation, une cataracte traumatique ou une luxation du cristallin, etc. Les signes généraux sont souvent bruyants (réflexe trigémino-vago-sympathique): nausées, vomissements, douleurs, comme pour l'hypertension qui accompagne la luxation du cristallin. Et, en fait, cette luxation existe souvent et passe au début inaperçue. Ces phénomènes peuvent se produire de manière précoce, mais parfois c'est plusieurs semaines après le traumatisme que les crises douloureuses surviennent.

Quant au mécanisme des hypertensions traumatiques, il est fort intéressant à analyser et chacune des trois catégories présente un facteur dominant.

Les hypertensions graves de la troisième catégorie présentent un complexe où le traumatisme nerveux s'accompagne de lésions vasculaires importantes et de désordres anatomiques parfois considérables. Dans tel globe, ce sont les troubles vasculaires et les hémorragies qui conditionneront la gravité du pronostic, dans un autre, c'est la dislocation du cristallin, le tiraillement de la zonule, l'irritation de l'iris, ou le gonflement de la cataracte traumatique comprimant les procès ciliaires et la racine irienne. L'hypertension peut être précoce et après une certaine évolution aboutir à une hypotonie et même à une phtisie

du globe. Elle peut également être tardive et suivre une phase d'hypotonie plus ou moins prolongée. Mais dans l'une ou l'autre éventualité ce sont les désordres anatomiques dus au traumatisme qui dominent.

Dans les deux autres catégories, l'hypertension (de même que l'hypotension) est la résultante de l'état d'excitation ou de la parésie que le traumatisme a infligée au système nerveux régulateur du globe et aux vaisseaux eux-mêmes.

Voici maintenant cette observation personnelle dont nous avons parlé plus haut.

Observation.

Laurent B., âgé de 12 ans, en jouant au gouret le 11 janvier 1944, fut frappé à l'œil droit par un de ses compagnons de jeux. Il a présenté une déchirure de la paupière supérieure à l'angle interne, laquelle a nécessité la mise en place de deux points de suture par son médecin de famille. L'œil n'était pas douloureux et l'enfant ne se plaignait que d'un embrouillement visuel marqué. Des applications de glace sur son œil et le repos complet furent alors conseillés. Trois jours après, durant la nuit, l'enfant fut éveillé par une forte crise douloureuse intraoculaire accompagnée de nausées, vomissements, etc., d'où nécessité de lui faire l'injection d'un calmant.

Le lendemain, l'enfant nous était dirigé. Notre examen nous révéla alors un hyphéma très marqué ainsi qu'un œil dur et douloureux avec une hypertension de 90 vérifiée au tonomètre de Bailliart. L'on sait que la normale est aux environs de 18 à 20. La tension de l'œil sain était de 18. L'acuité visuelle de l'œil traumatisé était réduite à la perception lumineuse seulement tandis que celle de l'œil gauche était normale.

Vu la présence de cet hyphéma, impossibilité de distinguer la pupille, l'iris et le cristallin sous-jacent.

Nous avons institué immédiatement: instillations de pilocarpine à 1% aux 2 heures, calmants contre les douleurs et application de glace sur l'œil. Fait intéressant à noter, c'est qu'après 24 heures d'instillations de pilocarpine, les douleurs étaient disparues et la tension oculaire était descendue à 30, s'étant maintenue à ce chiffre pendant 48 heures pour ensuite remonter aux environs de 90. Comme l'hyphéma persistait toujours et qu'il y avait régression des douleurs et de l'hypertension, et vu que les myotiques n'agissaient plus, nous sommes alors intervenus chirurgicalement. Nous avons fait subir à notre petit patient une ponction de la chambre antérieure avec lavage de celle-ci. Nous tenons à souligner que nous avons fait précéder cette paracentèse d'une injection sous-conjonctivale d'adrénaline à 1/1000 afin de bloquer l'hypertension de réaction.

Dans les premières heures après l'intervention, notre patient n'a accusé aucune douleur. 24 heures après l'intervention, c'est-à-dire au premier pansement, la tension oculaire était redevenue normale. Mais malheureusement ce grave traumatisme oculaire avait occasionné une hémorragie du vitré et une légère opacité de la cristalloïde antérieure avec mydriase paralytique que nous pouvions constater pour la première fois vu la disparition de l'hyphéma.

L'œil n'a plus présenté d'hypertension. A sa sortie de l'hôpital, l'acuité visuelle, de perception lumineuse qu'elle était, était montée à 1/10. Mais il y avait amélioration dans les lésions du vitré et la mydriase était alors moins marquée.

Malheureusement, comme il arrive assez souvent, vu que ce patient demeure en dehors de la ville, nous ne l'avons pas revu. Toutefois, vu le laps de temps écoulé depuis notre dernier examen, nous ne croyons pas qu'il se soit manifesté de nouvelles poussées hypertensives.

LE DIVERTICULE DU DUODÉNUM [1]

Par **Roland DECARIE**
Chirurgien à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Le diverticule du duodénum est connu depuis longtemps, puisque les premiers cas rapportés remontent au XVIIIe siècle, d'après l'étude faite sur ce sujet par Pavel et Paunesco-Podeano. Ces auteurs font un relevé de tous les cas publiés jusqu'en 1938.

Avant l'ère radiologique, tous les cas rapportés sont des trouvailles d'autopsie. C'est depuis le développement de la technique radiologique que cette lésion est mieux connue et que son étude, tant au point de vue radiologique, qu'étiologique, pathologique, clinique et thérapeutique, a été complétée. Les nombreux travaux parus ces dernières années témoignent de l'intérêt que suscite cette question et démontrent que le traitement du diverticule du duodénum est encore à l'état d'étude.

Ce diverticule est assez fréquent, mais il passe souvent inaperçu, parce qu'il n'est pas toujours visible aux R. X., qu'il ne cause souvent aucun trouble et que sa symptomatologie est des plus floues et peut simuler toutes autres lésions du tube digestif. Il est presque exclusivement mis en évidence inopinément au cours d'un examen radiologique du tube digestif pour la recherche de toute autre lésion.

* * *

Au point de vue étiologique, la fréquence du diverticule du duodénum varie beaucoup suivant les auteurs. En moyenne, on peut dire qu'on le rencontre dans 0.5% des cas examinés aux R. X., pour troubles digestifs. Il serait beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme, dans la proportion de 2 à 1. Il se rencontre presque toujours à un âge assez avancé, habituellement après 50 ans, et même dans 45 à 50% des cas après 60 ans. Mais on le rencontre également chez les jeunes, voire même les nouveau-nés.

* * *

La pathogénie de ce diverticule est des plus discutées. Est-il d'origine congénitale ou d'origine acquise? Aucune des deux théories ne peut donner satisfaction, quoique chacune semble justifiée dans un certain nombre de cas. La théorie de l'origine acquise explique ce diverticule par une lésion inflammatoire ou autre au niveau du duodénum ou dans le voisinage. En effet, ces lésions de voisinage: cholécystite, péricholécystite, ulcère duodénal ou gastrique, pancréatite, duodénite, se rencontrent dans au delà de 50% des cas. Le diverticule serait consécutif soit à une traction par brides cicatricielles ou adhérences, soit à un affaiblissement de la paroi du duodénum provoquant, sous l'effet de la distension, une hernie de la muqueuse.

La théorie de l'origine congénitale s'appuie sur l'embryologie; au cours du développement du fœtus, les bourgeons qui donnent naissance au pancréas et aux canaux pancréatique et cholédoque, laisseraient un point de faiblesse à ce niveau, ce qui expliquerait la fréquence du diverticule au niveau de la deuxième portion du duodénum. De plus, l'existence de diverticule chez le nouveau-né, la coexistence d'autres malformations congénitales, donnent une certaine force à cette théorie.

* * *

Le plus souvent, ce diverticule est unique; cependant les cas où on en rencontre 2, 3, 4 et même 5 ne sont pas rares, tels que le cas présenté dans ce travail. Le siège le plus fréquent de cette lésion est la deuxième portion du duodénum, puis, par ordre de fréquence, la quatrième, la troisième et enfin, mais rarement, la première portion du duodénum. Les diverticules de la deuxième portion sont habituellement situés sur la face concave, en relation étroite avec le pancréas, les vaisseaux et les canaux excréteurs de la région, ce qui rend leur extirpation difficile et dangereuse. Ceux de la première portion sont souvent situés sur le bord convexe du duodénum; ils sont difficiles à trouver à l'opération parce qu'ils sont

1. Travail présenté à la *Société de Chirurgie de Montréal*, séance du 22 mars 1944.

enfouis dans l'épaisseur du petit épiploon et leur extirpation n'en est pas moins délicate. Ceux de la troisième portion, s'ils sont situés sur la face supérieure, ont des rapports intimes avec le pancréas, et, s'ils sont situés en avant ou sur la face inférieure, ils ont des relations intimes avec les vaisseaux mésentériques, ce qui rend, de toute façon, leur extirpation des plus délicates. Ceux

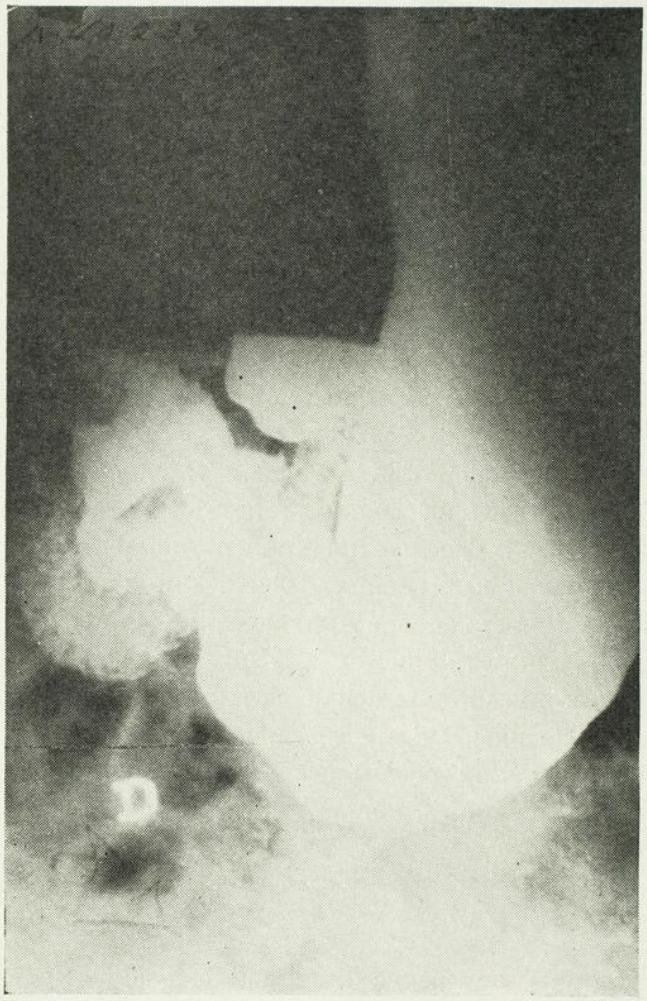


Fig. 1.

de la quatrième portion, rétro-péritonéaux, ne sont pas mieux situés pour le chirurgien. C'est toujours une opération délicate et souvent la prudence oblige le chirurgien à s'arrêter en cours de route.

* * *

Les symptômes du diverticule du duodénum sont des plus flous, ils n'ont rien de caractéristique: douleur plus ou moins vive au creux épigastrique, nausées, vomissements, hématémèse, subictère, pouvant faire penser à une colique hépatique, amaigrissement, etc., symptômes qui peuvent être attribuables à toutes autres lésions du tube digestif: cholécystite, ulcère du duodénum, pancréatite, etc. De plus, ce diverticule ne cause souvent aucun trouble, surtout celui qui se remplit et se vide bien; celui qui se vide mal peut être le siège de stase et d'infection secondaire et causer des troubles graves. C'est, le plus sou-

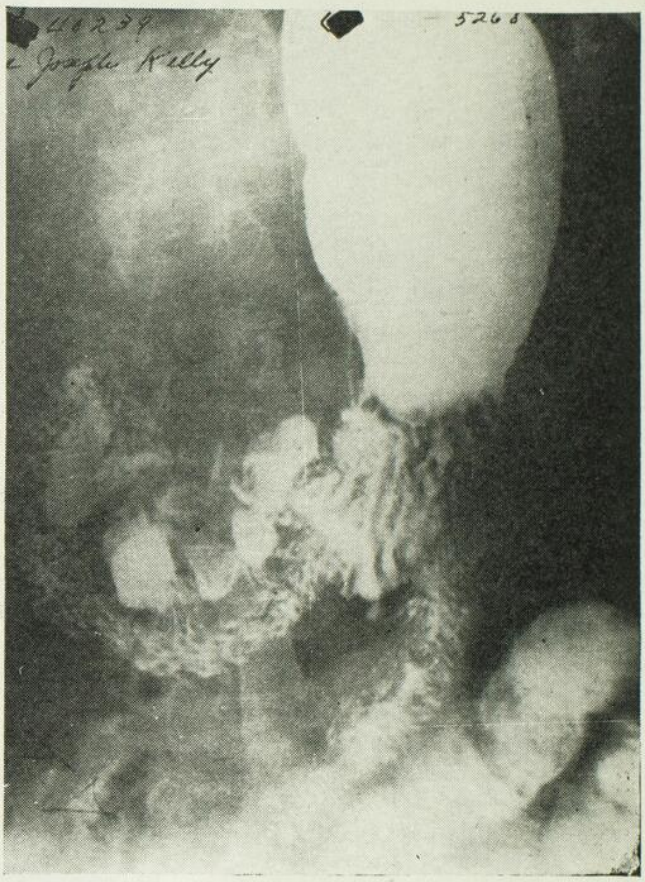


Fig. 2.

vent, par hasard, au cours d'un examen radiologique du tube digestif, que le diagnostic est posé. L'attention est alors attirée sur ce diverticule, auquel tous les troubles sont attribués. Mais il ne faut pas oublier que, dans 50% des cas, il y a d'autres lésions qui peuvent être la cause des troubles. Il ne faut intervenir que lorsque le diverticule est réellement en cause et que toutes autres lésions ont été éliminées. D'après Mialaret, beaucoup de ces malades continuent à souffrir après l'intervention, parce qu'une maladie concomitante est passée inaperçue.

Le traitement du diverticule du duodénum, après élimination de toutes lésions de voisinage,

peut être médical ou chirurgical. Le traitement médical consiste en un régime et une médication comme dans l'ulcère d'estomac. Si les troubles s'aggravent et compromettent la vie du malade, il faut intervenir et tirer le meilleur parti possible de la situation.

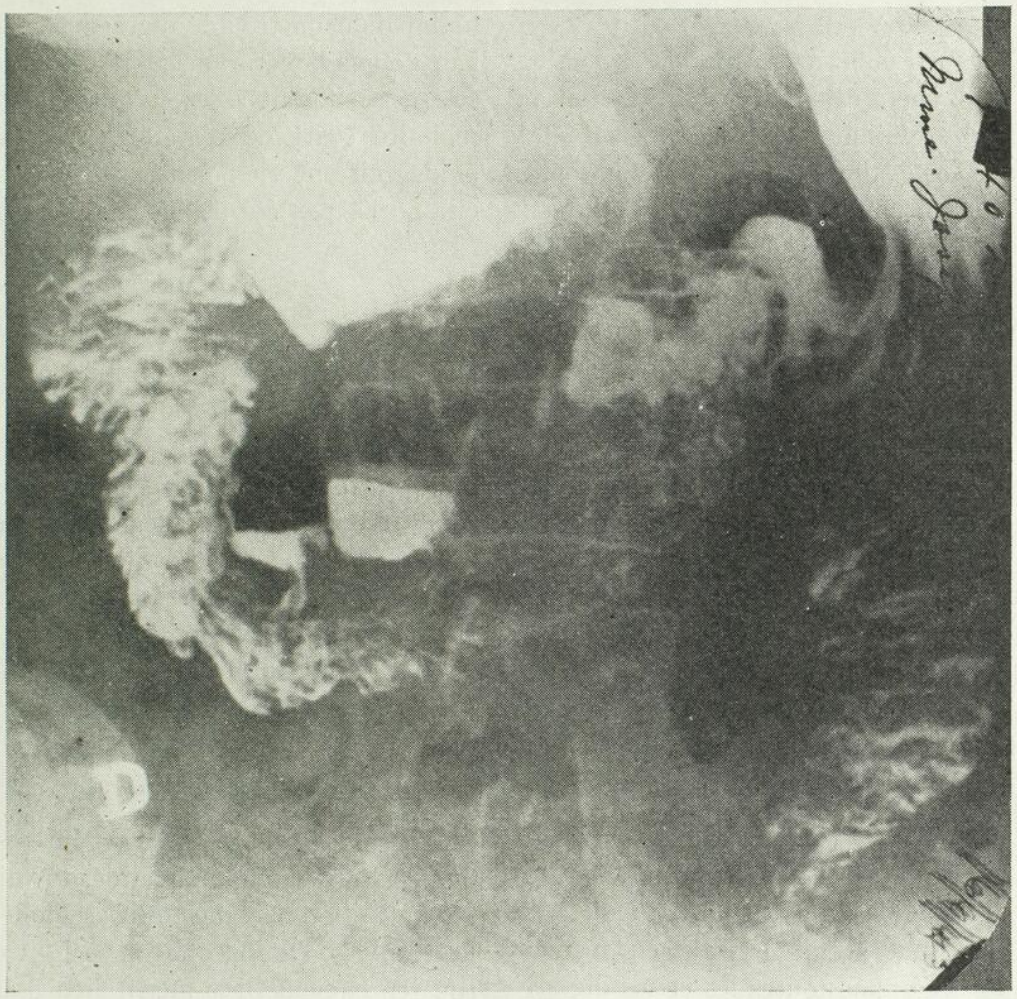


FIG. 3.

Observation.

Une femme de 65 ans entre à l'hôpital le 10 septembre 1943 pour syndrome abdominal aigu et hernie crurale gauche étranglée. La maladie a débuté il y a 15 jours environ par une douleur dans la région crurale, douleurs généralisées à tout l'abdomen, nausées, vomissements. Puis tout est rentré dans l'ordre. Nouvelle crise, il y a trois jours, plus violente, douleur très vive au niveau de la hernie, douleurs vives à tout l'abdomen, avec maximum d'intensité au niveau de la région épigastrique, vomissements, hématémèse importante. C'est alors qu'elle est transportée d'urgence à l'hôpital, pour hernie étranglée et syndrome abdominal aigu.

Dans les antécédents, on note des troubles digestifs vagues, pouvant faire penser à une cholécystite ou à un ulcère d'estomac, mais toujours accompagnés d'une douleur plus ou moins vive au niveau de la hernie, avec sensation de tension, de tuméfaction de la région.

Examen clinique.

La malade est pâle, déshydratée, à facies angoissé, à langue sèche. Le pouls bat à 84, la P/A. est 100/78, les bruits du cœur sont assourdis, avec rythme de galop, pas de souffle, râles de congestion aux bases pulmonaires. On note une douleur généralisée à tout l'abdomen avec maximum d'intensité à la région péri-ombilicale droite, sans défense musculaire bien marquée. La matité hépatique est augmentée de volume, le

foie est douloureux. Dans la région crurale gauche, on trouve une grosse hernie, coiffée d'un lipome, partiellement réductible, légèrement douleureuse. La malade, qui a reçu une injection de morphine avant son transport en ambulance, dit qu'au cours du trajet, la hernie se serait réduite spontanément et qu'elle se sent bien soulagée depuis.

L'état d'urgence étant passé par la réduction spontanée de la hernie, on décide de garder la malade sous observation et de remonter son état général. Dans les 24 heures tous les symptômes disparaissent, sauf une légère sensibilité au creux épigastrique et à la région crurale gauche. De fait, cette malade ne reçut aucun narcotique après son entrée à l'hôpital.

La hernie crurale explique mal les troubles digestifs antérieurs, surtout les hématémèses, aussi on décide de compléter l'examen de la malade. Une cholécystographie ne montre aucun calcul visible, mais aspect de vésicule imperméable. Un examen du tube digestif par repas baryté donne comme résultat: « Œsophage et estomac normaux. Bulbe et cadre duodénal normaux. Sur les 3e et 4e portions du duodénum sont greffés 4 et peut-être 5 diverticules d'assez grosses dimensions, très douloureux au palper. Le rythme de l'évacuation gastrique n'est cependant pas modifié de façon notable.» (Dr Bélisle.)

Quelle conduite tenir devant une malade qui souffre d'une cholécystite, de diverticules du duodénum et d'une hernie crurale en menace d'étranglement? Comme toutes les crises digestives antérieures étaient accompagnées et souvent commençaient par une douleur et une sensation de tension au niveau de la hernie, on décide d'intervenir pour cette lésion, qui, d'après la malade, serait la cause de tous les troubles. Le 23 septembre, herniotomie par la technique de Cadenas: hernie épiploïque non réductible adhérente au sac, résection épiploïque. Guérison sans incident. Toute intervention, soit sur la vésicule, soit pour les diverticules, est remise à plus tard, si nécessaire, à cause de l'état général de la malade.

Cette malade, revue à plusieurs reprises depuis, et pour la dernière fois le 15 février, malgré un régime alimentaire assez généreux, ne se plaint d'aucun trouble digestif, ni d'aucune douleur depuis l'opération, alors qu'autrefois les crises se répétaient assez fréquemment, surtout au moindre écart de régime. Elle a augmenté de poids, fait une vie normale et se sent bien comme elle ne l'a pas été depuis longtemps.

Commentaires

D'après I. Pavel et A. Paunesco-Podeano [1] et Bockus [2], qui ont fait un relevé complet de la bibliographie à date, et une étude de la question, en présence d'un diverticule du duodénum, il faut toujours penser aux lésions concomitantes de voisinage. Il ne faut intervenir que lorsque le diverticule est réellement en cause, après échec d'un traitement médical sérieux et lorsque la vie du malade est en jeu. Car, il ne faut pas oublier que c'est toujours une opération grave et délicate, qu'on ne peut souvent pas mener à bonne fin, et dont les résultats ne sont pas des plus encourageants.

L'observation présentée est intéressante, parce que ce n'est pas une affection de voisinage, mais une affection éloignée qui, semble-t-il, causait les troubles. De toute façon, si les troubles digestifs reprenaient, il y aurait lieu d'intervenir sur la vésicule avant de tenter une exclusion du pylore et une dérivation par gastro-entérostomie, seule opération possible dans ce cas-ci.

---

1. *Affections non ulcéreuses du duodénum,* Paris, 1938; Masson édit.
2. *Gastro-enterology,* Philadelphie, 1944; U.-B. Saunders édit.

MOUVEMENT MEDICAL

TECHNIQUE D'HÉMORROÏDECTOMIE

Par **Antoine PETTIGREW, John FISHER** et **Maurice SAMSON.**
Chirurgiens à l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

L'hémorroïdectomie a toujours été une opération à laquelle les patients se sont difficilement soumis, vu les suites opératoires si douloureuses; et bon nombre de ceux-ci préfèrent se confier au charlatan.

La technique habituellement employée consiste à constiper le malade la veille et le matin de l'opération; puis, après dilatation anale, à prendre dans une pince « clamp » l'hémorroïde interne et externe, à ligaturer en bloc puis à laisser dans le rectum un drain-tube enroulé d'une mèche, et enfin à constiper le malade pour cinq jours.

Avec cette méthode nous ne connaissons pas de patient qui n'ait souffert et chez qui la morphine n'ait été donnée pendant plusieurs jours pour soulager très peu, et pour qui la débâcle du cinquième jour n'ait été un vrai supplice.

Nous avons donc cherché à améliorer le sort de ces opérés et aussi à trouver une technique plus anatomique et moins douloureuse; voilà pourquoi depuis quelques mois nous avons employé la méthode de Granet, laquelle diffère de beaucoup de l'intervention classique tant par la préparation préopératoire et la position du malade sur la table, que par l'ablation de l'hémorroïde elle-même et les suites opératoires.

Technique

La préparation préopératoire est simple: nous ne constipons pas le patient, seul un lavement est donné la veille et le matin de l'intervention.

Sur la table d'opération le patient est couché sur le ventre (Fig. 1), les membres inférieurs fléchis à 45°, les fesses sont écartées l'une de l'autre par des diachylons de deux pouces de large, fixés à la table.

Après la dilatation anale (Fig. 2) on applique un écarteur spécial en forme d'anneau et fort simple; c'est un cercle métallique de cinq pouces de diamètre que l'on fixe en quatre points avec des crins à égale distance sur la bordure cutanéo-muqueuse. Les points étant sous tension sur le cercle, nous avons alors une vision parfaite de l'anus et du rectum sur une profondeur de cinq à six centimètres, et nous avons aussi un plan rigide sur lequel nous pouvons disséquer l'hémorroïde.

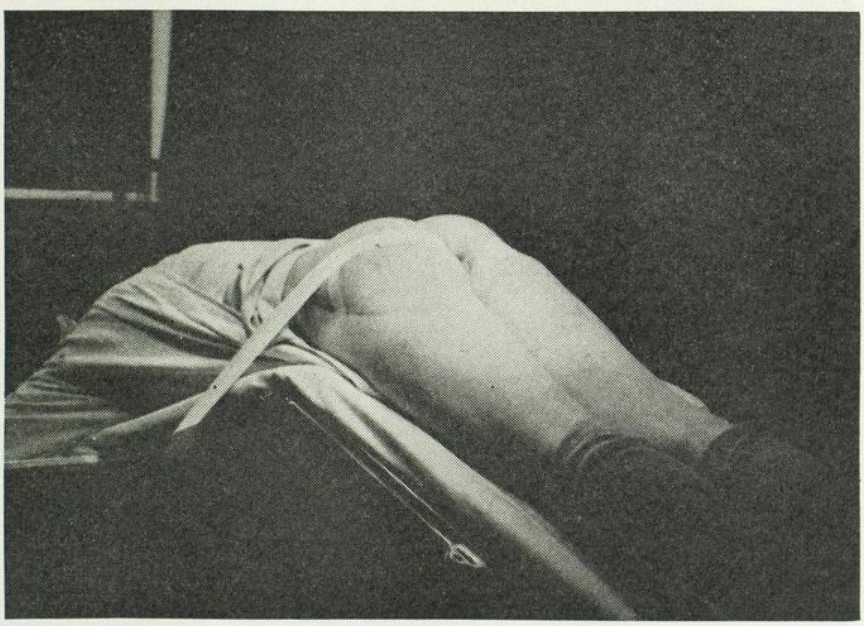


Fig. 1. — Position du malade sur la table d'opération, les fesses sont écartées par des diachylons de deux pouces de large.

Nous plaçons (Fig. 3) alors une pince Allis sur l'hémorroïde interne et nous faisons au bistouri une incision longitudinale de la muqueuse, de chaque côté et le plus près possible du pédicule hémorroïdaire. Puis nous mettons une autre pince Allis sur l'hémorroïde externe, et nous faisons une incision sur le bord marginal cuta-

néo-muqueux. Avec le manche du bistouri on dissèque le paquet hémorroïdaire de dedans en dehors sans léser les fibres circulaires du sphincter sous-cutané. Puis on récline le sphincter externe et on remonte ainsi jusqu'au pédicule avec une aiguille à hernie montée de chromique n° 1.

La muqueuse est refermée par un surjet, ou bien nous laissons guérir par le fond comme pour une fistule, ce que nous avons fait dans

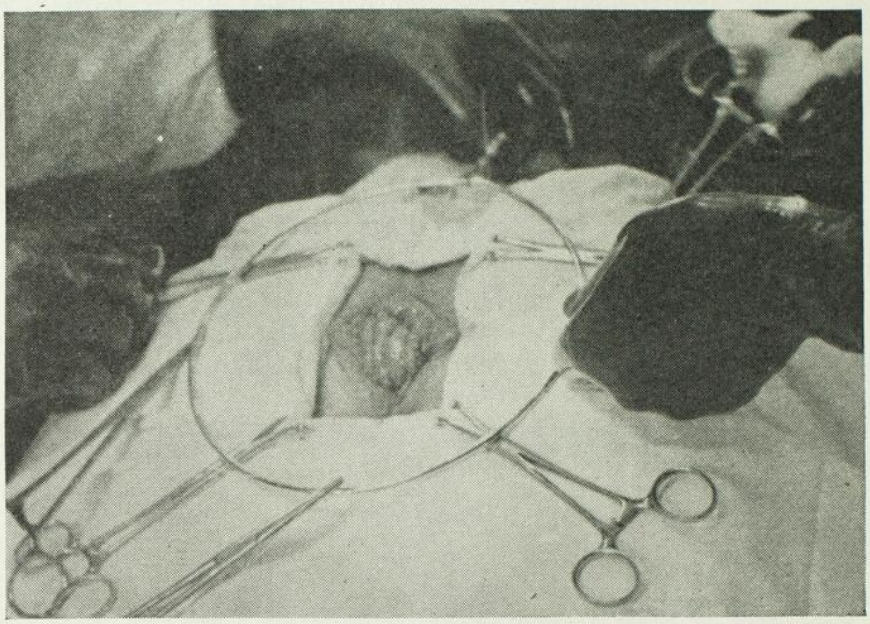


FIG. 2. — Cercle métallique de cinq pouces de diamètre fixé en quatre points avec des crins à égale distance sur la bordure cutanéo-muqueuse.

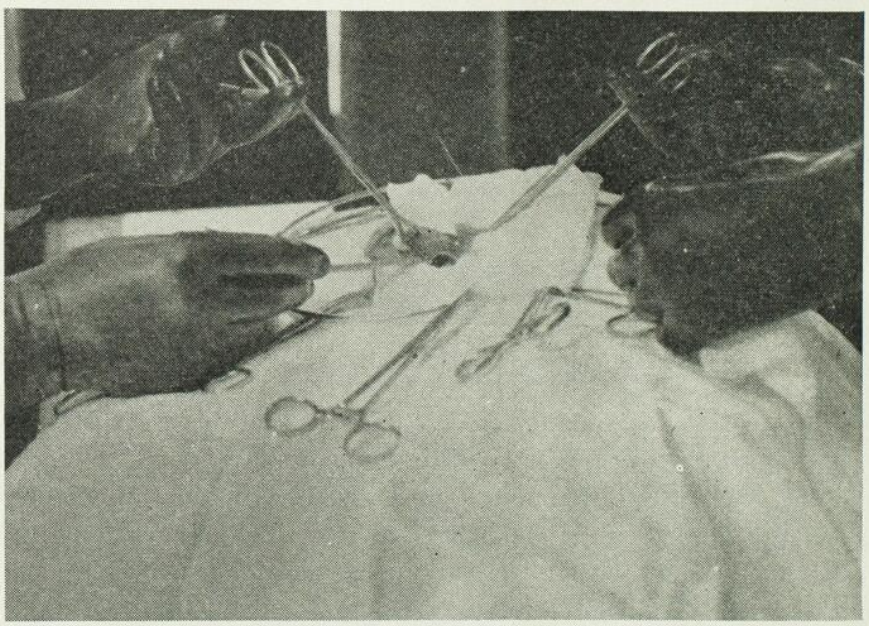


FIG. 3. — Une pince Allis est en place sur l'hémorroïde interne et une incision longitudinale est faite sur la muqueuse de chaque côté de la base du pédicule.

interne. Nous rejoignons alors les trois incisions, nous ligaturons la base de l'hémorroïde (Fig. 4), nous sectionnons et nous fixons ou ne fixons pas le pédicule aux muscles longitudinaux du rectum tous les cas. Une petite lame de caoutchouc d'un quart de pouce de large est laissée dans l'anus après avoir déposé sur la muqueuse recto-anale cinq grammes de sulfanilamide.

Nous ne constipons pas et le patient va à la selle dès qu'il en a besoin. Les seuls calmants que nous avons été obligés de donner dans tous nos cas ont été des comprimés contenant les analgésique habituels. Nous n'avons jamais eu de rétention d'urine et le lever précoce est de coutume.

Observations

1° M. P. T. présente deux gros paquets hémorroïdaires internes avec une petite fissure anale. Dans les suites opératoires le patient ne reçoit que deux comprimés d'Alonal et il quitte l'hôpital cinq jours après l'intervention.

2° Madame C. H. D. est porteuse de quatre gros paquets hémorroïdaires internes et externes. La malade ne reçoit aucun calmant et quitte l'hôpital cinq jours après l'intervention.

3° Mlle G. H. est hospitalisée pour trois gros paquets hémorroïdaires internes et externes. Le malade ne reçoit aucun calmant et quitte l'hôpital cinq jours après l'intervention.

4° Mme J. P. F. Nous réséquons chez elle deux gros paquets hémorroïdaires internes. Le soir de l'intervention elle reçoit un comprimé 282. Aucun autre calmant ne lui est donné par la suite et elle quitte l'hôpital quatre jours plus tard.

5° Madame J. A. L. est porteuse d'une fissure anale et de trois gros paquets hémorroïdaires internes et externes. Les suites opératoires sont sans douleur et elle ne reçoit aucun calmant.

6° Le soldat J. T. S. est porteur de deux gros paquets hémorroïdaires ainsi que d'une fissure anale. Les suites opératoires sont indolores et il ne reçoit aucun calmant. Il quitte l'hôpital le septième jour.

7° M. L. G. L. présente quatre gros paquets hémorroïdaires. Un seul comprimé d'un analgésique suffit à calmer le patient, qui quitte l'hôpital cinq jours après.

8° Mlle A. J., porteuse de trois gros paquets hémorroïdaires, est opérée suivant l'ancienne méthode. Dès le réveil elle est très souffrante, elle reçoit une injection d'un quart de morphine, sans soulagement complet. Le soir nous prescrivons un comprimé analgésique. Dans l'avant-midi du premier jour on donne un comprimé de pantopon *per os*. Dans la même journée l'intensité des douleurs nous force à prescrire deux injections d'un sixième de morphine et une autre d'un douzième d'héroïne. Le deuxième jour la patiente reçoit une tablette de cibalgine. Le cinquième jour après la débâcle intestinale nous sommes forcés de donner comme calmant un sixième de morphine, et la malade quitte l'hôpital le quinzième jour.

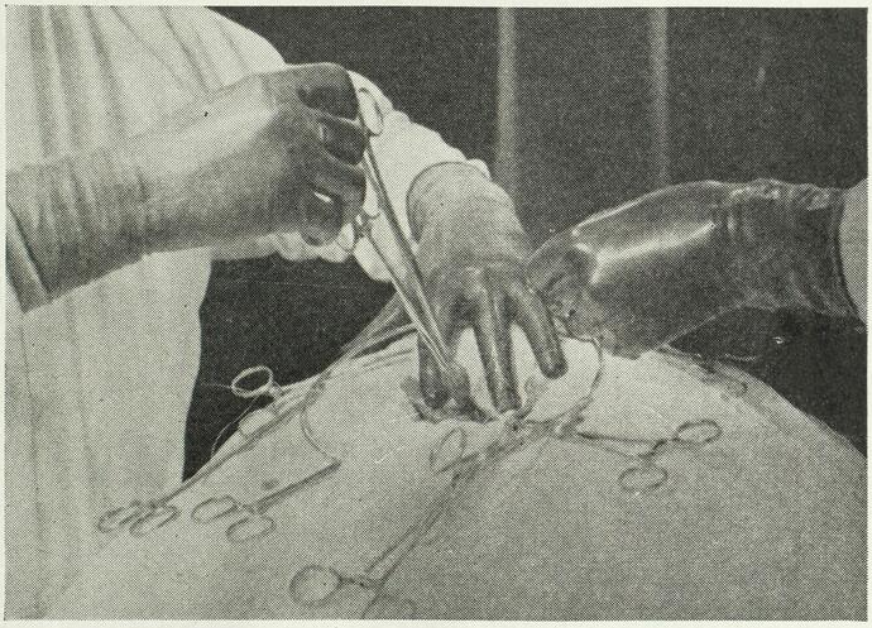


FIG. 4. — L'hémorroïde est disséquée et son pédicule est ligaturé par transfixation au chromique No 1.

Conclusions

L'hémorroïdectomie selon cette technique est supérieure à l'ancienne méthode pour les raisons suivantes:

1° L'opéré souffre peu et il est rarement nécessaire d'avoir recours à des narcotiques.

2° Nous n'avons pas de rétention urinaire.

3° Le fonctionnement physiologique de l'intestin est conservé.

4° Le lever est précoce et l'hospitalisation de courte durée.

5° Le patient accepte facilement cette intervention.

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

L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 73 — N° 7 Montréal, juillet 1944

CE QUE LES ORTHOPÉDISTES AMÉRICAINS PENSENT DE LA MÉTHODE KENNY

Il est un fait incontestable: c'est que la méthode Kenny pour le traitement de la poliomyélite ne paraît pas avoir très favorablement impressionné les orthopédistes américains. Et peut-être avec raison, si on analyse un article qui vient de paraître dans *The Journal of the American Medical Association* [1] et qui prend figure de manifeste. Cet article est la conclusion d'une enquête sérieuse, endossée par sept éminents orthopédistes des Etats-Unis. D'ailleurs, cette enquête avait été décidée par la section d'orthopédie de l'*American Medical Association* en juin 1942, qui avait au surplus désigné un comité à cet effet.

Voici ce que nous racontent ces Messieurs du Comité après avoir examiné environ 740 malades dont 650 furent traités selon la méthode Kenny, et après avoir adressé un questionnaire à 900 chirurgiens orthopédistes américains.

Sister Kenny, dans ses conférences, ses démonstrations et dans un livre paru tout récemment [2], compare les résultats de sa méthode à ceux qu'on obtenait et qu'on obtient par le traitement « orthodoxe ». Cette épithète « orthodoxe », selon les orthopédistes, est mal venue puisqu'un grand nombre de médecins recouraient, depuis la publication de l'ouvrage de Lovett en 1917, à la chaleur humide et sèche, au bains chauds, pour vaincre la douleur des membres et ainsi s'efforçaient de réaliser le plus tôt possible l'exercice musculaire et favoriser précocement le transit de l'influx nerveux volontaire vers les muscles. Mais cette considération ne possède qu'un intérêt académique dans la discussion, à moins que l'on ne veuille juger rétrospectivement la façon dont étaient traités les poliomyélitiques et qu'on n'en arrive à la conclusion qu'ils n'étaient pas si mal partagés même si on est partisan de la méthode Kenny. Mais venons-en aux points principaux de la critique.

Le spasme musculaire dans la paralysie infantile constitue pour Miss Kenny le phénomène crucial, le facteur primordial des impotences, des difformités et des infirmités futures. Les muscles en spasme sont les seuls malades, les muscles flasques ne le sont pas; et si ces derniers demeurent inactifs, c'est parce qu'il existe une « aliénation mentale » du mouvement volontaire, une inhibition motrice fonctionnelle déclenchée et entretenue par le spasme douloureux des muscles malades. On doit donc faire disparaître le plus tôt possible le spasme, afin de faire revenir la fonction des muscles inhibés et éviter l'incoordination et les infirmités trop étendues. Ce sont les fomentations chaudes, souvent répétées durant au moins 12 heures des 24 de la journée, la rééducation musculaire précoce, qui feront disparaître le spasme, rendront les muscles actifs en éliminant l'inhibition fonctionnelle (l'aliénation mentale selon Miss Kenny, très mauvaise expression à notre sens) et éviteront les complications, les séquelles et surtout l'incoordination du mouvement par suppléance ou substitution d'autres groupes musculaires.

Ainsi parle Miss Kenny.

Eh bien! les orthopédistes admettent que le spasme existe au tout début de l'affection, mais qu'il disparaît habituellement spontanément et que s'il persiste plus longtemps, comme cela peut arriver, il peut causer des déformations, mais non de la paralysie. Ils contestent que les muscles flasques soient sains ou normaux. A leur avis, la douleur peut momentanément inhiber la contraction, mais dès qu'elle disparaît le muscle reprend sa fonction.

D'autre part, la notion de spasme musculaire, de douleur, de raideur, au début de la poliomyélite, est connue depuis longtemps et intégrée dans la symptomatologie classique de l'affection. Il en est de même de ladite « aliénation mentale » qui décrit un phénomène

1. Ralph H. Ghormley et collaborateurs: « Evaluation of the Kenny treatment of infantile paralysis. » *J. A. M. A.* **125**: 466 (17 juin) 1944.

2. John F. Pohl et Elizabeth Kenny: *The Kenny Concept of Infantile Paralysis and its treatment*. Bruce Publishing Co., Minneapolis, 1943.

qu'on dénommait et dénomme encore par « paralysie temporaire », « paralysie de traction ou de tension » ou bien par « dissociation fonctionnelle du système nerveux ».

Sister Kenny croit que les paralysies résiduelles sont dues à la persistance du spasme musculaire qui ne fut pas traité et à l'inertie des muscles fonctionnellement inhibés, beaucoup plus qu'aux lésions profondes des cornes grises antérieures, alors que la notion classique, admise intégralement par les orthopédistes, enseigne que la paralysie flasque est entièrement la conséquence de la disparition des cellules motrices de la moelle. Cette divergence de doctrine et de compréhension des phénomènes observés entraîne forcément certains désaccords pour ce qui est du traitement de la maladie.

Ainsi, les orthopédistes considèrent que durant la phase aiguë fébrile, le traitement doit être purement médical, éliminant tout déplacement du malade, toutes manipulations qui pourraient lui être préjudiciables comme ceux nécessités par la méthode Kenny.

Ils reconnaissent l'importance de l'installation appropriée du malade dans son lit.

Les fomentations chaudes ne sont pas une panacée; les spasmes et la douleur tendent à disparaître spontanément; dans certains cas, la chaleur n'a exercé aucune influence et même le spasme est disparu aussitôt qu'ont été cessées les applications chaudes. La méthode stéréotypée de Miss Kenny est trop rigide et non essentielle, surtout si on enlève au spasme la primauté dans la hiérarchie des phénomènes cliniques de la poliomyélite. Les orthopédistes sont d'avis qu'on doit traiter chaque cas selon l'évolution des signes cliniques en combattant le spasme le temps désirable et par des moyens pour chaque cas, dont les applications chaudes.

On peut et on doit recourir à la mobilisation ne pas atteindre un degré d'ampleur du mouvement qui serait désagréable au malade.
passive et active des membres à condition de

La rééducation musculaire forme la base du traitement orthopédique de la poliomyélite depuis de nombreuses années; les orthopédistes sont donc en accord parfait sur ce point.

Contrairement à l'enseignement de Sister Kenny, quand il y a contractures précoces, afin de les contrôler et éviter des déformations considérables, il y a avantage à se servir de moyens de contention des membres. Il y aurait aussi profit éventuellement à utiliser des corsets, ce que Sister Kenny méconnaît.

On doit admettre que le « poumon d'acier » ou appareil à respiration artificielle continue à sauver bien des vies; il est indispensable dans certains cas, et on doit l'employer quand il y a lieu, malgré ce qu'en pense l'infirmière australienne.

On ne possède aucune preuve à l'effet que la méthode Kenny prévienne ou diminue les paralysies. Sister Kenny use d'un mauvais procédé quand elle affirme aux paralysés que s'ils avaient été traités selon sa méthode ils ne seraient pas de cette façon infirmes. Elle se trompe et elle trompe. Qu'on n'oublie pas que la guérison spontanée se montre dans une proportion de 50 à 80% des cas selon les épidémies. Sister Kenny s'illusionne grandement quand elle croit que tout malade traité par elle et guéri est redevable à sa méthode de sa guérison. Sa candeur l'égare, ou bien sa conviction l'aveugle.

Autrement, elle ne pourrait affirmer qu'avec sa méthode 80% des cas de paralysie infantile guérissent et que le traitement dit orthodoxe n'apporte que 13 pour cent de guérisons. Selon les orthopédistes, une telle affirmation constitue une déformation délibérée des faits. Et le public a maintenant l'impression que la méthode Kenny, appliquée précocement, avant même l'apparition des paralysies, les prévient ou en amoindrit considérablement la sévérité. Il est regrettable qu'une telle impression soit ainsi répandue; les paralysies définitives ne peuvent être ni prévenues ni diminuées par la méthode Kenny. Elles sont intimement liées à l'intensité de la lésion médullaire, qu'on n'oublie pas cette notion scientifique de première valeur. Certains procédés physiothérapiques, même ceux de Sister Kenny, ne pourront agir que contre des contractures et, par là, éviter des positions vicieuses qui entraveraient le jeu approprié des muscles sains du membre.

La méthode Kenny a été vantée au superlatif, on en a répandu les bienfaits dans le grand public, on a loué les mérites de sa protagoniste. Cela n'a pas été pour le mieux, car elle entretient des illusions et provoquera de

la part du profane des exigences non fondées et injustes. On a fait promettre à ce procédé thérapeutique beaucoup plus qu'il ne peut donner. N'est-ce pas là un abus de confiance? Miss Kenny a certainement un grand mérite personnel. Elle s'est dévouée sans merci pour le bénéfice des poliomyélitiques, elle a consacré son énergie et toute sa pensée à l'œuvre sacrée et humanitaire du soulagement de ses semblables. Nul ne le conteste. Doit-on pour cela admettre sans critique, les yeux fermés, tous ses avancés, doit-on appliquer sans restriction sa technique, croyant, d'une foi aveugle, en la réalisation inéluctable de résultats merveilleux?

Le postulat de cette méthode, qui fut probablement conçu après coup, est de construction primaire: tout mettre sur le compte du spasme musculaire et voir dans la lésion musculaire le processus pathologique important de la maladie est vraiment trop simple et très incomplet. C'est vraiment escamoter la lésion médullaire que des savants anatomo-pathologistes, physiologistes et neurologistes ont décrite, admise et reconnue comme étant le seul facteur efficient dans l'installation des séquelles paralytiques permanentes.

La méthode Kenny n'est pas le traitement de la poliomyélite; elle constitue un ensemble de manœuvres:

1° qu'on ne doit pas, d'une part, appliquer sans discernement à toutes les poliomyélites: ce serait une perte de temps et une dépense de travail et d'argent bien souvent inutiles; 2° qui n'a qu'une valeur de thérapie symptomatique; 3° qui n'apporte rien de véritablement nouveau dans le traitement de la poliomyélite.

Tout ce qui s'est dit, écrit, expérimenté, réalisé, discuté, concernant la méthode Kenny, n'est pas perdu cependant. Il restera quelque chose de tout cela; on négligera peut-être moins les poliomyélitiques, on leur donnera des soins dès le début, on les soulagera plus tôt, la chaleur sera employée plus souvent, et peut-être évitera-t-on ainsi les déformations, des troubles trophiques, des boiteries ou des infirmités qui sont évitables et ont une origine purement périphérique.

Toute méthode partant d'un élan sincère contient du bon; celle de Sister Kenny comme d'autres. Evitons cependant de voir en elle une panacée, une merveille, un talisman contre les paralysies.

Notre misère thérapeutique à l'égard de la poliomyélite, notre grand espoir de trouver une arme effective, seuls, peuvent expliquer et excuser notre joie empressée à accueillir tout mode de traitement qui semble atténuer les infirmités et les impotences. Cet enthousiasme n'est certes pas détestable; seule l'amertume de la désillusion doit nous inciter à tempérer notre zèle.

Certes, on ne pourra reprocher aux orthopédistes d'avoir manqué de prudence et de modération dans l'appréciation de la méthode Kenny.

A notre avis, leur critique est bien fondée et a été faite dans un but purement utilitaire. Elle rendra service par une mise au point qui rétablit l'équilibre des valeurs et la chronologie des faits en ce qui concerne le traitement physiothérapique de la poliomyélite.

Roma AMYOT.

LA PRÉVENTION DU CHOC OPÉRATOIRE PAR LA MÉTHÉDRINE

De nombreux agents thérapeutiques ont été recommandés, qui paraissaient susceptibles de prévenir, pendant les interventions chirurgicales, la chute de la pression artérielle et capables de la relever à l'occasion. L'injection hypodermique d'un centimètre cube d'une solution d'adrénaline au millième a, par exemple, un effet extraordinaire, excessivement rapide, mais d'une durée très courte; l'éphédrine relève immédiatement la tension artérielle, mais cette action cesse aussi rapidement qu'elle a débuté.

Il n'y avait pas (mise à part la pholédrine, dont l'effet ne dépassait pas cependant 45 minutes au maximum) de médicament apte à relever et maintenir la pression artérielle au niveau voulu pendant une heure ou plus avant la découverte de la méthédrine.

La méthédrine est le nom commercial du produit chimique dit: N-méthylamphétamine. A doses modérées, la méthédrine agit comme hypertenseur par vaso-constriction des vaisseaux périphériques; à doses fortes, l'action se fait directement sur le cœur. Si elle relève le tonus artériel, une dose de quinze milligrammes, donnée en injection, est susceptible d'annuler l'effet sédatif de 1/6 de grain de morphine et de 1/150 de grain de scopolamine. Les effets chez l'homme normal d'une dose de soixante milligrammes sont une hausse de la pression artérielle, accompagnée de palpitations, d'agitation, d'insomnie, de tachycardie, de tremblement et de sécheresse de la gorge. Sa toxicité est moindre que celle de l'éphédrine.

Les meilleurs modes d'administration sont la voie intramusculaire et la voie intraveineuse. L'effet est si rapide par l'injection intramusculaire que celle-ci est préférable à la voie intraveineuse. L'ascension de la tension artérielle commence au bout de cinq minutes pour atteindre son maximum d'efficacité en 18 minutes environ.

L'injection intraveineuse n'est pas toujours facile, car les veines sont habituellement difficiles à rejoindre; elles sont flasques, collabées. L'effet par cette voie, quand elle est possible, est très rapide; débutant au bout d'une minute, il ne met que cinq minutes pour arriver à son apogée.

L'effet de la méthédrine est donc très rapide. Il est en plus, et c'est son grand avantage, d'une assez longue durée. Celle-ci varie entre une demi-heure et plusieurs heures. La pression artérielle peut donc, grâce à la méthédrine, se tenir à un chiffre voisin du chiffre normal pendant un temps très long.

La méthédrine se donne à la dose de 15 à 30 milligrammes par voie intramusculaire et à celle de 10 à 20 milligrammes par la voie intraveineuse. Une seule dose est habituellement suffisante.

Dodd et Prescott, qui ont employé la méthédrine dans 54 cas, n'ont eu recours qu'à une seule injection dans 44 cas pour faire revenir la tension artérielle à sa limite normale.

La grande indication de la méthédrine est donc la prévention du choc opératoire, mais celle-ci n'est possible qu'à condition de prendre, chez l'opéré, la pression artérielle à toutes les dix minutes. La discordance est possible entre le pouls et la tension; le pouls peut demeurer à un rythme normal et la pression artérielle tomber.

Il est même possible de trouver une tension artérielle abaissée avec un pouls à 40 ou 50; car il ne faut pas oublier que, pendant une intervention chirurgicale, le pouls varie suivant l'anesthésique administré et suivant les divers temps opératoires.

Le pouls est donc éminemment variable, et ne peut à lui seul jeter l'alarme; il en est de même des autres signes du choc opératoire: la pâleur, le refroidissement de la peau, les sueurs, la dilatation pupillaire et la respiration difficile. Ces signes ne sont pas constants et sont modifiés par l'anesthésique et par la médication préopératoire.

Il n'y a en réalité qu'un seul symptôme qui ne trompe pas dans le choc opératoire au début: c'est la chute de la pression artérielle; quand la maxima est au-dessous de 100 au cours de l'intervention chirurgicale, il y a péril en la demeure. C'est alors que la méthédrine trouve son emploi. Une seule dose relève le tonus artériel et le choc opératoire est évité.

Il est donc de la plus grande importance de prendre fréquemment la pression artérielle pendant les opérations; un chiffre bas, reconnu à temps, nécessitera la médication adéquate et préviendra une complication redoutable.

Edouard DESJARDINS.

MÉDECINE SOCIALE

LA LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES À MONTRÉAL

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

Les maladies vénériennes, en particulier la syphilis, qui est la grande plaie de l'humanité, et la gonorrhée, qui est la deuxième en fréquence et en virulence, constituent un problème social angoissant qui existe dans tous les pays et avec plus d'acuité dans les grandes villes comme la nôtre. On doit se rappeler que Montréal a une population de près d'un million (évaluation au 1er juillet 1944: 964,000 âmes), sans tenir compte de la population flottante très élevée du fait des circonstances actuelles, que c'est une ville cosmopolite, un port de mer achalandé et un grand centre de transport. Il n'est pas surprenant que les occasions de contact soient multiples.

Actuellement, d'après les renseignements qui nous sont fournis par la division des maladies vénériennes du ministère provincial de la santé et du bien-être social, il y a dans la province, 16,000 cas connus de syphilis sous traitement, dont 9,000 à Montréal. Quant aux cas de blennorragie, il y a lieu de croire qu'il y en aurait beaucoup plus sous traitement; cette proportion représente une évaluation seulement. Ces chiffres ne donnent pas une idée exacte de la situation, en particulier pour ce qui concerne la syphilis, car il y a nombre de cas non rapportés ou ignorés. Ils n'incluent pas, en outre, les cas de maladies vénériennes dans les forces armées. Un rapport officiel, plus complet, sera émis plus tard par le ministère de la santé et du bien-être social.

Ces maladies peuvent être prévenues et le nombre des cas, réduit, par un contrôle efficace, comme cela a été obtenu dans d'autres pays.

Dans la transmission des maladies vénériennes, la prostitution joue malheureusement un grand rôle; les autorités policières, tant provinciales que municipales, ont pris et prennent les mesures nécessaires pour l'entraver.

Mesures de contrôle.

Les principales mesures de contrôle et de lutte contre les maladies vénériennes sont une législation adéquate, la déclaration (obligatoire) des cas à l'autorité, le diagnostic précoce par l'examen du sang (B.W.) et du liquide céphalo-rachidien, le traitement obligatoire dès les débuts de la maladie, l'examen de la femme enceinte, l'examen médical périodique, la surveillance médicale prénuptiale, le service social et l'éducation publique.

Législation.

> « Loi et règlements pour prévenir les maladies vénériennes. »

Dans la province de Québec, une loi spéciale a été sanctionnée le 20 mars 1941 (5 George VI, chapitre 55, S.R.Q. 1941) et des règlements ont été approuvés par le lieutenant-gouverneur en Conseil, le 28 juin 1941, pour prévenir les maladies vénériennes. Cette loi stipule la déclaration et le traitement obligatoires des cas.

En vertu de cette loi, le ministère de la santé et du bien-être social a l'entière responsabilité du contrôle des maladies vénériennes dans toute la province, y compris les grandes villes. Le service de santé de Montréal coopère entièrement avec le ministère, particulièrement dans le domaine de l'éducation publique.

Examen du sang.

L'examen du sang (B.W.) de plus en plus systématisé est un moyen efficace et précieux de rechercher les cas de syphilis acquise ou congénitale; il doit être partie de tout examen médical périodique. Il est de la plus grande importance chez les femmes en état de gestation, d'abord pour les traiter (s'il y a lieu) et, ensuite, pour prévenir la maladie chez le nouveau-né.

Examen prénuptial.

L'examen prénuptial, avec l'analyse du sang et la radiographie des poumons, dans la recherche de la syphilis et de la tuberculose, préviendra bien des mariages malheureux. Les autorités ecclésiastiques catholiques de notre pays, par

suite d'un mandement donné le 24 février 1943 (art. 19), suggèrent et conseillent aux futurs conjoints l'examen médical et le certificat prénuptial.

A la suite de ce mandement et pour répondre à une demande du président du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, la Société médicale de Montréal a formé, le 30 septembre 1943, un comité présidé par le directeur du service municipal de santé, qui étudie actuellement cette question et est à préparer une formule d'examen et des directives aux médecins.

Surveillance prénatale.

La surveillance médicale de la femme en état de gestation et l'examen du sang chez elle sont nécessaires. La recherche de la syphilis chez la future mère est d'une importance fondamentale, car le rôle de l'infection maternelle est prépondérant.

Cette surveillance assurera la sauvegarde de la santé de la mère et la naissance d'un bébé en santé. L'examen du sang et un traitement approprié, en temps opportun, préviendront la naissance d'un hérédo-syphilitique.

Dans ces recherches, il ne faut pas oublier la gonorrhée, source commune d'infection des yeux de l'enfant et cause de cécité précoce.

Examen médical périodique.

L'examen médical périodique, de plus en plus recommandé, devrait être institué et reconnu un événement nécessaire dans la vie de tout individu et de groupements de travailleurs. Tous devraient s'y soumettre et voir un médecin régulièrement chaque année. Semblable système a été institué par certaines compagnies d'assurances au bénéfice de leurs assurés, sous le nom de « service de prolongation de la vie ». Les compagnies industrielles avec service médical organisé, devraient en faire bénéficier leurs employés. Les avantages en sont reconnus: il assure une bonne santé et prévient bien des frais médicaux; il permet la découverte de maladies latentes ou à leur début, assure un diagnostic précoce, un traitement adéquat et un contrôle efficace des maladies contagieuses, surtout de la tuberculose, par l'usage des rayons X, et de la syphilis, par l'examen du sang.

Dans le cas de la syphilis comme dans celui de la tuberculose, la connaissance de son existence préviendra sa propagation et la contamination d'autres individus, contamination néfaste à cause de sa grande répercussion sociale.

Chez les manipulateurs d'aliments, l'examen du sang serait utile pour la découverte des cas; les positifs au stage contagieux devraient être soumis au traitement qui est obligatoire. La recherche des cas de gonorrhée n'est pas moins utile.

Il ne s'agit pas ici de contamination par voie des aliments, comme cela existe pour la typhoïde et la tuberculose, mais d'une mesure systématique dans le dépistage et le traitement des vénériens.

Facilités de diagnostic et de traitement.

Dans la lutte contre les maladies vénériennes, il est important de fournir des facilités de diagnostic, de laboratoire et de traitement. Ces mesures jouent un grand rôle dans la lutte contre les maladies vénériennes par le dépistage précoce des cas et leur traitement, afin de les réduire sinon de les éliminer. Il est essentiel, dans la prévention de ces maladies, de les déceler dès le début pour obtenir un traitement approprié, éviter les accidents secondaires, les complications et empêcher leur propagation.

La prostitution.

La prostitution commercialisée et même la prostitution libre doivent être combattues par une application intensifiée et continue de la loi, de façon à faire disparaître les endroits les plus communs de contamination: les maisons de prostitution et les chambres d'hôtel et les maisons de chambres.

Il est reconnu que la prostitution est la cause principale de la propagation des maladies vénériennes: les prostituées étant reconnues porteuses de maladies vénériennes au stage contagieux dans une très haute proportion.

Education.

L'éducation de la population joue un rôle essentiel dans la lutte antivénérienne. Elle doit être intensifiée. La prévention des maladies vénériennes, à l'égal des autres problèmes de santé publique, est un problème d'éducation et l'un des plus urgents de l'heure. Il faut, par tous les moyens à notre disposition: la presse, la radio, le cinéma, les publications diverses, les réunions

publiques, etc., susciter l'attention de la population, la renseigner sur ce grave problème et la prémunir contre le danger qui l'entoure.

L'éducation morale, par ceux que cela concerne, a aussi une grande influence, surtout chez les adolescents et la jeunesse.

Des organismes volontaires comme la Ligue canadienne de santé et la Chambre de commerce des jeunes ont accordé leur concours à cette lutte depuis le début de l'année 1944. Le service de santé fait aussi sa part dans ce domaine; nous y reviendrons plus loin.

Les journaux et la radio sont de précieux agents de diffusion qui permettent d'atteindre un public nombreux.

Le film éducatif est l'un des moyens agréables et utiles qui plaisent le plus au public et frappent son attention tout en l'instruisant.

Organisation à Montréal

Le ministère de la santé et du bien-être social (division des maladies vénériennes)

Comme je l'ai indiqué, le contrôle et le traitement des maladies vénériennes ont été organisés à Montréal par le ministère de la santé et du bien-être social, comme suit:

1° Le siège de la division des maladies vénériennes est situé à Montréal.

2° Montréal a la population la plus dense de toutes les villes de la province.

3° Au point de vue traitement pour les indigents, huit dispensaires ont été établis dans Montréal et sont subventionnés par la province. Le traitement des maladies vénériennes à la prison des femmes est sous le contrôle du ministère.

4° Un service social a été institué par ce ministère dans le but de rechercher les sources d'infection et les contacts et de surveiller les patients dont le traitement est obligatoire. Environ vingt travailleuses sociales diplômées sont attachées à ce service à Montréal, dont l'une en permanence à la Cour des jeunes délinquants.

5° Au point de vue diagnostic, les laboratoires provinciaux, situés à Montréal, fournissent gratuitement les facilités de diagnostic (sérologie et bactériologie) pour tous les médecins.

6° Un programme intense d'éducation est poursuivi par le ministère au moyen de tracts, de conférences, de la radio, du cinéma.
Il en est de même pour certains groupements et organisations et pour les forces armées à Montréal et dans le district.

Des conférences sont données et des films présentés à des groupements ouvriers, des agences de bien-être social, des clubs sociaux, dans certaines écoles supérieures, etc.

Des causeries sont prononcées à la radio par des officiers spécialisés du ministère et des professeurs d'université.

Des brochures scientifiques et les médicaments sont fournis gratuitement aux médecins dans tous les cas.

La Ligue canadienne de santé (2 février).

La Ligue canadienne de santé, approuvée par la Conférence nationale du contrôle des maladies vénériennes, tenue en décembre 1943 à Ottawa, proclamait le jour du 2 février 1944, un « Jour national d'hygiène sociale » (Social Hygiene Day).

Ce jour national d'hygiène sociale fut inauguré à la radio sur le réseau national de la CBC par l'honorable Ian Mackenzie, ministre des pensions et de la santé nationale à Ottawa.

Campagne antivénérienne — 20-25 mars 1944, organisée par la Chambre de commerce des jeunes du district de Montréal.

Avec le concours du ministère de la santé et du bien-être social et sous le patronage de Son Honneur M. Adhémar Raynault, maire de Montréal, et de l'honorable Henri Groulx, ministre de la santé, la Chambre de commerce des jeunes a organisé une campagne contre les maladies vénériennes, du 20 au 25 mars 1944. L'inauguration eut lieu dans les bureaux du maire et les deux patrons d'honneur y prononcèrent des allocutions invitant la population à prêter son concours.

1° *Six grandes manifestations publiques* avec conférences par des spécialistes des maladies vénériennes et avec projection de films éducatifs.

Comme collaboration, la ville de Montréal a mis gratuitement ses salles publiques à la disposition de la Chambre de commerce des jeunes et

le service de santé a gratifié chaque conférencier d'un cachet de $10.00.

2° Des causeries à la radio ont été prononcées par des personnalités médicales et civiles.

Les grandes et les petites industries ont été pourvues de dépliants et de pancartes murales.

3° Des causeries aux travailleurs dans les principales industries de Montréal, accompagnées de projection de films.

4° Une distribution de plus de 10,000 *pamphlets éducatifs* concernant les maladies vénériennes.

5° Une publicité intense dans les journaux, au moyen de placards et de circulaires, a accompagné tout ce programme.

Conférences avec les autorités militaires.

Le 13 janvier 1944, une conférence spéciale présidée par le major-général E.-J. Renaud, officier commandant, a été tenue aux quartiers généraux du district militaire n° 4, à Montréal, concernant le contrôle des maladies vénériennes, à laquelle Son Honneur le maire assistait; le président du Comité exécutif de la ville était représenté par le directeur du service de santé, lui aussi d'ailleurs invité. Y assistaient également les représentants des forces armées et policières, de la magistrature et des hygiénistes.

A la suite de cette conférence, une réunion non officielle fut tenue dans le bureau du directeur du service de santé pour étudier les mesures de contrôle locales à prendre contre ces maladies. Cette réunion, selon le Lt.-Colonel D.-H. Williams, chef de la division des maladies vénériennes au ministère des pensions et de la santé nationale, opinion émise dans une lettre en date du 5 avril 1944, fut « l'une des plus importantes qui aient été tenues concernant le contrôle des maladies vénériennes ».

La part du service de santé de Montréal.

Comme je l'ai indiqué plus haut, le service de santé de la ville de Montréal n'est pas resté inactif. L'éducation de la population jouant un rôle essentiel dans la solution des problèmes de santé publique, il a entrepris déjà depuis quelques années des campagnes d'éducation contre la mortalité infantile, la tuberculose, la diphtérie, et en faveur de l'alimentation rationnelle et de l'hygiène dentaire. Depuis le début de l'année 1944, il a ajouté à ces campagnes la lutte contre les maladies vénériennes au moyen de réunions publiques, de communiqués aux journaux, de conférences et de projections de films éducatifs.

Les colonnes de nos divers journaux montréalais nous sont généreusement ouvertes pour tout article ou communiqué officiel que le service de santé, grâce à la collaboration de ses officiers, leur transmet. *Le Bulletin d'hygiène,* édité par le service de santé municipal, publie les textes des causeries prononcées, des articles et des nouvelles concernant ce problème. Nous avons été invités aussi à prononcer des causeries à la radio. C'est là un champ d'action intéressant dans l'exécution d'un plan d'enseignement de l'hygiène à la population.

Un travail de dépistage est accompli dans les consultations prénatales municipales par la prise de sang chez les mères qui s'y enregistrent.

Les laboratoires municipaux fournissent certaines facilités dans le cas des manipulateurs d'aliments et d'autres catégories d'employés pour qui la carte de santé est requise et aussi pour les prostituées référées par le service de la police.

L'attention des autorités municipales a été attirée sur ce problème par une résolution adoptée à une séance régulière du Conseil municipal de Montréal, tenue le mercredi, 1er mars 1944. Cette résolution a été transmise au directeur du service de santé le 8 mars suivant. Elle se lit comme suit:

> « Que le Conseil prie instamment le Comité exécutif de demander au service de santé de coopérer pleinement avec les autorités provinciales et fédérales afin d'enrayer ce fléau, particulièrement en établissant des centres de traitement gratuit avec et sous le contrôle des districts sanitaires de la ville, en distribuant des pamphlets explicatifs, tels que ceux qui sont publiés par l'autorité fédérale, ou d'autres que pourrait préparer le service municipal de santé, et en instituant toute autre œuvre éducative que le service de santé pourra imaginer, afin que chaque citoyen de la ville connaisse le danger de négliger une infection vénérienne, le traitement comparativement simple s'il est appliqué dès le début de l'infection, ainsi que la terrible responsabilité qu'encourent ceux qui transmettent ces maladies à leurs semblables. »

La Commission d'hygiène et le Comité d'étude.

Le directeur du service de santé a soumis copie de cette résolution à une séance de la Commission d'hygiène tenue le 15 mars 1944. Après quelques remarques faites par le directeur du service de santé et des observations de la part de certains membres de la Commission, un comité spécial a été formé pour étudier la possibilité de prendre les mesures supplémentaires requises pour faire la lutte plus efficacement encore au mal vénérien. Ce comité est composé comme suit: M. J.-O. Asselin, président de la Commission, M. le docteur Ad. Groulx, directeur du service de santé, les docteurs A. LeSage, Z.-H. Lesage, conseillers et membres de la Commission, A. Marin et L.-P. Ereaux, membres de la Commission, E. Lalande et Jules Archambault, Me F. Dufresne, directeur du service de la police, et de toute autre personne désignée par le directeur du service de santé.

A la suite des délibérations qui ont accompagné l'étude de cette question par la Commission et le comité spécial, les suggestions suivantes ont été faites concernant un plan de collaboration de la part du service de santé.

Plan de collaboration.

1° Continuer l'organisation d'un plus grand nombre de réunions publiques et associer le problème des maladies vénériennes aux campagnes d'éducation déjà entreprises, avec présentation de films éducatifs.

2° Organiser des « Centres de dépistage par les prises de sang » dans chaque district sanitaire de la ville, localisés dans le Centre d'hygiène du district. Ces centres seraient aussi à l'usage des médecins praticiens à qui le rapport de l'examen du sang pourrait être adressé confidentiellement. On pourrait aussi y faire le prélèvement des sécrétions urétrales ou vaginales pour la recherche du gonocoque.

3° Faire systématiquement, dans les consultations prénatales municipales, la prise de sang à toutes les femmes en état de gestation qui s'y inscrivent.

4° Entreprendre une campagne d'éducation au moyen de causeries et projection de films sur le mal vénérien aux élèves des écoles supérieures, des collèges, des pensionnats, etc., et aussi aux élèves des dernières années des écoles primaires, i. e. à partir de la 8e année, après approbation et entente avec les autorités ecclésiastiques et scolaires.

Le directeur du service de santé a eu une entrevue avec Mgr A. Valois, vicaire général, à ce sujet; ce dernier a assisté à une représentation des films mis à la disposition du service de santé par le ministère. Il les a approuvés et il a considéré qu'il n'y avait rien à retrancher. Le personnel est aussi autorisé de ce fait à se servir de son nom dans l'organisation de son programme d'enseignement dans les paroisses et dans les écoles.

5° Distribuer toutes les publications fournies par les ministères de la santé fédéral et provincial et par la Ligue canadienne de santé, par l'intermédiaire du personnel médical, soit dans les écoles, les consultations, ou au cours des réunions publiques, etc.

6° Obtenir une coopération encore plus prononcée du personnel et des médecins spécialisés dans la préparation d'articles pour les revues médicales et les journaux ou de causeries pour la radio, les réunions publiques, etc.

7° Préparer un programme de conférences pour renseigner le personnel médical du service de santé et le mettre au courant des dernières données scientifiques concernant les maladies vénériennes et les mesures à prendre pour les prévenir. Deux conférences ont été données jusqu'ici concernant le problème de ces maladies au Canada et dans la province de Québec par le Lieut.-Colonel D.-H. Williams, M.D., chef de la division des maladies vénériennes du ministère fédéral de la santé, et par le docteur E. Lalande, sous-ministre suppléant de la santé et directeur adjoint de la division des maladies vénériennes au ministère provincial de la santé.

8° Les termes d'une collaboration plus étroite et cordiale ont été conclus entre le ministère de la santé et du bien-être social de la province et le service de la police municipale, concernant les examens des prostituées. Un médecin épidémiologiste et une infirmière, travailleuse sociale spécialement entraînée, de la division des maladies vénériennes au ministère, serviront d'agents de liaison entre le personnel de ces deux services.

LA NUTRITION EST UN PROBLÈME D'HYGIÈNE PUBLIQUE [1]

Par **René BLAIN,**
Médecin inspecteur à la division de l'Hygiène de l'enfance,
du Service de Santé de Montréal.

La nutrition est un problème d'hygiène publique. Discuter ce problème et indiquer quelles mesures il faudrait prendre à cet égard pour améliorer la santé de la nation, voilà ce dont je dois vous entretenir ce matin. Au début, l'ampleur du sujet m'a quelque peu inquiété et je vous avoue franchement que j'en aurais préféré un autre moins vaste. Mais, parce que je connais votre indulgence, je me sens un peu plus rassuré pour le traiter devant vous.

Puisque — sans vouloir blesser votre modestie — je m'adresse à un auditoire d'élite, à vous, tous des professionnels, et peut-être au risque de vous surprendre ou même de vous décevoir, je n'envisagerai que le point de vue physiologique du problème.

Qu'entend-on par l'hygiène publique? C'est l'étude des problèmes sociaux à la solution desquels l'hygiène peut concourir ou dont l'hygiène constitue quelquefois la solution. Parmi ces principaux problèmes sociaux, mentionnons: 1° l'augmentation de la population; 2° la prévention de la maladie; 3° la prolongation de la vie, et, comme corollaire, la *nutrition.*

Définissons maintenant la nutrition et la science qui lui est corrélative, la diététique.

1° La nutrition.

La nutrition proprement dite consiste dans les échanges de matières qui s'établissent entre le milieu intérieur et les éléments anatomiques.

2° La diététique.

La diététique est cette partie de la science médicale qui règle l'usage raisonné des aliments en vue de prévenir et de guérir les maladies. Elle repose sur des connaissances scientifiques concernant les aliments et les besoins de l'organisme.

Or, à la lumière de ces deux définitions, nous sommes parfaitement justifiables de dire que la nutrition, y inclus la diététique, est un corollaire des trois autres problèmes d'hygiène publique mentionnés plus haut, à savoir: l'augmentation de la population, la prévention de la maladie et la prolongation de la vie. En effet, si la diététique est une science médicale qui règle l'usage raisonné des aliments afin de prévenir et de guérir les maladies, n'est-il pas évident qu'elle concourt alors à la prolongation de la vie et partant à l'augmentation de la population? D'autre part, c'est un fait reconnu que, si les gens savaient mieux manger, s'il n'y avait pas tant de malnutrition, il existerait moins de cas d'obésité, de diabète, d'hypertension, etc., et par conséquent il y aurait moins de maladies. Moins de maladies, moins de décès; moins de décès, prolongation de la vie; et enfin, avec la prolongation de la vie, nécessairement, augmentation de la population.

Il est donc vrai et juste de penser et de dire que la nutrition est un corollaire des grands problèmes sociaux, ou mieux constitue elle-même un très grand problème social qui relève de l'hygiène publique.

Ceci posé, voyons un peu ce qu'est une alimentation complète, l'assimilation et la désassimilation, les différents éléments nutritifs, leur importance, quelques notions sur les rations alimentaires et d'entretien, l'isodynamisme, pour ensuite tirer quelques conclusions.

*
* *

Qu'est-ce qu'une alimentation complète? Une alimentation complète est celle qui comprend les six espèces alimentaires suivantes, à savoir: 1° les hydrates de carbone ou glucides; 2° les substances albuminoïdes ou protides; 3° les graisses ou lipides; 4° les sels minéraux; 5° les vitamines et 6° l'eau.

Les matériaux nutritifs provenant de ces différentes classes d'aliments sont fixés dans les tissus qui les utilisent pour leur fonctionnement et leur accroissement; d'autre part, les produits d'usure

1. Conférence donnée au personnel médical du Service de Santé, samedi, le 26 février 1944.

des éléments anatomiques, leurs matériaux de déchet sont rejetés dans le milieu intérieur pour être éliminés. Il se produit donc dans l'organisme un double mouvement de composition et de décomposition, et la nutrition intime des tissus comprend deux actes: l'un de construction organique qui est l'assimilation, l'autre de destruction organique, diamétralement opposé au premier et que l'on nomme la désassimilation. Ce double mouvement s'explique ainsi: les processus chimiques suivant lesquels s'opèrent les transformations de matières dans l'organisme ne consistent pas seulement en oxydations, mais en dédoublements, hydratations, déshydratations et réductions. Ces réactions se divisent en deux classes selon qu'elles sont *exothermiques* ou *endothermiques*. Mais, en réalité, les choses ne se passent pas d'une façon aussi simpliste et nous ne savons encore que peu de chose sur les processus chimiques s'intercalant entre le point d'arrivée et le point de sortie des matières; car, s'il est vrai que nous connaissons bien les matériaux qui pénètrent et ceux qui sortent de l'usine qu'est le corps humain, nous ne connaissons pas encore très bien tout ce qui s'opère dans l'usine elle-même. Toutefois nous savons que les choses se passent comme s'il y avait simplement combustion des substances introduites et que le résultat final est une excrétion de produits d'oxydation, et, dans le domaine énergétique, un dégagement de travail et de chaleur.

Voyons maintenant un peu chaque classe d'aliments.

1° *Les glucides ou hydrates de carbone.*

Ce sont des substances composées de carbone, hydrogène et oxygène, provenant exceptionnellement du règne animal (lactose) et presque exclusivement du règne végétal (amidon, gluten, farine, sucre, fruits), qui par leur fonction dynamogène règlent l'activité musculaire. En effet, les hydrates de carbone en s'oxydant produisent de la chaleur qui se transforme en travail mécanique. Il faut retenir dès maintenant que 1 *gramme d'hydrates de carbone donne en brûlant* 4 *calories*. Comme les glucides ont une fonction dynamogène, il est évident que tous nous en avons besoin, mais à des degrés différents. Ainsi, l'enfant, à cause de ses mouvements continuels, de sa fiévreuse activité, de même que l'adulte livré à un travail mécanique en requièrent une plus grande part que celui qui est sédentaire. Le travailleur mécanique peut même en demander une quantité aussi grande que 300 gr. par jour. Il y a une chose cependant que l'on ne doit pas oublier, c'est que, même en présence du cas le plus grave de diabète ou de quelque autre maladie semblable, on ne doit jamais, pour aucune considération, faire disparaître les glucides de la ration alimentaire. D'un autre côté, qu'arrivera-t-il si l'on dépasse la quantité nécessaire au besoin dynamique de l'organisme? Deux cas peuvent se présenter. Nous savons que les glucides, étant des aliments d'épargne, sont mis en réserve dans le tissu musculaire et le foie, sous forme de glycogène; c'est ce en quoi consiste la fonction glycogénique du foie. Si donc l'organisme fait face à un excès de glucides, le foie, de par sa fonction glycogénique, a le pouvoir de transformer cet excès en graisse et le sujet a alors tendance à engraisser. C'est le premier cas. Mais si cet excès va se poursuivant et occasionne ainsi un surcroît de travail de transformation au foie, ce dernier devient alors lui-même insuffisant et, c'est le deuxième cas, apparaissent toute une kyrielle de maladies comme le diabète, surcharge graisseuse, etc., etc.

Quelle est maintenant la destination des glucides? Après oxydation, ils sont brûlés et éliminés soit sous forme d'eau, soit sous forme d'acide carbonique.

2° *Substances albuminoïdes ou protides.*

Passons maintenant aux substances albuminoïdes, ou protides. Formées de carbone, d'hydrogène, d'oxygène et de sels minéraux, les protides proviennent du règne végétal (céréales, légumes à feuilles, légumineuses, oignons, asperges, fèves, pois) ou du règne animal (lait, fromage, œufs, viande). Toutes ces albumines n'ont pas la même valeur ni le même effet biologique. En effet, quand une substance albuminoïde a pénétré dans l'organisme, qu'elle a été digérée et assimilée, elle forme et répare nos tissus en autant qu'elle y est apte. Une albumine étrangère ne nous est favorable qu'en autant qu'elle se change en albumine de nos propres tissus. Ainsi les légumineuses

ont une valeur biologique réduite parce que cette substance reste étrangère à notre organisme. En quoi alors une substance albuminoïde est-elle plus ou moins apte à la réédification des tissus? Comment peut-elle se changer ou non en nos propres tissus? Qu'est-ce qui fait sa valeur biologique? Voilà qui est très important. La valeur biologique des protides est fonction de la qualité et de la teneur en acides animés. La qualité est fonction du nombre et de la valeur des acides animés constituant cette substance. Il existe 17 ou 18 acides animés dont les principaux sont la lysine, le tryptophane et l'arginine. L'arginine forme les tissus tandis que le tryptophane sert à la réparation plastique.

La quantité de protides nécessaires au besoin plastique de l'organisme varie selon certaines conditions propres à chaque individu, tel l'âge de croissance, de formation ou de construction. Les protides ont la même valeur calorifique que les glucides, c'est-à-dire que 1 *gramme de protides développe* 4 *calories.*

Quel sera maintenant le besoin plastique de l'adulte? Autrefois on a cru qu'un homme pesant 75 kilogrammes devait ingérer de 100 à 125 grammes de protides par jour. Plus tard on a réduit cette quantité à 1 gramme par kilogramme de poids. De nos jours, on considère que 85 centigrammes par kilogramme seraient suffisants et même, comme le disait récemment ici M. le docteur Pépin, 65 et 50 centigrammes. Pour les enfants, au contraire, dont l'organisme est en plein développement, on devra songer à leur besoin de matériaux indispensables pour la formation de leurs tissus, et leur fournir 2 grammes par kilogramme de poids par jour. L'âge est donc la première condition faisant varier la quantité de substances albuminoïdes par jour. La deuxième condition est le travail. En effet, le travailleur mécanique subit une plus grande usure que l'étudiant ou l'homme de bureau, car dans le travail mental le système nerveux n'exige rien en calories. Donc, l'ouvrier a un plus grand besoin de réparation et par conséquent demande une plus grande quantité quotidienne de protides; il ne faut cependant pas exagérer, car, même chez l'ouvrier, l'usure est encore relativement minime. Une troisième condition est la convalescence. En effet, l'organisme subit au cours de la maladie une réelle métamorphose et, à la suite d'autophagie, épuise ses réserves. Il a donc besoin, pour refaire ses tissus détruits, d'un surplus de substance albuminoïde.

Disons pour résumer que, d'une façon générale, l'enfant durant la période scolaire devra ingérer de l'albumine, 3 fois par jour, dans des œufs, par exemple au déjeuner et au souper, et de la viande au dîner. Plus tard, l'adulte de 25 à 40 ans pourra prendre deux repas modérés où entrera l'albumine, et, de 40 à 55 ans, un seul repas de viande suffira.

Après son utilisation par l'organisme, l'albumine doit être éliminée; d'abord transformée en urée, elle est éliminée par la voie rénale.

L'excès de substance albuminoïde présente plusieurs dangers dont les plus connus sont la dyspepsie et la constipation. Le surplus de substance albuminoïde passe dans le sang puis dans le réservoir que forme le tissu musculaire. Or, comme le réservoir est limité, l'organisme doit se débarrasser de l'excès par le foie et le rein.

Le foie: sécrétion bile — destruction de toxines — destruction des protides et transformation en urée. Donc le surmenage du foie amène insuffisance et lithiase biliaire.

Le rein: à la suite d'élimination excessive — lithiase rénale — rhumatisme chronique — névralgies — hypertension — cœur — acné — eczéma — psoriasis.

Le gros mangeur de viande abrège sa vie du ⅓.

3° *Graisses ou lipides.*

Et nous arrivons aux graisses ou lipides. Composés de carbone, hydrogène et oxygène, plutôt pauvres en oxygène, mais riches en carbone, ils proviennent du règne animal (crème, beurre, grans, viande) ou du règne végétal (huile d'olive, noix). Leur fonction est surtout calorigène. 1 *gramme de graisses produit* 9 *calories.* Il faut en varier la quantité en tenant compte du climat et des saisons. Quand nous perdons plus de chaleur au bénéfice de l'air ambiant, il nous faut une compensation. Les lipides s'éliminent sous forme d'eau et d'acide carbonique.

4° *Sels minéraux.*

Les sels minéraux solubles paraissent en gé-

néral servir directement à la nutrition sans modifications préalables. Cependant l'organisme fait subir certaines mutations à quelques substances minérales. Ainsi, le phosphate de chaux des os doit se former en grande partie à l'aide des sels de chaux (principalement des carbonates) provenant de l'alimentation. Ce sont surtout les composés phospho-organiques qui fournissent à l'organisme le phosphore. Parmi les sels minéraux, une mention spéciale doit être accordée au chlorure de sodium. Ce sel, absolument indispensable à la vie, est très abondant dans l'organisme. (Dans le corps humain adulte, il y a 200 grammes de chlorures dont la plus grande partie est constituée par du NaCl.) Remarquons que le chlorure de sodium traverse l'organisme tel quel, sauf une légère transformation au niveau de l'estomac où se forme l'acide chlorhydrique du suc gastrique; il est éliminé par les divers émonctoires, surtout par les reins. Son rôle principal dans l'organisme est physique; il est l'agent essentiel de la régulation de l'équilibre osmotique des humeurs.

Les sels minéraux ont une fonction plastique.

5° *Les vitamines.*

Sujet brûlant d'actualité, puisque tout le monde médical et scientifique s'y intéresse, mais tout de même pas aussi récent qu'on le croit. Déjà en 1720 et en 1737, il avait été reconnu que le scorbut était une maladie de carence qui résistait à tout traitement médical ou chirurgical, et qui disparaissait à la suite d'ingestion de jus d'orange ou de citron. D'autres travaux présentés par la suite, prouvant que les marins qui buvaient en mer du jus de citron étaient exempts de scorbut, poussèrent l'Amirauté britannique en 1804 à donner régulièrement du jus de citron à ses matelots. (*Vitamine C.*)

En 1880, un grand nombre de matelots japonais étaient atteints d'une maladie aujourd'hui connue sous le nom de Béribéri. En 1885, l'amiral Takaki, médecin japonais, convaincu qu'il devait exister un rapport entre le mal dont les matelots étaient frappés et leur régime alimentaire, proposa de remplacer dans leur diète le riz poli par du riz décortiqué et, aussitôt, il vit disparaître la maladie (*Vitamine B*). Puis des travaux publiés en 1897 par Eykman, médecin hollandais, vinrent prouver les affirmations de Takaki.

D'autres expériences de McCollum, en 1907, et d'Osbrone et Mendel en 1909, ainsi que de nouvelles recherches faites par ces deux groupes de chercheurs, nous font connaître, en 1913, *le facteur A.*

Finalement, en 1912, dans une communication intitulée: « Etiologie des maladies par carence », Funk emploie pour la première fois le terme vitamine qu'il explique ainsi: « Vita », du mot latin qui signifie vie, et « amine », tiré de la fonction chimique organique.

Depuis, dans les laboratoires du monde entier, des chimistes et des médecins ont travaillé sur la question des vitamines et je crois ne pas faire erreur en disant qu'ici, à Montréal, le docteur Gaston Gosselin, que nous avons eu l'honneur et le plaisir d'entendre ici l'an dernier, est un de ceux parmi les nôtres qui a le mieux étudié la question. Aujourd'hui il a comme collaborateur, dans son Laboratoire de Nutrition à l'Université de Montréal, le docteur Arthur Gagnon, boursier Rockfeller, sous la direction duquel j'ai le bonheur de travailler.

6° *L'eau.*

L'eau est le plus abondant de tous les composés contenus dans l'organisme; selon une vieille expression classique: « Nous baignons dans l'eau. »

L'eau entre dans l'organisme de différentes façons: boissons diverses, eau potable (1,600 grammes), eaux minérales, et *aliments.* Elle en sort par les différents émonctoires: reins, intestins, poumons, peau. Le rôle de l'eau est de première importance. C'est un agent à la fois chimique et physique. Au point de vue physique par exemple, l'eau est un solvant, un régulateur de la chaleur animale et un régulateur de l'état osmotique.

L'eau, pour être utile à l'organisme, doit posséder des qualités physiques, chimiques et bactériologiques.

Nous avons besoin chaque jour de 2,600 grammes d'eau. *Calorie* — 1.

*
* *

Avant de tirer des conclusions de cet exposé déjà trop long, voyons, à vol d'oiseau, ce que l'on entend par les termes suivants: ration alimentaire, ration d'entretien et isodynamisme.

1° *Ration alimentaire.* — La ration alimentaire est celle qui détermine ce que doit manger chaque individu, compte tenu de son âge, son état social, son état de repos ou de travail, ainsi que du climat sous lequel il vit.

2° *Ration d'entretien.* — La ration d'entretien est celle qui suffit à la réparation des pertes de l'organisme adulte, sans variation de poids de l'individu.

3° *L'isodynamisme* est l'art de substituer dans une ration quotidienne les aliments les uns aux autres tout en conservant le même nombre de calories.

C'est aux magnifiques travaux de Voit, Pettenkofer, Forster, Ranke, Charles Richet, Benedict, Atwater et Armand Gauthier que nous devons ces trois dernières définitions.

Conclusion

De toutes les données qui précèdent, que conclure dans le but d'améliorer la santé de la nation? Je réponds: « Il faut songer à leur vulgarisation. » Mais le peuple en général est mal préparé à cet effet et bien insensé serait celui qui irait parler au public de la nutrition ou de l'alimentation de la façon dont je viens de le faire devant vous. Je crois cependant qu'il y aurait peut-être moyen de contourner la difficulté. Il s'agirait de former d'abord un groupe de médecins et d'infirmières spécialisés qui s'adjoindraient des diététiciens et travailleraient sous la direction d'un chef compétent. Ce groupe se donnera pour mission de vulgariser les données classiques concernant la nutrition et l'alimentation par des campagnes de propagande à la radio, dans les journaux, dans les écoles primaires, secondaires ou supérieures, externats et pensionnats, afin d'atteindre à la fois toutes les classes de la société. Je pense à un autre moyen peut-être un peu original, mais qui pourrait avoir des effets. Pourquoi ne pas organiser pour chaque groupe de la communauté un dîner à prix populaire, où l'on servirait un menu préparé selon les règles de l'art, et pendant lequel un conférencier expliquerait pourquoi on mange telle chose de préférence à telle autre, pourquoi on ne doit pas manger tel mets en même temps que celui qu'on vient de servir, etc.? On ferait bien d'encourager aussi la fréquentation des écoles ménagères en se rappelant que les enfants d'aujourd'hui sont les générations de demain, et que leurs progrès actuels dans ce domaine pourront se répercuter de façon très importante dans l'avenir. On pourrait, afin de stimuler ces progrès, instituer des concours entre les différentes écoles où se donnent des leçons d'enseignement ménager, qu'elles soient ou non sous la direction de la Commission scolaire. D'autres personnes préposées à cette œuvre pourront sûrement trouver d'autres moyens ingénieux ou faire d'autres suggestions intéressantes. Que tous les efforts se coordonnent dans le sens de l'enseignement. Car c'est à l'enfance qu'il faut s'adresser. Il faut absolument enseigner aux enfants des notions de nutrition et de diététique, il faut de bonne heure leur faire prendre l'habitude de s'alimenter selon un régime convenable, il faut leur faire comprendre l'importance qu'il y a pour eux de s'astreindre à quelques lois en somme relativement faciles... L'axiome « un esprit sain dans un corps sain » est toujours vrai, et si, par ce travail splendide d'organisation et de collaboration, nous parvenons à assainir, développer, fortifier nos enfants, à en faire de beaux sujets physiques et intellectuels, nous aurons rendu un service immense à notre ville, à notre province, à notre pays, enfin à notre race canadienne-française appelée à jouer sur la scène du monde un rôle de plus en plus grand.

VARIÉTÉS

LE PREMIER MALADE CONNU DANS L'HISTOIRE DE L'HUMANITÉ

Par **Philippe PANNETON,**
Chef du Service d'Oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Notre-Dame,
Professeur agrégé à la Faculté, chargé du Cours d'Histoire de la Médecine.

Certes, le cas n'est pas récent. Il est difficile d'affirmer, comme cela est la coutume dans toute histoire de cas bien faite, quand *il* consulta pour la première fois; bien pis, nous ne pouvons que supposer quels furent les premiers symptômes. Quant à l'évolution du mal et à sa terminaison, une *autopsie* partielle, quoique tardive, nous donne les précisions qui sont nécessaires non seulement à l'établissement de la cause de la mort, mais même aux différentes complications qui l'ont précédée. Aussi bien, qu'on n'aille pas croire à de la pure fantaisie; tant s'en faut. L'on verra dans cette histoire comment les archéologues peuvent, grâce à la logique appuyée sur des examens minutieux, découvrir des choses que l'on aurait pu croire définitivement enterrées dans un bien lointain passé.

*
* *

Le cas dont il s'agit est celui d'un homme de plus de quarante ans et qui vivait, il y a quelque chose comme... 200,000 ans, dans ce que nous appelons aujourd'hui la Rhodésie. Ses restes, consistant en le crâne et un tibia, furent découverts en juin 1921 lors de l'excavation, pour fins industrielles, d'une colline hautement minéralisée.

L'examen des pièces donna lieu à des constatations anthropologiques et archéologiques sur lesquelles il n'y a pas lieu de s'étendre ici. Mais, du point de vue médical, cet examen révéla des faits qui seraient ordinaires s'ils ne permettaient, après tant de siècles, de reconstituer l'évolution du mal dont mourut *l'homme de Rhodésie*. Le docteur Yearsley pouvait, de son analyse, tirer les conclusions que l'on va lire.

On avait déjà établi, et comme cela se fait couramment par les spécialistes, par le seul examen des os, que le *patient* était un individu de sexe masculin. On avait vérifié ensuite que cet homme avait quelque peu plus de quarante ans. On constata ensuite les faits suivants:

Le malade souffrait depuis longtemps d'abcès dentaires et de pyorrhée ainsi que le révéla l'examen des bords alvéolaires et de ce qui reste des dents supérieures.

C'était en outre un rhumatisant chronique; car le tibia montre des signes évidents de périarthrite.

Mais c'est du côté de la mastoïde que l'examen fut le plus révélateur. Il fut facile de constater que l'apophyse a été le siège d'un large foyer d'ostéite infectieuse typique dont on peut être assuré qu'elle fut la conséquence, comme toujours, d'un abcès de l'oreille moyenne. A cela rien d'étonnant, puisque nous savons déjà dans quel état septique notre homme avait la bouche.

Mais la mastoïdite n'en resta pas là. L'infection, s'étendant de proche en proche, perfora la table interne et vint s'ouvrir dans la cavité crânienne, infectant la fosse temporale et y causant soit un abcès cérébral, soit une méningite, probablement le premier, puisque la maladie continua d'évoluer.

Quoi qu'il en soit, notre homme n'en mourut pas encore. La brèche le prouve, qui a subi un commencement de réparation. Il n'était hélas! pas au bout de ses misères.

A la pointe mastoïdienne on trouve que l'os, rongé par l'infection, a littéralement fondu. Il est donc évident que le pus a fusé dans le cou, causant ce que les spécialistes appellent aujourd'hui la mastoïdite de Bezold.

Cet abcès cervical dut aller assez vite et semble s'être ouvert dans le médiastin, emportant le malade, qui eût été sauvé dès le début si à cette époque on eût connu les sulfamidés, ou sauvé par l'opération s'il eût pu attendre... quelque 200,000 ans.

*
* *

Je le répète, il ne s'agit pas là d'une fantaisie, mais bien de déductions logiques basées sur l'examen des pièces. On pourrait à la rigueur contester certains détails de l'évolution supposée. Mais les faits admis par tous les savants qui ont examiné les restes sont les suivants:

Le malade était un homme de plus de quarante ans et qui vivait il y a plus de cent mille ans, peut-être beaucoup plus, puisque certains sont allés jusqu'à 300,000.

Il souffrit pendant sa vie de pyorrhée, abcès dentaires et rhumatisme articulaire.

A la suite d'une otite apparut une mastoïdite profonde qui s'ouvrit vers le cerveau.

Après quoi l'abcès mastoïdien fusa dans le cou le long du muscle sterno-cleido-mastoïdien. C'est peu après cette dernière complication qu'il mourut.

*
* *

Tel est le cas pathologique humain le plus ancien que la science connaisse à l'heure actuelle. Il y a bien l'exostose célèbre qui se trouve sur le fémur du Pithécanthrope de Java; comme antiquité, cela battrait tous les records puisqu'on lui attribue en général une antiquité d'un demi-million d'années au moins. Mais la question de la parenté de cet être avec l'humanité est fort discutée. C'est pourquoi et jusqu'à nouvel ordre, ou plutôt jusqu'à nouvelle découverte, on pourra considérer que le détenteur du record reste l'Homme de Rhodésie avec sa mastoïdite.

MÉDECINE PRATIQUE

ÉLÉMENTS DU TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES

Nombreux sont les procédés de traitement; plusieurs sont tombés en désuétude, mais la médecine, l'électricité et la chirurgie se partagent le soin, suivant les formes de la maladie, de calmer les symptômes ou de supprimer les paquets variqueux qui les engendrent.

A. Traitement médical des hémorroïdes.

Dans l'intervalle des poussées aiguës.

Les prescriptions suivantes sont classiques: elles tendent à prévenir la congestion locale.

L'hygiène de l'hémorroïdaire consiste à éviter la vie sédentaire et la position assise prolongée, à faire un exercice modéré, de l'hydrothérapie, des massages, et à prendre des soins de propreté minutieux après chaque selle.

Le régime est simple: supprimer les excès de table, les mets faisandés, les boissons alcoolisées, la viande ou les œufs en excès. Par contre, les légumes frais et les fruits sont particulièrement recommandés.

Les médicaments ont un triple but: lutter contre la *constipation* avec les procédés habituels, c'est-à-dire le régime, l'huile de paraffine, les géloses, etc., préférables aux lavements; *favoriser la circulation veineuse générale* par les préparations d'hydrastis et d'hamamélis, l'alcoolature de marron d'Inde, la teinture de « capsicum annuum », qui tonifie les parois veineuses; *agir localement* par des bains chauds et des suppositoires variés.

Au moment des poussées aiguës et des complications.

La thérapeutique chirurgicale est indiquée pour éviter le retour des accidents, mais il est préférable d'opérer à froid, et le traitement médical doit jouer immédiatement.

Fluxion hémorroïdaire. Il importe de faire cesser au plus tôt les phénomènes phlébitiques, à l'aide des procédés suivants: *pansements humides* très chauds; *pommades analgésiantes* à la cocaïne ou à l'extrait de belladone; *onguent populéum,* qui renferme des bourgeons de peuplier, des solanées et du pavot; solution *d'adrénaline* à 1 p. 2,000 sur un tampon d'ouate. Lorsque les accidents se produisent sur des hémor-

roïdes internes, on a recours aux *suppositoires* à base de belladone, de stovaïne, d'adrénaline, de morphine, etc.

Hémorragies.

Lorsque leur maintien n'est pas nécessaire à l'équilibre circulatoire, on prescrit des ablutions froides, des applications locales de compresses imbibées de *sérum de cheval* que conseille Bensaude, ainsi qu'un lavement de 250 grammes renfermant 15 grammes de *ferripyrine*. C'est également une solution de ferripyrine à 20 p. 100 qui est recommandée pour imbiber la ouate qui sert au tamponnement du rectum dans les hémorragies graves.

Procidence et étranglement des hémorroïdes internes. Le prolapsus permanent est une infirmité pénible; il ressort dès qu'il n'est plus maintenu par la main. Mais où il devient grave, c'est lorsqu'il s'étrangle et devient irréductible. A l'ancienne méthode des sangsues appliquées sur la marge de l'anus, on préfère actuellement les *fomentations chaudes* et les badigeonnages à la *cocaïne* ou à la *novocaïne adrénalinée*, pour permettre de tenter la réduction, le malade étant alors placé dans le décubitus latéral.

Fissure anale.

Presque toujours développée sur une muqueuse hémorroïdaire, elle siège généralement sur le raphé postérieur et se caractérise par le syndrome douloureux typique au cours de la défécation, suivi, après un intervalle de plusieurs minutes, d'une nouvelle crise aiguë. La souffrance est si vive qu'une thérapeutique s'impose, souvent urgente.

La cure peut être chirurgicale, réalisée par la dilatation forcée sous anesthésie complète, locale ou générale; la plaie ainsi réalisée se cicatrise rapidement.

Mais il existe aussi un traitement médical plus simple: c'est la méthode employée pour la première fois par Yeomans, de New-York, qui, en 1921, préconisa les *injections de quinine et urée*. Le procédé a été repris en France par Bensaude: employant la même solution de quinine-urée qu'on utilise contre les hémorroïdes, il injecte au préalable une solution de novocaïne, puis 2 à 3 centimètres cubes du mélange *quinine-urée*, puis une *huile anesthésiante*. Au besoin, l'injection peut être pratiquée à nouveau au bout de trois ou quatre jours; il est parfois nécessaire d'en faire quatre ou cinq. Les résultats sont, en général, excellents. Toute fissure qui résiste à ce traitement doit être confiée au chirurgien.

La cicatrisation de la fissure anale peut être rapidement obtenue par la diathermo-coagulation. Après anesthésie locale, un aide écarte facilement les bords de l'anus pour étaler la fissure. On pratique alors, avec une aiguille fine, une série de petites coagulations. L'important dans cette technique est de régler l'intensité du courant de façon à obtenir une coagulation très blanche et n'adhérant pas à l'aiguille. Les tissus coagulés se détachent au bout de quelques jours sur le fond complètement cicatrisé, ne laissant aucune trace ni aucune sclérose cicatricielle. C'est la méthode utilisée avec succès par Ceccaldi dans mon service.

Prurit anal.

Il cède parfois au *traitement local*, mais, chez certains névropathes, il acquiert une intensité telle que l'on est obligé de recourir à l'*électrothérapie* ou à la *radiothérapie*, ou encore à l'injection, préconisée en Amérique, d'une solution de *benzoate* de *benzocaïne*, sous la peau de la région où siège le maximum de prurit. Les sédatifs nervins, *l'aspirine, l'hyposulfite de soude* à 10 p. 100 intraveineux, l'auto-hémothérapie, etc., peuvent être utilisés.

Il est fréquent d'observer chez des hémorroïdaires atteints de prurit depuis longtemps un tissu périanal fortement eczématisé et même lichénifié. Contre un tel prurit, les traitements usuels sont purement palliatifs. Mais, depuis quelques mois, des résultats vraiment remarquables ont été obtenus par Ceccaldi dans le service de mon collègue, le docteur Gaté, par l'emploi des rayons-limites. Des prurits rebelles à toutes thérapeutiques ont cédé à deux séances d'irradiation, mais le dosage en est fort délicat.

B. Traitement électrique des hémorroïdes.

Le traitement électrique des hémorroïdes est à double effet: *médical*, il s'efforce simplement de calmer les douleurs et l'inflammation; *chirurgical*, à l'aide de la diathermo-coagulation, il supprime les paquets hémorroïdaires.

Traitement électrique médical.

C'est *l'action décongestionnante* et *sédative* de l'électricité qu'on utilise alors. Si les hémorroïdes ne sont pas compliquées, mais si elles sont douloureuses et s'enflamment fréquemment, on peut, même au cours des poussées aiguës, utiliser la *méthode de Doumer* — courants de haute fréquence à haute tension — à l'aide de l'électrode de Mac Intyre ou de Vignal, électrode unipolaire; l'effluvation, qu'on peut recommencer tous les jours, amène un soulagement. On a recours également, lorsque la phase aiguë est terminée, à la *diathermie* — haute fréquence à basse tension — méthode plus compliquée que la précédente, qu'on peut appliquer deux fois par jour pendant plusieurs jours, avec une électrode anale active reliée à un thermomètre et deux électrodes indifférentes, l'une lombaire et l'autre abdominale.

Traitement électrique chirurgical.

Alors que les méthodes précédentes sont uniquement palliatives ou sédatives, certains procédés électriques permettent de détruire ou de scléroser les hémorroïdes. Leurs indications sont donc celles de l'exérèse, mais on a le choix entre diverses techniques.

La destruction par diathermo-coagulation se fait sous anesthésie, comme pour une opération sanglante, et l'on détruit les hémorroïdes avec l'électrode où passe le courant diathermique. Des complications locales peuvent parfois se produire.

La *méthode sclérosante* utilise des aiguilles qu'on enfonce dans l'hémorroïde et où passe le courant; on pratique ainsi toute une série d'électropunctures sur le bourrelet, en une ou plusieurs séances.

C. Traitement chirurgical des hémorroïdes.

Indications du traitement chirurgical.

L'avis est unanime: le traitement chirurgical n'est indiqué ni dans les hémorroïdes simples non compliquées, ni dans les hémorroïdes symptomatiques d'une maladie générale ou d'une affection du petit bassin. Par contre, *l'intervention s'impose dans le cas d'hémorragies répétées, d'hémorroïdes inertes procidentes, d'hémorroïdes infectées,* une fois la poussée aiguë terminée.

Procédés opératoires contre les hémorroïdes.

Deux techniques s'opposent: l'une, plus complète, mais notablement plus compliquée ou procédé de Whitehead; l'autre, plus simple, qui consiste à lier et à exciser les paquets hémorroïdaires. Si la rachianesthésie a l'avantage de faciliter la dilatation sphinctérienne, on lui préfère en général, parce que plus inoffensive, l'anesthésie générale à l'éther. Quant à *l'anesthésie locale,* suivant la technique de Reclus, elle convient parfaitement pour la simple excision des hémorroïdes, mais elle est longue et assez délicate; c'est cependant la méthode de choix pour Schwartz, et elle permet d'opérer le malade à son domicile. On pratique la *dilatation progressive du sphincter anal,* en surveillant les réflexes cardiaques inhibiteurs, et l'opération commence; résection de la muqueuse ou section des paquets veineux.

a) *Procédé de Whitehead.* Il consiste dans la *résection totale de la muqueuse ano-rectale* sur une certaine hauteur, de manière à enlever avec elle toutes les dilatations veineuses. On suture ensuite l'extrémité supérieure rectale de la muqueuse à l'extrémité inférieure anale. On place un drain dans l'anus pour permettre le passage des gaz, et on maintient la constipation pendant une semaine. Quénu, pour éviter la perte de substance de la muqueuse, se contentait, au lieu de l'enlever, de la disséquer, de la retourner, de la débarrasser de toutes les ampoules veineuses de sa face profonde.

L'avantage du procédé de Whitehead consiste dans la suppression radicale des hémorroïdes et la guérison définitive. *Les résultats sont d'une qualité supérieure,* surtout s'il existe du prolapsus hémorroïdaire et si les hémorroïdes forment un bourrelet complet.

L'inconvénient de la méthode consiste dans la difficulté de l'opération; il est plus complexe, disait Quénu, d'opérer des hémorroïdes que d'enlever un kyste de l'ovaire. Des accidents sérieux peuvent se produire: hématome infecté, hémorragie postopératoire, désunion des sutures; rétrécissement consécutif de l'anus si la réunion ne s'est pas faite par première intention; légère incontinence dans certains cas attribuée à la suppression du rôle de la muqueuse dans le

tonus réflexe du sphincter; prolapsus de la muqueuse anale, si l'incision a été faite trop près de la peau, entretenant une humidité constante de la région et du prurit; possibilité d'embolie. Dans ces conditions, et bien que sur 410 opérations de la statistique de Stone, publiée en 1913, il n'y eût pas de mort et seulement 5 récidives, il résulte de la discussion importante qui eut lieu en 1921 au Congrès de la « British Medical Association » que la *préférence doit aller à la simple ligature avec excision.*

b) *Ligature et section des hémorroïdes.* Les résultats sont évidemment moins parfaits et moins constants qu'avec l'opération précédente, mais le procédé est tellement plus simple, tellement dénué de complications — tout en se montrant, malgré tout, suffisamment efficace — qu'il apparaît à Lecène et à la plupart des chirurgiens comme la méthode de choix. On saisit chaque paquet hémorroïdaire avec une pince, on le traverse à sa base avec l'aiguille et on le lie soigneusement au catgut; puis on résèque, soit au bistouri, soit au thermocautère, la partie exubérante. On détruit ainsi successivement tous les paquets veineux, et il reste entre eux une quantité suffisante de muqueuse saine pour s'opposer à tout rétrécissement ultérieur.

A noter que, quel que soit le procédé utilisé, le malade doit être purgé avant l'opération, constipé ensuite, au besoin sondé s'il présente une rétention d'urine, d'ailleurs relativement fréquente. *Les soins consécutifs sont d'une extrême importance*: Schwartz recommande comme pansement local la pommade de Reclus pendant deux jours, puis de l'eau alcoolisée; et Lecène la pommade au collargol.

D. Injections sclérosantes dans les hémorroïdes.

Lorsque Pravaz, au milieu du siècle dernier, eut inventé sa seringue pour injecter du perchlorure de fer dans les anévrismes, les chirurgiens de l'école essayèrent de traiter les varices par le même procédé. En même temps, dans les pays anglo-saxons, des tentatives analogues étaient réalisées sur les hémorroïdes, en particulier par Collins, de Dublin, en 1874, et surtout par Mitchel aux Etats-Unis. Celui-ci utilisait avec succès des injections de glycérine phéniquée; à sa mort les charlatans, auxquels il avait vendu sa formule, se répandirent de ville en ville, vantant les effets de leur méthode, injectant les paquets hémorroïdaires, et même guérissant les malades. Au cours de ces dernières années, dans tous les pays, on s'est efforcé de substituer à l'intervention chirurgicale ce traitement plus simple; et nombreux sont actuellement, même parmi les chirurgiens, les partisans des injections sclérosantes. Elles agissent en coagulant le sang à l'intérieur de l'hémorroïde, mais surtout en provoquant l'inflammation des parois veineuses et leur rétraction scléro-cicatricielle.

Indications des injections sclérosantes dans les hémorroïdes.

Ce sont les mêmes que les indications du traitement chirurgical, et *il ne faut jamais injecter les hémorroïdes externes, ni les hémorroïdes internes en état d'étranglement et de prolapsus irréductible.* Les deux procédés — opératoire et sclérogène — s'affrontent, conservant l'un et l'autre leurs partisans. Il n'est pas rare, d'ailleurs, de trouver signalée, dans telle ou telle publication, l'observation soit d'un malade traité par les injections sclérosantes, et chez lequel le chirurgien dut intervenir secondairement, soit d'un sujet opéré par la méthode sanglante et qui ne fut guéri que par les injections qu'une récidive conduisit à pratiquer.

Technique de l'injection sclérosante intra-hémorroïdaire.

Bien que relativement facile, le traitement ne saurait être effectué que par des médecins spécialisés.

On utilise comme liquide sclérosant soit, avec Bensaude, le *chlorhydrate de quinine et d'urée à 5 p.* 100; soit la *glycérine phéniquée,* surtout employée en Angleterre et en Suisse, dont l'injection très douloureuse nécessite un repos au lit d'au moins quarante-huit heures; soit *l'alcool* à 96° (Boas), à la dose de quelques gouttes; soit le *sérum* glycosé à 50 p. 100 (Meisen), qui offre l'avantage d'éviter la production d'escarre et, n'étant pas toxique, de convenir aux sujets âgés ou déprimés; mais l'injection nécessite l'anes-

thésie à la novocaïne, et elle a l'inconvénient de ne réaliser qu'une sclérose peu solide.

Le *principe* de la méthode consiste, après avoir badigeonné la région à la teinture d'iode, à piquer l'aiguille « dans la muqueuse rose pâle qui est au-dessus du bourrelet hémorroïdaire et jamais dans la muqueuse carminée qui recouvre le bourrelet » (Bensaude). L'injection est faite profondément dans la sous-muqueuse, avec des détails de technique que je ne saurais préciser ici. On utilise 3 à 5 centimètres cubes de la solution de chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5 p. 100, une seule injection pouvant être faite à la fois. Chaque injection sera pratiquée en un point différent de la muqueuse, de façon à laisser entre les zones injectées un intervalle important. On renouvelle la piqûre tous les huit jours, puis plus rarement; et la série comprend six à huit injections. Après chacune d'elles, le malade doit se reposer pendant une demi-heure; c'est un véritable traitement ambulatoire.

Les *inconvénients* de la méthode sont minimes. Sur plus de 6,000 piqûres, Bensaude n'a jamais constaté le moindre accident grave. Il y a parfois quelques *incidents* locaux: *douleurs immédiates et fugaces, ou tardives,* alors que l'injection est généralement indolore; *escarres,* d'ailleurs exceptionnelles, toujours bénignes, souvent annoncées par une reprise de la douleur et des hémorragies; il faut alors suspendre le traitement, et la plaie se cicatrise en une ou deux semaines. Quant aux incidents généraux, sensation de malaises, lipothymie, ils sont absolument exceptionnels et sans gravité.

Les *résultats* sont habituellement très satisfaisants: les hémorragies cessent; le prolapsus disparaît; la douleur également, mais, pour ce dernier symptôme, le traitement électrique pourrait suffire. On ne saurait affirmer cependant que le malade demeure à l'abri des récidives.

E. Conclusions.

Ces procédés multiples de traitement des hémorroïdes, s'ils peuvent être mis en parallèle dans certains cas, possèdent cependant des indications bien déterminées.

1. S'agit-il *d'hémorroïdes simples,* légèrement douloureuses ou saignotantes, le traitement médical suffit, auquel peut être adjointe la méthode électrique de Doumer, ou la diathermie anorectale dont on utilise l'action sédative et antispasmodique.

2. Si les *hémorroïdes sont étranglées,* le traitement médical permettra de calmer l'état inflammatoire, mais, une fois la crise aiguë terminée, pour éviter le retour d'accidents semblables, on pratiquera l'exérèse à froid.

3. Si les *hémorroïdes sont compliquées* d'hémorragies importantes, de prolapsus, d'accidents infectieux, de fissures, il faut en effectuer *l'extirpation.* Celle-ci peut être réalisée de plusieurs manières: ou par la *diathermo-coagulation,* assez rarement employée; ou par la *méthode de Whitehead,* méthode parfaite, mais délicate et qui ne convient guère qu'aux formes compliquées de prolapsus hémorroïdaire et lorsque les hémorroïdes seront détruites par la *ligature et la section au bistouri* ou au thermocautère, ou par les *injections sclérosantes.* Entre les deux procédés, le malade peut choisir: l'extirpation chirurgicale amène une guérison plus rapide, mais nécessite un repos de plusieurs jours; la méthode sclérosante, qui ne convient pas d'ailleurs aux hémorroïdes externes, se prolonge pendant plusieurs semaines, mais n'interrompt pas l'activité du malade.

SAVY.

BIBLIOTHÈQUE DU QUÉBEC

"L'Union Médicale du Canada" en 1875

Juillet 1875.

Un peu de lumière

Depuis plusieurs années on représente Montréal comme une ville très insalubre, un endroit remarquable par le nombre des décès de ses habitants, un foyer de pestilence enfin. A l'assemblée des citoyens qui a eu lieu dernièrement pour la fondation d'une Association sanitaire, on n'a pas manqué de tracer un tableau lugubre de la condition sanitaire de la ville. Nous sommes bien prêts à admettre l'utilité, la nécessité, même l'urgence sur certains points de réformes sanitaires, mais pour les obtenir, faut-il donc détruire complètement la réputation de notre ville aux yeux des étrangers?

Le président actuel de l'Association sanitaire, M. N. Mercer, dans son discours prononcé à l'assemblée ci-dessus mentionnée, a imprimé à Montréal le stigmate d'être la ville la plus insalubre de la Puissance. Avant d'accepter cette assertion comme un fait, nous aimerions à connaître les preuves sur lesquelles elle est basée. Cet honorable monsieur n'a pas jugé à propos de nous éclairer à ce sujet.

L'échevin McCord, le président du comité de santé, qui a pris la parole ensuite, a produit une profonde sensation en déclarant que la mortalité chez les Irlandais était de 21, chez les protestants, de 22 et chez les Canadiens français de 49½ par mille. En effet, l'assertion est propre à étonner; mais, pas plus que l'orateur précédent, l'échevin McCord ne nous a éclairés sur la manière dont il avait obtenu ces chiffres. Comment peut-il nous donner la mortalité séparée des Irlandais, quand on sait que les registres comprennent tous les catholiques, Irlandais et Canadiens français ensemble et qu'ils ne font pas mention de la nationalité? Probablement qu'un employé du bureau de santé a entrepris la tâche de compter tous les noms qui avaient plus ou moins l'apparence anglaise; c'est un procédé que peu de statisticiens admettront comme suffisant pour arriver à une conclusion satisfaisante.

Il serait utile de savoir ensuite à quelle nation on a attribué les enfants trouvés entrés dans les registres des catholiques. Les Canadiens français ne sont pas responsables pour tous.

Les mort-nés au nombre de 122, qu'en a-t-on fait?

Voilà autant de questions à éclairer avant d'accepter l'assertion pure et simple du président du comité de santé. Les chiffres sont si difficiles à interpréter et les statistiques trompent si souvent qu'en cette matière, pour convaincre il ne suffit pas de donner le résultat auquel on est arrivé, mais, de plus, il est nécessaire d'indiquer tous les calculs sur lesquels il est basé.

Pour admettre le chiffre donné par le président du comité de santé, pour la mortalité des Canadiens français, nous attendrons donc un peu de lumière.

Maintenant, lors même que le chiffre cité par l'échevin McCord serait le véritable, on ne pourrait en tirer des conclusions défavorables aux Canadiens français.

Quand on est président d'un comité de santé, on ne devrait pas ignorer que la mortalité générale de deux villes, de deux nationalités ne donne pas la mesure exacte de la vitalité des habitants de ces villes, des membres de cette nationalité, car elle se règle sur la force respective des groupes d'âges dans l'ensemble de chaque population.

Dans notre livraison du mois d'avril, nous avons constaté que la mortalité des catholiques était pour l'année 1874 de 39.39 et celle des protestants de 21.78 par mille.

Est-ce à dire que le degré de vitalité des catholiques est près de moitié moindre que celui des protestants? Non pas. Pour apprécier la mortalité d'une population, il ne suffit pas d'exprimer le rapport du nombre des vivants, au nombre des décès annuels; c'est un procédé ordinaire mais tout à fait irrationnel.

La vie est soumise à des lois aussi certaines que celles qui gouvernent les autres phénomènes de la nature; les conditions nuisibles à l'existence ne peuvent avoir qu'une influence limitée. Le coefficient de la mortalité générale s'accroît avec la fécondité et aussi avec la longévité, il se règle sur la natalité chez les différentes populations, en sorte que la mortalité est plus considérable là où la proportion des naissances à la population est la plus élevée. Plus il y a d'enfants et de vieillards dans une population, plus la mortalité s'élève. En effet les deux âges extrêmes sont ceux qui paient à la mort le plus large tribut. Le nombre des nouveau-nés exerce, à cet égard, l'influence la plus considérable; s'il vient à s'accroître, le coefficient de la mortalité générale s'accroîtra nécessairement aussi, quoique la prospérité de la population soit évidemment en progrès.

La fécondité étant la première condition de la prospérité d'une nation, il s'ensuit que, toutes choses égales d'ailleurs, un coefficient élevé de la mortalité générale peut indiquer chez une nation un état plus prospère qu'un autre moins considérable qui sera dû au petit nombre des naissances et indiquera, par conséquent, la décadence de la population.

C'est ce qui arrive en ce moment en France où la mortalité est seulement de 21 à 23 par mille. La diminution des naissances explique ce chiffre peu élevé, car le nombre des déeès excède considérablement celui des naissances.

Pour rendre ces principes évidents supposons, par exemple, qu'à Londres il y ait 30 enfants au-dessous d'un an pour chaque mille habitants, tandis qu'à Montréal on en compterait 60. Cette supposition est probablement au-dessous de la réalité. A Londres, durant les années 1838-41, la moyenne des naissances fut de 2.966 par cent, tandis qu'à Montréal, durant les années 1855-68, elle fut de 5.683. Admettons que dans les deux villes la mortalité des enfants au-dessous d'un an soit de 16 par cent, et celle des autres habitants de 2 par cent, nous aurons:

Londres

970 à 2 par cent	19.4
30 à 16 par cent	4.8
1,000	24.2

Montréal

940 à 2 par cent	18.8
60 à 16 par cent	9.6
1,000	28.4

Le coefficient de la mortalité s'accroît donc de 24 à 28 par mille quoique les deux villes soient mises sur le même pied, quant à la proportion des décès, tant pour les enfants que pour les adultes.

La différence de la mortalité infantile sera beaucoup plus considérable encore, car elle sera respectivement de 0.48 et de 0.96 par cent, ou exactement le double dans un cas, cependant la proportion de la mortalité n'est pas plus considérable dans l'une que dans l'autre ville.

Empruntons encore une comparaison à un opuscule (♯) publié en cette ville, il y a quelques années.

Supposons que sur une île du St-Laurent, le nombre des naissances soit double de celui qui existe sur une île de la Tamise. Tôt ou tard tous mourront, en sorte que, à la fin d'une génération, le nombre des décès sera double dans la première, aussi certainement que si toute la race s'était éteinte. Par conséquent, un nombre double d'habitants doivent mourir tous les jours sur l'île du St-Laurent, parce qu'ils sont nés, non parce qu'ils sont placés dans des conditions sanitaires moins avantageuses. Il s'ensuit que, pour comparer la santé relative des habitants des deux îles, il faut nécessairement tenir compte de la proportion des naissances.

Nous croyons avoir démontré à l'évidence que le coefficient de la mortalité générale n'indique pas le degré de vitalité d'une population, en sorte que les assertions gratuites de M. N. Mercer, président de l'Association sanitaire, et les discours à sensation de l'échevin McCord, président du Comité de Santé, ne doivent avoir aucun poids auprès des hommes sérieux. Que l'on compare les populations des différentes nationalités, ainsi que la mortalité de cette ville avec celle des autres cités d'Europe et d'Amérique d'après les principes que nous venons d'exposer, alors nous connaîtrons véritablement la santé relative des Irlandais, Anglais et Canadiens français et le degré de vitalité de notre population en général comparé à celui des autres villes.

Jusque-là nos hommes publics, nos journaux devraient s'abstenir de toute assertion propre à endommager la réputation déjà assez compromise de notre cité.

♯ Notes on the principles of Population. by Andrew A. Watt.

Nouvelles médicales — 1875

Association Saint-Jean-Baptiste. — A une assemblée de la Section des médecins qui a eu lieu le 18 juin, au Cabinet de Lecture Paroissial, les Messieurs suivants ont été élus officiers pour l'année courante:

Président, docteur C. Latour; Secrétaire-Trésorier, docteur J. W. Mount; Comité de Régie, docteurs Rottot, Desrosiers, Lussier, E. Robillard, Poitevin, Ed. Desjardins, Genand.

La population canadienne-française a déployé cette année dans la célébration de notre fête nationale le même patriotisme que par le passé.

Commutation de sentence. — Le Conseil Exécutif a commué la sentence de mort portée contre Greaves et Sparham pour avortement criminel en un emprisonnement à vie dans le pénitencier.

Petite vérole. — Le gouvernement local a dépêché le docteur J.-M. Turcot à la Pointe-au-Père avec ordre de visiter les localités environnantes et de prendre les mesures nécessaires pour arrêter les progrès de la petite vérole qui a déjà fait des ravages dans ces endroits.

Nouveau journal. — Nous accusons réception du premier numéro d'un nouveau journal d'hygiène: *The Public Health Magazine.* Il sera publié tous les mois à Montréal et rédigé par Geo. A. Baynes, M.D.

Nomination. — Le docteur Deguise a été nommé médecin visiteur du port de Québec.

Accusé de réception. — Nous avons reçu un tableau destiné à faciliter les observations médicales et au moyen duquel on peut enregistrer facilement tous les jours l'état de la température, du pouls et de la respiration du malade. Ce tableau renferme en outre quatre vignettes représentant les régions antérieures, postérieures ou latérales du tronc, avec leurs subdivisions. Ces blancs d'observations seront très utiles et sauveront un temps précieux surtout dans les hôpitaux. Le prix est de 50 cents par douzaine et de $3.00 pour un cent.

Université Laval. — Nous apprenons que le corps principal des bâtisses de l'Université Laval doit prochainement subir des réparations importantes. MM. les directeurs du Séminaire de Québec auraient arrêté la construction d'un toit français orné de trois dômes d'un effet superbe. Celui du centre atteindra une hauteur de 160 pieds du sol et aurait pour appui les bases d'une vaste tour.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications biliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié des les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus » : nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple : J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd.-psychol. » **94** : 1 (juin) 1938.

PHTISIOLOGIE

Charles K. PETTER et Warner S. PRENZLAU. — **Le traitement de la tuberculose par la Diasone.** "Amer. Rev. of Tub.", **4**: 308 (avril) 1944.

Il s'agit d'un rapport préliminaire présenté en septembre 1943, à une réunion de la Mississipi Valley Trudeau Society, sur un nouveau dérivé des sulfamidés, la Diasone.

Ce produit, d'abord essayé chez le cobaye, s'est montré sans danger. Puis on a découvert que les doses thérapeutiques employées sont plusieurs fois inférieures aux doses toxiques.

Tentée chez quelques volontaires pour lesquels les traitements usuels n'avaient pas donné de résultats, l'expérience commença en janvier 1943, pour des lésions infiltrantes sans cavité. Après 60 jours, devant des résultats intéressants, les auteurs ont allongé leur liste de patients puis l'ont finalement portée à 100.

Ce rapport préliminaire ne concerne cependant que 44 des cas mis en expérience. L'observation a duré 60 jours à son minimum. L'administration de la Diasone a été le seul mode thérapeutique employé; suspension de la collapsothérapie, suspension de la cure en partie ou en totalité même, chez 18% des patients, i.e. chez ceux dont la température rectale est au-dessous de 100° F.

Avant l'administration de la drogue on a procédé à un examen sérieux et préparé un dossier complet depuis l'examen clinique jusqu'aux tests du sang et de l'urine.

Durant le traitement, on a enregistré les symptômes objectifs et subjectifs tous les jours. Toutes les semaines, on a pratiqué des dosages d'hémoglobine, de Diasone du sang, des formules sanguines, et ce aux mêmes heures du jour, en relation avec l'horaire de la drogue.

Tous les mois, en plus des tests précédents, formules leucocytaires et sédimentatives, bacilloscopies, radiographies et analyse complète des urines ont été pratiquées.

Au début on a donné 0.33 gr. à chaque repas, en sautant un jour ici et là. Rarement a-t-on dû abaisser la dose à 0.66 gr. par jour. Chez trois patients, on s'est même rendu jusqu'à **2 et 3 grammes par jour.**

La plupart des réactions surviennent rapidement et durent jusqu'à quatre semaines, alors que se crée la tolérance. 25% des patients accusent du bien-être, alors que 50% se disent fatigués et 25% ne ressentent aucun effet.

La température et le pouls décrivent une courbe ascendante puis descendante chez à peu près tous les patients. De même pour la toux et l'expectoration.

Les nausées sont apparues chez 25% des cas. Plus ou moins sévères, elles ont fini par disparaître chez tous. Elles ont été accompagnées d'anorexie et d'amaigrissement. Chez 14% l'intestin a repris une évacuation normale sans recours à aucune médication.

Les troubles des systèmes urinaires et nerveux ne sont que temporaires et peu importants.

Les réactions du sang sont plus compliquées. L'hémoglobine tombe aussi bas que 6 grammes pour cent, les globules rouges, à 2,400,000 dans la troisième semaine, mais remontent lentement à la normale en 5 à 7 semaines sans aucun traitement antianémique. Les globules blancs sont peu influencés; la sédimentation démontre une amélioration chez la plupart.

Comme critère de résultat, les auteurs ont considéré: la radiographie, la bacilloscopie, la sédimentation et la température.

La radiologie a démontré une résolution légère ou modérée des infiltrats chez 90% de tous les cas. Cette résolution était accompagnée de fibrose dans 30%. 43% des cavités ne sont plus évidentes après cette thérapeutique. Les bacilloscopies sont devenues négatives dans 57% des cas, entre le 45e et le 125e jour. Chez les cas au début, le virage s'est effectué dans 100% des cas, et ce même après lavages gastriques. Dans le groupe des cas modérément avancés, 68% des bacilloscopies sont devenues négativées sur spécimens de 24 heures; 29% des cas avancés ont fait de même.

Il faut noter que les A. n'ont rapporté comme négatifs que les cas pour lesquels ils ont pratiqué 6 examens de suite sur spécimens de 24 heures.

En conclusion, il résulte que l'amélioration a été marquée dans 18% de tous les cas; résultats modérés dans 50% et amélioration légère dans 25%. Seulement 4.5% ont été empirés; 2.5% n'ont pas montré de changement.

J.-Philippe PAQUETTE.

N. B. — Cette drogue n'est pas sur le marché et ne le sera pas avant longtemps pour qu'une expérimentation parfaite soit pratiquée en toute justice. Telle qu'elle est l'expérience rapportée donne des résultats un peu superposables à ceux d'autres médications tentées depuis 20 ans, entre autres les sels d'or. La vogue de ces derniers est déjà passée. Et pourtant quelles espérances avaient-ils fait naître! Attendons donc avec patience un rapport plus élaboré et sur un plus grand nombre de « cobayes volontaires ».

J.-P. P.

ENDOCRINOLOGIE

Thyroïdite. Diagnostic différentiel du cancer thyroïdien. "The Lahey Clinic Bulletin", 3: 194 (janvier) 1944.

La glande thyroïde augmentée de volume avec une consistance dure est suspecte.

Cependant le cancer thyroïdien, au début, n'est pas toujours induré et ne peut être diagnostiqué que microscopiquement.

Un diagnostic différentiel précoce entre la thyroïdite et la malignité est important à poser. Si cancer il y a une intervention radicale suivie d'une irradiation de haut voltage est indiquée.

Il existe deux types classiques de thyroïdites.

Dans la thyroïdite vraie il y a infiltration de la glande par des cellules rondes (lymphocytes), aspect qui peut atteindre celui de la strumite de Riedel, strumite dans laquelle la glande est complètement infiltrée par des cellules rondes.

La strumite lymphomateuse, ou maladie de Hashimoto, se caractérise par l'infiltration de cellules lymphomateuses d'un type particulier.

Sur 22,400 thyroïdectomies pratiquées à la clinique Lahey, il y a eu 10% de thyroïdites.

Cet état pathologique de la glande est souvent associé avec un degré grave de septicémie généralisée. La glande thyroïde, à l'état d'inflammation aiguë, incorpore de nombreux abcès.

Le type le plus commun de thyroïdite est la variété chronique non associée avec une septicémie ou un abcès. La glande présente un degré modéré de sensibilité à la palpation. Elle peut persister pendant des années sans progression ou régression.

Si le diagnostic de thyroïdite est exact il y a peu de chance qu'il y ait dégénérescence maligne ou que de la chronicité la thyroïdite devienne à l'état aigu.

Comme conséquence de l'infiltration de cellules rondes une sensation de constriction trachéale peut être perçue. Sauf chez les patients qui ont été insuffisamment opérés, aucun degré dangereux d'obstruction trachéale n'est à craindre.

Comme l'infiltration de cellules rondes peut s'étendre à toute la glande, ce qui constitue la strumite de Riedel, le myxœdème peut s'installer définitivement. De nombreux patients de cette catégorie ont un cholestérol élevé et un métabolisme plutôt bas. Mais Lahey est impressionné par le fait que peu de patients souffrent de signe clinique évident du myxœdème.

Dans la thyroïdite chronique, la fermeté de la glande est un caractère constant. Sans cette fermeté il ne peut y avoir thyroïdite. Cette fermeté varie à différents degrés, mais elle est toujours d'une consistance ligneuse, du marbre. La glande thyroïde adhère fermement à la trachée et, par ce fait, elle est immobile.

L'augmentation de la consistance dure de la glande thyroïde peut s'étendre aux deux lobes et à l'isthme. Ce caractère différencie la thyroïdite de l'épithélioma, celui-ci, souvent, prenant naissance au niveau d'un adénome et, à ses débuts, se localisant à un seul lobe thyroïdien.

Le signe évident de la thyroïdite, signe qui permet de la différencier de la malignité, est la dureté pierreuse d'un lobe doublé ou triplé de volume, mais dont les contours anatomiques sont conservés. Il peut en être ainsi de l'isthme.

Quand il y a cancer un lobe peut empiéter sur l'isthme et rendre, par ce fait, celui-ci impalpable.

L'épithélioma qui débute en général à l'intérieur d'un adénome, en évoluant, perfore la capsule de l'adénome pour envahir le parenchyme thyroïdien environnant. Le lobe en cause devient plus volumineux que celui du côté opposé et, bientôt, la glande perd ses contours anatomiques normaux.

Réal DORE.

CHIRURGIE

S. B. HARPER, J. M. WAUGH et M. B. DOCKERTY. — **Lymphosarcome du cæcum.** "Proceed. Staff Meet. Mayo Clinic", **19**: 182, 1944.

Après quelques considérations étiologiques et thérapeutiques, concernant le lymphosarcome du tractus gastro-intestinal et celui du cæcum en particulier, les A. en publient une observation complète. Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans chez lequel on a dû réséquer 30 centimètres d'iléon, le cæcum et le côlon ascendant, à cause d'un lymphosarcome du cæcum.

Les troubles occasionnés par la lésion se traduisaient par des crises douloureuses d'intensité croissante, localisées autour de l'ombilic et aboutissant à la fosse iliaque droite. Lors de ces crises douloureuses il y avait aussi un degré de constipation.

Ce syndrome fut d'abord attribué à des adhérences consécutives à une appendicectomie pratiquée plusieurs années auparavant. A l'opération on constata, en effet, des adhérences multiples englobant le cæcum et la portion terminale de l'iléon; de plus un épaississement de leur paroi.

Cette intervention n'ayant apporté qu'un soulagement temporaire, le malade fut envoyé à la Clinique quinze mois plus tard. Il avait alors maigri de quarante-deux livres, mais les troubles intestinaux n'étaient pas sensiblement plus marqués, et jamais le sang n'apparut dans les selles. Cependant, au niveau du cæcum, on pouvait facilement palper une masse légèrement indurée, sensible à la pression, et se déplaçant sous la main en suivant les mouvements respiratoires. L'examen général du malade, y compris les différents tests de laboratoires, n'éclaira pas davantage le diagnostic. Mais le lavement baryté donna l'image d'un épithélioma du côlon ascendant, avec réaction inflammatoire de l'iléon.

Suivent ensuite les détails de la préparation opératoire et de l'opération elle-même.

C'est l'examen microscopique de la tumeur qui a révélé le lymphosarcome du cæcum.

A l'occasion de cette publication, les A. mettent en relief certains faits connus de la maladie. Ainsi ils rap-

pellent que l'évolution du lymphosarcome du cæcum est relativement longue et insidieuse. La lésion a souvent été reconnue au cours d'une intervention pour invagination iléo-cæcale chez l'adulte. A cause de la réaction inflammatoire concomittante et des adhérences multiples et serrées, la lésion peut apparaître inopérable de prime abord; ces faits même doivent faire penser au lymphosarcome. L'envahissement ganglionnaire est précoce. Il faut pratiquer une opération radicale, réséquer largement le segment intestinal ainsi que les ganglions. La radiothérapie après l'intervention est également, de l'avis du plus grand nombre des auteurs, le complément nécessaire du traitement chirurgical. Le pronostic dans ces cas est aussi favorable que lorsque la tumeur siège sur une autre portion du tractus gastro-intestinal. Les survies de cinq ans et au delà ne sont plus des raretés.

Dans la présente observation, on donne aussi les détails du traitement radiothérapique. Il fut institué après le cinquième mois de l'opération. Le malade avait alors repris 9.1 kg. et il se sentait prêt à reprendre son travail.

Rosaire LAUZER.

George L. CARRINGTON, Theda ROHRES, Elsie JONES et Phylis MOORE. — **L'absorption du sulfanilamide par les voies rectale et vaginale.** "Surg. Gyn. and Obst., **78**: 333 (mars) 1944.

Dans cet article, on fait l'étude de l'absorption du sulfanilamide par le rectum et le vagin, lorsqu'il est employé en une seule dose de poudre sèche à la fin d'une intervention sur l'une ou l'autre de ces régions.

C'est avec l'idée de diminuer l'infection, la douleur et les dangers postopératoires, que le sulfanilamide a été employé depuis le début. Jusqu'à juin 1943, les auteurs ne s'étaient jamais intéressés à la quantité de sulfanilamide absorbé par ces organes dont on savait la facilité d'absorption pour les sulfamidés comme pour les autres médicaments. D'ailleurs Nerb, Turrell et Marino, en 1939, avaient écrit sur la grande facilité d'absorption du côlon des lapins (et plus tard des humains) pour le sulfanilamide avec des résultats à peu près semblables à ceux obtenus par la voie buccale.

Récemment, les auteurs recherchèrent la quantité de sulfanilamide passant dans le sang des patients recevant ce médicament soit par voie rectale, soit par voie vaginale. Car l'utilité de cette médication ne pouvait être prouvée que si elle était absorbée; autrement il n'y aurait eu aucun avantage à l'employer.

Ils étudièrent 25 cas, 8 de ceux-ci eurent une simple opération rectale pour l'une des conditions suivantes: hémorroïde, fissure et prolapsus modéré; 17 patients subirent une opération vaginale de différents types, et 15 de ces cas eurent une intervention abdominale en même temps, dont 7 pour hystérectomie totale.

A la fin du temps vaginal ou rectal, ils laissèrent dans ces régions opérées 5.8 grms de poudre de sulfanilamide. Puis, l'étude du sang commença dans les 6 heures après l'opération et fut répétée tous les jours dans la suite. On trouva la plus haute concentration dans les premières 24 heures. Pour les opérations rectales cette concentration atteignit le maximum dans les 6 premières heures. Ils notèrent la variabilité des taux chez différents individus et à différents jours chez le même individu.

L'absorption ne se fit pas uniformément, probablement: (1) à cause de la perte du sulfanilamide par expulsion; ou (2) par l'insuffisance d'humidité du milieu. Et cette dernière raison fut très bien démontrée chez une patiente qui, deux jours après l'application, expulsa la poudre de sulfanilamide en un gâteau sec. Il aurait donc fallu humecter la poudre avant de l'appliquer.

Vingt-cinq patients ont reçu une seule dose de 5.8 grms de poudre sèche de sulfanilamide dans la région opérée soit du vagin, soit du rectum. Chez tous ces patients, moins un, on démontra l'absorption et le taux de ce sulfanilamide trouvé dans le sang varia avec les individus et probablement aussi avec la facilité de rétention pourvue par un milieu humide. La voie rectale d'après le taux de concentration trouvé dans le sang absorbe deux fois plus que la voie vaginale et le médicament persiste dans la circulation de 1 à 6 jours; dans plus de la moitié des cas on ne retrouvait pas de sulfamidé après trois jours.

Ant. PETTIGREW.

E. L. ELIASON et L. W. STEVENS. — **Cholécystite aiguë.** "Surg. Gyn. and Obst.", **78**: 98 (janvier) 1944.

La cholécystite qui semble augmenter aux Etats-Unis représente 40% des troubles gastro-intestinaux étudiés à la Clinique de gastro-entérologie de l'hôpital de l'Université de Pennsylvanie. Et d'après les statistiques pour tous les Etats-Unis, 20% des affections biliaires sont du type cholécystite.

L'âge du patient. 15% de la population américaine souffre de troubles biliaires, et ce chiffre augmente à 30% après 45 ans. La mortalité après 60 ans est de 10 fois plus élevée probablement parce que les dommages sont plus considérables vu la longue évolution de la maladie avant l'attaque aiguë nécessitant l'opération; alors que souvent il existe en même temps de la pancréatite, de l'hépatite avec un mauvais état du cœur et des reins, lesquels apportent des complications postopératoires souvent fatales. De plus à cet âge le diagnostic est plus difficile à faire, le patient ne montrant pas la même défense musculaire, les mêmes réactions dans le pouls, et la température comme à un âge plus jeune. De même la réaction des leucocytes est moins marquée et l'indifférence et la léthargie de ces vieux patients diminuent la douleur.

Durée de la maladie. Il est intéressant de noter que la mortalité avant 30 ans est plus élevée que de 30 à 50 ans; cela est probablement dû à l'obésité de ces jeunes qui nous fait remettre à plus tard l'intervention. Pour la cholécystectomie le taux de mortalité après la deuxième attaque est de 2 à 3%, après trois crises ou plus, de 8 à 9% et, s'il y a ictère, de 10 à 12% et avec pancréatite 50%. Si la fin doit être fatale, la durée de la maladie sera de 15 jours environ et de 8.3 jours si au contraire il doit y avoir amélioration.

La fréquence en mortalité est plus forte chez l'homme que chez la femme, étant de 15% chez le premier et de 6% chez la seconde. Ceci est dû aux raisons suivantes: on soupçonne facilement la femme grasse, flatulente, dans la quarantaine et qui présente une douleur s'irradiant vers l'ombilic de faire une cholécystite, alors que chez l'homme qui accuse une douleur s'irradiant dans les flancs on pensera à une appendicite, un ulcus ou une coronarite ou une colique néphrétique.

Durée de la crise aiguë. Le temps qui s'écoule entre le début de la crise et l'intervention est excessivement important sur les risques de mortalité. Et le meilleur moment d'intervenir est dans les premières six à vingt-quatre heures. La perforation de la vésicule se fait habituellement vers le six ou septième jour du début de la crise.

Traitement préliminaire. Chez ceux vus dès les premières heures avec un diagnostic certain, on donne immédiatement de la morphine avec atropine, on maintient à une diète absolue, on donne du sérum glucosé à 5% par veinoclyse. L'opération est faite dès qu'on s'est assuré de l'état du cœur, des poumons et des reins, et s'il n'existe pas d'état diabétique. Si le patient est vu 24 à 36 heures après le début on attendra 12 à 18 heures et, si alors les symptômes persistent, on intervient. Il en sera de même pour les patients admis après 24 heures ou plus et chez qui les symptômes persistent malgré cette première médication de morphine, atropine et diète absolue ainsi que du sérum glucosé en veinoclyse. C'est l'expérience des auteurs que les patients porteurs d'une obstruction des voies biliaires de deux jours ou plus ne s'améliorent aucunement sous l'effet du traitement médical et que la chirurgie seule peut soulager et que l'attente serait inutile et dangereuse. On fera une cholécystostomie ou une cholécystectomie selon les conditions locales. Aucun examen de laboratoire ne peut déterminer l'état pathologique de la vésicule biliaire; donc inutile d'attendre et de temporiser, notre premier but étant de sauver la vie de notre patient et de lui redonner la santé. Peut-être serait-il avantageux qu'un plus grand pourcentage de cholécystostomies soient faites et que les drainages soient employés plus fréquemment?

La cholécystectomie est une meilleure opération que la cholécystostomie, mais cette dernière est plus prudente, la première ne devant être faite que si on voit bien les canaux hépatique, cholédoque, et cystique ainsi que leurs vaisseaux. Les indications de la cholécystostomie peuvent être les suivantes: 1) quand la condition des tissus est telle qu'il y a danger d'enlever la vésicule en entier; 2) quand il y a obésité, pauvre résolution musculaire à cause d'une anesthésie insuffisante, un pauvre éclairage et une assistance insuffisante; 3) lorsque de sérieuses complications locales comme l'ictère, la pancréatite, ou un cancer ne demandent qu'un drainage; 4) puis il y a l'âge du patient, la condition rénale ou cardio-vasculaire ou pulmonaire; alors l'opération doit être simple et expéditive.

Technique opératoire. La cholécystostomie se fait soit à l'anesthésie locale, dans les mauvais risques, soit à l'anesthésie rachidienne, soit par inhalation. L'incision préférée est la sous-costale et parallèle aux côtes. Un tube drainage et un drain cigarette sont laissés en place. Le cholécystoscope est d'une grande utilité.

Si on fait une cholécystectomie, il faut une résolution musculaire parfaite et une visualisation supérieure. Pour ceci, il faut un bon anesthésiste et un excellent anesthésique comme le cyclopropane ou l'éthylène, mais c'est encore l'éther en « Open Drop » ou combiné à un gaz qui donne le plus de satisfaction. L'Endotrachéal est d'une aide précieuse. L'anesthésie rachidienne combinée avec le Pentothal intraveineux est excellente. L'incision est la même que pour une cholécystostomie; on repère le cystique et son artère et on en fait la ligature séparée et puis on dissèque la vésicule de bas en haut puis on draine avec un drain cigarette.

Conclusions. L'intervention dans les premières heures d'une crise aiguë rendue possible par l'aide du médecin, réduira le taux de mortalité et de morbidité. Un choix judicieux du procédé opératoire est nécessaire. Le chirurgien doit reconnaître ses propres limites autant que celles de son patient. Il vaudrait mieux dans certains cas laisser un calcul dans le cholédoque ou le cystique jusqu'à ce qu'un bon drainage par cholécystostomie ait réduit l'inflammation, l'induration et l'ictère.

Les soins postopératoires sont très importants et doivent être appliqués en vue d'une ventilation pulmonaire suffisante pour prévenir les complications de ce système, par des exercices de respirations profondes et le changement de position. Ils doivent être aussi appliqués en vue de prévenir la distension abdominale et cela se fera à l'aide de la suction de l'estomac ou syphonnage. On préviendra l'hémorragie et la péritonite biliaire par un bon drainage. Puis l'administration de sang et de sérum salé glucosé.

Et ce n'est qu'en observant strictement toutes ces conditions que nous pourrons espérer réduire le taux de mortalité et de morbidité des affections des voies biliaires.

Ant. PETTIGREW.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Baxter CLEMENT. — **Les fractures de marche.** "The Journal of Bone and Joint Surgery", **26**: 148 (janvier) 1944.

A l'hôpital d'un centre d'entraînement, le docteur Baxter fit une compilation de 32 cas de fractures de marche, tous confirmés radiologiquement, et il en étudia les caractéristiques. Les militaires qui ont été traités pour ce genre de fractures étaient tous des jeunes gens qui en étaient à leurs premières semaines d'entraînement et qui, au cours de cette période, avaient été soumis à des marches assez longues et répétées. Les symptômes qu'ils présentaient étaient les suivants: « Douleur localisée près de l'articulation métatarso-phalangienne du métatarsien intéressé et gonflement à la région dorsale du pied ». Des radiographies dans le sens antéro-postérieur et oblique furent prises dans tous les cas et l'on a fréquemment décelé sur des clichés en oblique la présence de ce type de fractures que la radiographie antéro-postérieure ne laissait pas soupçonner. Et dans les cas tout à fait récents, on n'a constaté qu'une petite fissure oblique du cortex de la diaphyse du métatarsien et jamais de fracture transversale.

Sur les 32 cas qui font l'objet de cette communication, le capitaine Clément constata que le pied gauche fut intéressé 20 fois et le pied droit 12 fois. La fracture siégea toujours sur le 2ième ou le 3ième métatarsien, dans une proportion à peu près semblable. Dans 75% des cas, la fracture fut retrouvée à l'extrémité distale du métatarsien ou à son tiers moyen.

L'âge des patients variait de 18 à 45 ans, en moyenne 26 ans. Le poids ne semble pas avoir agi comme facteur prédisposant dans cette série et les lésions furent constatées en proportion à peu près égale chez ceux qui étaient porteurs de pieds plats et ceux qui avaient une conformation normale du pied.

Plusieurs théories cherchent à expliquer le mécanisme de ces fractures, la plupart ayant tendance à l'attribuer à un déséquilibre physiologique du pied. L'on sait que les points d'appui normaux du pied sont la partie médiane, la tête du 1er et du 5e métatarsien et le calcanéum. A l'exception de 2 cas seulement, il fut constaté que les 2e et 3e métatarsiens étaient plus longs que les autres, anomalie qui produirait un déséquilibre des points d'appui et affaiblirait le gril métatarsien. Ces fractures se produisant à la marche pourraient alors être attribuées à ce déséquilibre osseux qui a pour effet d'engendrer un état de spasme constant des muscles interosseux et lombricaux. Et cette théorie paraît être confirmée en partie par le fait que la direction de la fracture est toujours oblique et qu'elle siège à la partie médio-dorsale de la diaphyse.

Quand une fracture de marche est suspectée cliniquement, même si les radiographies du début sont négatives, il est de routine dans cet hôpital de placer la recrue au repos complet et de lui appliquer un support pour les métatarsiens. Et cette pratique est particulièrement recommandable dans les cas où la radiographie, sans avoir révélé de fracture proprement dite, a tout de même démontré que les 2e et 3e métatarsiens étaient plus longs que le 1er.

Cette thérapeutique, après expérience, a raccourci d'une façon appréciable la période d'incapacité temporaire.

Ant. POULIOT.

PEDIATRIE

G. STEINER et D. H. KAUMP. — **Encéphalite infantile toxoplasmique.** "Journal Neuropath. and Exper. Neurology", **3**: 36 (janvier) 1944.

Disons tout de suite que cette maladie parasitaire récemment identifiée sous le nom de toxoplasmose n'est pas une affection propre aux régions tropicales, mais que la plupart des cas, décrits à date, ont été dépistés dans de grandes villes américaines, comme à New-York, par exemple.

Selon Steiner et Kaump l'encéphalite infantile toxoplasmique se reconnaît par les symptômes suivants: la maladie se manifeste dès la naissance, ou durant les premières semaines de la vie; les signes les plus constants de cette encéphalite particulière sont des convulsions, une hydrocéphalie interne, de la choriorétinite et des zones de calcification au niveau du cortex cérébral. Ces plaques calcifiées sont faciles à mettre en évidence à l'aide des rayons X. Dans le liquide céphalo-rachidien, il existe une augmentation de l'albumine ainsi que des éléments; parfois on note de la xantochromie.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'encéphalite toxoplasmique est caractérisée par des lésions d'infiltration inflammatoire au niveau des méninges et de la substance cérébrale, par des foyers de nécrose calcifiés, par des granulomes miliaires et par la présence du parasite causal soit à l'état isolé ou en groupe, sous forme de kystes.

Le toxoplasme est un protozoaire ayant la forme d'un croissant unicléé et non flagellé. La porte d'entrée de ce pathogène dans l'organisme humain n'est pas encore connue, non plus que son mode de transmission. Tout se passe comme si la femme enceinte pouvait transmettre la maladie au fœtus qu'elle porte, sans qu'elle-même présente des signes cliniques de toxoplasmose.

Les auteurs présentent un cas d'encéphalite infantile toxoplasmique. La toxoplasmose, dans ce cas, se compliquait d'érythroblastose fœtale.

L'encéphalite toxoplasmique, dans sa forme grave, est essentiellement une maladie du tout jeune enfant et semble s'installer durant les derniers mois de la vie intra-utérine. L'immaturité du cerveau, à la fin de la vie prénatale et au début de la vie post-natale, favorise l'implantation de l'infection toxoplasmique; les méninges et le cerveau du nouveau-né semblent en effet n'opposer aucune résistance au toxoplasme.

Les kystes toxoplasmiques, lorsqu'ils ont atteint leur complet développement, ne causent au début ni réaction

ni granulome. Même à la rupture des kystes, il ne se produit d'abord aucune réaction. Cependant, à mesure que les parasites se disséminent dans la masse cérébrale, des granulomes apparaissent. La réaction finale vis-à-vis les toxoplasmes consiste en une lésion granulomateuse caractéristique.

Le diagnostic d'encéphalite infantile toxoplasmique repose sur les critériums suivants: l'aspect macroscopique et histologique des lésions cérébro-méningées, l'identification morphologique du protozoaire causal, le tableau clinique de la maladie, l'isolement du parasite et la présence d'anticorps spécifiques dans le sérum de la mère et celui de l'enfant.

Norbert VEZINA.

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

L'amygdalectomie en rapport avec la poliomyélite (Editorial). "The Eye, Ear, Nose and Throat Monthly", **22**: 350 (sept.) 1943.

C'est maintenant l'opinion que l'amygdalectomie chez les enfants ne devrait pas être pratiquée durant une saison qui coïncide avec la prévalence de la poliomyélite. La possibilité d'une relation entre une amygdalectomie récemment faite chez les enfants et la poliomyélite semble être soutenue par les observations et l'expérience d'un certain nombre d'investigateurs. Lors de l'épidémie de Toronto en 1937, Fisher et ses collègues (*Am. J. Dis. Child.*, **61**: 305, fév. 1941) ont découvert que la poliomyélite aiguë se développait plus souvent chez les enfants de 3 à 12 ans récemment amygdalectomisés que chez les autres. Parmi ceux qui tombèrent victimes de la maladie le développement de la forme bulbaire fut deux fois plus grand chez ceux dont les amygdales avaient été enlevées que chez ceux dont les amygdales étaient demeurées intactes. L'épidémie de Détroit rapportée par Top et Vaughan (*Am. J. Pub. Health*, **31**: 777, août 1941) révèle plusieurs cas semblables et un grand nombre de cas de poliomyélite se développant plutôt parmi les enfants qui avaient subi l'intervention pour amygdalectomie seulement peu de temps auparavant.

Dès 1910, Sheppard suggérait la relation possible entre l'amygdalectomie et la poliomyélite; cependant, il fut incapable de supporter et d'appuyer son opinion par l'évidence de statistiques adéquates. En 1928, Ayer (*Proc. Int. Postgrad. Assembly*, 1929, page 319) a également suggéré la possibilité d'une relation entre l'opération pour amygdales et le type bulbaire de poliomyélite, ayant observé neuf cas de la maladie cinq à dix jours après l'intervention chirurgicale.

Il n'y a pas d'expérience concluante pour démontrer la relation entre les opérations sur les voies respiratoires supérieures et la poliomyélite. Des expériences consistant à infecter les loges amygdaliennes chez des singes ayant eu au préalable l'amygdalectomie ont rencontré un échec dans l'apparition de la poliomyélite. Toomey (*Ohio State M. J.*, **38**: 653, juillet 1942) croit que la raison pour laquelle le singe ne contracte pas la maladie après l'amygdalectomie est que cet animal expérimentateur n'est pas saturé par le virus antérieurement à l'opération.

Les difficultés d'expliquer la relation entre l'amygdalectomie et la poliomyélite deviennent plus évidentes avec chaque épidémie subséquente. La plupart des explications offertes échouent sur différents points, quoique, par le raisonnement exprimé par Toomey, l'opinion de ce dernier semble solide. Il croit que le virus est présent dans la plupart, sinon dans tous les patients au moment de l'opération: « Ceci présuppose la présence du virus dans la société, un virus contre lequel la plupart d'entre nous sommes immunisés. » Quel rôle les amygdales jouent exactement dans cette immunisation demeure non réglé parce que, d'après Toomey, la véritable signification des diverses opinions n'a pu être évaluée.

Pendant que le laryngologiste est vitalement intéressé par ce problème, il reste pour le pédiatre et l'homme de laboratoire à déterminer la cause relative. Il est évident d'ailleurs que tous doivent collaborer en choisissant pour l'amygdalectomie le temps de l'année où la possibilité de répandre une maladie aussi violente que la poliomyélite est le moins à craindre. Dans presque toutes les localités, les mois d'été ne sont pas une période désirable pour l'ablation des amygdales. Les statistiques démontrent que le printemps et l'automne avancé sont les saisons durant lesquelles il se développe le moins de cas de poliomyélite. Conscients de ce qui est considéré comme un fait, le laryngologiste et le pédiatre feraient bien de déterminer un temps durant ces saisons où l'amygdalectomie chez l'enfant peut être pratiquée sans craindre pour lui cette terrible maladie.

Emilien MARANDA.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

H. H. HAZEN. — **Dermite des paupières.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **49**: 253 (avril) 1944.

Trente-six cas de dermite des paupières sur les 40 observés par l'auteur en ces 4 dernières années, sont étudiés en vue de déterminer la cause de cette dermatose.

Pour chacun des malades on fait d'abord l'histoire du cas; ensuite on fait des tests cutanés avec les substances que l'on soupçonne être en cause, puis on élimine ces substances et on observe les résultats; enfin on recherche sur les autres parties du corps les lésions de dermite qui peuvent s'y trouver.

A cause de leur sensibilité plus grande les paupières peuvent être le siège de dermite alors que les tests cutanés sont tous négatifs, et négatif également l'examen des autres parties du revêtement cutané.

L'auteur résume en un tableau synoptique les résultats de ses recherches. Ce tableau indique pour chacun des cas l'âge, le sexe et l'occupation du malade, la cause

de la dermite et les moyens par lesquels on est arrivé au diagnostic: histoire. examen et tests cutanés.

De la lecture de ce tableau se dégagent les conclusions suivantes: les causes les plus fréquentes de la dermite des paupières sont l'eczéma séborrhéique, les cosmétiques et les irritants amenés aux paupières par les mains. Le plus fréquent de ces irritants est sans contredit le vernis à ongles.

L'auteur fait des commentaires sur quelques cas particuliers et sur le traitement de la dermite des paupières. Il est curieux de constater, par exemple, que certains patients sensibles à l'écorce des oranges de la Floride ne sont pas du tout sensibles aux oranges de la Californie. D'autres malades sensibles aux patates de l'Idaho, ne sont pas sensibles aux patates du Maine, etc.

Au point de vue traitement l'auteur recommande: 1) de supprimer la cause; 2) d'éviter de toucher les paupières avec les mains; 3) d'appliquer des compresses imbibées d'une solution froide d'acide borique; 4) de frictionner les paupières toutes les heures avec une tige montée propre; 5) de faire quelques applications de rayons X à la dose de 20 r.

Henri SMITH.

David BLOOM. — **L'abus des sulfamidés.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **49**: 249 (avril) 1944.

Nous voyons de plus en plus souvent des malades sensibilisés aux sulfamidés, présenter des réactions parfois légères, parfois graves. La plupart de ces malades ont été sensibilisés pour avoir pris des sulfamidés à l'occasion de maladies banales ou de maladies chroniques peu ou pas influencées par ces médicaments. Les applications locales de sulfamidés, également pour des infections cutanées qui auraient pu guérir tout aussi bien par les moyens habituels, sont responsables d'un grand nombre de cas de sensibilisation.

L'auteur attribue cet état de choses au fait que l'on oublie ou ignore trop souvent que les sulfamidés sont aptes à sensibiliser plus d'un tiers des personnes qui en font usage. Ces personnes ainsi sensibilisées développeront des réactions qui peuvent parfois être très graves, voire même mortelles lors d'une deuxième ingestion du médicament quelques jours, quelques semaines ou même quelques années plus tard.

Les applications locales de sulfamidés peuvent également sensibiliser un malade surtout si elles sont souvent répétées. Ainsi un malade pourra devenir sensibilisé par des applications d'une pommade aux sulfamidés pour une dermatose banale, et, plus tard, si ce même malade prend par la bouche des sulfamidés pour une affection grave, il pourra présenter des réactions sérieuses d'intolérance.

Jusqu'ici on n'a observé, à la suite d'applications locales de sulfamidés, que des sensibilisations et réactions cutanées, mais ces réactions peuvent être graves et même fatales. Il n'y a pas que les poudres et les onguents qui peuvent sensibiliser un individu mais aussi certains bandages imprégnés du médicament; tant il est vrai que l'absorption d'une très petite quantité d'un sulfamidé quelconque peut déclencher une sensibilisation.

Pour arrêter le nombre toujours croissant des cas de sensibilisation aux sulfamidés à cause de leur abus et de leur emploi non judicieux, l'auteur fait les suggestions suivantes: 1) les dermatologistes devraient rapporter tous les cas d'hypersensibilité aux sulfamidés qu'ils rencontrent dans les hôpitaux ou en clientèle privée; 2) la presse devrait faire connaître au public les dangers de l'emploi non judicieux des sulfamidés; 3) la loi devrait défendre la vente au public d'onguents ou de bandages contenant des sulfamidés, sans l'autorisation d'un médecin.

Henri SMITH.

William GARBE. — **Kératodermie de la ménopause.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **49**: 254 (avril) 1944.

L'auteur rapporte l'histoire de 2 malades atteintes de kératodermie de la ménopause, qu'il a traitées et guéries avec des substances oestrogéniques naturelles (estrone) et synthétiques (diéthylstilbestrol).

Dans le premier cas il s'agit d'une femme de 45 ans qui présente des lésions de kératodermie palmaires et plantaires avec fissures depuis 18 mois. Cette malade avait subi 8 ans auparavant une hystérectomie totale et une ovariectomie partielle. Son métabolisme basal au moment de l'examen est de — 19 et 20. Elle est immédiatement soumise au traitement combiné thyro-ovarien. Pendant 5 semaines consécutives elle reçoit en injection 50,000 unités d'estrone 2 fois par semaine et ½ grain de thyroïde 2 fois par jour par voie buccale. Après ces 5 semaines de traitement l'état général, les lésions d'hyperkératose et les fissures sont grandement améliorées. On cesse alors les injections et on fait prendre à la malade 10,000 unités d'estrone par jour par la bouche. Après un mois de cette médication, la malade se plaignant de nausées, on remplace l'estrone buccal par le diéthylstilbestrol d'abord en injection, puis par la bouche. Les lésions cutanées continuent à s'améliorer et 8 mois après le début du traitement la malade est considérée comme guérie. Elle doit toutefois continuer à prendre des extraits ovariens et thyroïdiens, car un arrêt du traitement amène la réapparition des lésions cutanées.

Dans le second cas il s'agit d'une malade à l'âge de la ménopause. Elle est guérie complètement par le diéthylstilbestrol qu'on administre d'abord en injection, puis ensuite par voie buccale. Chez cette malade on associe au traitement endocrinien un traitement local par les rayons X. Comme dans le premier cas, si la malade néglige de prendre du diéthylstilbestrol, les lésions de kératodermie réapparaissent.

La kératodermie de la ménopause est une maladie rarement rencontrée en Amérique du Nord. Elle peut être guérie par les préparations ovariennes puissantes

que nous possédons aujourd'hui. Le traitement cependant doit être poursuivi pendant au moins 5 mois et, pour empêcher les récidives, la médication oestrogénique buccale doit être continuée indéfiniment.

Dans tous les cas il est important de faire un métabolisme basal et d'administrer des extraits thyroïdiens, si ces derniers sont indiqués.

Henri SMITH.

William L. DOBER. — **Eczéma par contact dû au vernis à ongles.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **49**: 183 (mars) 1944.

La dermite causée par le vernis ou la laque que les femmes s'appliquent sur les ongles se présente ordinairement sous forme de placards circonscrits, rouges, squameux et parfois vésiculeux.

La face et le cou sont les localisations les plus habituelles de la dermatose. Les dermatites des paupières, que l'on voit assez souvent chez les femmes, reconnaissent pour cause, dans la majorité des cas, une sensibilité particulière au vernis pour les ongles. Certaines femmes ont l'habitude de se frotter les paupières avec le dos de la main ou avec les ongles; si ces femmes sont sensibilisées à l'un quelconque des ingrédients qui entrent dans la composition des vernis qu'elles ont sur les ongles, elles développent rapidement une dermite qui sera localisée aux deux paupières, ou seulement à la paupière inférieure, ou bien encore, ce qui est d'ailleurs plus fréquent, à la paupière supérieure.

Un certain nombre de jeunes filles surtout parmi celles qui fréquentent les écoles, ont l'habitude de mordre ou de ronger leurs ongles. Cette mauvaise habitude amène souvent des lésions de chéilites dues au contact du vernis à ongles avec les lèvres.

L'auteur étudie 90 cas de dermites causées par le contact de vernis à ongles. Il rapporte l'histoire détaillée de 7 de ces cas et illustre son texte de 7 photographies qui font voir les localisations les plus fréquentes de la dermatose: paupière supérieure, paupière inférieure, joue, oreille et dos de la main.

Trente patientes furent soumises à des épidermoréactions d'abord avec leur propres vernis à ongles, ensuite avec 7 différentes marques de vernis, les uns colorés, les autres incolores. De plus, on fit des épidermoréactions chez chacune de ces 30 malades avec les principaux ingrédients qui entrent dans la composition des vernis pour les ongles: résine synthétique, nitrocellulose, dissolvant, colorant, camphre, alcool butylique, etc.

Deux malades présentèrent des réactions positives avec toutes les marques de vernis; 8 avec toutes les marques de vernis colorés et avec quelques-unes des marques de vernis incolores; 4 avec quelques-unes des marques de vernis colorés et avec quelques-unes également des marques de vernis incolores. Une patiente réagit positivement à 2 marques seulement de vernis incolores; 4 autres ne réagirent positivement qu'à une seule marque de vernis incolore. Une malade s'est montrée sensible à une marque de vernis coloré, et insensible à toutes les autres marques.

La résine synthétique détermina des réactions positives dans 2 cas seulement; la nitrocellulose dans 9 cas et les dissolvants dans 20 cas.

Ces résultats indiquent que les dissolvants sont, dans la majorité des cas, responsables des dermites causées par les ongles.

L'auteur fait remarquer que l'observation clinique a plus de valeur, au point de vue diagnostic, que les épreuves cutanées parce que ces dernières sont parfois infidèles.

Henri SMITH.

ELECTRO-RADIOLOGIE

Clayton H. HALE et Richard SEBATZKI. — **L'aspect radiologique du tube digestif dans la sclérodermie.** "The Amer. Jour. of Roentg. and Radium ther.", **51**: 407 (avril) 1944.

Les auteurs ont étudié les modifications radiologiques remarquées au tractus digestif de 22 patients atteints de sclérodermie.

Le transit de l'oesophage était en général retardé, et les contractions normales du tube oesophagien diminuées dans une certaine mesure. Quant au grêle, un certain nombre de cas présentaient des dilatations marquées des anses proximales avec ralentissement assez net du transit à ce niveau.

Quelques patients présentaient en plus des zones de rigidité du côlon réparées par des dilatations sacciformes.

L.-P. BELISLE.

E. B. D. NEWHAUSER. — **Le diagnostic radiologique de la péritonite fœtale à méconium.** "The American Journ. of Roentg. and Radiumther", **51**: 421 (avril) 1944.

Malgré la rareté de cette maladie, l'A. a pu à trois reprises en faire le diagnostic radiologique à l'aide des éléments suivants:

1. — Aspect caractéristique de l'atrésie intestinale.

2. — Présence de plaques calcaires s'avérant à l'examen être du méconium calcifié ayant fait irruption dans la cavité péritonéale libre, à la faveur d'une perforation le plus souvent introuvable, et survenue entre le cinquième mois de la vie intra-utérine et la naissance.

L.-P. BELISLE.

SOCIÉTÉS

L' « Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 4 avril 1944

Présidence de M. U. Gariépy

Au début de la séance, le président désire exprimer son regret pour la mort récente du docteur Georges-E. Mignault, ex-président de notre Société. Après avoir fait son éloge, il demande que l'on observe une minute de silence pour honorer sa mémoire.

Il est proposé par M. A. Bertrand, secondé par M. A. Couturier, qu'une lettre de condoléances soit adressée à la famille.

Suit la lecture, par le secrétaire des séances, du procès-verbal de la cinquième séance. L'adoption en est proposée par M. F. Grégoire, secondée par M. J. LeSage.

Le président nous informe qu'il a reçu du ministre provincial de la Santé un chèque de $500 pour notre Société et il désire exprimer sa reconnaissance à l'honorable Henri Groulx. Il est alors proposé par M. A. Bertrand, secondé par M. R. Dufresne, qu'une lettre de remerciements soit adressée à l'honorable ministre.

Le président annonce ensuite la mise en nomination de M. Georges Cloutier.

* * *

Fractures du col du fémur; enchevillement au clou de Smith Petersen; résultats éloignés.

M. Albert COUTURIER

La fracture du col du fémur, ou fracture transcervicale de la hanche, constitue l'une des quatre variétés de fracture de la hanche. Son diagnostic doit être fait précocement, car un retard à la reconnaître peut amener par traction des muscles pelvi-trochantériens un déplacement du fémur vers le bassin et une déchirure de la capsule qui, venant s'interposer entre les os fracturés, compromet en partie la consolidation de cette fracture.

Le meilleur moyen de reconnaître cette fracture, c'est la radiographie.

Quant au traitement, il consiste dans la réduction sous contrôle radiologique en antéro-postérieur et latéral. L'enchevillement au moyen du Clou Smith Petersen est aujourd'hui le traitement de choix. L'intervention peut être pratiquée entièrement sous anesthésie locale; chez certains patients pusillanimes, une injection intraveineuse de Penthotal peut être utilisée lorsqu'on enfonce le clou.

Pour opérer avec des chances de succès, il est nécessaire de posséder un bon outillage, un Rayons X portatif facilement maniable et de pouvoir développer les radiographies dans une chambre attenante à la salle d'opération. Dans ces conditions, l'opération n'est pas choquante et elle peut être pratiquée dans un temps relativement court.

Discussion.

M. A. RICARD. Les complications sont-elles fréquentes?

M. COUTURIER. Les complications les plus fréquentes sont les plaies de lit et la congestion pulmonaire. Chez les jeunes, cependant, ce danger est à peu près inexistant.

M. A. RICARD. Les malades opérés présentent-ils de l'impotence?

M. COUTURIER. Depuis que nous avons une excellente organisation, la plupart de nos malades obtiennent une guérison qui leur permet de marcher sans canne, ni béquille.

M. A. RICARD. Peut-on opérer jusqu'à un âge assez avancé?

M. COUTURIER. Je crois utile d'opérer ce genre de fracture, quel que soit l'âge du malade.

Ainsi, j'ai opéré un malade de 87 ans, qui a supporté admirablement bien l'opération.

M. A. RICARD. Comment êtes-vous organisé à l'hôpital pour radiographier ces malades?

M. GRONDIN a mis au point une technique nous permettant d'obtenir de bonnes radiographies en latéral; une garde-malade attachée au service d'orthopédie prend nos radiographies, pour ensuite les développer immédiatement dans une chambre attenante à la salle d'opération. Nous possédons un Rayons X portatif très mobile qui peut être déplacé facilement et orienté dans la position désirée. Nous avons, de plus, un infirmier entraîné. Un siège en bois, à double paroi, adapté à notre table d'orthopédie, permet de glisser les plaques radiologiques sans déplacer le malade ni les champs opératoires.

Phlébite puerpérale guérie par épidurale

M. Alfred Le ROY

Leriche a démontré que les symptômes pénibles de la phlébite, douleurs et œdème, n'étaient pas dus à l'obstruction de la veine par un caillot, mais à des spasmes de la veine. Au début, il a fait la section chirurgicale de la chaîne sympathique lombaire et obtint la disparition de la douleur et diminution de l'œdème. Dans la suite, il obtint le même résultat par des injections paravertébrales de cocaïne.

L'épidurale continue, préconisée par Edward, est précisément la section physiologique de la chaîne sympathique lombaire.

L'épidurale a trois grands avantages sur la paravertébrale: plus facile — il suffit d'une seule injection prolongée durant deux heures; plus constante — il est possible de vérifier quelles sont les parties anesthésiées; plus sûre — étant donnée en dehors de la circulation, il y a moins de danger de choc.

Suivent trois histoires de cas, dont une phlébite guérie en deux jours et les deux autres sensiblement améliorées.

Discussion.

M. J.-H. CHARBONNEAU. Le traitement est-il à l'abri des embolies?

M. LeROY. On a déjà tenu les mouvements responsables des embolies, mais, comme on a vu des embolies survenir sans mouvement, on est aujourd'hui moins rigoureux.

M. J. SAINE. Quel genre d'anesthésique employez-vous et quelle en est la quantité?

M. LeROY. Nous employons une solution de Métycaïne à 2%, que nous injectons à raison de 20 cm./3 toutes les demi-heures jusqu'à concurrence de 50 cm./3, quantité suffisante pour atteindre la dixième ou la onzième vertèbre dorsale.

M. J.-U. GARIEPY. Si on ne peut situer l'hiatus, ne doit-on pas recourir à l'injection paravertébrale?

M. LeROY. Toutes les fois que l'injection épidurale est impossible, l'injection paravertébrale devient le mode de choix.

L'apport du laboratoire dans le diagnostic et le traitement des "Shocks"

M. Alphonse BERNIER

M. Bernier a parlé de l'apport du laboratoire dans le diagnostic et le traitement des « shocks ». Le laboratoire établit d'abord la modalité du shock. Par la numération globulaire et l'hématocrite, il dira si le shock est dû à une hémoconcentration, comme dans les brûlures, les traumatismes par écrasement, et par le dosage des protéines du plasma il pourra définir l'état de déshydratation. Ces mêmes procédés révéleront encore une hémodilution, comme dans les cas d'hémorragies de toute nature.

Il va de soi qu'une fois l'hémoconcentration ou l'hémodilution établie, le traitement tentera de corriger l'anomalie constatée.

Discussion.

M. A. BERTRAND désire souligner la délicatesse des opérations citées par le docteur Bernier et, pour rappeler certains facteurs d'erreur, il mentionne: l'usage d'appareils non certifiés; l'emploi de pipettes différentes dans la recherche des numérations globulaires; la multiplication des techniciennes pour toute opération d'analyse chez un même malade.

M. G. GOSSELIN dit trouver l'épreuve de l'hématocrite insuffisante pour déterminer l'état de shock. Lui-même croit meilleur de recourir à la recherche du taux des protéines plasmatiques dont le dosage se fait d'une façon plus précise.

Quant au traitement, il désire souligner la valeur de l'injection de plasma chez les malades qui ont perdu beaucoup de sang.

M. M. ST-MARTIN. Quelle est la valeur des extraits de cortex surrénal dans le traitement des shocks?

M. A. BERNIER. Ces extraits sont indiqués dans le choc anaphylactique et dans le shock traumatique.

Gastroscopie

M. Jean LeSAGE

Aucun spécialiste ne prétend vouloir donner le pas à la gastroscopie sur les rayons X pour le diagnostic des maladies gastriques; la gastroscopie se présente comme une méthode de secours venant à l'appui du diagnostic radiologique. Cette méthode, étudiée par Schindler à Munich, depuis 1922, et par Moutier, à Paris, en 1929, a été facilitée par la mise au point d'un instrument nommé gastroscope flexible de Wolf-Schindler.

La méthode d'introduction a été perfectionnée en ces dernières années; aujourd'hui, l'introduction du gastroscope est rendue facile par l'administration de sédatifs au malade et l'application locale d'anesthésiques plus concentrés et de saveur plus agréable, sous forme de pulvérisation et de giclage. Comme l'appareil actuel ne possède qu'un angle de vision limité à 45°, il s'ensuit que toutes les zones gastriques ne sont pas visibles. Pour obvier à cet inconvénient, on a mis sur le marché un nouvel appareil dit « Ominifocal » qui, grâce à la substitution au prisme d'un miroir tournant, présente un angle de vision à 127°. L'usage de la gastroscopie s'est répandu à un tel point dans le monde, que tout hôpital militaire de 800 à 1,000 lits, tant aux Etats-Unis qu'en Angleterre, possède un ou deux experts en gastroscopie.

Pour finir, M. LeSage illustre par une série de tableaux les renseignements que lui a fournis la gastroscopie en regard des images radiologiques pour 77 cas contrôlés dans la suite par l'opération.

Discussion.

M. J. SAINE. Comment différencez-vous, au point de vue gastroscopique, une « linite plastique » d'une « atrophie congénitale de l'estomac »?

M. J. LeSAGE. La linite plastique est caractérisée par la disparition des plis muqueux et par la diminution du péristaltisme. Quant à l'atrophie congénitale, elle doit être difficile à voir. Personnellement, je n'en ai jamais vu.

M. M. ST-MARTIN. On rapporte qu'un grand nombre de soldats canadiens en service outremer ont présenté des troubles gastriques. Chez eux, l'image radiologique a révélé la présence d'ulcères gastriques. Or, les radiographies de contrôle pratiquées à leur retour n'ont présenté rien de particulier. Eh bien, la gastroscopie pratiquée dans un cas n'eût-elle pas été de quelque secours?

M. J. LeSAGE. Il existe un facteur nerveux énorme chez les malades qui souffrent d'ulcères gastriques et il se peut que le retour de ces soldats ait amené la guérison.

M. R. DUFRESNE désire nous informer qu'on a vu, dans l'armée, plusieurs cas d'ulcère du duodénum. Or, la gastroscopie n'est d'aucun secours pour ces cas. Par ailleurs, il ajoute que, si la vogue a été aux ulcères du duodénum au début, on parle maintenant beaucoup plus de duodénite.

Prostatectomie transuréthrale

M. Auguste HEBERT

Aujourd'hui, on enlève bel et bien la prostate par voie transuréthrale, aussi parfaitement que par l'ancienne prostatectomie. L'instrumentation moderne avec une anesthésie appropriée, nous permet d'arriver à des résultats très satisfaisants, sans qu'il y ait autant de danger pour le malade. On peut donc soulager un malade qui, autrefois, était inopérable; mais les soins pré et postopératoires sont des plus importants.

Parmi les avantages rencontrés en employant cette méthode, mentionnons le temps relativement court de l'hospitalisation, l'absence d'inquiétude pour le malade, qui n'a pas à subir une intervention chirurgicale sanglante, et les résultats obtenus: avantages donc d'ordre pécuniaire, moral et physique. L'avenir est à la prostatectomie transuréthrale.

Discussion.

M. J. SAINE. Quel est le pourcentage des hémorragies et quelle en est la gravité?

M. A. HEBERT. Le taux des hémorragies n'atteint pas 5%. Durant l'opération, les hémorragies sont facilement contrôlables et elles ne présentent aucune gravité. Après l'opération, les irrigations chaudes enlèvent les caillots et mettent fin à l'hémorragie. Parfois, la cautérisation est nécessaire.

M. G. CHAREST. Quelle différence y a-t-il entre le forage et la prostatectomie transuréthrale?

M. A. HEBERT. Autrefois, on créait un chenal seulement; aujourd'hui, par la nouvelle méthode, on enlève la prostate jusqu'à la capsule. La résection est complète.

La syphilis et le médecin praticien

MM. Aimé DESFORGES et Jules ARCHAMBAULT

M. A. Desforges. Dans la lutte présente contre les maladies vénériennes, le médecin praticien possède un rôle essentiel. Eduquer le malade, le traiter convenablement et se soumettre aux prescriptions du Ministère de la Santé constituent les conditions nécessaires à remplir pour arrêter la marche grandissante du mal vénérien.

Après avoir développé le premier point et rappelé quelques notions élémentaires sur la syphilis et son traitement, M. Desforges présente le docteur Jules Archambault, directeur de la Division des Maladies Vénériennes dans la Province de Québec, qui doit dire quelques mots sur la façon de s'acquitter des formalités de déclaration devenues obligatoires dans notre province.

M. J. Archambault. Aux rôles essentiels du médecin: diagnostiquer, traiter, la lutte antivénérienne en ajoute un de prévention.

Pour s'en acquitter, il lui faut collaborer avec les hygiénistes de la Division des Maladies Vénériennes, et:

a) Pratiquer en routine l'examen du sang, rechercher les maladies vénériennes dans tous les milieux;

b) Déclarer sur la formule M.V. 1 tout vénérien récemment diagnostiqué ou qui se présente pour la continuation du traitement;

c) Rapporter sur la formule M.V. 11 tout vénérien infectieux qui ne suit pas le traitement;

d) Obtenir du vénérien récemment infecté qu'il amène ses contacts à l'examen et au traitement, ou qu'il révèle leur identité;

e) Fournir à la Division des Maladies Vénériennes les renseignements qui permettront l'enquête épidémiologique dans tous les cas d'infection récente.

62% des syphilitiques déclarés en 1943 le furent par les médecins. Ils nous ont rapporté 870 patients infectieux qui avaient abandonné leur traitement. Il fut distribué aux médecins 80,000 doses de médicaments arsénicaux, 70,000 doses de bismuth. Sur 3,200 enquêtes, 71% ont été fructueuses, ramenant au traitement 1,500 vénériens contagieux.

Discussion.

M. M. ST-MARTIN. Quelle est la valeur du traitement antisyphilitique de 26 semaines, tel qu'appliqué dans l'armée?

M. A. DESFORGES. Le traitement intensif de l'armée comme l'a déjà expliqué M. Boulais, ne vise pas tant à guérir le soldat qu'à le rendre non contagieux.

Il n'existe qu'un petit nombre de malades qui soient guéris par cette méthode; les autres en seront quittes pour reprendre le traitement après la guerre.

M. G. GOSSELIN. Les nations ont institué des systèmes différents pour lutter contre la syphilis: il y a les maisons de tolérance, les Cartes de santé, etc. Quel est le meilleur système?

M. J. ARCHAMBAULT. Ces systèmes ne sont pas propres à améliorer la morale; ils offrent quelques avantages au point de vue hygiène. Malgré cela, les maisons de tolérance n'en restent pas moins des milieux de propagation de la blennorrhagie. Quant aux cartes de santé, elles peuvent valoir pour une certaine classe de la société, pour les nourrices, par exemple, les masseuses, les médecins, les bonnes d'enfants; mais pourquoi serait-on plus sévère pour une catégorie que pour une autre?

M. A. BERTRAND rappelle combien le laboratoire est appelé à collaborer avec le médecin contre la syphilis. Il insiste sur la nécessité de

répéter les examens du sang avant de prendre une ligne de conduite vis-à-vis d'un malade.

M. J. ARCHAMBAULT désire ajouter quelques mots à la suite du docteur Bertrand. Il faut, dit-il, pour confirmer la syphilis, surtout en l'absence de symptôme, une sérologie positive. Or, il existe plusieurs facteurs d'erreur: il y a les erreurs d'ordre technique, il y a les erreurs d'ordre biologique. C'est pourquoi il est bon de répéter les prises de sang avant de commencer un traitement et on peut, sans inconvénient, retarder le traitement d'une ou deux semaines, pour s'assurer la positivité de la sérologie.

*
* *

Séance du 18 avril 1944

Présidence de M. U. Gariépy

La lecture du procès-verbal de la sixième séance est remise à la réunion suivante.

Mise en nomination de MM. J.-Gérard Hébert et Albert Joannette, de Sainte-Agathe des Monts.

Le président déclare élu membre de notre Société M. Georges Cloutier.

Il prie ensuite M. Adrien Plouffe de présenter le conférencier d'honneur, M. E.-J Bigwood.

M. Plouffe dit le plaisir qu'il a de présenter M. Bigwood qui, en tant que Belge, nous est déjà sympathique, mais aussi à cause de sa qualité de savant éminent, comme en font foi ses nombreux titres. M. Plouffe donne alors quelques notes biographiques. M. E.-J. Bigwood est né à Bruxelles, en 1891. Reçu docteur en médecine de l'Université de Bruxelles en 1920, il obtint, en 1924, un doctorat spécial en chimie physiologique. Il devint professeur agrégé en chimie biologique de l'Université de Bruxelles en 1928 et, en 1930, professeur titulaire de chimie biologique à la Faculté des Sciences et, en même temps, de la chimie médicale et de la nutrition à la Faculté de Médecine de l'Université de Bruxelles. Depuis 1936, M. Bigwood est représentant de la Belgique au Service de Santé de la Ligue des Nations dans le domaine des recherches en alimentation rationnelle; il est secrétaire général du Comité National d'Alimentation rationnelle du ministère belge de Santé. Depuis la guerre, il est vice-président du Comité de la Croix-Rouge belge à Londres et membre du Comité consultatif auprès du gouvernement belge à Londres. Enfin, M. Bigwood est « Member of Various Technical advisory committees (food, health and agriculture) of the Allied Post War Requirements Bureau (Leith Ross Committee) in London » et « Member of Various standing technical committees of U.N.R.R.A. »

Résultats d'expériences sur la nutrition des enfants d'âge scolaire

M. E.-J. BIGWOOD

M. Bigwood rend d'abord hommage à la *Société Médicale de Montréal;* il remercie le vice-président, le docteur Letondal, qui a bien voulu l'inviter à venir traiter un sujet de physiologie appliquée devant notre société. Il dit le plaisir qu'il a de se trouver dans notre milieu culturel français qui lui donne l'impression de se rapprocher de la Belgique.

Le sujet qu'il a choisi pour sa conférence en est un d'actualité; il a trait à une expérience alimentaire conduite dans son pays à l'époque d'avant-guerre et qui cherchait à établir les conditions alimentaires en rapport avec la santé publique. Il a cru que les résultats de cette expérience pourraient intéresser particulièrement notre Comité de Nutrition qui présente quelque analogie avec le Comité National belge de l'Alimentation sous les auspices duquel son étude a été poursuivie.

La santé de la jeunesse dépend, dans une très large mesure, de l'alimentation. Il est intéressant de noter que les déficiences alimentaires varient pour les différentes parties d'une population. Il conviendrait de rétablir l'équilibre, de corriger les anomalies, car le plus souvent il n'y a pas insuffisance alimentaire, mais déséquilibre. Ainsi, les régimes à calories coûteuses ne sont pas toujours les meilleurs; les régimes moins coûteux, mais plus équilibrés, sont préférables.

Certains Etats, conscients de leur devoir envers leurs citoyens, ont entrepris de distribuer des repas appropriés dans les écoles, soit gratuitement, soit à bon compte. En Angleterre, par exemple, et aussi aux Etats-Unis, on a surtout

songé à faire consommer du lait aux écoliers. Dans les pays scandinaves, le système du déjeuner d'Oslo eut une vogue particulièrement grande depuis 1930. Il s'agissait de faire consommer à l'école un repas formé d'aliments dits protecteurs, c'est-à-dire riches en principes nutritifs essentiels pour la santé.

Le conférencier a fait entreprendre en Belgique une étude comparative des effets de ces deux méthodes sur une même population, afin de déterminer objectivement la meilleure voie à suivre, même quand cette voie est plus coûteuse qu'une autre. C'est notamment le cas du déjeuner d'Oslo par rapport à la seule distribution de rations de lait.

L'expérience a montré qu'il faut donner la préférence au procédé scandinave, bien que l'analyse de ses résultats oblige à faire certaines restrictions. L'expérience a eu pour objet d'étudier l'action de ces repas complémentaires scolaires sur l'état général des enfants, sur leur croissance et sur leur comportement psychologique et social. Elle porta sur quelque 600 écoliers bruxellois recrutés dans une population qui n'était pas dans la misère. L'analyse de ses résultats fut confiée à trois médecins, dont lui-même. Elle démontra de façon frappante que le problème alimentaire est un de ceux que les hygiénistes ont à placer au premier rang de leurs préoccupations.

Discussion.

M. G. GOSSELIN. Quelle est votre opinion devant le fait du retard de croissance chez les garçons soumis au régime du lait?

M. BIGWOOD. Chez les garçons, le régime du lait s'est montré manifestement inférieur au régime d'Oslo au point de vue croissance et mon opinion est qu'il n'est pas bon de faire absorber seulement du lait aux garçons.

M. G. GOSSELIN. Quelle est la quantité de lait nécessaire, par jour, pour l'enfant de quatorze, quinze ans?

M. BIGWOOD. Il est difficile de répondre à cette question par un chiffre si on s'en rapporte aux discussions internationales à ce sujet. Alors que dans les pays d'Europe l'apport de lait paraît moins nécessaire, il en est autrement aux Etats-Unis et en Angleterre. Devant ce conflit d'opinions, il faut se rappeler que la valeur nutritive et bactériologique du lait n'est pas la même partout et qu'elle est infiniment supérieure en pays d'Amérique.

M. R. DANDURAND. Avez-vous noté une différence dans la résistance à l'infection chez les enfants soumis à ces différents régimes?

M. BIGWOOD. L'étude n'a porté que du point de vue croissance.

M. A. GUILBAULT étant appelé à remercier le conférencier, tient d'abord à féliciter les directeurs de la Société Médicale pour l'heureuse initiative qu'ils ont montrée en faisant venir chaque mois des hommes de haute valeur scientifique, pour nous conférencier et particulièrement ce soir en nous donnant d'entendre un savant en la personne du docteur Bigwood. M. Guilbault félicite le conférencier d'honneur pour son magnifique exposé. Il ajoute que M. Bigwood nous a fourni un sujet des plus intéressants à étudier chez nous et il exprime le vœu que des études semblables, inspirées par les travaux du docteur Bigwood, soient poursuivies dans nos propres écoles et c'est là l'hommage qu'il désire rendre au docteur Bigwood.

Le secrétaire des séances,

Raymond LABRECQUE.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUEBEC

Séance du 17 mars 1944

Fibrome et grossesse

M. René SIMARD

Il faut demeurer des partisans résolus de l'abstention de toute intervention devant le problème créé par l'apparition d'une grossesse dans un utérus fibromyomateux, et laisser à la nature le soin de régler ce cas, puisqu'elle y réussit généralement si bien. Néanmoins, l'apparition de complications réellement graves nécessite toujours une intervention chirurgicale, laquelle consistera au cours de la grossesse en une simple myomectomie; durant le travail, en une césarienne suivie d'hystérectomie; et pendant les suites de cou-

ches, en une hystérectomie. L'auteur présente quatre observations de volumineux fibromes compliqués de grossesse. Deux de ces cas se sont terminés heureusement sans aucune intervention, mais les deux derniers ont nécessité une césarienne suivie d'hystérectomie.

Amygdalite aiguë et manifestations rhumatismales chez le jeune enfant.

M. François LETARTE

Les foyers amygdaliens causent des infections secondaires qui peuvent se manifester au niveau de la peau ou se localiser aux articulations, sur les séreuses et le système nerveux.

Deux observations sont présentées d'enfants de moins de cinq ans qui ont souffert d'amygdalite compliquée de manifestations rhumatismales. L'angine catarrhale et les symptômes des voies respiratoires supérieures ont été accompagnés de signes généraux graves. Les arthropathies sont apparues aiguës et mobiles, mais sans suppuration. Les examens bactériologiques ont isolé le streptocoque viridans et le pneumocoque. L'analyse anatomo-pathologique a prouvé que les cryptes étaient remplies de caséum et de pus.

L'amygdale jouant le rôle de « focal infection » est ensuite décrite dans les infections métastatiques qui se localisent sur les articulations. L'amygdale est la porte d'entrée du rhumatisme articulaire aigu.

L'amygdalectomie a guéri les deux malades. Le sulfathiazole a peu modifié le tableau clinique. Le salicylate de soude a diminué la douleur et la fièvre. L'amygdalectomie totale doit être exécutée en présence d'une seule manifestation rhumatismale, immédiatement après les phénomènes aigus pour prévenir les complications cardiaques et les récidives.

Contribution à l'étude de la pleurésie staphylococcique chez l'enfant des six premiers mois

M. Euclide DECHENE

Vingt-six cas de pleurésies purulentes à staphylocoques dorés hémolytiques furent observés à la Crèche St-Vincent de Paul de mai 1940 à décembre 1943 chez des bébés de moins de dix mois.

Il est à noter: a) l'âge relativement jeune de ces nourrissons: 88.4% ont moins de six mois; b) le pourcentage élevé de mortalité: 92.2%.

Une fois le diagnostic de pleurésie staphylococcique posé, le traitement fut le suivant: isolement, tonicardiaque, transfusions, ponctions décompressives répétées, anatoxine staphylococcique et sulfathiazole à bonnes doses. Après maints échecs et de l'avis de la plupart des auteurs, nous avons abandonné la résection costale trop choquante pour la remplacer par une intervention beaucoup plus simple: la pleurotomie. Nous avons tenté cette dernière chez cinq de nos malades plus résistants, une fois la phase aiguë passée, c'est-à-dire après 18 à 21 jours de maladie. Un seul survécut.

La mortalité est très élevée dans la pleurésie staphylococcique chez l'enfant des six premiers mois. Elle est aux environs de 95-100%. Le pronostic de la pleurésie à staphylocoques est extrêmement grave chez l'enfant et en fonction avant tout de l'*âge*.

Conclusion: le sulfathiazole n'a pas donné les résultats espérés dans le traitement de la pleurésie à staphylocoques dorés hémolytiques. Il est à espérer que la pénicilline aura une action efficace contre la pneumonie à staphylocoques, car c'est là en réalité le fond de la question.

Les accidents de la première dentition

M. Donat LAPOINTE

Les accidents de la dentition connus depuis le siècle de Périclès, 450 av. J. C., ont suscité chez les médecins des discussions très vives. La dentition a d'abord été considérée comme un facteur presque dominant dans la pathologie du premier âge. Plus près de notre siècle, un courant d'opinion voulait nier en bloc l'existence des accidents de la dentition.

De nos jours, il est admis à peu près généralement que l'éruption des dents peut favoriser l'apparition d'accidents passagers plus ou moins importants.

Ces troubles dits de dentition caractérisés par des douleurs, de l'anoxie, des troubles digestifs, etc., paraissent être d'ordre réflexe et survenir électivement chez certains individus à terrain prédisposé.

Bien que la sortie des dents se produise sans fracas chez un très grand nombre de nourrissons, il demeure fortement ancré dans l'esprit des masses que forcément presque tous les enfants doivent présenter à cette période tout un cortège de maladies plus ou moins graves.

Séance du 14 avril 1944

Considérations sur les tuberculoses miliaires aiguës

MM. R. DESMEULES, L. ROUSSEAU et Ph. RICHARD

Les techniques histologiques modernes démontrent que les tuberculoses miliaires aiguës aboutissent finalement à la constitution d'une broncho-alvéolite.

L'étude de 41 granulies observées à l'hôpital Laval démontre que la maladie est plus fréquente chez la femme (25-16), qu'elle survient surtout de 11 à 20 ans (22-41), sans affecter davantage le campagnard ou le citadin (21-20).

Les A. observent une granulie consécutive à un érythème noueux, un essaimage miliaire avec latence pulmonaire, une vomique *ante-mortem* due à un évidement ganglionnaire dans une bronche, deux localisations pharyngo-laryngées au stade pré-radiologique, 4 métastases de foyers osseux ou génito-urinaires.

11 des 31 malades ont fait une méningite bacillaire. 4 avaient des localisations pleurales antérieures.

La radiographie a extériorisé 21 images micronodulaires exclusivement parenchymateuses, 15 avec des localisations pleurales et 5 avec des foyers de surinfection.

Le bacille de Koch fut mis en évidence 27 fois soit dans les expectorations soit dans le liquide gastrique. Ces résultats établissent la preuve bactériologique que la tuberculose miliaire est ouverte.

Les hémocultures ont été positives une seule fois sur 14 essais effectués tant sur le cobaye que sur des milieux hautement électifs. (Lœwenstein.)

La sédimentation globulaire a donné des réponses très variables et nullement en rapport avec le degré d'activité des lésions.

Les 9 autopsies ont révélé l'intégrité du pancréas et du myocarde au cours du processus miliaire.

La maladie granuleuse nous apparaît comme la manifestation brutale d'un essaimage bacillaire hématogène chez un anergique, ou comme le résultat d'un fléchissement de l'état allergique ou comme la phase terminale d'une tuberculose de surinfection.

Tuberculose miliaire pharyngo-laryngée (Maladie d'Isambert)

M. G.-Léo COTE

L'auteur, à l'aide de deux observations personnelles, étudie la question assez connue de la tuberculose miliaire pharyngo-laryngée ou maladie d'Isambert.

Cette affection n'est pas une rareté clinique, puisqu'elle est apparue comme manifestation locale au cours d'une granulie généralement pleuro-pulmonaire dans 10% des cas environ, d'après les statistiques de l'hôpital Laval.

Deux grands symptômes ont paru dominer le tableau clinique de la maladie d'Isambert: la dysphagie marquée, rapidement très atroce, peu soulagée par nos moyens actuels de thérapeutique, et l'asthénie avec amaigrissement conduisant rapidement vers un état de cachexie complet.

L'auteur rappelle ensuite la difficulté du diagnostic tout au moins au début de la granulie, alors que les signes fonctionnels, sthétacoustiques et même radiologiques attirent peu l'attention. L'apparition d'une granulie pharyngo-laryngée permettra alors de poser un diagnostic qui sera bientôt confirmé par l'apparition de l'aspect granité caractéristique.

Il rappelle enfin que la maladie d'Isambert est une granulie aiguë à évolution fatale. Comme telle elle n'est justifiable d'aucun des traitements actifs de la tuberculose laryngée ordinaire. Ce n'est pas à dire cependant, qu'il faille abandonner les malades à leur triste sort sans rien faire. La médication, où entrent à volonté l'opium et ses dérivés, n'est que palliative et n'empêche en aucune façon l'issue fatale; elle est sans grande action sur la maladie elle-même, mais doit être

employée jusqu'à la fin, étant d'un grand secours sur l'état moral du malade.

Tuberculoses miliaires subaiguës et chroniques

MM. R. DESMEULES et Ph. RICHARD

Les auteurs rapportent deux observations de tuberculose miliaire à évolution lente. Un des malades est décédé après l'évolution prolongée de la granulie. L'autre a cliniquement et radiographiquement guéri de la tuberculose miliaire torpide. Un foyer de tuberculose commune a suivi la granulie chronique.

Nous savons que l'apparition de granulations tuberculeuses dans les poumons n'est pas incompatible avec la persistance d'un état général satisfaisant ni avec la présence de signes physiques et fonctionnels discrets. La fièvre peut être absente ou intermittente et peu élevée. La dyspnée est plus ou moins marquée. En vérité, sans l'aide de la radiographie, le diagnostic de tuberculose miliaire ne pourrait être porté.

L'évolution des granulies torpides peut se faire de trois façons. Parfois, il y a disparition complète des opacités micro-nodulaires. En d'autres cas, il y a transformation en tuberculose commune.

Enfin on peut assister à une terminaison fatale, par transformation de la forme lente en forme rapide ou encore par l'apparition de méningite tuberculeuse.

Retenons que la guérison est loin d'être la règle et que le diagnostic de tuberculose miliaire subaiguë ou chronique impose un pronostic très réservé.

Considérations sur quelques bronchectasies du sommet

M. L. ROUSSEAU

Les bronchectasies du sommet sont souvent confondues avec la tuberculose. Leur symptomatologie est souvent pauvre et les radiographies donnent des images rappelant celles de tuberculoses pulmonaires fibreuses. Ces bronchectasies peuvent être d'origine tuberculeuse ou non. Si elles ne le sont pas, une tuberculose peut se greffer sur ces dilatations. On a prétendu que les dilatations de la base seraient le plus souvent non tuberculeuses alors que celles du sommet reconnaîtraient cette origine dans la majorité des cas.

Sur trois observations de bronchectasies du sommet, deux ont montré la présence de bacilles de Koch, tandis qu'une ne fournit aucune preuve bactériologique de son origine tuberculeuse. Dans les trois cas, la tuberculose n'a aucun caractère évolutif et est reléguée au second plan par le syndrome bronchectasique.

L'évolution de la tuberculose ne semble pas sérieusement affectée par les dilatations bronchiques minimes tandis que les dilatations consécutives à une sténose bronchique aggravent toujours le pronostic de la tuberculose.

REUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Séance du 20 avril 1944

Présidence de M. Roma Amyot

Cas pour discussion anatomo-clinique

(Cas No 2)

Docteurs Louis-Charles SIMARD et Claire GELINAS

Madame V.P., 69 ans, se présente à l'hôpital pour:

1) un amaigrissement considérable depuis quelques mois;
2) de l'ascite;
3) de l'insomnie;
4) un œdème blanc des membres inférieurs.

On note de plus de la constipation, du pyrosis et une sensation d'étouffement après les repas.

Antécédents personnels.

Elle n'a jamais été malade, sauf une varicelle.

Examen objectif.

Température: normale.

Pouls: 80 — 100.

Respiration: 18 — 24.

Urines et selles: normales.

Tête: Yeux — cataracte à gauche. Bouche — prothèse supérieure et inférieure.

Cou: Battement des jugulaires.

Cœur: La pointe bat dans le 4e espace à 13 cm. de la ligne médiane.
Frémissement cataire à la pointe.
Souffle systolique à la pointe.
Clangor du 2e bruit à la pointe.
P.A. 170/90.

Poumons: Matité aux deux bases.
Respiration soufflante.
Râles sous-crépitants à l'inspiration.
Roncus aux deux bases à l'expiration.
Signes adventices non modifiés par la toux.

Abdomen: Ascite.
Gros foie, bosselé, bord inférieur à la crête iliaque.

Organes génitaux: rien de particulier.

Membres: Bras — battements des veines au tiers inférieur des bras.
Membres inférieurs — réflexes rotuliens très lents — réflexe plantaire en flexion, œdème considérable remontant aux cuisses.

Examen de laboratoire.

B.W.: négatif.
Sang: Urée 0.61 gr. Glucose 0.98 gr.
M. Paul Riopel.

Formule sanguine:	globules rouges	3,650,000
	globules blancs	5,500
	hémoglobine	70%
	valeur globulaire	0.9
	poly. neutrophiles	64
	grands mono.	1
	lymphocytes	35
	poly. éosinophiles	0

Dr Albert Bertrand.

Urines: albumine — phosphates — traces de pus — leucocytes — absence d'urobiline.
Dr Albert Bertrand.

Radiographie pulmonaire.

Bloc de condensation intense occupant une bonne partie de la base droite. La trame est très épaisse aux alentours des hiles et traduit sans doute, là encore, des troubles circulatoires.

La silhouette cardiaque est normale. Elle affecte une forme transversalement couchée en raison des diaphragmes sous la poussée abdominale.

Dr Philippe Bélisle.

Selles: présence de sang.
Liquide d'ascite: Urée 0.74.
Présence de sang.
Quelques lymphocytes
Examen bactériologique: négatif.

Dr Albert Bertrand.

Un mois après:

Sang: Urée 0.53 gr.
Urines: Albumine — cylindres hyalins rares — traces de pus — leucocytes.

Requête en chirurgie.

Ascite considérable chez une malade par ailleurs très amaigrie. J'aimerais examiner cette malade après ponction évacuatrice.

Avant de formuler une opinion, il serait intéressant de tenter un repas baryté pour connaître, si possible, la forme du tractus digestif supérieur.

(Ponction d'ascite de 11,000 c.c. d'un liquide rouge vin.) R. X de l'estomac.

Diagnostic probable: néoplasie gastrique avec métastases hépatiques et infiltration de l'épiploon. Malade inopérable, tant au point de vue curatif que palliatif.

Dr François Archambault.

Radiographie de l'estomac.

Les parois gastriques et même celles de l'œsophage inférieur sont le siège d'une infiltration généralisée qui a tous les caractères d'une néoplasie extensive causant une sténose complète de la région pylorique.

Sur la grande courbure, large cratère correspondant probablement à une profonde ulcération dans la même néoplasie.

Dr Philippe Bélisle.

Evolution.

Quatre jours après l'arrivée de la patiente, on fait une ponction d'ascite de 11,000 c.c. d'un liquide hémorragique. A la suite de quoi on constate, au palper de l'abdomen, un gros foie et d'autres noyaux mobiles dans l'abdomen.

Le toucher rectal révèle des hémorroïdes anciennes et le toucher vaginal permet de sentir une masse dans le cul-de-sac gauche.

Un mois après l'admission: nouvelle ponction de 11,000 c.c. de liquide rouge cerise.

On constate, de nouveau, des nodules dans l'abdomen.

La veille de sa mort, on note au dossier que la patiente a fait une embolie de l'iliaque droite ou de la fémorale.

La patiente meurt cachectique après 69 jours d'hospitalisation au cours desquels elle a eu cinq ponctions d'ascite.

Diagnostic provisoire.

Néo du foie.
Insuffisance mitrale avec anasarque.
Embolie.

Discussion.

M. Roger DUFRESNE propose le diagnostic de néoplasme de l'estomac avec masse ovarienne primitive; il base ce diagnostic sur l'aspect radiologique d'infiltration anfractueuse qui est différente des linites plastiques et qui ne suggère pas non plus la syphilis ni la tuberculose.

M. Valmore LATRAVERSE dit qu'il faut penser à une brûlure par un corps chimique quelconque.

M. René GRIGNON demande si l'examen du bassin a été fait par un gynécologue et aussi s'il y a des précisions sur les râles pulmonaires mentionnés.

M. Louis-Charles SIMARD répond que l'examen n'a pas été fait par un gynécologue. Il attire l'attention sur les points saillants de l'histoire: la présence d'ascite hémorragique qui a nécessité plusieurs ponctions et la constatation, après ponctions, d'un foie très bas qui fait penser aux métastases hépatiques et péritonéales. Aux poumons, pas de métastase. Il souligne l'importance de faire un diagnostic d'origine et déclare que la masse trouvée dans le cul-de-sac postérieur était un mésothéliome malin des ovaires; que le foie ne pesait que 1,000 grammes et ne montrait pas de métastase. L'estomac non plus n'avait pas de métastase, sa muqueuse était indemne, mais il y avait un enveloppement de l'estomac et du foie par un néoplasme péritonéal en gangue. Ce qui donnait l'aspect d'un foie gros et bosselé, c'était l'épiploon: le diagnostic anatomique était donc: mésothéliome malin des ovaires et métastases péritonéales prégastriques et épiploïques, athérome aortique léger, œdème et congestion pulmonaires. Il ajoute que les mésothéliomes ovariens ne sont pas très fréquents.

M. Roma AMYOT demande si le caractère hémorragique de l'ascite suggère quelque chose.

M. Louis-Charles SIMARD répond que cela suggère une épithéliomatose péritonéale et que l'examen histologique du liquide d'ascite se montre souvent négatif.

M. Léon GERIN-LAJOIE fait noter que l'histoire du cas porte mention d'un premier examen gynécologique négatif et, dans l'évolution, d'une masse du cul-de-sac postérieur. Il ajoute qu'il aurait mieux valu avoir une consultation gynécologique, quoique celle-ci n'eût pu modifier l'évolution du cas. Il se demande si la centrifugation poussée des liquides d'ascite ne donnerait pas quelque chose.

M. Albert BERTRAND répond que l'on fait toujours la centrifugation au laboratoire, qu'on trouve assez souvent dans le culot des cellules néoplasiques et que, quand il y a doute, le culot est porté dans le service d'anatomie pathologique. Il ajoute que, dans le cas présent, il y a eu au moins 28,000 c.c. d'ascite enlevée à différents intervalles et par conséquent perte considérable d'albumine. Le plasma intraveineux ne serait-il pas un moyen d'obvier à cette perte?

M. Léon GERIN-LAJOIE trouve comme morale de cette présentation qu'on devrait obtenir des histoires génitales plus complètes pour les dossiers.

D'un syndrome polynévritique à l'étiologie d'une angine

M. Roma AMYOT

Paraîtra comme article original dans un prochain numéro de *L'Union Médicale.*

Discussion.

M. Yves CHAPUT demande au docteur Amyot si la vitamine B_1 est spécifique de polynévrite, si elle a des avantages sur la strychnine à haute dose et s'il a des statistiques pour montrer la différence entre les résultats tirés de ces deux médicaments.

M. Jules BRAULT dit que dans les paralysies post-diphtériques les oto-rhino-laryngologistes emploient la strychnine avec l'impression que cette dernière accélère l'amélioration apportée par la vitamine B_1.

M. Roma AMYOT divise les polynévrites en carentielles et non carentielles; les premières guérissent plus vite avec la vitamine B_1, les secondes, qui comprennent les polynévrites toxiques ou infectieuses, sont moins sensibles à la vitamine B_1, mais celle-ci peut tout de même aider. En effet, pourquoi certains cas de diphtérie présentent-ils une névrite et d'autres pas: il doit y avoir une prédisposition individuelle ou une différence de toxicité; mais des expériences ont montré des cas assez vraisemblables où une avitaminose latente peut disposer à une polynévrite toxique de sorte que le traitement devrait inclure le chlorure de thiamine chez ceux-là. La strychnine aide surtout dans la diphtérie qui peut donner une polynévrite aux nerfs crâniens. Au docteur Brault il répond que les paralysies d'accommodation sont très souvent dues à la diphtérie.

M. Emile MENARD demande des statistiques.

M. Roma AMYOT dit qu'il n'en a pas à la mémoire, mais qu'il croit indubitable que la vitamine B_1 peut guérir plus vite.

M. Yves CHAPUT demande si on a constaté des troubles du métabolisme des hydrates de carbone dans les cas de polynévrites.

M. Roma AMYOT répond que ça n'a pas été fait ici, mais qu'ailleurs on a trouvé des accumulations d'acide lactique et d'acide péruvique dans le sang.

M. Jules BRAULT dit que la névrite rétrobulbaire est fréquente chez les diabétiques.

Pneumonie à virus compliquée d'atélectasie pulmonaire

MM. J.-Albert ROULEAU, Henri GELINAS et Louis FORTIER

M. J. R..., mécanicien, âgé de 43 ans, entre à l'hôpital le 12 janvier 1944, pour toux, dyspnée, fièvre. La maladie a débuté un peu avant Noël. Le malade a cru à une « grippe » ordinaire. Il n'a pas abandonné son travail.

Le 26 décembre, il a ressenti un point de côté assez violent du côté droit, avec expectoration teintée de sang et cela durant deux jours. Asthénie, inappétence, constipation.

Chez lui, son médecin l'a traité à l'aide de sulfamidés, et cela à fortes doses. A l'hôpital, son médecin l'a également traité du 12 janvier au 24 janvier sans succès avec des doses moindres de sulfadiazine, soit 1 gr. 50 par jour. La fièvre modérée inférieure à 100° a persisté jusqu'au 29 janvier.

Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, le 12 janvier, l'interne n'a rien noté d'anormal aux poumons. Seule, une radiographie pulmonaire, faite le 12 janvier, a permis de constater à la partie moyenne du poumon droit un voile dense, assez homogène. Le docteur Bélisle a conclu soit à une pneumonie lobaire non résolue, soit à une pneumonite (pneumonie à virus).

Le malade a été admis dans le service de médecine le 24 janvier. Le 25 janvier 1944, on constate l'existence de matité à la base droite avec souffles sous-crépitants, égophonie et vibrations vocales diminuées. Les mêmes signes persistent le 31 janvier, et une nouvelle radiographie faite le 1er février permet de constater la persistance, à la partie moyenne du poumon droit, d'une ombre à peu près identique à celle du 12 janvier. De plus, l'extrême base droite est très sombre. Le cœur et le médiastin sont fortement attirés à

droite. On conclut à de l'atélectasie du lobe inférieur droit.

Le 11 février, l'image ne s'était pas modifiée, mais l'état général du malade, devenu non fébrile, s'était grandement amélioré.

Le 21 février, une nouvelle radiographie nous montre la base du poumon droit beaucoup moins sombre. Il est à noter que le 18 février le malade s'est plaint d'un point de côté à droite. Ce point a dû correspondre à la disparition de l'obstruction bronchique. A l'auscultation on se rend compte que la base du poumon droit est redevenue en partie perméable.

Le 25 février, frottements pleuraux à la base droite. La respiration est encore diminuée à l'auscultation.

Le 3 mars, on fait faire une dernière radiographie qui démontre un progrès léger par rapport à celle du 21 février. Le malade quitte l'hôpital le 4 mars, en voie de guérison.

Hémogramme le 20 *janvier* 1944.

Globules rouges:	4,500,000
Leucocytes:	12,000
Hémoglobine:	64%
Valeur globulaire:	0.7
Polynucléaires neutrophiles:	78%
Grands mononucléaires:	7%
Lymphocytes:	14%
Polynucléaires éosinophiles:	1%

Examen des crachats.

Le 25/1/44: Koch négatif.
Le 31/1/44: Flore microbienne banale très pauvre.

Sédimentation des globules rouges.

Le 3 février 1944, elle est normale.

Nous désirons surtout attirer l'attention sur deux points. Il est évident qu'en cas de doute il vaut mieux donner aux malades des sulfamidés. Souvent, au début d'une pneumonie lobaire franche, il est impossible de trouver, à l'auscultation, des signes nets de consolidation et il y a lieu de ne pas faire perdre au malade le bénéfice d'une médication précoce particulièrement active alors. Notre malade a eu une expectoration sanglante, ce qui ne se voit que dans 5% environ des cas de pneumonie atypique. Cependant, trois semaines après le début de la maladie, l'interne de garde n'a pas pu constater, à l'examen physique, la présence de signes tels que râles, matité, etc... tandis que la radiographie était nettement positive. Il y avait alors lieu de discontinuer la médication par les sulfamidés. Elle aurait même pu être discontinuée plus tôt parce qu'elle s'était révélée inopérante.

On se rend de plus compte combien il peut parfois être facile, dans ces cas à évolution prolongée, de conclure faussement à une tuberculose pulmonaire. L'examen répété des crachats s'impose en cas de doute. On peut également recourir à l'inoculation du cobaye par le liquide gastrique recueilli chez le malade à jeun.

Nous n'avons pas été obligés de recourir au drainage bronchoscopique parce que tout s'est arrangé à point.

Discussion.

M. Henri GELINAS montre des films avec bloc de condensation à la partie moyenne du poumon droit et d'autres films qui suggèrent l'atélectasie chez son malade.

M. Emile MENARD demande la durée ordinaire de la fièvre dans les pneumonies atypiques.

M. Henri GELINAS répond: de 6 à 60 jours.

M. Albert BERTRAND soulève une question sur la fréquence des pneumonies atypiques, parce que, dit-il, Paul Blum, il y a quelques années, a émis la théorie que toutes les pneumonies étaient des maladies à virus et que les pneumocoques n'étaient en cause que comme solvants de la fibrine.

M. Valmore LATRAVERSE pose les questions suivantes: 1° Quel est le mécanisme de l'atélectasie? 2° Le malade tousse-t-il encore et comment sait-on s'il ne fera pas de bronchectasie? Comment le film a-t-il été fait?

M. Henri GELINAS répond que le mécanisme probable de l'atélectasie était l'obstruction bronchique par des sécrétions, que le malade allait bien et que son état ne laissait pas prévoir l'évo-

lution vers la bronchectasie et enfin que le malade devait se rapporter, mais ne l'a pas fait.

M. Louis-Charles SIMARD fait remarquer que la radiographie semble montrer des foyers denses à la base droite qui, peut-être, sont des foyers de sclérose, laquelle pourrait donner de la bronchectasie.

M. Yves CHAPUT remarque qu'il a traité, sans succès, trois cas de pneumonie atypique sulfamido-résistante au moyen de la radiothérapie.

Importance de l'épreuve directe dans la détermination des compatibilités sanguines

M. Albert BERTRAND

A paru comme article original dans le numéro de juin de *L'Union Médicale*, page 646.

Discussion.

M. Léopold MORISSETTE demande si le patient du groupe A 3, présenté par le docteur Bertrand, avait des frères ou des sœurs vivants.

M. Albert BERTRAND répond: non.

M. Léon GERIN-LAJOIE demande des explications sur les réactions qui apparaissent chez les patients qui ont reçu plusieurs transfusions.

M. Albert BERTRAND répond en mentionant les causes suivantes: 1° des erreurs de groupe qui peuvent s'éviter par des épreuves directes; 2° la présence de substances pyrogènes dans les liquides employés pour préserver le sang. Le citrate de soude serait souvent contaminé par des champignons, le sang lui-même peut être contaminé si on emploie la même bouteille de sang, pour de petites transfusions 2 à 3 jours de suite; 3° la sensibilisation des patients à des variations de sous-groupes.

M. Louis-Charles SIMARD dit que des travaux expérimentaux faits aux Etats-Unis ont montré que les solutions de citrate de soude sont très difficiles à préparer aseptiquement.

Le diverticule du duodénum

MM. Roland DECARIE et Roger DUFRESNE

Paraît comme article original dans le présent numéro de *L'Union Médicale*, page 783.

Discussion.

M. Léon GERIN-LAJOIE attire l'attention sur une phrase dans l'histoire de cas qui laisserait supposer, d'après lui, que l'opinion de la malade avait influencé la décision chirurgicale.

M. René ROLLAND note qu'il est bien reconnu que des hernies en imminence d'étranglement sont causes fréquentes de troubles digestifs.

M. Roland DECARIE répond que sa patiente présentait un syndrome abdominal aigu en plus de sa hernie étranglée. Il modifiera peut-être la phrase à laquelle s'objecte le docteur Gérin-Lajoie.

Secrétaire adjoint du
Bureau Médical,
Léopold MORISSETTE.

CHANGEMENT D'ADRESSE.

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph — LAncaster 9888, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

NÉCROLOGIE

LEGLIUS-A. GAGNIER

(1871-1944)

Le 11 mai 1944, à l'Hôtel-Dieu de Montréal, s'éteignait doucement au milieu des siens, dans la sérénité d'une vie bien remplie, le docteur Léglius-A. Gagnier, radiologiste, membre fondateur et premier président de la Société Canadienne-Française d'Electrologie et de Radiologie Médicale.

Bien que parents et amis le savaient atteint d'un mal qui pardonne rarement, sa fin soudaine n'en causa pas moins un vif émoi. Sa famille perd en lui un guide et un soutien irremplaçable; la radiologie, un de ses membres les plus éclairés et la société, un homme de bien en même temps qu'un citoyen modèle.

Né à Sainte-Martine le 4 octobre 1871, il fit ses études classiques aux Collèges de Saint-Hyacinthe et de Sainte-Thérèse. Après de brillantes études à l'Université Laval de Montréal, il obtient son doctorat de médecine en 1895. Durant une quinzaine d'années, il connut la dure existence du praticien prodiguant ses soins à sa nombreuse clientèle qui en retour était heureuse d'en faire son confident. Dans cette période de travail intense, il s'adonna à la vie militaire et devint bientôt, grâce à son dynamisme et à son esprit d'organisation, Commandant du 64e Régiment de Châteauguay et de Beauharnois.

Cette vie militaire n'était pas pour Gagnier un simple passe-temps, une halte dans la pratique de la médecine. C'était, plutôt, une occasion de développer d'avantage son patriotisme, son esprit d'initiative, son amour de la discipline et de l'inculquer à ses semblables. Quand il cessa ses activités militaires, il était Lieutenant-Colonel sur la Réserve.

Bien au courant des publications retentissantes tant dans la grande Presse que dans la littérature médicale, concernant la découverte de Roentgen, Gagnier y voit l'opportunité d'en faire bénéficier sa déjà nombreuse clientèle. Il s'embarque donc pour outre-mer et se dirige vers Paris où professe le célèbre Béclère auprès duquel il s'initie à la radiologie médicale. Il fréquente aussi la clinique Electrothérapique du docteur Laquerrière avec lequel il noue des liens d'amitié que rien ne pourra briser. Il visite les grandes polycliniques de Rome et de Naples, fait un séjour au « Post Graduate » de New-York et dès son retour au pays ne tarde pas à créer un centre d'Electro-Radiologie des plus complets pour le temps.

Depuis lors, il partagea ses activités entre la consultation et la pratique Electro-Radiologique dont il ne cessa de suivre de près les développements ultérieurs. En 1918 il fit un nouveau stage au « Post Graduate » de New-York et modernisa son instrumentation radiologique. Il fut le premier radiologiste de l'Hôpital Français, devenu aujourd'hui l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc; le service de radiologie de Saint-Jean-de-Dieu lui doit aussi sa création. Dans la dernière période de sa vie, il était radiologiste expert auprès de la Commission des Accidents du Travail où toutes sortes de problèmes médico-légaux se présentèrent à lui. L'ardeur qu'il mit à les résoudre ne se démentit jamais. En 1938, il présenta devant la Société Canadienne de Radiologie un rapport très élaboré sur « La Radiologie Médico-Légale », complément d'un autre rapport sur « Les agents Physiques dans la Médecine Industrielle » présenté au 11e Congrès de l'A.M.L.F.A.N., en 1930.

En 1928, il devient le premier Président de la Société C. F. d'Electrologie et de Radiologie médicales, dont la fondation eût été impossible sans

lui et qu'il ne cessa d'entourer de sollicitude par la suite.

En 1926, prévoyant la grande évolution future de la pratique de la médecine et mu par un sentiment confraternel tout à fait désintéressé, il publia un opuscule intitulé *Droits et Devoirs des Médecins canadiens-français* et qu'il distribua à ses frais à la profession médicale. La lecture de son livre nous fait voir l'élévation de son esprit, la noblesse de son cœur et son grand altruisme.

Les idées et les sentiments que Gagnier a si magistralement exposés sont encore d'actualité. Souhaitons que ces pages écrites avec tant de franchise, de loyauté et d'honnêteté ne connaissent pas l'oubli; l'auteur y a mis toute son âme et l'expérience d'une vie nourrie de l'idéal le plus pur.

Albert COMTOIS.

LE DOCTEUR SEVERIN SABOURIN

Le docteur Sévérin Sabourin est décédé le 29 avril à l'âge de 58 ans. Le défunt avait terminé ses études de médecine à l'Université Laval de Montréal en 1910. Il fut d'abord interne à l'hôpital Notre-Dame pendant un an puis alla s'établir dans l'Ouest canadien. Depuis 1917, il exerçait à Bonnyville, Alberta. Le docteur Sabourin eut une vie bien remplie: il pratiqua une médecine laborieuse dans un pays où l'espace est vaste et où les moyens d'existence furent pénibles; en plus son dynamisme, son caractère heureux et très sociable lui permirent d'accomplir de la bonne besogne d'organisation et de se mêler à de multiples accomplissements sociaux. Il fut le premier maire de Bonnyville et y organisa la première chambre de commerce. Il était le maître de chapelle à son église paroissiale. Il avait fait un séjour en France pour parfaire ses connaissances médicales, ayant suivi les cliniques de Pauchet, de Duval et J.-L. Faure.

Malgré ses occupations de médecin, de maître de chapelle, d'organisateur couvrant de multiples activités paroissiales ayant en vue le bien-être de la communauté, il eut le temps et le mérite d'élever une famille d'une douzaine d'enfants. Une belle figure de médecin canadien-français très estimé de ses concitoyens et de ses confrères des deux langues vient de disparaître dans la personne du docteur Sabourin.

LE DOCTEUR ORILLE RICARD

Le docteur O. Ricard est mort tout récemment à l'âge de 32 ans. Le défunt avait obtenu son doctorat en médecine de l'Université de Montréal en 1940 et il avait fait ultérieurement un stage d'internat à l'hôpital Notre-Dame.

LE DOCTEUR J.-F. CHAMPAGNE

Le docteur J.-F. Champagne vient de mourir à l'âge de 53 ans.

REVUE DES LIVRES

L'annuaire 1944 de la Société Médicale de Montréal.

« Les Journées Médicales » de la Société Médicale de Montréal ont remporté cette année encore un succès réel. Et, quoique cette appréciation sorte du sujet de cet article, je crois que la valeur des conférenciers invités, le grand intérêt que comportait le sujet de leur conférence et la forme magistrale dont chacune d'elles a été prononcée, ont contribué puissamment au résultat très heureux des « Journées Médicales ».

Mais revenons à notre sujet. Comme les années précédentes, un Annuaire fut composé pour ces « Journées Médicales ». Evidemment, le but premier de cet Annuaire est de constituer un programme des activités scientifiques. Mais, et cela me paraît fort bien, on a voulu qu'il soit en plus un agent d'instruction, une occasion de gratitude envers des médecins disparus qui ont joué un rôle de premier plan parmi nous, enfin un document que l'on doit conserver et que l'on peut consulter avec profit.

Cette année, y parurent des notices nécrologiques concernant les docteurs Elie Georges Asselin et Benjamin Georges Bourgeois, et un historique substantiel et des plus instructifs sur les Sociétés Médicales spécialisées de Montréal. Savait-on qu'il existait 12 Sociétés Médicales spécialisées dont font partie des médecins canadiens de langue française, auxquelles ils participèrent régulièrement par des communications de cas cliniques et par des présentations de travaux originaux? Un tel fait méritait d'être signalé et je suis bien aise d'affirmer que la lecture de ces historiques est captivante.

Certaines de ces Sociétés sont exclusivement formées de médecins de langue française, d'autres sont des sociétés comprenant des médecins de langue anglaise et française.

A tout événement, le fonctionnement de ces Sociétés est un puissant facteur de développement scientifique et d'instruction médicale pour les médecins qui en font partie. Espérons que les Sociétés mixtes seront, encore plus si possible, une occasion de compréhension réciproque et de bonne entente entre les deux groupes de médecins de notre ville. Un vœu qu'on désirerait formuler serait que dans ces Sociétés mixtes les communications se fassent sans restriction dans les deux langues. Un excellent procédé et une gymnastique d'une valeur inappréciable seraient que les médecins sans exception s'adressent à leurs collègues dans la langue qui n'est pas leur langue maternelle. Quel merveilleux esprit de concorde et de haute compréhension mutuelle cette politique manifesterait! Espérons qu'un jour, au moins dans nos Sociétés Médicales, on pourra observer le merveilleux spectacle d'une union réelle sur un même niveau entre deux groupes de professionnels ayant conservé leur personnalité ethnique distincte, mais pouvant discuter indistinctement dans les deux langues, avec intelligence, sans morgue ni fausse honte, des problèmes de science médicale envisagés sous différents aspects et traités à l'avantage de tous. Les raisins finiront par mûrir, c'est notre plus grand espoir.

Pour revenir à l'Annuaire, nous devons féliciter ses réalisateurs et plus particulièrement le docteur Edouard Desjardins dont l'esprit de collaboration et le dévouement sont bien connus, en plus de sa science de l'édition. Nous devons aussi féliciter les collaborateurs de l'Annuaire et par ordre de disposition du texte: MM. Eugène Robillard, Philippe Panneton, Wilbrod Bonin, Pierre Smith, Paul Dumas, Origène Dufresne, J.-A. Vidal, Georges Cousineau, Adrien Lambert, Albert Jutras, Jean Saucier, Jules Brault, Calixte Favreau, Emile Blain. Ces noms constituent une équipe de médecins que la Société Médicale doit être fière de mettre en lice pour son Annuaire.

A ce groupe de nos collègues, nous devons ajouter le créateur des « Journées Médicales » et de l'Annuaire, celui auquel revient le grand mérite d'avoir redonné de la vie, du mouvement, de

BAUME SANODERMYL

Préparation destinée à combattre et à cicatriser, par une épidermisation rapide:

Crevasses des seins, gerçures des mains, rougeurs et coupures des nouveau-nés, dartres et croûtes laiteuses, eczéma des nourrissons.

Composition:

Benzocaïne	0 gr. 60
Résorcine	0 gr. 20
Acide borique	2 gr.
Sous-Gallate de Bismuth	0 gr. 50
Baume du Pérou	0 gr. 10
Lano-vaseline	20 grammes

Mode d'emploi:

Faire 2 ou 3 applications de baume par 24 heures et recouvrir de gaze stérilisée.

TUBE DE 20 GRAMMES

DYSPNÉ-INHAL

prévient et soulage RAPIDEMENT

Les crises d'asthme, de rhume des foins, d'emphysème.

Solution à 3.5% d'épinéphrine stabilisée par un procéde spécial.

Un pulvérisateur de poche spécial et peu encombrant en rend l'utilisation facile à tout moment.

Le **Dyspné-Inhal** s'emploie en pulvérisations et uniquement dans l'appareil spécial qui non seulement pulvérise comme beaucoup d'autres, mais atomise le liquide.

On peut répéter l'opération sans aucun inconvénient, jour ou nuit, à chaque crise.

POUR INHALATIONS BUCCALES SEULEMENT

Rougier Frères
INCORPORÉE

SIÈGE SOCIAL: 350, RUE LeMOYNE, MONTRÉAL
LABORATOIRES: 507, RUE FORTUNE, PTE ST-CHARLES

l'ordre et de l'organisation à notre Société Médicale et qui récolte maintenant à bon droit le fruit de son inlassable activité. Tous connaissent Paul Letondal et, même si tous n'ignoraient pas son mérite, on devrait encore citer son nom à l'occasion des succès de la Société pour laquelle il s'est intensément dépensé.

Roma AMYOT.

Bruno KISCH. — **Strophanthin.** Brooklyn Medical Press, édition 1944.

Ce livre est certainement à lire, et intéressera même ceux qui n'aiment pas d'ordinaire à employer la strophanthine; quand ce ne serait que pour se familiariser davantage, si possible, avec les indications et contre-indications de la digitale.

Dans sa préface, l'auteur souligne qu'un grand nombre de médecins sont encore sous l'effet des expériences désastreuses des premiers temps, alors que des doses trop fortes étaient données. Il fait ensuite l'histoire de son introduction, explique la nature chimique de la strophanthine et ses principales variétés, et immédiatement émet un doute sur son efficacité quand donnée par la bouche.

Pharmacologie.

Les effets biologiques de la strophanthine sont, pour la plupart, semblables à ceux de la digitale. Cependant il y a différence dans leur rapidité d'action, même après injection intraveineuse des deux médicaments; différence aussi dans l'accumulation et le temps d'élimination.

L'auteur étudie la strophanthine quant à son action sur les différentes propriétés du cœur: excitation, conduction, irritabilité, contractibilité. Il considère ensuite sa relation avec les sels neutres, son influence sur le métabolisme du cœur, sur l'électrocardiogramme, les vaisseaux et la circulation générale.

Un foyer potentiel d'excitation cardiaque peut être transformé en un foyer réel sous l'influence de la strophanthine, soit par effet indirect, conséquence du ralentissement du pouls, soit par effet direct. Comme exemple, son intéressante expérience du papier buvard imbibé d'une solution de strophanthine, et produisant différentes variétés d'extrasystoles, quand appliqué à des endroits précis et à des concentrations données sur la surface du muscle cardiaque.

L'augmentation du pouvoir de contraction du cœur, après administration de la strophanthine, le rapport de sa dépense d'oxygène, sont des effets d'influences chimiques et physico-chimiques. L'auteur pose la question comment le métabolisme du muscle cardiaque est changé par ce médicament dans les conditions normales et pathologiques.

La toxicité de la strophanthine varie chez les différentes espèces d'animaux et avec certains médicaments. Il faudra tenir compte aussi de l'état du muscle cardiaque; un même facteur, tel, par exemple, l'hyperthyroïdie, pourra diminuer son efficacité et augmenter sa toxicité. La condition générale du sujet est très importante. Certains patients auront des vomissements après 0.30 mg., tandis que d'autres du même poids n'en auront pas après 0.50. Cependant il est à remarquer que la plupart des patients qui ont des vomissements avec la digitale tolèrent très bien la strophanthine; la diarrhée aussi serait moins fréquente.

Méthodes cliniques d'administration.

L'injection intraveineuse est la méthode classique; le pourcentage absorbé ne change pas de jour en jour, comme avec la digitale, et nous savons exactement ce que le cœur reçoit. L'injection devra être faite lentement, pour augmenter la durée de contact entre le sang et le muscle cardiaque. C'est pourquoi Hatcher conseille de l'employer avec 500 c.c. de sérum glucosé à 10%.

L'administration rectale, encore à l'étude, pourrait être utile, et alors la strophanthine K serait plus efficace.

Dans certaines circonstances, l'injection intracardiaque serait à essayer, par exemple, dans l'intoxication aiguë par la morphine, le veronal, le chloral, etc.



LES ALGIES RHUMATISMALES et SYNDROMES DOULOUREUX

Complexe médicamenteux de Polysalicylates, Soufre, Calcium, Thyroïde et Parathyroïde, en capsules glutinisées, ne se dissolvant que dans l'intestin.

PUISSANT MODIFICATEUR DU TERRAIN RHUMATISMAL

●

DOSES: Jusqu'à cessation des douleurs, la dose devra être forte, de 12 à 18 Capsules par 24 heures. Prendre de préférence une Capsule — ne jamais dépasser 2 capsules — toutes les heures ou toutes les deux heures. Après la cessation des douleurs, réduire la dose du tiers, puis de la moitié et plus.

PRÉSENTATION: En flacons de 100 Capsules.

SULFOSALYL

Échantillon sur demande.

ANGLO-FRENCH DRUG COMPAGNIE

209 Est, rue Sainte-Catherine, Montréal.

Strophanthine ou digitale?

Il serait préférable d'employer la strophanthine:

1. Quand il y a urgence: ainsi, dans l'insuffisance aiguë du ventricule gauche, à peu près tous les médecins sont d'accord sur sa valeur.

2. Dans les cas où les conditions de résorption sont mauvaises, insuffisance circulatoire chronique avec gros foie.

3. Quand la digitale provoque des vomissements, ou encore dans les cas ne répondant pas au traitement par la digitale.

4. Dans l'insuffisance cardiaque sans hypertrophie des ventricules, et alors que le myocarde paraît relativement sain: insuffisance brusque, *cœur forcé.*

5. Dans la myocardite, la sclérose coronarienne, les maladies infectieuses, et chez les patients plutôt gras.

6. Enfin dans l'insuffisance cardiaque avec bradycardie sinusale, parce que, à dose thérapeutique, son effet sur le vague est moins prononcé.

Dans l'artério-sclérose cérébrale et certaines endocardites, l'auteur admet que la digitale est plutôt à conseiller. Il admet aussi que, dans les nombreux cas où strophanthine et digitale peuvent être employées avec une égale satisfaction, les médecins préféreront la digitale, beaucoup plus économique et plus facile pour le patient.

En conclusion, puisque la strophanthine est évidemment supérieure à la digitale dans certains cas, c'est le devoir de tout médecin de se familiariser avec ses propriétés et de l'employer à bon escient.

Félix TETU.

NOUVELLES

VICE-PRESIDENT DE LA "CANADIAN FRATERNEL CONGRESS ASSOCIATION"

Le docteur Yvon Laurier, chef de service à l'hôpital du Sacré-Cœur et médecin en chef de l'Alliance Française, vient d'être élu vice-président de la *Canadian Fraternal Congress Association,* lors d'un congrès tenu à Toronto.

QUELQUES CONSEILS A SUIVRE DURANT LA PERIODE FAVORABLE A L'ECLOSION DE LA POLIOMYELITE: DE JUIN A SEPTEMBRE

1. Durant une période où sévit la poliomyélite, toutes manifestations pathologiques comme vomissements, constipation, diarrhée, céphalée sévère, indices d'un rhume, fièvre, doivent éveiller l'attention et tenir en alerte. Tout enfant ou adulte pris d'une fièvre inexpliquée doit être mis au repos au lit, isolé, en attendant le médecin.

2. Mander le médecin sans tarder.

3. Il n'existe pas encore de moyens de prévention de la poliomyélite, ni de protection contre elle; cependant certains soins peuvent prévenir ou minimiser des complications futures.

4. Observer les conseils suivants:

a) Eviter la fatigue et le surmenage par excès d'exercice.

b) Pas de refroidissement, de frissons subits que ne manquera pas de déclencher, par exemple, un bain dans l'eau trop froide au cours d'une journée très chaude.

c) Propreté en tout; qu'on se lave bien les mains avant chaque repas.

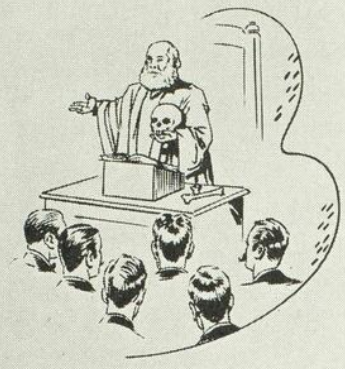
d) Pas d'amygdalectomie ou d'adénoïdectomie durant une épidémie. Elles peuvent favoriser l'infection et du type le plus dangereux.

e) Eau et lait, les plus purs possible. Tenir les mouches éloignées des aliments. Bien qu'on ne

PÈRES DE LA MÉDECINE CANADIENNE

★UNE DES ANNONCES DE LA SÉRIE





John Rolph

(1787-1870)

FONDATEUR de la première école médicale de l'Ontario (1843), le Dr John Rolph eut une carrière très intéressante, comprennant la médecine, le droit et la politique. A 19 ans, il vint au Canada par les Etats-Unis, entrant avec quelques difficultés par Buffalo, après la Bataille de Queenston Heights.

Quittant son poste de Trésorier-Payeur dans les Forces de Sa Majesté près de London, Ontario, après la guerre de 1812, Rolph retourna en Angleterre où il étudia la médecine et le droit. A Cambridge, il fut un élève brillant. Il étudia la médecine avec Sir Astley Cooper et dans les hôpitaux Guy et St-Thomas, et devint membre du Collège Royal de Chirurgiens (Angleterre). Il était aussi avocat de l'Inner Temple.

Le Dr Rolph revint au Canada en 1821 où il pratiqua la Médecine et le Droit dans le Comté de Norfolk, puis dans une partie du District de Talbot. Il était conseiller légal et ami intime du Col. Talbot.

Il devint membre du Conseil d'Administration des Ecoles du District de London en 1823, et M.P.P. pour Middlesex en 1824, lorsqu'il alla habiter Dundas. Il déménagea pour venir à York (Toronto) en 1831 où il donna des cours de médecine privés et devint un des premiers échevins de Toronto en 1834.

En 1837, avec Mackenzie, Morrison et Lloyd, Rolph discuta d'un plan pour l'organisation d'un gouvernement provisoire sous sa direction.

Le Dr Rolph pratiqua à Rochester pendant cinq ans, puis revint à Toronto où il établit "l'école Rolph" qu'il incorpora comme "Ecole de Médecine de Toronto" en 1853. Plus tard, cette école devint le Service Médical de l'Université Victoria et connut des années de prospérité avec le Dr Rolph comme doyen. Il fit des conférences jusqu'à l'année de sa mort qui survint en 1870, à Mitchell, Ontario, à l'âge de 83 ans.

Médecin habile, un des premiers éducateurs, avocat éloquent, parlementaire (y compris un terme à Ottawa sous l'Hon. Francis Hincks en 1851), et un des fondateurs de l'Hôpital Général de Toronto, le Dr Rolph a contribué à établir la pratique de la médecine au Canada sur une base solide. Son exemple inspire notre compagnie à réaffirmer sa foi en la politique Warner — Exactitude Thérapeutique — Excellence Pharmaceutique.

LE SYMBOLE D'EXCELLENCE PHARMACEUTIQUE

OMNIS ORBIS

WARNER

FONDÉE EN 1856

WILLIAM R. WARNER & COMPANY LTD.

Fabricants de Produits Pharmaceutiques

727-733 KING STREET WEST, TORONTO

1856 - 1944

connaisse pas encore le mode de dissémination de la maladie, on admet que l'eau et le lait contaminés sont dangereux et que les mouches peuvent véhiculer le virus.

f) Pas de bains dans de l'eau polluée.

g) Maintenir constamment la santé de la population à un niveau élevé.

h) Eviter tout contact inutile avec des personnes qu'on présume être atteintes de la poliomyélite.

5. Si un cas se déclare dans le voisinage, qu'on ne s'affole pas. Il est vrai que la maladie est contagieuse, mais qu'on se rappelle que bien des personnes s'en infectent sans présenter de symptômes, ce qui rend d'ailleurs toute prévention pratique impossible; qu'on n'oublie pas aussi que la majorité des malades ne développent pas de symptômes sévères et que les atteints, pour la plupart, s'en tirent avec avantage.

6. Les tentatives d'enrayer l'infection par fermeture des lieux de rassemblement se sont montrées illusoires. Ces décisions ont causé de l'inquiétude et ont troublé la vie de la population sans apporter d'effets salutaires de prévention. Aucun moyen d'enrayer efficacement la dissémination de l'infection n'est actuellement connu.

7. Il n'y a pas de traitement de la poliomyélite. Un cas sur 4 ou 5 présentera des signes de paralysie. Ne croyez pas les charlatans qui promettent la guérison. Que l'on accorde sa confiance aux conseils éclairés de la médecine.

8. Les organisations d'hygiène publique, les services sanitaires avec leurs médecins, leurs infirmières et leur matériel sont au service de la population et des médecins praticiens. Qu'on s'en serve.

PRESERVONS L'ADOLESCENCE DES MALADIES VENERIENNES

C'est entre les âges de 15 et 30 ans que se contractent 75 pour cent des infections vénériennes. Ne faut-il pas en conclure à la nécessité d'enseigner aux enfants, à l'âge qu'il convient, non seulement les règles de la morale, mais aussi la physiologie et l'hygiène sexuelles? Ce sera le point de départ de la prophylaxie antivénérienne. Un tel enseignement relève des parents et des éducateurs qui les représentent, et c'est pour eux un devoir de s'y préparer. Il évitera à la jeune fille des désillusions et au jeune homme des expériences malheureuses. Il en suffit d'une pour contracter la syphilis ou la blennorragie, pour infecter une jeune épouse et ruiner un foyer.

Voilà ce que vient de déclarer le docteur Jules Archambault, directeur de la division des Maladies vénériennes au ministère de la santé.

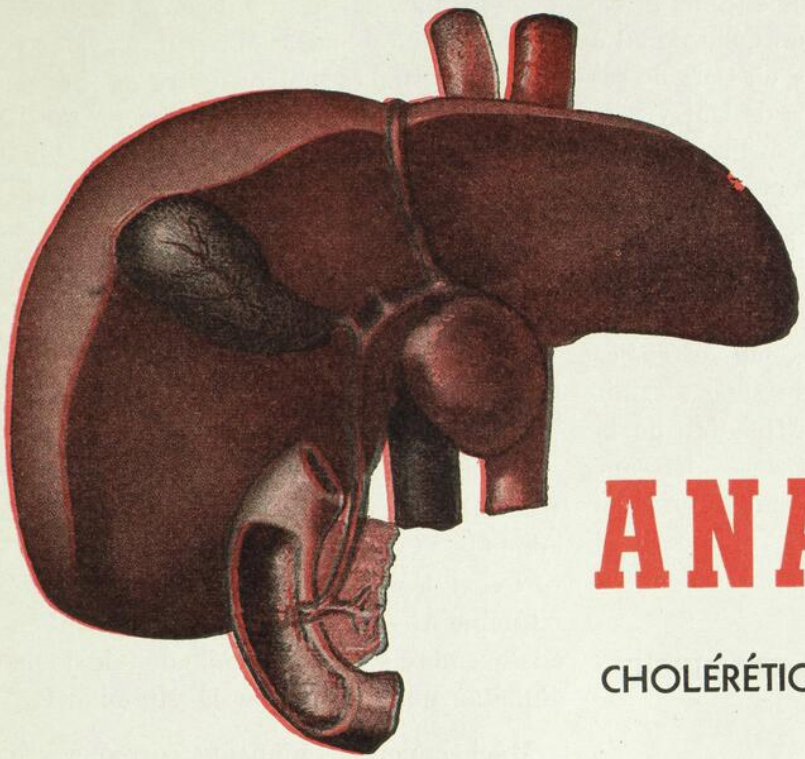
L'examen prénuptial comprenant l'épreuve du Wassermann est une mesure nécessaire à la protection des jeunes époux, et nous sommes redevables aux évêques de notre province de la favoriser.

La personne qui sera trouvée infectée doit avoir le courage de mettre d'emblée au-dessus de toute autre considération sa responsabilité morale et ses devoirs sociaux. Une telle conduite lui assurera le respect et lui conservera les affections auxquelles elle a droit. Son état d'ailleurs n'est que passager. En peu de temps, il cessera d'être un obstacle à ces projets, si le traitement est appliqué sans retard et comme il convient.

Par l'examen du sang répété au début de ses grossesses, la femme devrait encore s'assurer qu'elle n'a pas été contaminée de syphilis à son insu. La maladie est insidieuse même chez l'homme, et il est rare que la femme perçoive les symptômes du début.

Perdre un enfant à sa naissance est une tragédie. C'en est une plus grande de le voir survivre aveugle, difforme ou voué aux dégénérescences qu'entraîne à sa suite la syphilis non traitée. Institué assez tôt chez la mère, le traitement assure pratiquement la naissance d'enfants sains. S'il fait défaut, neuf fois sur dix l'enfant issu d'une mère syphilitique est infecté.

Il est établi par les statistiques que cinquante pour cent des personnes qui ont contracté la syphilis l'ignorent totalement. Sous les dehors d'une bonne santé et d'un organisme apparemment sain, elles portent dans les tissus de leurs organes et sur leurs muqueuses des tréponèmes qu'elles transmettent par le rapport sexuel durant une période de deux à quatre ans.



ANABILE

CHOLÉRÉTIQUE—CHOLAGOGUE

L'ANABILE est présenté sous forme de "tabule" titrée à 5 grains de bile de boeuf fraîche desséchée, contenant les acides biliaires associés et d'autres éléments naturels de la bile.

Chaque "tabule" d'Anabile équivaut à environ 4 cc. de bile de boeuf fraîche.

INDICATIONS

- Stase biliaire de toute origine (sauf les cas qui nécessitent une intervention chirurgicale).
- Hyposécrétion hépatique (cirrhose, inflammation des voies biliaires, congestion passive chronique).
- Cholécystite, pourvu qu'il n'y ait aucune obstruction sérieuse.
- Absence ou insuffisance de motricité intestinale, provenant d'une sécrétion biliaire insuffisante ou l'accompagnant.
- Carence de vitamines lipo-solubles, associés à l'hyposécrétion ou qui en résulte.
- Etats cardiaques relevant d'une maladie du système biliaire (maladie de Banti, cirrhose accompagnée d'ascite).

POSOLOGIE

A doses thérapeutiques ordinaires, les acides biliaires naturels associés tels qu'ils se trouvent dans l'ANABILE, ne sont pas toxiques.

L'ANABILE peut être pris à raison de 5 ou 10 grains trois ou quatre fois par jour, après les repas ou pendant les repas, selon les besoins individuels. Le régime alimentaire doit être pauvre en graisse.

ECHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

Une syphilis plus ancienne a cessé d'être contagieuse, mais elle devient de plus en plus grave pour la personne atteinte. Dans un délai de 20 à 30 ans la syphilis a « incapacité » un tiers de ses victimes, à la période la plus utile de leur vie, et en a fait pour la plupart des cardiaques, des aveugles, des infirmes ou des déments.

Ces désastres seront évités si l'on pratique l'examen du sang chez tous à différentes périodes de la vie. C'est le moyen qu'il faut prendre pour dépister la syphilis, le seul qui la puisse révéler à sa période latente. L'examen du sang est fait gratuitement au laboratoire du Ministère de la Santé. Chacun peut en bénéficier en s'adressant à son médecin, ou à une clinique pour la prise de sang.

LES DENTISTES HYGIENISTES EXAMINENT

36,597 enfants

Au cours de 1943, les dentistes hygiénistes du ministère de la santé et du bien-être social ont examiné 36,597 enfants. On sait qu'à l'heure actuelle, 23 Unités sanitaires bénéficient d'un organisme d'hygiène dentaire, cette science indispensable à la prévention des maladies de la bouche et des dents.

Toute mère de famille doit savoir qu'une diète appropriée à la future maman, de même que le soin des enfants à compter de leur naissance et durant tout le stage scolaire, constitue la base d'une dentition saine et solide. Voici quelques conseils généraux destinés à ceux qui veulent avoir de bonnes dents:

D'abord, craignez avant tout l'abus des sucres raffinés et des pâtisseries préparées avec de la farine blanche. La campagne en faveur du pain brun est un pas vers la prévention de la carie dentaire. Et les sucres raffinés! Qu'entendons-nous par là? Le sucre de table, le sirop, les bonbons, les chocolats, etc. Savez-vous quelle quantité de sucre et de sirop a été consommée dans notre Province en 1942? Près de 300 millions de livres, d'après les statistiques fédérales, et l'on prend soin d'ajouter que ce chiffre ne représente que 82% de la quantité consommée avant la guerre.

Buvez du lait, grand pourvoyeur de calcium (chaux)— Mangez des fruits, sources de vitamine C — Consommez des légumes verts (feuilles vertes et légumes à pigments jaunes), riches en vitamine A— Prenez des bains de soleil en été et, de novembre à mai, de l'huile de foie de morue ou de flétan qui contiennent la vitamine D.

Mâchez bien vos aliments, car pour être saines les dents ont besoin d'exercice; elles doivent servir. Gardez vos dents propres en les brossant après chaque repas et surtout le soir au coucher. Pour bien enlever les particules de nourriture logées dans les interstices, brossez vos dents du haut, de haut en bas, et celles du bas, de bas en haut, y compris le bord des gencives. Brossez en dedans et en dehors de même que la face triturante des dents.

N'oubliez pas que les quatre grosses molaires qui apparaissent vers l'âge de six ans sont des dents permanentes. Il est très important de les conserver saines, car elles sont les clefs de voûte de la dentition permanente.

ANCIENS NUMEROS DEMANDES.

Le docteur Adélard Groulx, Directeur du Service de Santé de la ville de Montréal, recevrait avec reconnaissance les numéros suivants de l'Union Médicale du Canada: août 1891 - novembre 1903 - mars 1909 - mai et octobre 1910 - septembre 1912. S. V. P. communiquer avec le docteur Groulx: PLateau 6111, ou LAncaster 9888.

Pour traitement estrogénique par voie buccale



L'ORESTOL E.B.S.
(Dipropionate de diéthylstilbestrol) agit d'une façon similaire aux estrogènes qui se produisent naturellement. Administré *per os*, il est très actif et la durée de son action est approximativement la même que celle de l'estradiol.

Un milligramme d'Orestol per os équivaut à un mgr. d'hormone folliculaire naturelle administrée par injection. (40,000 unités Internationales ou 800 I.B.U.)

Orestol peut être employé dans tous les cas où ; hormones naturelles sont employées et peut oduire ce qui suit:

1. Une hémorragie utérine dans les cas d'aménorrhée.
2. Le soulagement des symptômes du syndrome de la ménopause.
3. L'apparition de cellules kératinisées dans l'écoulement vaginal qui se produit pendant la ménopause.
4. Le rétablissement à l'état normal de la vulve et du vagin dans les cas de vaginite atrophique sénile.
5. Le soulagement de la douleur de la dysménorrhée.
6. La suppression de la lactation.

ORESTOL

(DIPROPIONATE DE DIETHYLSTILBESTROL)

E·B·S·

L'ORESTOL E.B.S. est employé avec succès dans le traitement des NÉOPLASMES PROSTATIQUES. Sous son influence définitivement androgénique, ces excroissances ramollissent souvent et diminuent, la rétention de l'urine est moins forte, et les patients disent qu'ils se sentent soulagés.

L'ORESTOL E.B.S. est vendu en trois forces, en flacons de 100 ou 500 comprimés.

C.C.T. No 530 . . . 0.5 mgm.
C.C.T. No 531 . . . 1.0 mgm.
C.C.T. No 532 . . . 5.0 mgm.

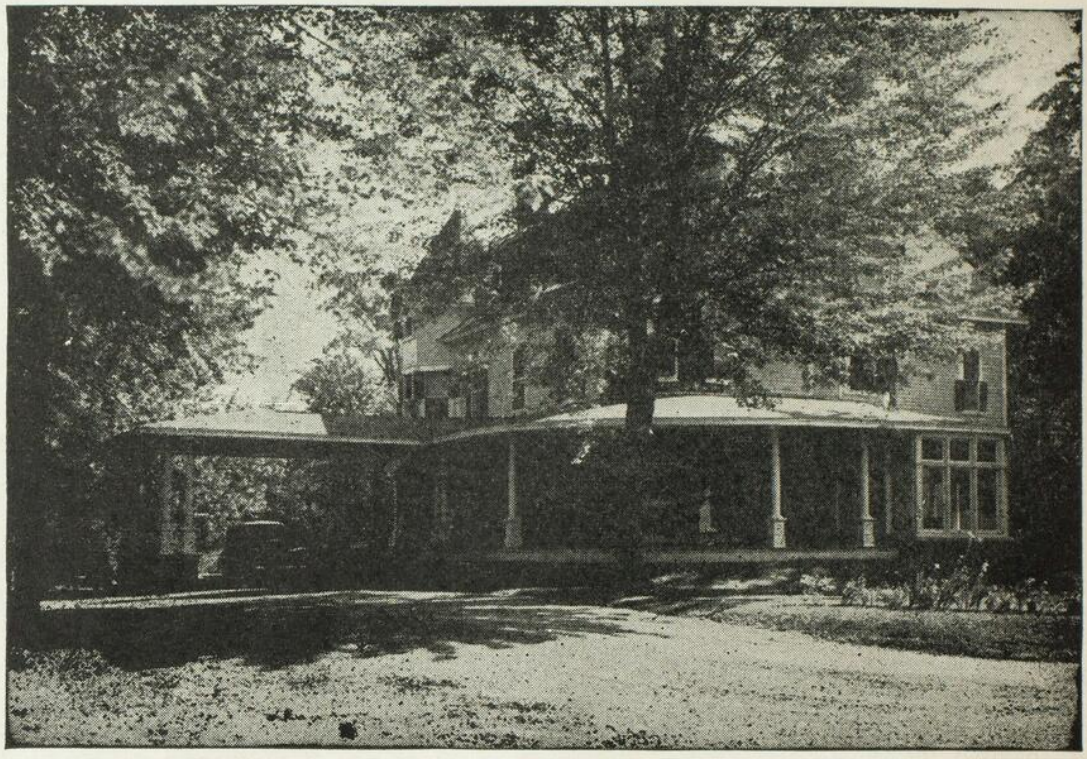
et l'on en trouve généralement avec une ordonnance.

Quand vous ordonnez de l'ORESTOL, mettez les lettres "E.B.S." après le mot Orestol pour vous assurer que votre ordonnance sera correctement remplie, — Rx **ORESTOL E.B.S.**

THE E.B. SHUTTLEWORTH E.B.S. CHEMICAL CO. LIMITED

TORONTO ONTARIO
Etablie en 1879

SANATORIUM PRÉVOST
INCORPORÉ



ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

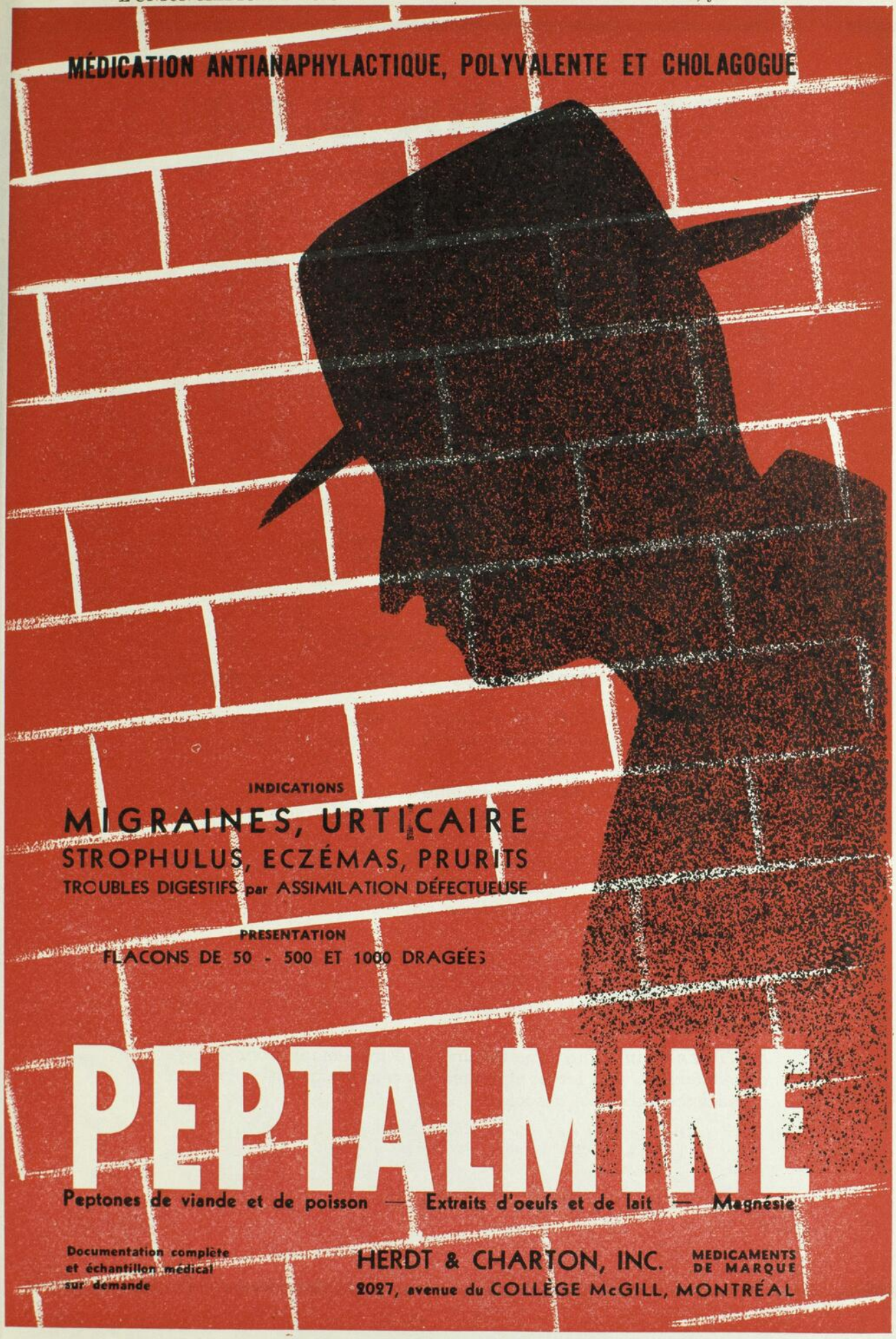
Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Parc de 600,000 pieds carrés. Tennis, billard, etc. Chambres pourvues de tout le confort moderne.

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

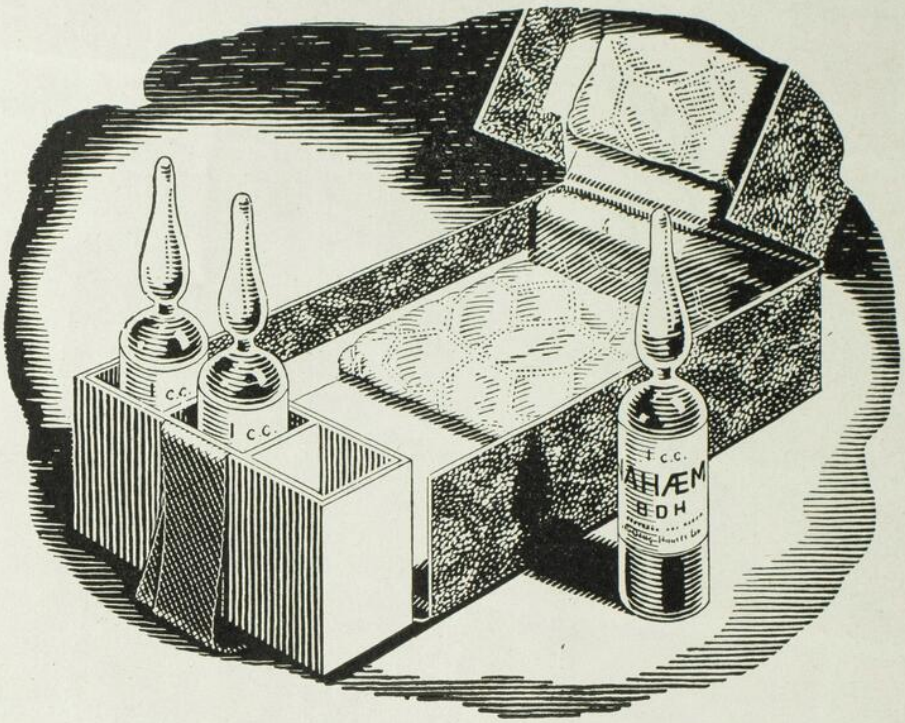
par trois médecins spécialistes et un personnel expérimenté. Cure de repos. Régimes. Électrothérapie. Rayons U.V. Hydrothérapie. Traitements spéciaux des toxicomanies (alcool, morphine, cocaïne). Malariathérapie et toutes pyrétothérapies. Prospectus sur demande.

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

4445 ouest, Boulevard Gouin, **Téléphone: BYwater 1240**


MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE, POLYVALENTE ET CHOLAGOGUE
INDICATIONS
MIGRAINES, URTICAIRE
STROPHULUS, ECZÉMAS, PRURITS
TROUBLES DIGESTIFS par ASSIMILATION DÉFECTUEUSE
PRESENTATION
FLACONS DE 50 - 500 ET 1000 DRAGÉES
PEPTALMINE
Peptones de viande et de poisson — Extraits d'oeufs et de lait — Magnésie
Documentation complète et échantillon médical sur demande
HERDT & CHARTON, INC.
MEDICAMENTS DE MARQUE
2027, avenue du COLLÈGE McGILL, MONTRÉAL

ANAHÆMIN B.D.H.



Cinq points remarquables concernant son emploi

1. L'Anahæmin B. D. H. est le principe même de l'hématopoïèse, parfois désigné dans les manuels médicaux sous le terme « super-concentré ».

2. L'efficacité de l'Anahæmin est telle que son administration offre un mode de traitement des plus économiques pour la régénération globulaire dans l'anémie pernicieuse.

3. Dans les cas de dégénérescence subaiguë associée, l'Anahæmin est particulièrement recommandé. Son emploi élimine le danger d'atteinte permanente au système nerveux que peut provoquer un traitement mal approprié.

4. En raison de sa méthode spéciale de préparation, l'Anahæmin contient une quantité minimum de protéines n'ayant aucune action thérapeutique, mais pouvant déterminer des réactions ennuyeuses.

5. L'Anahæmin suffit, sans aucun autre traitement, pour enrayer complètement tous les symptômes nerveux curables et la dégénérescence subaiguë associée.

L'Anahæmin est en vente chez tous les principaux pharmaciens au Canada et des renseignements complets seront fournis par:

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD.
Toronto Canada

An/Can/447

UROPRAZINE

GOUTTE—RHUMATISME
ARTHRITISME—SCIATIQUE
CYSTITES—PYÉLITES—GRAVELLE URIQUE.

CALCOLEOL
DRAGÉES

RACHITISME — TROUBLES
DE LA CROISSANCE — LA
TÉTANIE ET LES ÉTATS SPASMOPHILES—TROUBLES DE DÉMINÉRALISATION.

TRICALCINE
POUDRE — COMPRIMÉS — CACHETS

AU COURS DE LA GROSSESSE
ET DE L'ALLAITEMENT,
DURANT LA PÉRIODE DE DENTITION ET DE CROISSANCE —
ANÉMIE—CONVALESCENCES—PHOSPHATURIE—ALBUMINURIE.

VEINOTROPE
MASCULIN ♂ ♀ FÉMININ

TROUBLES DU SYSTÈME
VEINEUX — VARICOLITES
VARICES—HÉMORROÏDES—ULCÈRES VARIQUEUX—TROUBLES
POSTPHLÉBITIQUES—MASCULIN ET FÉMININ.

PEPTALMINE
MAGNÉSIÉE

CONGESTION DU FOIE
MIGRAINES — COLITES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE—TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES.

PEPTALMINE
PURE

URTICAIRES—PRURIGO
INFANTILE — MIGRAINES
TROUBLES DIGESTIFS — STROPHULUS — ECZÉMA
SOMNOLENCE APRÈS LES REPAS.

HERDT & CHARTON, INC.

MÉDICAMENTS DE MARQUE

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL MONTRÉAL

Les Editions Beauchemin
présentent

MANIFESTE DÉMOCRATIQUE

Par EMERY REVES
Un volume in-12, de 176 pages.
Traduit de l'anglais par Maurice Edgar Coindreau.
PRIX: l'exemplaire, **$1.25**

Dans un message envoyé d'Australie, le général MacArthur disait: *"La plume est encore plus puissante que l'épée"*. MANIFESTE DEMOCRATIQUE appartient à ce genre de livres stimulants et précis auxquels pensait sans doute le général MacArthur quand il rédigea ce message.

En termes simples et directs, M. Reves répond aux questions suivantes:

1° Quelle a été la véritable cause de la seconde Guerre Mondiale?
2° Pourquoi tous les gouvernements démocratiques ont-ils commis les mêmes erreurs?
3° Pourquoi les hommes d'Etat, une fois au pouvoir, commettaient-ils les erreurs qu'ils dénonçaient dans la coulisse?
4° Quelle est la véritable cause de la crise du vingtième siècle?
5° Comment la démocratie peut-elle éviter de se laisser détruire par ses propres principes?
6° Qu'est-ce que la Liberté? Qu'est-ce que la Coercition?
7° Qu'y a-t-il à faire, *immédiatement*, pour atteindre à une Démocratie véritable?

Monsieur Reves considère comme ridicule l'idée que *"la guerre peut être mise hors la loi"*. D'après lui, il faut "légaliser" la guerre, renoncer aux théories trompeuses de neutralité et d'indépendance absolues, mais revoir les principes à la lumière des conditions du monde actuel.

Les théories de M. Reves ne laissent pas la moindre place à l'équivoque. Toute société, politique ou non, tend vers un but positif: c'est une œuvre en marche.

Une Démocratie nouvelle, avec déterminations juridiques nationales et internationales, tel est le livre audacieux et splendide de M. Reves.

EN VENTE PARTOUT

Pendant la grossesse

TOCOPHEREX



Recommandé pour le traitement de la menace d'avortement ou de l'avortement habituel dûs au manque de vitamine E

• Chaque capsule contient 50 milligrammes de tocophérols composés équivalant, comme activité de la vitamine E, à 30 milligrammes de a-tocophérol.

Tocopherex contient la vitamine E, dérivée d'huiles végétales par distillation moléculaire, sous une forme plus concentrée, plus stable et plus économique que celle qui provient d'huile de germe de blé.

A titre d'essai dans la prévention de l'avortement habituel (lorsqu'il est causé par la déficience de vitamine E): 1 à 3 capsules par jour pendant 8½ mois. Dans le cas de menace d'avortement: 5 capsules dans l'espace de 24 heures; traitement que l'on peut continuer une ou deux semaines à raison de 1 à 3 capsules par jour.

Les capsules Tocopherex se vendent en flacons de 25 et de 100.

VIOPHATE - D



Pour accroître la réserve requise de calcium

• Chaque capsule de Viophate—D contient 4.5 grains de phosphate de dicalcium, 3 grains de gluconate de calcium et 330 unités de vitamine D. Les capsules n'ont aucune saveur et ne contiennent ni sucre ni essence. Si l'on préfère les cachets, l'on peut se procurer les comprimés Viophate — D, agréablement aromatisés à l'essence de wintergreen.

Un comprimé équivaut à deux capsules.

Présentation:

Capsules—en flacons de 100 et de 1,000.

Comprimés—en boîtes de 51 et de 250.

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.
FABRICANTS DE PRODUITS CHIMIQUES POUR LE CORPS MÉDICAL DEPUIS 1858

HYGIENE DENTAIRE et MÉDECINE

• Il y a longtemps que médecins et chirurgiens-dentistes ont reconnu l'importance d'une bonne dentition dans la santé. Par ailleurs, on ne saurait assurer la prévention des maladies, dentaires ou autres, sans obtenir la collaboration du public. Il faut inculquer à chaque individu l'intelligence des soins que requiert le corps humain pour demeurer bien portant. Le médecin de famille est tout indiqué pour renseigner parents et enfants. Plus que tout autre, il peut faire comprendre à chacun la nécessité impérieuse du soin des dents. C'est un collaborateur tout désigné des spécialistes en hygiène dentaire. La grandeur, la beauté et l'efficacité de son rôle dans le domaine de la prévention ne sauraient être mitigées.

• La carie dentaire et les maladies des tissus alvéolaires ne disparaîtront que si une saine propagande s'exerce chez notre peuple et si les populations viennent à comprendre que pour améliorer leur santé générale elles doivent surveiller leur dentition. Nous avons tous, médecins et chirurgiens-dentistes, une responsabilité très grande envers nos patients, comme envers toute la collectivité, mais spécialement à l'égard des enfants. Médecins, chirurgiens-dentistes et gardes-malades, sont les éducateurs qui doivent, dans leurs rapports quotidiens avec le public, lui inculquer des habitudes d'hygiène qui demeureront.

• On l'a dit et répété, une proportion effroyable de nos écoliers souffre de carie dentaire, ce qui indique des lacunes considérables dans leur ossature et une resistance amoindrie de la part de leur organisme. Par exemple, quand il y a carie dentaire, c'est que la santé générale laisse à désirer, que les organes fonctionnent imparfaitement, que l'alimentation n'est pas appropriée ou encore qu'il existe des troubles salivaires ou autres qui diminuent la résistance de l'individu aux microbes spécifiques de la carie. Notre corps possède une merveilleuse unité qui s'entretient par elle-même. C'est un laboratoire aux fonctions multiples. Par conséquent, il faut veiller à ce que tout y reste en bon état. 85 p. c. des enfants qui fréquentent nos écoles ont des dents cariées. Or la bouche fait partie du système digestif, et la digestion de certains aliments commence même à se produire avant qu'on les avale.

• La carie dentaire est très difficile à découvrir au début. Combien de gens qui se rendent chez leur dentiste pour se faire traiter une ou deux dents sont souvent surpris d'apprendre, après l'examen de leur bouche, que plusieurs autres caries sont en voie de formation souvent avancée. La raison, c'est que, contrairement aux autres parties du corps humain, les troubles du début causés par la carie, sur les dents, se présentent sans causer de douleur.

• Est-ce que le fait de prendre une nourriture riche en sels minéraux et en vitamines, et l'habitude de se brosser les dents après chaque repas, sont suffisants pour conserver ses dents? Non! Il faut de plus se faire examiner la bouche régulièrement, au moins tous les ans, et ce conseil ne s'adresse pas seulement à ceux qui souffrent de la carie dentaire apparente, mais aussi, et surtout, à ceux qui semblent avoir une bonne dentition.

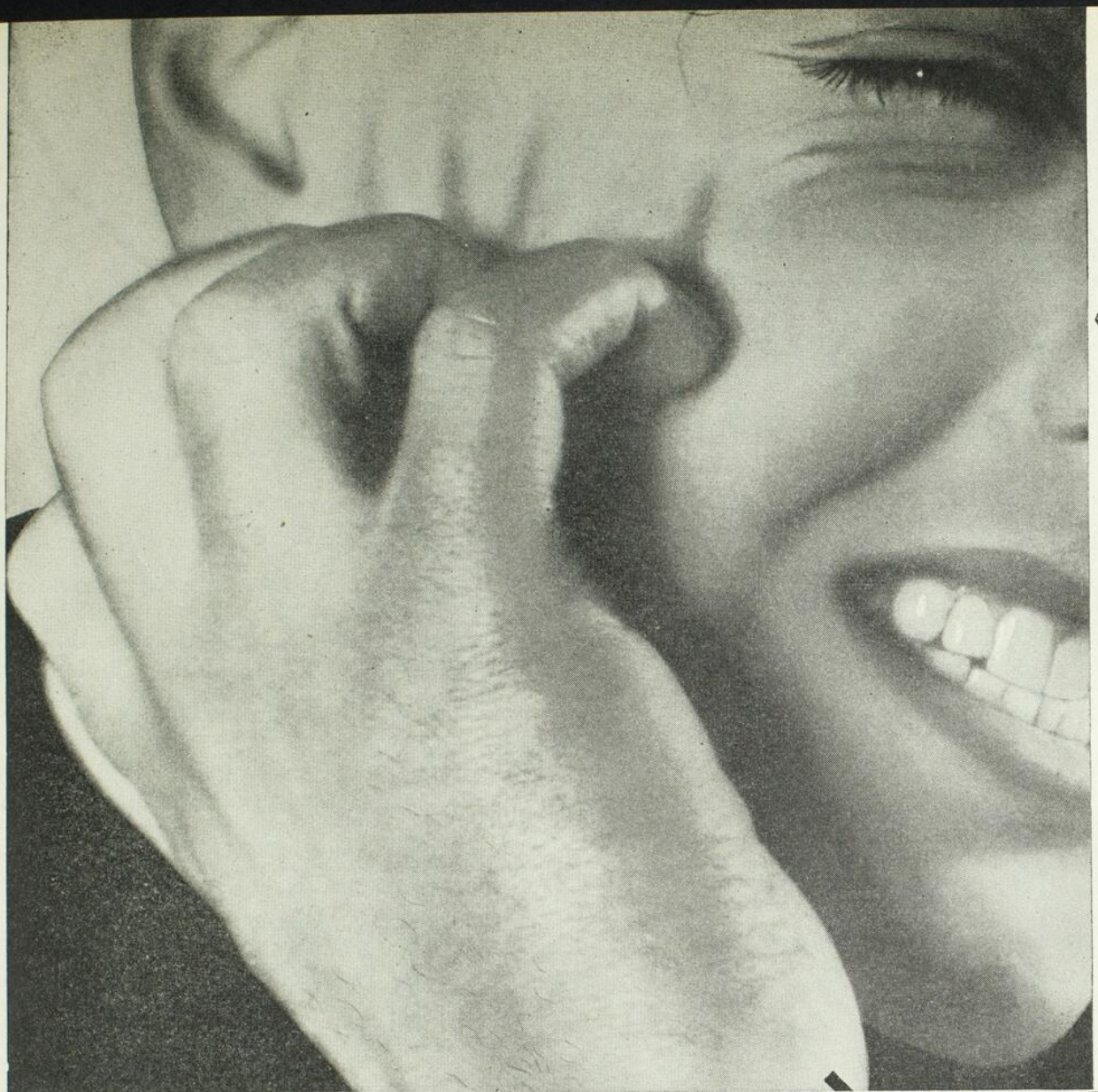
• Dans certaines municipalités de la province, les membres de la Commission scolaire fournissent, sur la recommandation de leur dentiste-hygiéniste, de la pâte dentifrice et des brosses à dents, à tous les enfants qui fréquentent les écoles. Ces articles sont laissés à l'école et tous les enfants sont invités à se brosser les dents en arrivant en classe et avant leur départ de l'école. C'est une initiative heureuse qui devrait s'établir partout.

Division de l'hygiène dentaire

Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social

Honorable Henri GROULX, Ministre.

Docteur Jean GRÉGOIRE, Sous-ministre.



HYPOSULFÈNE

DRAGÉES GLUTINISÉES D'HYPOSULFITE DE SODIUM PUR

DOSÉES à 0 gr. 25 — 4 à 12 PAR JOUR

SOLUTION STABILISÉE A 20 p. 100 EN AMPOULES de 10 cc.

POUR 2 à 3 INTRAVEINEUSES HEBDOMADAIRES

JABOSULFÈNE

HYPOSULFÈNE + JABORANDI — MÊMES FORMES MÊMES DOSES

RÉGULARISE L'ÉQUILIBRE NERVEUX VAGO-SYMPATHIQUE

S.E.P

SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE

INCORPORÉE

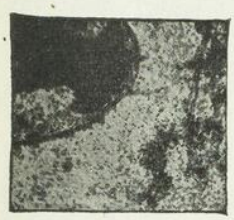
680 OUEST, RUE SHERBROOKE, MONTRÉAL

RÉSUMÉ DES BULLETINS DES LABORATOIRES KILLIAN
RAPPORT SUR LES ALIMENTS POUR BÉBÉS

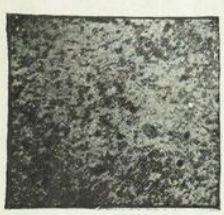
L'évacuation gastrique accélérée par les aliments homogénéisés de Libby pour bébés



Selles de nourrisson normal alimenté avec des légumes tamisés à la maison. Une partie de la nourriture n'est pas digérée. On voit aussi nombre de grosses fibres.



Selles de nourrisson normal alimenté avec des légumes tamisés d'après un procédé commercial. Ici aussi, la nourriture n'a pas été complètement digérée. Notez de grosses fibres qui peuvent causer de l'irritation intestinale.



Selles de nourrisson normal alimenté avec des légumes homogénéisés de Libby. Une meilleure digestion des substances nutritives est apparente. Il ne reste aucune grosse fibre qui puisse causer de l'irritation. La masse nécessaire est présentée en particules fines et lisses.

Des études cliniques démontrent la supériorité des légumes homogénéisés sur les légumes tamisés*

Dans un groupe de trois sujets adultes normaux choisis pour observation, le temps requis pour l'évacuation gastrique de légumes en purée donnait une moyenne de 86% de plus que pour le mélange homogénéisé nº 3 de Libby. Des résultats détaillés sont donnés par les Laboratoires Killian dans le tableau ci-dessous.

SUJETS	TEMPS D'ÉVACUATION GASTRIQUE EN HEURES	
	Légumes Homogénéisés	Légumes en purée
T.C.	2.2	4.6
C.O.	2.5	4.0
L.G.	3.5	4.9
MOYENNE	2.4	4.2

Les Laboratoires Libby ont préparé une série de bulletins résumant cette étude ainsi que d'autres récemment entreprises sur l'alimentation du nourrisson. Les pédiatres et les médecins intéressés peuvent se procurer des copies en s'adressant à Libby, McNeill & Libby of Canada, Limited, Chatham, Ontario.

LIBBY, McNEILL & LIBBY of CANADA, LIMITED
Chatham, Ontario

8 MÉLANGES D'ALIMENTS BIEN ÉQUILIBRÉS POUR BÉBÉS

Ces mélanges de légumes, de céréales, de soupes, et de fruits homogénéisés rendent facile la tâche du médecin dans le choix d'une variété d'aliments solides pour les nourrissons.

1. Pois. Betteraves. Asperges.
2. Courge. Tomates. Haricots verts.
3. Pois. Carottes. Épinards.
4. Lait complet. Blé complet. Farine de pois chinois.
6. Soupe — Carottes. Céleri — tomates. Foies de poulet. Orge, oignons.
7. Soupe maigre composée de céleri, de pommes de terre, de pois, de carottes, de tomates, de farine de soya et d'orge. Peut être donnée à de tout jeunes bébés.
9. Mélange entièrement de « légumes verts » — Nombre de médecins en ont fait la demande. Pois, épinards et haricots verts sont mélangés de façon à donner une préparation de légumes très appétissante.
10. Tomates, carottes et pois — ceux-ci donnent un nouveau mélange végétal avec des propriétés diététiques et une saveur excellentes.

En plus, deux simples légumes spécialement homogénéisés:

POIS, ÉPINARDS ET
LAIT ÉVAPORÉ HOMOGÉNÉISÉ DE LIBBY

Libby's HOMOGENIZED (EXTRACELLULAR) BABY FOODS

* Les aliments Libby pour Bébés sont les seuls homogénéisés.

FORMULE PERFECTIONNÉE DES

Comprimés "Béminal"

COMPRIMÉS "BÉMINAL"
Nº 815

Chaque comprimé contient maintenant:

Vitamine B_1	1,100 unités int. (3.3 mg.)
*Nicotinamide	10 mg.
*Riboflavine	2 mg.
*Vitamine B_6	0.2 mg.
Acide pantothénique	0.5 mg.

et d'autres facteurs du complexe B entier et naturel provenant de 165 mg. de levure de bière et d'extrait de maïs soumis à des procédés spéciaux.

Présentés en bouteilles de 36, 100 et 500

***Nicotinamide — augmentée de 20%**
***Riboflavine — augmentée de 100%**
***Vitamine B_6 — augmentée de 33-1/3%**

Pas d'augmentation de prix



Ayerst

Il y a une préparation "Béminal" pour convenir à toute thérapeutique par le complexe B:

COMPRIMÉS . CONCENTRÉ . INJECTABLE
COMPOSÉ . LIQUIDE . GRANULÉS

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE
Biologistes et Pharmaciens
MONTRÉAL CANADA

243F

BIS KAM OIL

Hyperchlorhydrie — Affections de l'estomac.

1 à 3 cuillerées de poudre délayées dans de l'eau froide.

HEMOSTYL du Dr Roussel

(Ampoules et sirop)

Anémies. Convalescence. Allaitement.

1 à 2 ampoules dans ¼ de verre d'eau par jour ou 1 cuillère à soupe de sirop avant les repas.

TAXOL

Rééducateur physiologique de l'intestin.

2 à 4 comprimés avant le repas du soir. (Dose moy., 2 comprimés.)

NEURINASE

Sédatif et hypnotique sans accoutumance.

1 à 2 tablettes au coucher.

ALEPSAL

Epilepsie. Convulsions (Non dépressif).

Comprimés dosés à 0 Gr. 015 et à 0 Gr. 10.

INOTYOL

Affections de la peau. Démangeaisons. Brûlures.

Applications journalières.

PLURIGLANDINE

Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

VEINATONE

Affections veineuses.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

ARTICHOBYL

Maladie du foie. (Action très douce.)

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

J. EDDÉ Limitée

Edifice New Birks, **MONTRÉAL**

Fièvre des foins



Heptosol

VASO-CONSTRICTEUR NASAL

(2-Amino-Heptane Sulphate*)

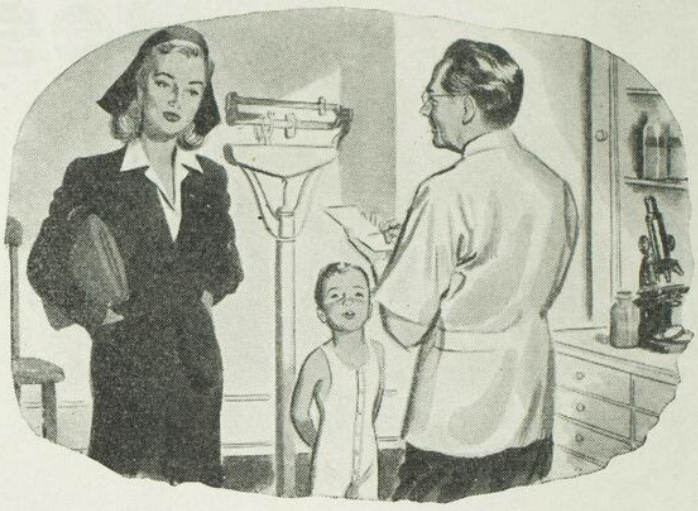
Dans son rapport Shea dit qu'il a l'avantage sur les vasoconstricteurs ordinaires. Au cours de ces expériences le produit a démontré autant d'efficacité dans les crises aiguës d'origine vaso-motrice que dans les crises d'origine inflammatoire.*

* Discussion: Ann. Otol. Rhin. & Laryn. LI: 4: 1143-1943



M&M Pharmaceuticals

Mowatt & Moore Ltd
FINE PHARMACEUTICALS
MONTREAL



Q. Maintenant, docteur, à votre point de vue, qu'est-ce que la mise en boîtes?

R. Eh bien, à mon avis, la mise en boîtes n'est pas seulement une autre méthode de conserver les aliments; c'est un des moyens importants de fournir aux Canadiens, dans presque toutes les localités et toute l'année — selon le rationnement, bien entendu — les nombreux éléments essentiels à la bonne nutrition. (1).

American Can Company, Hamilton, Ontario;

American Can Company Ltd., Vancouver, C.-B.

(1) 1939. Aspects Nutritifs des Conserves Alimentaires. American Can Company, Hamilton, Ont.

1938. Fruits et Légumes pour le Commerce, Deuxième Edition, W. V. Cruess, McGraw-Hill, New-York.

1937. Appertisation ou l'Art de la Mise en Boîtes; son Histoire et son Développement, A. W. Bitting, Trade Pressroom, San-Francisco.

1936. Cours Complet sur la Mise en Boîtes, Sixième Edition, Presse de "The Canning Trade", Baltimore.



"Que j'ai mal dormi!"

Heureusement l'Allonal « Roche » a fait ses preuves comme sédatif-hypnotique et analgésique contre la douleur et l'insomnie. L'Allonal « Roche » agit promptement avec douceur et donne à coup sûr un sommeil reposant et récupérateur de durée normale, même s'il y a douleur.

Les comprimés d'Allonal sont présentés en flacons de 12 et de 100.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE • MONTRÉAL

L'ALLONAL 'Roche' donne un sommeil normal

1896



1944

SANATORIUM de BLOIS

48e année d'existence

Maison de repos, de régime et de convalescence

AFFECTIONS NERVEUSES EN GÉNÉRAL

Maladies de l'estomac et de l'intestin, surmenage, troubles de la nutrition, neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.). Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violets, etc., etc.

MÉDECIN-DIRECTEUR: . . . **Dr Charles de BLOIS**

DIRECTEUR-ADJOINT: . . . **Dr Georges de BLOIS**

MÉDECINS CONSULTANTS:

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr Charlemagne BARIBEAU, Trois-Rivières; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières; Dr Benoît JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. VEILLEUX (Radiologiste), Trois-Rivières.

PRIX MODÉRÉS—Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

Pour renseignements supplémentaires et réservations: s'adresser par lettre, télégramme ou téléphone au Directeur:

Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.

SANATORIUM de BLOIS

PROSPECTUS ILLUSTRÉ SUR DEMANDE

Téléphone 3420 **225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.**

Lorsque le malade est allergique au lait

Le Lait Carnation IRRADIÉ est habituellement bien toléré par les personnes allergiques au lait cru, même au lait bouilli.

Le traitement thermique appliqué au Lait Carnation coagule en grande partie les protéines solubles; dès lors celles-ci sont réduites à l'état de suspension avec la caséine et, conséquemment, leur séjour dans le tube digestif est suffisamment prolongé pour permettre leur modification par les enzymes protéolytiques. Ceci a pour effet de diminuer grandement leurs propriétés antigéniques.

Le caillé fin et floconneux du Lait Carnation Irradié facilite la digestion et permet au malade de retirer le plus grand bénéfice des éléments nutritifs du lait.

Le Lait Carnation Irradié possède l'avantage d'une distribution universelle, rendant accessibles à tous les propriétés bienfaisantes d'un lait de haute qualité, de composition uniforme, quel que soit l'endroit où on se le procure.

CARNATION COMPANY, LIMITED, TORONTO, ONTARIO.

Lait 

Carnation

IRRADIÉ

Produit dans le Québec

"provenant de vaches bien nourries"





Avant de Recommander les PURÉES !



Vous devez, dans l'intérêt des bébés que vous soignez, goûtez vous-même à leurs aliments—pour être sûr de la saveur, de la couleur et de la consistance.

Voyez quelle différence il y a dans ces produits au goût sain, à la couleur appétissante, qui portent l'étiquette Heinz! Vous comprendrez pourquoi tant de mères préfèrent les Purées Heinz.



Grâce à leur cuisson scientifique et à leur mise en conserve sous atmosphère inerte, dans des boîtes émaillées à l'intérieur, les vitamines et sels minéraux précieux qui se trouvent dans les légumes fermes et délicieux sont conservés en grande mesure et, pour s'assurer de la qualité nutritive uniforme du contenu, le Service de Contrôle de la Qualité Heinz fait souvent l'analyse d'échantillons.



16 Purées Délicieuses, Prêtes-à-Servir

12 PURÉES DE LÉGUMES—Betteraves • Haricots Verts • Courge et Carottes • Carottes • Soupe aux Légumes • Epinards • Soupe aux Tomates • Asperges • Soupe au Boeuf et Foie • Légumes Verts Mélangés • Poulet, Légumes et Farine • Légumes et Mouton.

4 PURÉES DE FRUITS (Rationnées)—Prunes avec Farine • Pêches • Compote de Pommes • Pruneaux.



ALIMENTS Heinz POUR BÉBÉS 57

Laboratoires Ch. Couturieux, 18, avenue HOCHE, Paris.

FURONCULOSE
•
ABCÈS
•
ANTHRAX
•
ACNÉ
•
FOLLICULITES
•
ORGELETS
•
OSTÉO-MYÉLITE

Les comprimés glutinisés de

GLÉSION

agissent...

dans les cas rebelles de FURONCULOSE et des diverses infections staphylococciques

FORMULE:

Levure de Bière (extrait sec.)	0 gm. 17
Étain colloïdal	0 gm. 07
Extrait sec de bardane . .	0 gm. 08
Soufre colloïdal	0 gm. 04

TRAITEMENT DE CHOC:

15 à 20 comp. par jour toutes les 4 heures.
Entretien: 4 à 8 par jour.

Agents au Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE**, 200, rue Vallée, **Montréal.**

Ethers éthylique et butylique de l'acide paraaminobenzoïque — résorcine — oxyquinoléine — oxyde de zinc.

ANESTHÉSIE SUPERFICIELLE

par simple contact

POMMADE NESTOSYL

Laboratoire P. Baude
72, rue Saint-Dominique, Paris

•

Agents au Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE
200, rue Vallée, — **Montréal**

PRURITS, engelures, gerçures, crevasses, brûlures, ECZÉMAS, hémorroïdes, ulcères variqueux, escarres, crevasses du sein, dermites infantiles

Anesthésiques insolubles et non toxiques - cessation immédiate de la douleur sur les tissus lésés et toutes muqueuses

Autres formes: **SOLUTION HUILEUSE 5%—OVULES—SUPPOSITOIRES**

HÉMOSTHÉNOL

Irradié

OPOTHÉRAPIE SANGUINE COMPLÈTE

Contient en Vitamine D, 40,000 unités standard internationales par 16 oz., l'équivalent en Vitamine D contenu dans 32 oz. d'Huile de Foie de Morue.

S'emploie avec avantages contre Anémie après Hémorragies, Opérations, Fausse Couche, Anémie par tuberculose, Rachitisme, Chlorose, Lymphatisme, Anémie par surmenage intellectuel, Grossesse, Paludisme.

CONTIENT À L'ONCE:

Sérum Hémopoïétique frais de cheval	96 gouttes
Glycérophosphate de Soude	16 grains
Peptone de Viande	16 "
Ergosterol Irradié	2500 U.I.

Littérature et échantillons sur demande.

LABORATOIRES DESAUTELS Limitée, 1180, rue Benoît, Montréal.

EAU ALCALINE NATURELLE JAILLISSANTE

Fortement recommandée par Messieurs les Médecins



USINE D'EMBOUTEILLAGE "MASKI"
Saint-Justin, Qué., Canada

La pureté de l'eau "Natalka" est d'une importance capitale pour la profession médicale et le bien des consommateurs.

ALCALINE ETAT NAISSANT

C'est dans cet état que l'eau alcaline possède son maximum d'énergie.

Analyse Bactériologique:

Colibacilles dans 100 cc.	0
Nitrites	0.00
Nitrates	0.0
Fer	0.0
P H	8.4

Température: 36 F.

CASGRAIN & CHARBONNEAU Ltée
Pharmacie en Gros
445, boul. Saint-Laurent Tél.: LAncaster 3292 Montréal



L'EAU "JUSTIN"

Bicarbonatée, Sodique, mise en bouteilles aux sources, avec Système Scientifique, de la Source à la bouteille sans le contact de l'air.

COUVRETTE-SAURIOL Ltée
50, rue De Bresoles
Tél.: HArbour 8151 Montréal

Langlois & Paradis Limitée — Tél.: 2-2071 — 19, rue Saint-Jacques, Québec.

La **DEBILINE** *n'est pas un*

"C'est comme..."

puisque c'est un nouveau médicament par l'acide déoxycholique qu'il contient.

• • •

DEBILINE

NADEAU

• • •

CHOLAGOGUE ET CHOLÉRÉTIQUE

PAR COMPRIMÉ:

Ac. déoxycholique ..... 0.10 gm.
Pancréatine ..... 0.05 gm.

POSOLOGIE:

Un ou deux comp. deux ou trois fois par jour après les repas.

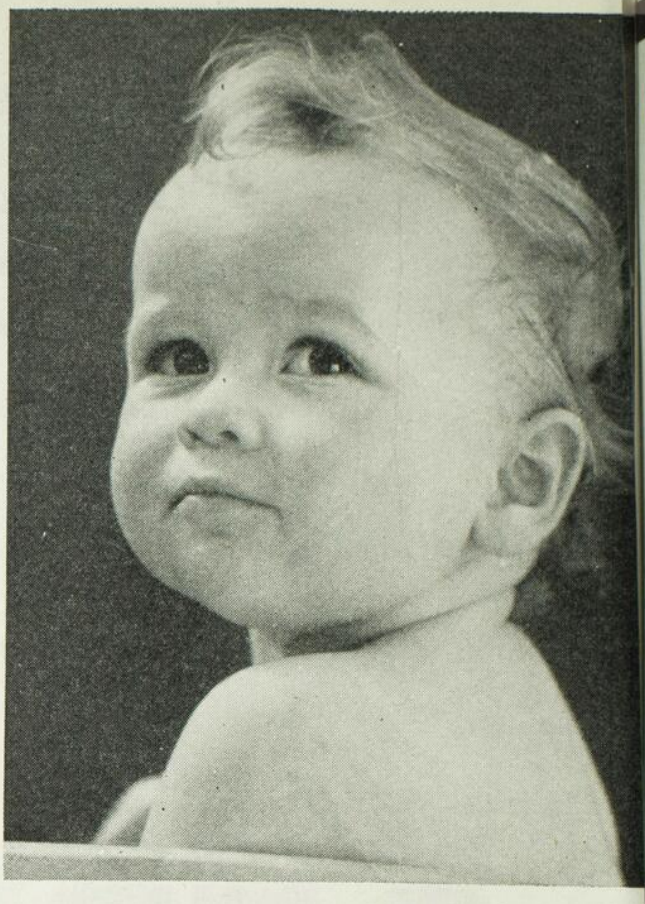


Pure, douce
NON-ANTISEPTIQUE

L'huile Baby's Own est *spécialement* mélangée pour laver les bébés. C'est une huile pure, douce, sans aucun antiseptique, afin d'atténuer le risque d'irriter la peau tendre du bébé. Versée en petite quantité sur la tête, l'huile Baby's Own empêche l'encroûtement du cuir chevelu... Lorsque vous le changez de couche, frottez le bébé avec de l'huile Baby's Own, afin de prévenir l'irritation ou les gerçures de la peau dues à l'humidité ou à d'autres causes.
L'huile Baby's Own, comme le fameux savon Baby's Own, ne contient que les meilleurs ingrédients et est préparée avec autant de soin et de propreté que le savon Baby's Own, dont l'excellence est reconnue depuis plus de 75 ans. Vous pouvez recommander l'huile Baby's Own en toute confiance.

Savon
BABY'S OWN

The J.B.WILLIAMS CO. (CANADA) Limited



PRODUITS LAITIERS NESTLÉ'S

les meilleurs au monde pour les bébés



NESTLÉ'S MILK PRODUCTS
(CANADA) LIMITED
Metropolitan Building, Toronto

UTILISÉE DANS LES INSTALLATIONS INDUSTRIELLES



• La Murine, stabilisée selon une pression osmotique équivalente à celle des larmes humaines, possède une alcalinité et une isotonicité précises. Cette préparation est recommandée comme traitement accessoire dans les premiers soins pour soulager l'irritation des yeux causée par la lumière trop vive, la poussière, les vapeurs chimiques, les paillettes de métal, la fumée et les étincelles provenant de machines à souder, lorsque le temps est un facteur si important dans le soulagement de tels effets de causticité.

Les yeux rougis, irrités ou enflammés n'ont pas toujours pour cause l'envahissement microbien de la conjonctive. Par exemple, les peintres employant le vernis-laque souffrent souvent d'inflammation des yeux; les rayons ultra-violets projetés par les soudeurs électriques sont très irritants pour les yeux. Beaucoup d'autres éléments entrent en cause dans les installations industrielles, telles que les vapeurs chimiques et les poussières qui sont une source de malaises pour les ouvriers.

La Murine a depuis longtemps été utilisée comme moyen efficace et sûr de nettoyer la membrane muqueuse des yeux et des paupières.



SEPT INGRÉDIENTS COMPOSENT LA MURINE

Bicarbonate de potassium
Borate de potassium:
Acide borique
Chlorhydrate de berbérine
Glycérine
Chlorhydrate d'hydrastine
Eau stérilisée
'Merthiolate' (Ethyle mercurethiosalicylate de soude, Lilly) .001%
Remarquez que l'action libre du potassium et de l'acide borique est maintenue dans la solution présentée.

THE MURINE COMPANY — TORONTO, ONTARIO

On PEUT PRÉVENIR le MAL DE DOS POST-PARTUM

grâce au

SUPPORT PRÉNATAL SPENCER

qui se porte aussi après les couches



Support maternel Spencer, qui s'ajuste aisément suivant le développement de la taille, illustré ici avec un support Spencer pour les seins, spécial à la grossesse. Celui-ci s'ajuste également selon le développement des seins.

Les orthopédistes nous disent que la tension subie pendant la période prénatale et la faiblesse consécutive à l'enfantement causent bien des dérangements de la colonne vertébrale.

Le relâchement du bassin et la détente abdominale dus à la grossesse accroissent souvent les dérangements organiques ou les créent. Le léger et flexible support maternel Spencer protège contre de telles éventualités, donne à la patiente une sensation de sécurité et un meilleur équilibre.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED,
Rock Island, Québec.
Aux Etats-Unis: 137A, ave Derby, New Haven, Connecticut.
En Angleterre: Spencer (Banbury) Limited, Banbury, Oxon.

Veuillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

..... M.D.

Adresse .....

..... 151-7-44



Ceinture maternelle Spencer. Elle s'enfile et s'ajuste en un instant, procure aise et confort, ainsi qu'amélioration marquée de l'attitude. Ici, elle est portée avec un support Spencer pour les seins, spécial à la grossesse.

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

Toujours le même but:

RÉDUIRE LE TAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Par la Qualité de nos Produits

J. J. Joubert LIMITÉE

POURQUOI CHOISIT-ON CUPREX



CONTRE LA PÉDICULOSE?

Parce qu'il . . .

✓ Détruit PROMPTEMENT Poux, Larves et Lentes!
✓ Une application suffit habituellement!
✓ Est inodore et non collant!
✓ Agit avec efficacité!

D'EMPLOI PROPRE ET FACILE — CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

UN PRODUIT DE MERCK & CO., LIMITED, MONTRÉAL

J.-O. GIROUX

OPTICIEN

Membre diplômé de l'A.E.P.O. de Paris

LUNETTES, LORGNONS
VERRES OPHTALMIQUES

Assisté de MM.
A. PHILIE
A. ALLAIRE
G. LAURIER

BUREAUX CHEZ

Dupuis Frères LIMITÉE

MONTRÉAL

TONISEDINE

RÉGULATEUR DU CŒUR, TONIQUE NERVIN DE VALEUR, FORTIFIANT ET RÉGÉNÉRATEUR DE LA NUTRITION, ANTISPASMODIQUE.

★

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : insomnie, surmenage, dyspepsie nerveuse, dépression nerveuse, et nervosisme durant ménopause.

CONTIENT À L'ONCE:

Crataegus	0.972
Passiflore	0.972
Salix alba	0.972
Valériane	0.972
Méthylarsinate de soude	0.004
Les glycérophosphates de Calcium	0.518
Soude	1.036
Manganèse	0.065

Chlorure de thiamine "B_1" 500 U.I. Pepsine, Pancréatine et Diastase.

POSOLOGIE:
une à deux cuillerées à thé avant les repas et au coucher.

LABORATOIRE MAROIS
MONTRÉAL

Une thérapeutique efficace pour... *l'Otite Moyenne*
DOIT ÊTRE ANALGÉSIQUE - BACTÉRICIDE et PRODUIRE la DÉSHYDRATATION des TISSUS

Auralgan

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD. Montréal — New-York — London

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . COQUELUCHE . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes — Ne cause ni intolérance, ni complication.

•

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

WYANOÏDS

pour

HÉMORROÏDES

A VOTRE DISPOSITION

Votre banque n'est pas seulement votre caissière et la dépositaire de vos capitaux d'épargne. Elle est en état de vous rendre d'autres services. Vos occupations et vos préoccupations d'ordre professionnel ne vous laissent guère le loisir de vous documenter au jour le jour sur les questions d'affaires. Vous n'en êtes pas moins tenu, à l'occasion, de résoudre certains problèmes financiers qui mettent en jeu vos intérêts. Recourez donc avec confiance au gérant de votre banque dont les avis désintéressés vous seront souvent utiles.

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Actif, plus de $250,000,000
514 bureaux au Canada
60 succursales à Montréal

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph — LAncaster 9888, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

Salons mortuaires: 4156, rue Adam. 1926, rue Plessis.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

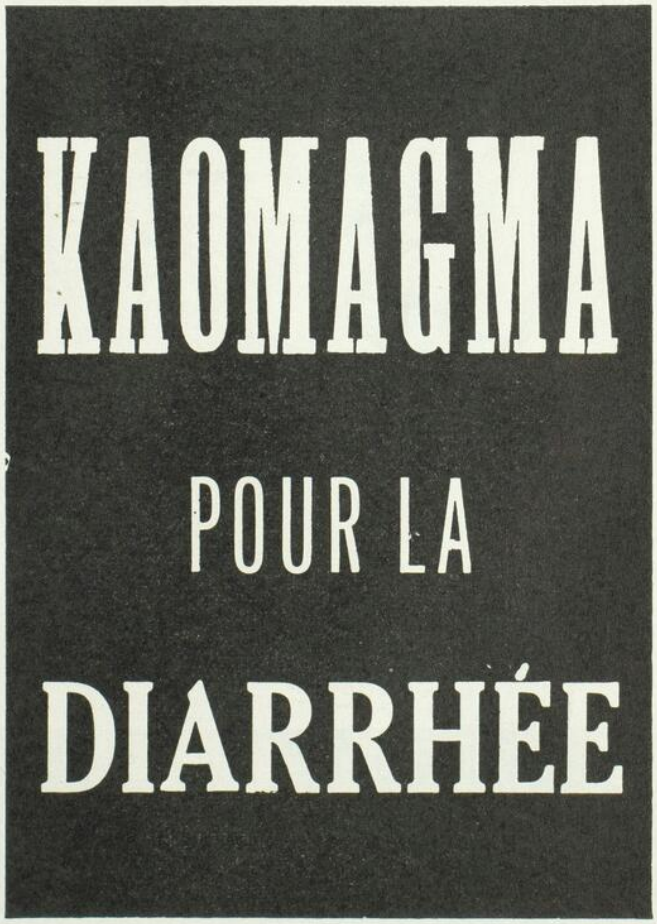
TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratoires Ltée 37-38
American Can Co. (La teneur en vitamines des aliments de conserve) 858
Anglo-French Drug Cie (Sulfosalyl) 859
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Plus laborieux qu'un castor) 1
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Extraits de foie Ayerst) 2
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Comprimés "Béminal" No 815) 855
Banque Canadienne Nationale 870
British Drug Houses (Canada) Ltd (Anahaemin B. D. H.) 848
Canada Drug Co., Ltd. (Pavéral) 869
Carnation Company Ltd (Lorsque le malade est allergique au lait) 861
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Asthmagyl) — (Cécrinyl) 27
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Asthmagyl) — (Cécrinyl) 16
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Eau alcaline Natalka) 864
Ciba Compagnie Limitée (Nupercaïnal) 25
Couvrette-Sauriol, Ltée (Eau Justin) 864
Denver Chemical Manufacturing Company. The (Galatest) — (Réactif à l'acétone) 13
Dohow Chemical Company Ltd. (Auralgan) 869
Eddé, J., Ltée (Bis Kam Oil) — (Hemostyl au Dr Rousel) — (Taxol) — (Neurinase) — (Alepsal) — (Inotyol) — (Pluriglandine) — (Veinatone) — Artichobyl) 856
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. 1ère page de la couverture
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. (Merthiolate) . 7
Frosst, Charles E. & Co. 17-18-19-20
Giroux, J.-O. (Opticien) 868
Gouvernement de la Province de Québec, Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social (Hygiène dentaire et Médecine) 852
Heinz Company of Canada Ltd (Purées) 862
Herdt & Charton, Inc. (Anabile) 843
Herdt & Charton, Inc. (Peptalmine) 847
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine) — (Calcoléol) — (Tricalcine) — (Veinotrope) — (Peptalmine) 849
Hoffmann-La Roche Limitée (L'Allonal) 859
Horner, Frank W., Ltd (Histoire de cas) — (Vagicaps) 28
J. J. Joubert Limitée (Produits) 868
Laboratoire Nadeau Ltée (Debiline) 865
Laboratoires Desbergers-Bismol (Diagnostic et traitement des Allergies) . . . . . 4e p. de la couv.
Laboratoires Désautels (Hémosthénol irradié) . . . 864
Laboratoires Jean Olive (Glésion) — Pommade Nestosyl) 863
Laboratoire Marois (Tonisedine) 869
Laboratoires Poulenc Frères (Coryphédrine) 2e p. de la couv.
Laurentian Agencies, Reg'd. (Ertron) 14-15
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Examens) 26
Lederle Laboratoires (Sulfadiazine) 11
Libby, McNeill and Libby of Canada, Ltd. (L'évacuation gastrique accélérée par les aliments homogénéisés de Libby pour bébés) 854
Librairie Beauchemin Ltée 850
Mead Johnson & Co. of Canada Ltd. (Dextri-Maltose) . 21
Merck & Co., Ltd. (Cuprex) 868
Merck & Co., Ltd. (Pyridium) 5
Millet, Roux & Cie Ltée (Neo-Spasmyl) 9
Monty, Gagnon et Monty 870
Mowatt & Moore Ltd. (Sirop "Heptosol") 857
Murine Co. (Utilisée dans les installations industrielles) 867
Nestle's Milk Products (Canada) Ltd. (Produits laitiers Nestle's) 866
Pharmacie d'ordonnance Arthur Hirbour, La . . . 4
Rougier Frères (Roume Sanodermyl) — (Dyspnée Inhal) 837
Rougier Frères (Riodine "Astier") 3

Pages

Sanatorium de Blois (48e année d'existence) . . . 860
Sanatorium Prévost Inc. 846
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Rabellon) 3e p. de la couv.
Shuttleworth Chemical Co., Ltd. The E. B. (Orestol E.B.S.) 845
Smith & Nephew Ltd. (Affections Variqueuses) . . . 31
Société d'Expansion pharmaceutique (Hyposulfène) — (Jabosulfène) 853
Spencer Supports (Canada) Ltd. (On peut prévenir le mal de dos post-partum) 867
Squibb, E. R. & Sons of Canada, Ltd. (Tocopherex) — (Viophate-D) 851
Stearns & Company of Canada Ltd., Frederick (Néo-Synéphrine Hydrochloride) 23
Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal-Iodum) . . 872
Victor X-Ray Corporation of Canada Ltd. (Avez-vous les appareils voulus pour votre pratique en temps de de guerre?) 36
Vinant Limitée (Pipérazine Midy) — (Neurotrophol) . 30
Vinant Limitée (Opobyl) 32
Warner, Wm. R., Ltd. (Pères de la Médecine canadienne) 841
Whitlow, Fred J. & Co., Ltd. (Clinitest) 33
Williams Co. (Canada) Ltd. The J. B. (Savon Baby's Own) 866
Winthrop Chemical Co., Inc. (Creamalin) 34
Winthrop Chemical Co., Inc. (Salyrgan-Théophylline) . 24
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Hematin c Plastules) 29
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Qu'est-ce qu'un Wyethical?) 35
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Wyanoïds pour hémorroïdes) 870
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Kaomagma pour la diarrhée) 871



Sal-Iodum Valor

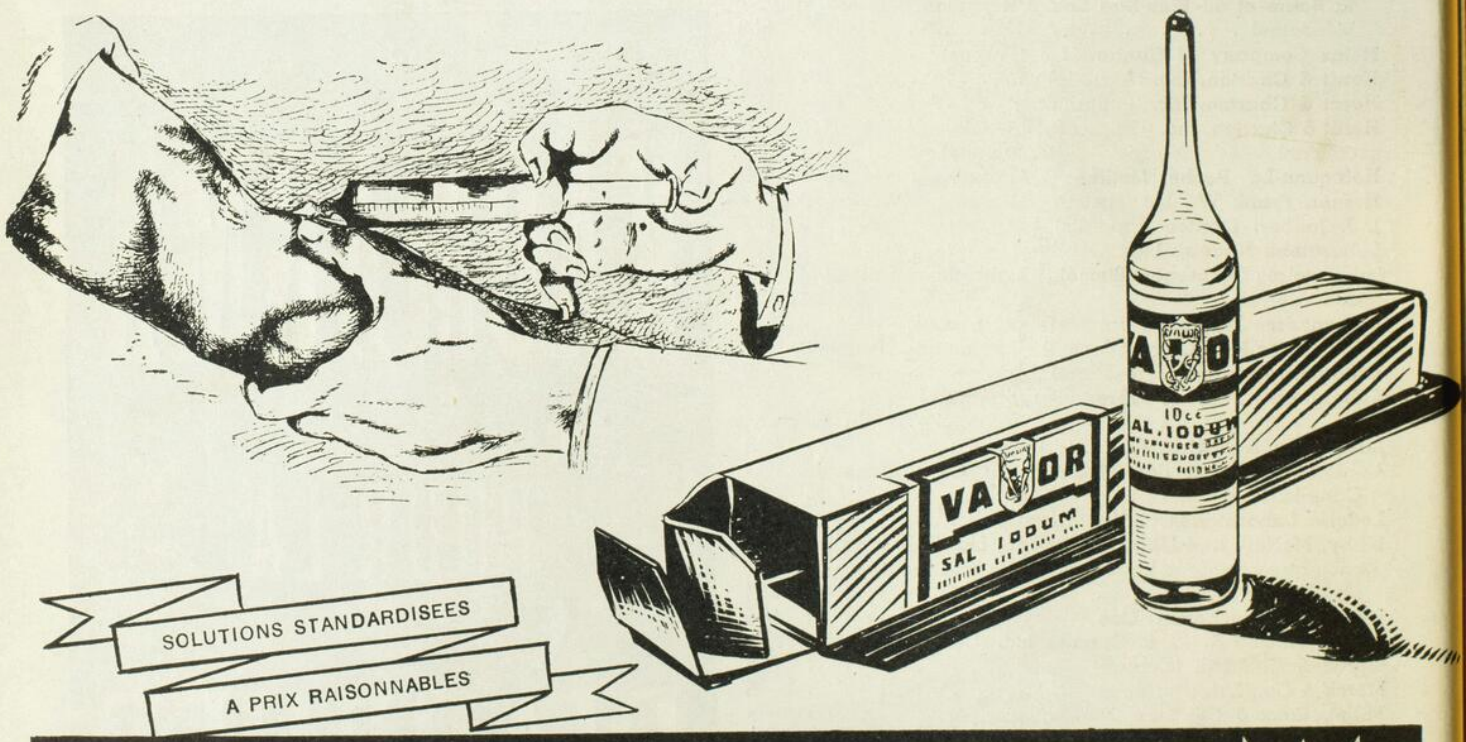
UN SPECIFIQUE DU RHUMATISME

L'injection intra-veineuse 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 intra-veineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, *dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.*

Posologie: *Une injection* (20 *c.c.*) *peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.*



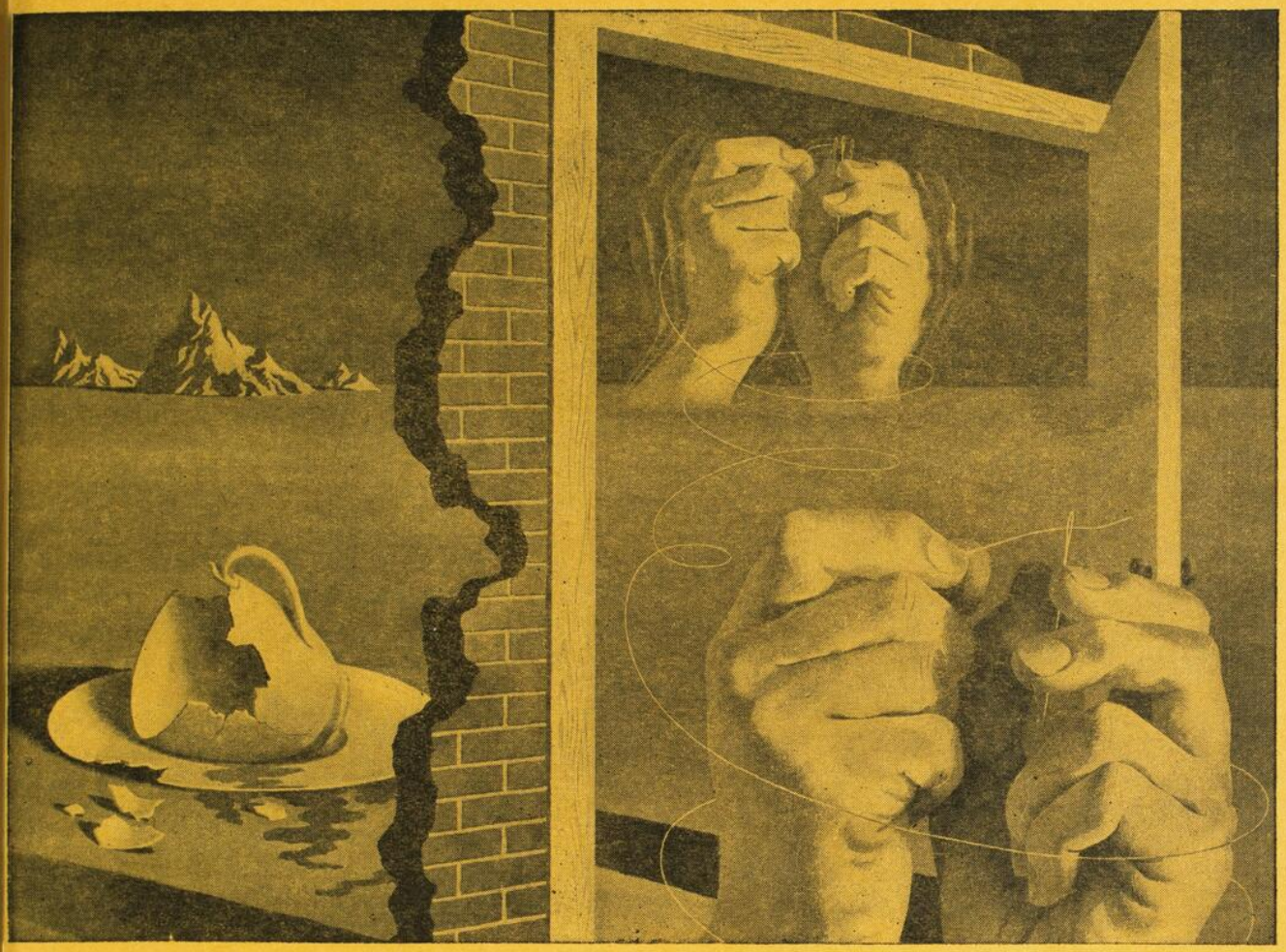
SOLUTIONS STANDARDISEES

A PRIX RAISONNABLES

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTRÉAL

VALOR



lorsque la main perd son habileté

Lorsque la maladie de Parkinson rend les mains inhabiles, il est tout indiqué d'administrer une médication bien appropriée. Puisque la paralysie agitante est provoquée par des variations pathologiques dans le corps strié et les structures sous-jacentes, la guérison est irréalisable. Néanmoins, une amélioration marquée de ce pitoyable état peut être obtenue par l'administration de certains médicaments solanés, et des expériences cliniques ont clairement démontré la supériorité de la combinaison synthétique de certains alcaloïdes de belladone, particulièrement proportionnés et uniformes — les COMPRIMÉS 'RABELLON'.[1]

Chaque COMPRIMÉ 'RABELLON' contient:

Bromhydrate d'hyocyamine . . .	0.4507 mg.
Sulfate d'atropine	0.0372 mg.
Bromhydrate de scopolamine . .	0.0119 mg.

1. *Arch. Neurology & Psychiatry*, 48: 72, 1942.

Cette combinaison a « fait preuve de plus d'efficacité dans le traitement de la maladie de Parkinson, même en faible quantité, que les alcaloïdes seuls, ainsi que d'autres mélanges d'alcaloïdes seuls ou stramonium ». En outre, le composé d'alcaloïdes de belladone 'RABELLON' obtient des résultats plus appréciables et « son uniformité et sa stabilité sont supérieures aux préparations provenant des racines de belladone Bulgares ou Américaines ».[1]

Les COMPRIMÉS 'RABELLON' procurent un soulagement symptomatique rapide et prononcé dans la plupart des cas de maladie de Parkinson. L'amélioration se fait sentir sur le moral en général, sur le facies, la rigidité musculaire, le langage, les tics et la salivation. La dysphagie, le tremblement et la douleur musculaire sont aussi soulagés. Présentés en flacons de 100. **Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 5, Ontario.**

Comprimés **'RABELLON'**

Composé d'alcaloïdes de belladone.

Diagnostic et traitement des

ALLERGIES





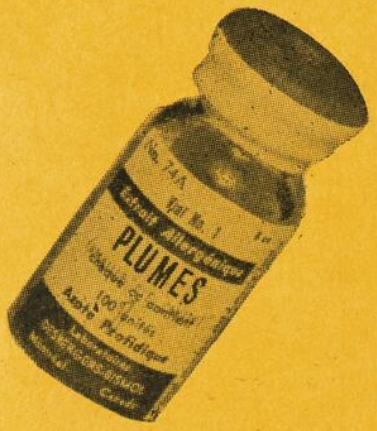


par

- **POLLENS**
- **POUSSIÈRES**
- **POILS-PLUMES**
- **ALIMENTS**

Les extraits allergéniques "DesBergers" sont fabriqués avec les allergènes du pays et partant ont une plus grande spécificité. Ils sont rigoureusement étalonnés en unité "Azote Protidique", méthode Cooke-Stull, pour une plus grande uniformité.

Boîtes pour réactions cutanées (10 tests) $1.20
Boîtes traitements (3 vials de 5 c.c.) $4.60







LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL

SPECIALITES BIOLOGIQUES ET PHARMACEUTIQUES

Montréal · Canada